



HAL
open science

Ressenti des professionnels de santé libéraux du Territoire Sud Meusien vis-à-vis de la réorganisation des réseaux de santé : étude qualitative par Focus Groups

Amandine Fanjeaux

► To cite this version:

Amandine Fanjeaux. Ressenti des professionnels de santé libéraux du Territoire Sud Meusien vis-à-vis de la réorganisation des réseaux de santé : étude qualitative par Focus Groups. Sciences du Vivant [q-bio]. 2012. hal-01731727

HAL Id: hal-01731727

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731727>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Amandine FANJEAUX

Le 9 février 2012

**RESSENTI DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX
DU TERRITOIRE SUD MEUSIEN VIS-À-VIS DE LA RÉORGANISATION
DES RÉSEAUX DE SANTÉ**

Étude qualitative par Focus Groups

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Olivier ZIEGLER	Président
Mme le Professeur Michèle KESSLER	Juge
M. le Professeur François PAILLE	Juge
M. le Docteur Patrick MORVAN	Juge
M. le Docteur Olivier BOUCHY	Juge et Directeur

THÈSE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Amandine FANJEAUX

Le 9 février 2012

**RESSENTI DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX
DU TERRITOIRE SUD MEUSIEN VIS-À-VIS DE LA RÉORGANISATION
DES RÉSEAUX DE SANTÉ**

Étude qualitative par Focus Groups

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Olivier ZIEGLER	Président
Mme le Professeur Michèle KESSLER	Juge
M. le Professeur François PAILLE	Juge
M. le Docteur Patrick MORVAN	Juge
M. le Docteur Olivier BOUCHY	Juge et Directeur

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen Mission « *sillon lorrain* » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen Mission « *Campus* » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen Mission « *Finances* » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « *Recherche* » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Asseseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NEMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Asseseurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Patrick
BOISSEL
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -
Claude CHARDOT Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de
LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean
FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone
GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT – Michèle KESSLER - Jacques
LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE -
Jacques LECLERE Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ –
Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN – Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT -
Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON -
Jean-Marie POLU – Jacques POUREL Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques
ROLAND - René-Jean ROYER
Daniel SCHMITT - Michel SCHWEITZER – Claude SIMON - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET –
Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT -
Paul VERT
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Thomas LECOMPTÉ – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-
BIROULET

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie digestive*)

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)
Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)
Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO
2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)
Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE
3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)
Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO
4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)
Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)
Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER
2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ
3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)
Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ
2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)
Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER
3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)
Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)
Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER
Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE
2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)
Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND
Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteur Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteur Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA

Madame Nathalie MERCIER

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Paolo DI PATRIZIO

Docteur Sophie SIEGRIST

Docteur Arnaud MASSON

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY – Professeur Patrick BOISSEL

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeur Simone GILGENKRANTZ Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL – Professeur Jean-François STOLTZ Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET Professeur Michel VIDAILHET



DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Olivier ZIEGLER

Professeur de Nutrition

Nous vous sommes profondément reconnaissant d'avoir accepté la présidence de cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.

À NOTRE JUGE

Madame le Professeur Michèle KESSLER

Professeur de Néphrologie

Chevalière dans l'Ordre National du Mérite

Chevalière dans l'Ordre des Palmes Académiques

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

À NOTRE JUGE

Monsieur le Professeur François PAILLE

Professeur de Thérapeutique (option clinique)

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail.
Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde considération.

À NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Patrick MORVAN

Chef du département médico-social et réseaux de santé de la Direction de l'offre de santé, de l'autonomie et de l'animation territoriale de l'ARS Lorraine

Nous vous remercions vivement d'avoir accepté de juger cette thèse et pour l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance

À NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Monsieur le Docteur Olivier BOUCHY

Médecin généraliste à REVIGNY-SUR-ORNAIN (Meuse)
Généraliste d'Or 2011

Vous nous avez confié le sujet de cette thèse et en avez accepté la direction.
Nous vous remercions pour votre grande disponibilité, vos précieux conseils et vos encouragements.

Aux trente professionnels de santé qui ont accepté de participer aux entretiens et Focus Groups, sans qui ce travail n'existerait pas,
Merci beaucoup pour votre contribution.

Au Dr Fabienne EMPEREUR, médecin au service d'Épidémiologie et d'aide à la recherche clinique à la Faculté de Médecine de Nancy,
Merci pour votre aide lors de la mise en place des Focus Groups.

À Nicolas,

Merci pour ta présence à mes côtés et pour tes perpétuels encouragements ces huit dernières années.

À mes parents,

Un grand merci pour l'aide très précieuse que vous m'avez apportée, pour votre soutien pour ce travail mais également pour tous les précédents!

À mes frère et sœurs : Fanny, Camille et Nicolas

Même si des kilomètres nous séparent, Radio Tam-Tam est toujours en marche.
Pourvu que ça dure !!!

À Amandine, Claire et Mélanie,

Merci pour tous ces agréables moments passés ensemble, pour votre soutien sans faille. Que cette amitié dure encore longtemps !

À Amélie, Aurélie, Benoit et Isabelle, Emmanuelle, Laurent, Romain, Yves, Guillaume, Camille et Mathilde, Antonella, Virginie... et tous les autres !

Merci pour tous les bons souvenirs que nous partageons. Je souhaite qu'il y en ait encore plein d'autres.

SERMENT

“ Au moment d’être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité. J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j’y manque. ”

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION.....	19
II.	LES RESEAUX DE SANTE.....	20
A.	GENERALITES	20
1.	<i>Définition d'un réseau de santé</i>	20
2.	<i>Historique</i>	21
3.	<i>Cadre législatif</i>	22
4.	<i>Financement</i>	27
5.	<i>Évaluation des réseaux</i>	28
6.	<i>Les enjeux des réseaux de santé</i>	30
a.	Replacer le patient au cœur du système.....	30
b.	Décloisonner le système de santé.....	30
c.	Accroître les compétences et « revaloriser » les professionnels	30
d.	Améliorer l'efficacité du système de santé en permettant son rééquilibrage	31
B.	LES RESEAUX DANS LE TERRITOIRE SUD-MEUSIEN	31
1.	<i>État des lieux des réseaux en Lorraine</i>	31
2.	<i>Les réseaux du sud-meusien</i>	33
a.	Le réseau Age et Santé	33
b.	Le réseau REDIVHOM	34
C.	LES PERSPECTIVES DU CHANGEMENT	35
1.	<i>Au niveau national</i>	35
2.	<i>Au niveau régional</i>	36
3.	<i>Au niveau du territoire sud-meusien</i>	37
III.	MATERIEL ET METHODE	38
A.	METHODES DE RECHERCHE EN MEDECINE GENERALE	38
B.	LA TECHNIQUE DU FOCUS GROUP.....	39
1.	<i>Définition</i>	39
2.	<i>Histoire des Focus Groups</i>	39
3.	<i>Caractéristiques générales</i>	39
a.	La définition des thèmes	40
b.	L'élaboration du guide d'entretien	40
c.	La constitution des groupes	41
d.	Modalités pratiques	41
e.	L'analyse des données et la synthèse des résultats	42
4.	<i>Avantages et inconvénients de la méthode des Focus Groups</i>	43
C.	LES CRITERES DE SCIENTIFICITE EN RECHERCHE QUALITATIVE.....	44
1.	<i>La validité interne, acceptation interne ou crédibilité</i>	44
2.	<i>La validité externe ou transférabilité</i>	44
3.	<i>La fidélité, la fiabilité, la constance ou la cohérence interne</i>	44
4.	<i>L'objectivité ou la fiabilité</i>	45
D.	MISE EN PLACE DES FOCUS GROUPS DANS NOTRE ETUDE	45
1.	<i>Mise en place scientifique</i>	45
a.	Principe de l'étude	45
b.	Travail préparatoire et élaboration du guide d'entretien	46
c.	Population de l'étude.....	47
2.	<i>Mise en place logistique</i>	48
a.	Choix du lieu de réunion	48

b.	Dates et horaires des Focus Groups	48
c.	Recrutement des participants	48
3.	<i>Déroulement des séances</i>	50
4.	<i>Transcription des résultats</i>	51
5.	<i>Analyse des résultats</i>	51
a.	Le choix d'une analyse thématique de contenu	51
b.	Réalisation pratique	51
E.	MISE EN PLACE D'ENTRETIENS INDIVIDUELS	52
IV.	RESULTATS	53
A.	DESCRIPTION DES GROUPES.....	53
1.	<i>Le Focus Group A</i>	53
2.	<i>Le Focus Group B</i>	53
3.	<i>Le Focus Group C</i>	54
4.	<i>Le Focus Group D</i>	54
5.	<i>L'entretien individuel E</i>	54
6.	<i>L'entretien individuel F</i>	55
7.	<i>Données globales</i>	55
B.	RESSENTI DES PROFESSIONNELS LIBERAUX SUR LES RESEAUX THEMATIQUES EXISTANTS	58
1.	<i>Généralités</i>	58
a.	Objectifs des réseaux, attentes des professionnels libéraux	58
b.	Les réseaux régionaux	59
c.	Connaissance des réseaux par les professionnels de santé	60
d.	Le problème démographique	60
e.	Le côté financier des réseaux de santé	61
2.	<i>Ressenti sur l'organisation des réseaux et leur fonctionnement</i>	62
a.	Les formalités administratives	62
b.	L'importance du leader	63
c.	La place des professionnels libéraux au sein des réseaux	64
d.	La communication au sein des réseaux	65
e.	Les particularités géographiques	68
3.	<i>Ressenti sur les modifications apportées par les réseaux</i>	68
a.	Sur l'exercice des professionnels de santé.....	68
b.	Sur la prise en charge des patients.....	76
C.	ESPOIRS ET CRAINTES DES PROFESSIONNELS DE SANTE POUR LE FUTUR RESEAU POPULATIONNEL	81
1.	<i>Généralités</i>	81
a.	Le sentiment des professionnels de santé vis-à-vis d'une réorganisation des réseaux	81
b.	La place du réseau de santé unique dans le système de santé	82
c.	Comparaison avec des réseaux d'autres départements ou régions.....	83
d.	Connaissance des réseaux par les professionnels de santé	84
e.	Le côté financier des réseaux de santé	84
f.	L'évaluation des réseaux	85
2.	<i>Attentes des professionnels de santé libéraux sur l'organisation du réseau populationnel et son fonctionnement</i>	85
a.	Les formalités administratives	85
b.	L'importance du leader	86
c.	La place des professionnels libéraux au sein du futur réseau	87
d.	La communication au sein des réseaux	89
e.	Les particularités géographiques	91
3.	<i>Les pistes d'amélioration pour le futur réseau</i>	91
a.	Pour aider les professionnels de santé dans leur exercice	91
b.	Pour améliorer la prise en charge des patients.....	96
4.	<i>Les espoirs des professionnels</i>	100

V. DISCUSSION	101
A. SUR LA METHODE.....	101
1. <i>Les intérêts de la méthode</i>	101
2. <i>Les limites de la méthode</i>	101
a. Limites liées à la méthode elle-même.....	101
b. Biais liés à la constitution des groupes.....	101
c. Biais liés à l'animateur et aux stratégies d'écoute et d'intervention	102
d. Biais liés à l'observateur.....	102
B. SUR LES RESULTATS	103
1. <i>Ressenti des professionnels libéraux sur les réseaux thématiques existants</i>	103
a. Généralités	103
b. Ressenti sur l'organisation des réseaux et leur fonctionnement	105
c. Ressenti sur les modifications apportées par les réseaux	109
2. <i>Espoirs et craintes des professionnels de santé pour le futur réseau de santé populationnel</i>	116
a. Généralités	116
b. Les attentes des professionnels de santé libéraux sur l'organisation du réseau populationnel et son fonctionnement	118
c. Les pistes d'amélioration pour le futur réseau.....	120
d. Les espoirs des professionnels	123
VI. SYNTHÈSE ET PROSPECTIVE POUR LE NOUVEAU RESEAU DE SANTE POPULATIONNEL DU SUD MEUSIEN 125	
A. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU RESEAU POPULATIONNEL	125
B. PERSPECTIVES D' ACTIONS DU RESEAU POPULATIONNEL	126
1. <i>Maintien de la personne âgée ou handicapée à domicile</i>	126
a. Prise en charge du patient	126
b. Education Thérapeutique du Patient	126
c. Formation des professionnels de santé	126
2. <i>Maladies chroniques (diabète, maladies cardio-vasculaires, insuffisance rénale, BPCO...)</i>	126
a. Prise en charge globale du patient.....	126
b. Education Thérapeutique du Patient	127
c. Formation des professionnels de santé	127
3. <i>Addictologie</i>	127
a. Prise en charge du patient	127
b. Education Thérapeutique du Patient et prévention.....	127
c. Formation des professionnels de santé	127
4. <i>Soins palliatifs</i>	128
a. Prise en charge du patient	128
b. Education Thérapeutique du Patient	128
c. Formation des professionnels de santé	128
VII. CONCLUSION	129
BIBLIOGRAPHIE.....	131
ANNEXES.....	138
ANNEXE 1 : L'INTRODUCTION STANDARDISEE :.....	139
ANNEXE 2 : LE GUIDE D'ENTRETIEN	140
ANNEXE 3 : LE COURRIEL DE CONFIRMATION ADRESSE A TOUS LES PARTICIPANTS.....	141
ANNEXE 4 : LE VERBATIM DES FOCUS GROUPS ET ENTRETIENS INDIVIDUELS	142
ANNEXE 5 : EXTRAIT DE LA GRILLE DE CODAGE.....	242
LISTE DES ABRÉVIATIONS	247

I. Introduction

Bien que les réseaux de santé existent depuis de nombreuses années, ils n'ont été reconnus légalement que dans les années 1980. L'objectif principal des réseaux est la prise en charge globale et coordonnée des patients.

On assiste ces dernières années à une « transition épidémiologique » caractérisée par la montée en charge des pathologies chroniques (maladies cardio-vasculaires, insuffisance respiratoire, diabète, déficit cognitif, cancers...) et le vieillissement de la population française. De plus en plus de patients ont donc besoin de plus en plus de services, plus souvent. Les traitements et surveillances qui auparavant étaient réalisés à l'hôpital, sont maintenant le plus souvent possible effectués en ambulatoire.

Parallèlement, dans le contexte économique actuel, il est nécessaire de repenser l'organisation des soins et d'optimiser les dépenses de santé en France.

C'est dans ce climat que les pouvoirs publics ont prévu une réorganisation des réseaux de santé. Depuis fin 2010, une réflexion est menée entre les professionnels de santé gérant les réseaux existants et les Agences Régionales de Santé.

Cette réorganisation des réseaux de santé nous a paru être l'occasion de faire un point sur le ressenti des professionnels de santé du territoire sud-meusien participant aux différents réseaux. L'objectif de notre travail est d'explorer les attentes, les espoirs ou encore les craintes des professionnels de santé libéraux vis-à-vis de la réorganisation des réseaux de santé ainsi que d'esquisser leur « réseau idéal » et de dégager des pistes pour contribuer à l'élaboration du futur réseau de santé territorial ou populationnel.

II. Les réseaux de santé

A. Généralités

1. Définition d'un réseau de santé

Le mot réseau est aujourd'hui porteur de multiples significations, il est utilisé dans des domaines très variés (informatique, communication, transport, économie...).

Avant que les textes ne viennent consacrer le terme de réseaux de santé, de nombreuses définitions ont été données aux réseaux, visant à répondre à la diversité des expériences de coopérations entreprises par les professionnels de santé de terrain.

En 1997, la définition adoptée par la **Coordination Nationale des Réseaux** est la suivante (1):

« Le réseau constitue, à un moment donné, sur un territoire donné, la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures, à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté. »

L'**ANAES** (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) suggère une définition en août 1999 (2):

« Un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants. Il est composé d'acteurs professionnels des champs sanitaire et social, de la ville et des établissements de santé, associations d'usagers ou de quartier, institutions locales ou décentralisées. La coopération des acteurs dans un réseau est volontaire et se fonde sur la définition commune d'objectifs. L'activité d'un réseau de santé comprend non seulement la prise en charge de personnes malades ou susceptibles de l'être mais aussi des activités de prévention collective et d'éducation pour la santé. »

Et c'est avec l'article 84 de **la loi du 4 mars 2002**, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (3), qu'apparaît la définition légale du réseau de santé:

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé,

de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organismes à vocation sanitaire et sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. »

Il est également intéressant de distinguer les réseaux de santé des réseaux de soins ou des filières de soins (4).

Le **réseau de soins** est une organisation non hiérarchique, centrée sur le patient et sur sa prise en charge globale. Il s'agit d'une forme innovante de production de soins, lieu d'expérimentation sociale, en perpétuelle évolution. Contrairement aux réseaux de santé, les réseaux de soins n'ont pas d'action de prévention ni d'éducation à la santé. Il s'agit de programmes de soins uniquement.

Quant aux **filières de soins**, il s'agit d'organisations verticales, qui décrivent la trajectoire des patients au sein du système de soins. La logique y reste hiérarchique. Le patient fait une demande de soins, puis est adressé aux différents soignants. L'organisation en filière respecte l'indépendance des acteurs, chacun prenant la suite de l'autre par un mécanisme d'adressage. La continuité est assurée par le passage de relais sous forme de courrier ou de compte-rendu. Il n'y a aucune intervention sur leurs pratiques ou sur les rapports des différents acteurs entre eux.

2. Historique

Le réseau comme forme de prise en charge coordonnée d'un patient par plusieurs professionnels de santé est ancien.

Selon Claveranne et Mornex (1998), « dès que le savoir médical s'est trouvé éclaté entre plusieurs professionnels, l'ajustement s'est réalisé autour et à partir des réseaux qui se sont constitués auprès des compétences, des savoirs. » (5)

Historiquement, la première forme de réseau connue en France concerne le dispositif de lutte contre la tuberculose, mis en place au **début de la Première Guerre Mondiale**. Il s'agit du premier exemple de réseau formalisé : le dispensaire joue le rôle de pivot central, un plan de prise en charge est défini, les malades sont soignés dans les sanatoriums, des lits spécialisés sont réservés dans les hôpitaux pour les cas désespérés, et une infirmière est chargée de l'éducation sanitaire de l'entourage et du public. Cette première expérience est centrée sur une pathologie, coordonnant de nombreux acteurs, au sein d'un dispositif voulu par les pouvoirs publics. (6)

Par la suite, parallèlement à l'instauration de la Sécurité Sociale par l'ordonnance du **4 octobre 1945** (7), l'État finance et met en place un dispositif de prise en charge des « fléaux sociaux » recouvrant le soin, la prévention et la réhabilitation. C'est l'ère des réseaux institutionnels qui se développent sous l'appellation de « réseaux sanitaires spécialisés ». Ce dispositif sanitaire est géré par les préfetures puis par les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) à partir de 1964. Il concerne l'alcoolisme, le tabagisme, la toxicomanie, la maladie mentale, les maladies vénériennes, le dépistage des cancers. Un exemple de ces réseaux institutionnels est donné par la circulaire de **mars 1972** (8) qui établit les bases de la sectorisation de la psychiatrie en France : une relation opérationnelle entre le secteur psychiatrique et la population desservie. (6)

Puis, les effets de la crise économique et des contraintes budgétaires **dans les années 1980** favorisent l'apparition des réseaux de soins coordonnés. Une nouvelle étape est franchie avec l'apparition de réseaux dont la finalité n'est plus exclusivement les soins apportés mais aussi la rationalisation des prises en charge. Le rôle des réseaux est alors de faire face à des situations sanitaires et sociales complexes pour lesquelles le système de prise en charge existant est inadéquat. Il s'agit de la première tentative de décloisonnement ville-hôpital.

Puis en 1981 apparaît en France le premier cas de SIDA. L'irruption de cette maladie, sa rapide diffusion et les questions nouvelles qu'elle pose vont mettre en exergue les lacunes du système de soins français. L'émergence de cette nouvelle maladie va favoriser le développement de réseaux de soignants, construits sur le modèle élaboré par des médecins engagés dans l'aide médico-sociale auprès des populations en situation de précarité. Ces réseaux ne bénéficient d'aucun financement et reposent sur le bénévolat. (6)

La pertinence de ces initiatives sera reconnue **en 1991** par le Ministère de la Santé qui, dans une circulaire (9), incite à la création de « réseaux ville-hôpital » et propose un financement mixte État/ Assurance Maladie portant essentiellement sur la coordination du réseau. Le fonctionnement de ces réseaux est légitimé quelques années plus tard par les ordonnances d'avril 1996 sur le système de soins. (6)

3. Cadre législatif

Même si la prise de conscience que les réseaux de soins pouvaient représenter un élément de réforme profonde du système de santé date du milieu des années 1980, ce n'est que progressivement qu'ils se sont affirmés. (10)

Les textes de loi concernant les réseaux de santé en France sont très nombreux, nous ne détaillerons ici que les plus importants.

C'est en 1991 que les premiers réseaux ont été officialisés à travers la **circulaire DGS/DH n°612 du 4 juin 1991**, encore appelée circulaire Durieux (11). Elle est relative à la mise en

place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine). Cette circulaire permet de financer ponctuellement des coordonnateurs et des secrétaires médicaux à partir de subventions versées par la DDASS aux hôpitaux, de faciliter l'accès au traitement, de mener des actions de prévention et d'organiser des formations médicales continues sur la prise en charge des patients atteints du VIH.

Par la suite, d'autres circulaires sont publiées, émanant de l'administration du Ministère de la Santé ou des Caisses de Sécurité Sociale, qui ont pour objectif de promouvoir de nouvelles formes d'organisation répondant à chaque fois à des préoccupations spécifiques :

- La **circulaire de la Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse n°36/93 du 6 avril 1993**, concernant les réseaux gérontologiques (12);

- La **circulaire DH-EO n°21 du 3 juin 1993**, relative à l'adaptation de l'offre des soins hospitaliers en cohérence avec une politique équilibrée d'aménagement du territoire (13);

- La **circulaire DGS/DH n°93-72 du 9 novembre 1993** (14) ainsi que la **circulaire DGS/DH n°94-15 du 7 mars 1994** (15), relatives aux réseaux toxicomanie ;

- la **circulaire DGS/DH n°95-44 du 9 mai 1995**, relative à l'organisation des soins pour les patients atteints d'hépatite C (16);

- La **circulaire DGS n°96-707 du 19 novembre 1996** relative à la promotion du travail en réseau pour l'organisation de la prise en charge précoce des problèmes liés à l'alcool (17).

En 1996 est mis en place le « **Plan JUPPE** » avec ses 2 ordonnances :

- L'**ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996**, relative à la maîtrise des dépenses de soins (18), qui prévoit des modalités d'agrément des réseaux ainsi que leurs financements. Elle crée des réseaux de soins expérimentaux régis par le Code de la Sécurité Sociale (réseaux Soubie) proches des Health Maintenance Organisation (HMO) américaines.

- L'**ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996**, portant sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée (19), qui introduit le réseau de soins dans le Code de la Santé Publique. Cette ordonnance institue des réseaux régis par le Code de la Santé Publique (réseaux ville-hôpital) et encadre leurs fonctions.

Il s'agit alors de développer une nouvelle forme d'organisation des soins « pour coordonner les interventions en ville et à l'hôpital » selon les termes contenus dans le rapport au président de la République présentant l'ordonnance n° 96-345 (20).

Puis d'autres textes sont venus structurer le développement des réseaux en France :

- Le **décret n° 96-789 du 11 septembre 1996** (21), pris pour l'application de l'article L. 162-31-1 du Code de la Sécurité Sociale relatif aux filières et réseaux de soins expérimentaux.

- La **loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998** (22) relative au financement de la Sécurité Sociale, rappelant les dérogations du paiement à l'acte concernant les réseaux relevant de l'article L.162-31-1, mais aussi la possibilité de rémunération pour des activités de prévention, éducation à la santé, formation, évaluation, études de santé publique et veille sanitaire. Il crée un Fonds d'Aide à la Qualité des Soins en Ville (FAQSV) pour une période de 5 ans, notamment pour les réseaux, dont le budget est fixé à 500 millions de francs. Les praticiens libéraux peuvent avoir recours à ce fonds d'aide pour financer leurs activités non rémunérées par le paiement à l'acte.

- Le **décret n°99-940 du 12 novembre 1999** (23), décret d'application de la loi de financement de la Sécurité Sociale précédemment citée.

- La **circulaire DGS/DH n°99-648 du 25 novembre 1999**, relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux (24). Elle définit les règles et outils indispensables à leur développement avec la mise en place d'un cahier des charges unique pour prétendre à un financement de l'État.

Cette circulaire marque une évolution notable en reconnaissant la pertinence des réseaux dans le système de santé publique. Elle organise également leur agrément et leur accréditation par une Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et prévoit l'élaboration d'un cahier des charges, ainsi que la possibilité d'un financement par les pouvoirs publics, par des structures associatives ou les caisses d'assurance maladie (10).

- La **circulaire DGS/SP 2 n°2000-324 du 13 juin 2000**, relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire (25).

- La **loi n°2001-1246 du 21 décembre 2001** relative au financement de la Sécurité Sociale pour 2002 (26). Ce texte comprend plusieurs dispositions concernant les réseaux :

- La prolongation du FAQSV jusqu'à fin 2006. Créé en 1998 pour 5 ans, ce fond est destiné selon le texte initial à financer les actions participant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville. Les réseaux de santé peuvent donc être financés par ce biais. Le FAQSV voit donc sa durée de vie rallongée de 3 ans.
- La création d'une Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR) au sein de l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) imputée sur l'enveloppe des hôpitaux et l'enveloppe des soins de ville. Elle est répartie, par arrêté ministériel, en dotations régionales. Dans le cadre des priorités pluriannuelles de santé, le directeur de l'ARH et le directeur de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) décident conjointement des financements accordés aux actions réalisées dans le cadre des réseaux de santé.
- Le financement couvre les « actions réalisées dans le cadre des réseaux de santé » mais il peut aussi prendre la forme d'un règlement forfaitaire versé aux professionnels ou au réseau.

Puis en 2002, le concept de réseau est rénové. La **loi N°2002-303 du 4 mars 2002** (3), relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé institue une notion unique : les réseaux de santé. Leur définition en est la suivante :

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organismes à vocation sanitaire et sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. » (Article L 6321-1 du Code de la santé publique inséré par la loi du 4 mars 2002.)

Cette loi a abrogé les dispositions antérieures du Code de la santé publique et a créé une seule forme de réseaux en précisant leur objet, leurs missions, leur composition ainsi que leurs modalités de financement. Il est alors question d'une cinquième enveloppe et la notion de régionalisation de la politique de santé est introduite. Elle modifie également en profondeur la place du patient qui devient acteur de sa propre santé et du système de soins.

- L'**arrêté du 30 avril 2002** portant détermination de la dotation nationale de développement des réseaux pour 2002 (27). Il définit le montant de la dotation nationale pour l'année 2002 et détermine aussi la répartition par région des sommes allouées.

- Le **décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002** relatif au financement des réseaux (28).

- Le **décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002** relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du Code de la santé publique (29).

Ces deux derniers décrets portent sur les modalités conjointes de financement ARH/URCAM par la dotation de développement des réseaux, des actions de coordination et de continuité des soins ; ils déterminent également l'obligation pour les financeurs de procéder à une évaluation de l'activité des réseaux existants afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

- La **loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002** de financement de la Sécurité Sociale pour 2003 officialise la DNDR (Dotation Nationale de Développement des Réseaux) : la cinquième enveloppe (30).

- L'**ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003** portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation (31). Cette ordonnance énumère les différentes formes juridiques que peuvent prendre les réseaux. C'est ainsi qu'ils peuvent se constituer en groupements de coopération sanitaire, groupements d'intérêt économique, groupements d'intérêt public ou associations.

- La **circulaire n°101/DHOS/0/2004 du 5 mars 2004** relative à l'élaboration des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) de troisième génération (32). Les réseaux de santé, souvent organisés à l'échelle d'une région ou d'un ou plusieurs départements, ont toute leur place au sein des SROS et deviennent de véritables objectifs dans le paysage sanitaire régional.

- La **circulaire DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007** définit les orientations de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) et de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) en matière d'évolution des réseaux de santé et comporte les recommandations nationales en matière d'évaluation des réseaux (33).

La circulaire définit les objectifs des réseaux de santé :

- La prise en charge globale des patients et le décloisonnement des professionnels (ville, hôpital, médico-social, social)
- La qualité, la sécurité et la continuité des soins (formations pluridisciplinaires et pluri professionnelles, référentiels, protocolisation...)

Le développement des réseaux de santé doit se faire

- En cohérence avec les objectifs de la réforme de l'Assurance Maladie : parcours de soins coordonné, médecin traitant pivot et premier niveau de recours aux soins
- En s'inscrivant dans l'organisation territoriale des soins, en réponse aux besoins identifiés au sein d'un territoire et selon plusieurs niveaux :
 - Niveau de proximité : les réseaux de proximité sont invités à développer des réflexions et pratiques communes dans un souci de meilleure efficacité par la coopération, et à mutualiser des services
 - Niveau territorial subsidiaire : recours, expertise...

- Le **décret n° 2007-973 du 15 mai 2007** relatif au Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) (34).

Introduit par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2007, le FIQCS est le nouveau dispositif qui « fusionne » le FAQSV (Fonds d'Aide à la Qualité des Soins en Ville) et la DNDR (Dotation Nationale de Développement des Réseaux). Ce fonds a pour vocation de financer les réseaux de santé, mais aussi des actions concourant à l'amélioration de la permanence des soins, favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé ou bien visant au maintien de l'activité et à l'installation des professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire.

- La **loi n°2009-879 du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, appelée loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) (35). Cette loi met en avant le principe de coordination des soins entre les professionnels de santé libéraux et les établissements et services médico-sociaux ainsi que la coopération entre professionnels de santé.

Les Agences Régionales de la Santé (ARS) sont créées et chargées de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique. L'ARS peut, avec la participation des collectivités territoriales, conclure des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec les réseaux de santé. Le versement d'aides financières par les ARS est subordonné à la conclusion de tels contrats.

- Le **décret n°2010-1027 du 30 août 2010** relatif au fonctionnement du FIQCS et au financement des réseaux (36).

- La **loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011** de financement de la sécurité sociale pour 2012 (37).

4. Financement

Du 1^{er} juillet 2007 jusqu'à la fin de l'année 2011, les réseaux de santé étaient financés par le **Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS)**.

La loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 (37) a créé le **Fonds d'Intervention Régional (FIR)**. Ce fonds a vocation à financer des actions, des expérimentations et des structures concourant à :

- la permanence des soins,
- l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins,
- l'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé,
- la modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins,
- l'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé,
- la prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et à la sécurité sanitaire,
- la mutualisation au niveau régional des moyens des structures sanitaires,
- la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie.

C'est ainsi que, dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins et de la coordination, des aides peuvent être accordées aux réseaux de santé.

Les orientations nationales du fonds sont déterminées par le conseil national de pilotage des ARS. La répartition régionale des crédits est fixée chaque année par arrêté ministériel.

La gestion comptable et financière de ce fonds est confiée à la CNAMTS et peut être déléguée en partie aux Agences Régionales de Santé.

Pour l'année 2012, les ressources du FIR comprennent également une part de la dotation du FIQCS ainsi qu'une part de la dotation du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

5. Évaluation des réseaux

Selon l'article L. 6321-1 du Code de la Santé Publique (38), les réseaux de santé doivent « *procéder à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations* » et selon l'article D 766-1-2 du décret du 17 décembre 2002, chaque réseau « *met en place une démarche d'amélioration de la qualité des pratiques (...) avec l'objectif d'une prise en charge globale de la personne* ».

L'évaluation des réseaux de santé est donc une nécessité mais elle se heurte à deux types de questions : (39)

- d'abord théoriques, conduisant à une réflexion critique sur les méthodes d'évaluation traditionnellement développées dans le domaine de la santé, les méthodologistes sont confrontés à l'objet « réseau » qu'ils ont du mal à appréhender.

- puis pratiques, car les acteurs des réseaux ne sont pas habitués à cet exercice d'évaluation, qui s'apparente à une contrainte.

Un réseau doit être évalué sur la base de **critères objectifs et harmonisés** pour évaluer sa pertinence et sa qualité, la stabilité de son organisation et son efficacité. L'évaluation participe d'une démarche de qualité et repose sur deux approches complémentaires : l'auto-évaluation et l'évaluation externe. (40)

L'**évaluation externe** est menée pour les financeurs, les usagers et les autorités de tutelle. Elle intervient périodiquement et permet à une ou des instances extérieures de connaître les performances du réseau et d'en comprendre les déterminants. Elle vise à éclairer des décisions telles que l'allocation de moyens ou l'extension de l'expérience. Il s'agit d'un travail d'expert, d'un bilan qui doit tenir compte de l'état d'avancement de chaque structure.

L'**auto-évaluation** ou évaluation interne se place du point de vue des acteurs. Il s'agit d'un processus itératif, voire continu et interactif. L'évaluation interne permet aux acteurs et à leurs partenaires de produire une connaissance sur leur propre fonctionnement, de piloter le dispositif et de vérifier qu'ils ne s'écartent pas de leurs objectifs initiaux.

Selon le **rapport de l'ANAES** (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé), ancêtre de la Haute Autorité de Santé (HAS), sur l'évaluation d'un réseau en 1999, l'évaluation doit permettre de répondre à **six questions** : (2)

- Le réseau atteint-il ses objectifs ?
- Quelle est la qualité des processus mis en œuvre et des résultats atteints ?
- Les personnes prises en charge sont-elles satisfaites ?
- Quel est l'apport spécifique de l'organisation en réseau dans le degré d'atteinte des objectifs, la qualité des processus et les résultats ?
- Quels sont les coûts engendrés par le réseau ?
- Quels sont les effets indirects, positifs et négatifs, induits par le réseau ?

À la suite du rapport de l'ANAES, la CNAMTS a souhaité poursuivre la réflexion sur la base des spécificités des expérimentations des réseaux français et a sollicité **le Centre de Recherche d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES)** et **l'École Nationale de la Santé Publique (ENSP)** qui ont donc réalisé un travail complémentaire. (39)

Ce travail complémentaire amène à la proposition d'une grille d'analyse en **cinq dimensions** :

- Quel est l'impact du réseau sur les patients/ usagers ?
L'objectif affiché des réseaux étant l'adaptation du système de prise en charge aux besoins des patients, l'avis de ces derniers est donc indispensable. Il doit être pris en compte, par des mesures de satisfaction et de qualité de vie par exemple.
- Quelles sont les conséquences du réseau sur l'organisation des soins ? Sur les pratiques professionnelles individuelles ? Sur les pratiques professionnelles collectives ?
Cette dimension nécessite la mise en place de méthodes très diverses pour son analyse.
- Quelles sont les conséquences du réseau en termes de partenariat entre les acteurs ?
Il s'agit d'évaluer la capacité du réseau à transformer durablement les relations entre les acteurs, la façon de contractualiser et de se rendre des comptes.
- De quelles innovations le réseau est-il porteur en matière d'incitations financières et de rémunération des professionnels ?
Les dérogations tarifaires qui accompagnent la mise en place des réseaux autorisent d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération, comme par exemple l'instauration de consultations de podologie prises en charge pour les patients diabétiques à risque. Même si les expérimentations restent limitées, elles sont porteuses de réflexion sur l'évolution des outils de régulation dans ce domaine.
- Quel est l'impact du réseau sur la réorganisation de l'offre de soins ?
Les réseaux sont aujourd'hui perçus comme un levier de changement de l'ensemble du système de soins. Leur impact est donc un point essentiel de leur évaluation, mais néanmoins très complexe à apprécier.

6. Les enjeux des réseaux de santé (41)

Selon Yann Bourgueil, les enjeux des réseaux de santé « sont nombreux et leur importance réduira peut-être le concept de réseau à n'être finalement à terme qu'une forme de transition d'un système de santé hérité de la réforme Debré en 1958 vers un système radicalement différent à venir » (42).

a. Replacer le patient au cœur du système

Le réseau doit être un dispositif organisé autour du patient, s'adaptant à ses attentes et ses besoins particuliers, lui donnant un rôle actif dans la prise en charge de ses problèmes de santé. Les consommateurs de soins actuels sont de plus en plus exigeants quant à la qualité des soins et revendiquent une prise en charge globale et concertée, humanisée. (43)

L'idée des réseaux est de favoriser des prises en charge plus souples, moins contraignantes pour les patients, c'est à dire favorisant l'ambulatoire, le maintien à domicile des personnes et une prise en charge globale optimisée, favorisant les relations entre la ville et l'hôpital, notamment pour les entrées et sorties d'hospitalisation.

b. Décloisonner le système de santé

Il s'agit de développer la communication entre les professionnels de santé grâce à des pratiques pluridisciplinaires et interinstitutionnelles. L'intervention coordonnée de professionnels aux compétences diverses permet de faire face à des situations médicales, psychologiques et sociales complexes. L'intégration des réseaux au système de soins actuel permet de décloisonner les disciplines médicales de plus en plus spécialisées, les médecins généralistes et les spécialistes, le monde libéral et le monde ambulatoire, le secteur public et le secteur privé, les professionnels de santé et les administratifs, le champ médical et le champ social, la prévention et la médecine curative, la réinsertion... (2)

c. Accroître les compétences et « revaloriser » les professionnels

La circulation du savoir et la formation des acteurs sont des éléments essentiels.

La formation au sein d'un réseau est transdisciplinaire, associant des médecins généralistes et spécialistes ; mais elle est également transprofessionnelle, associant des médecins, des paramédicaux, des pharmaciens, des travailleurs sociaux, et dans certains cas des intervenants du champ juridique ou du champ de l'éducation.

Les professionnels s'engagent généralement dans une charte de qualité, dans des protocoles de bonnes pratiques, dans la mise en œuvre d'actions de prévention...

Tout cela doit permettre une amélioration des pratiques professionnelles et transformer durablement les relations entre acteurs de santé en apprenant à se connaître et à se positionner dans le système de soins.

d. Améliorer l'efficacité du système de santé en permettant son rééquilibrage

Les réseaux de santé sont souvent décrits, dans la littérature économique, comme des gisements de productivité dans le système de santé. L'organisation en réseaux permettrait de corriger des déséquilibres du secteur sanitaire:

- la combinaison d'une forte spécialisation et d'une faible coordination : cela induit des difficultés ne serait-ce qu'au niveau de l'orientation des patients et de l'appariement entre besoins particuliers des personnes et capacités spécialisées du système. Les réseaux peuvent alors apparaître comme un outil de mise en correspondance évitant parfois une mauvaise utilisation des capacités ;

- les divergences entre la tendance naturelle à une expansion spontanée du système et les exigences de modération de la croissance des dépenses de santé dues au contexte économique général.

B. Les réseaux dans le territoire sud-meusien

1. État des lieux des réseaux en Lorraine

Depuis 2000 et jusqu'à présent, plusieurs réseaux coexistent en Lorraine pour la prise en charge des pathologies aiguës ou chroniques des adultes.

Parmi les réseaux financés par l'ARS Lorraine, on dénombre :

- 7 réseaux régionaux :

Avec prise en charge de patients :

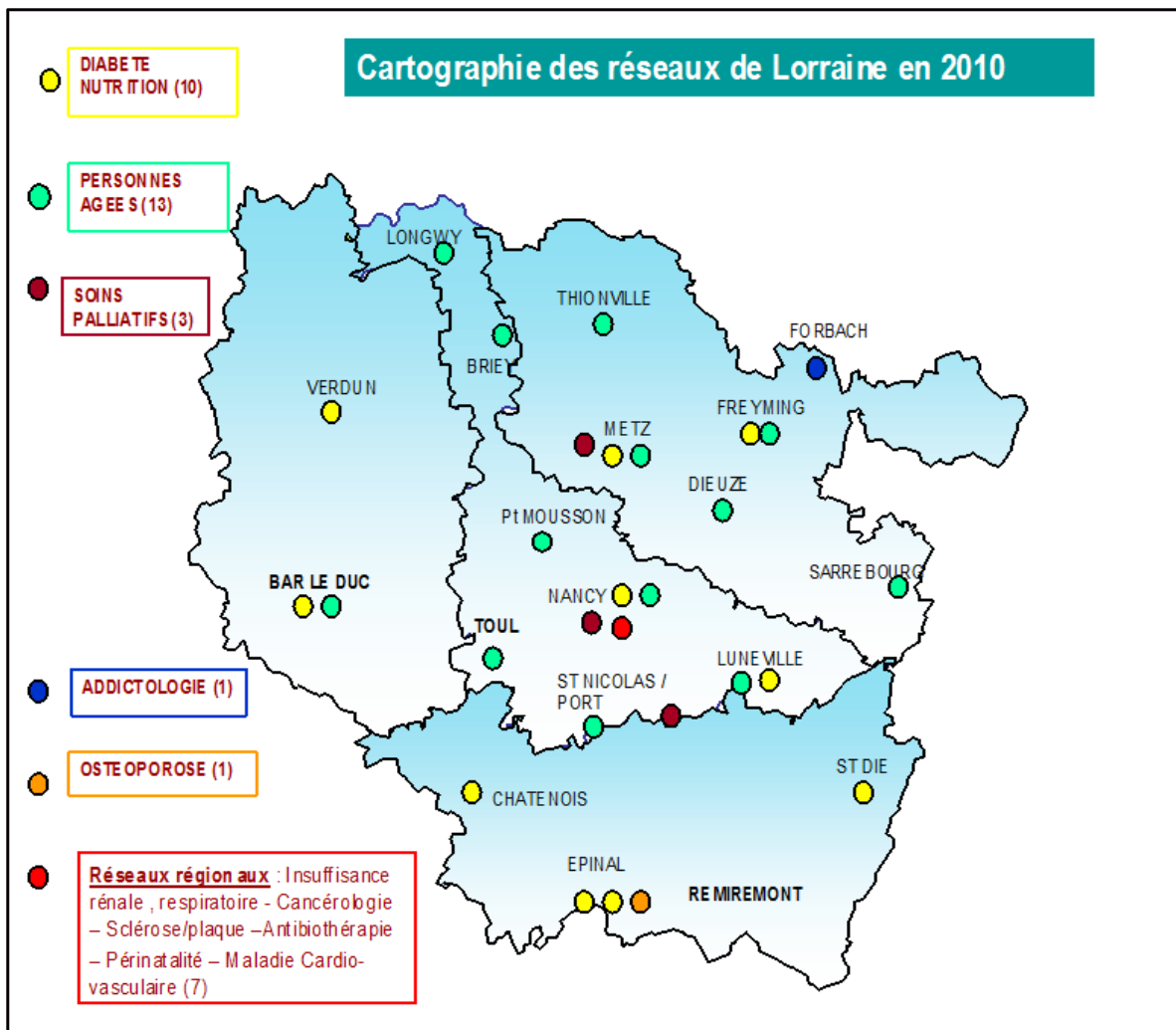
- **ICALOR** pour les patients insuffisants cardiaques
- **RIR LOR** pour les patients insuffisants respiratoires
- **NEPHROLOR** pour les patients insuffisants rénaux
- **LORSEP** pour les patients atteints de sclérose en plaques
- **PERINATALITE** pour le suivi des femmes avant et après leur accouchement

Sans prise en charge de patients :

- **ANTIBIOLOR**, réseau d'antibiologie
- **ONCOLOR**, réseau de cancérologie

- 28 réseaux thématiques :
 - 13 réseaux gérontologiques
 - 10 réseaux de diabétologie-nutrition
 - 3 réseaux de soins palliatifs
 - 1 réseau d'addictologie
 - 1 réseau pour la prise en charge de l'ostéoporose

Il existe également des réseaux non financés par l'ARS comme les réseaux LORALCO ou Lorraine Stop Tabac, dans le domaine de l'addictologie.



Cartographie des réseaux financés par l'ARS en 2010

2. Les réseaux du sud-meusien

a. **Le réseau Age et Santé**

Créé en 2005 à l'initiative d'un gériatre du Centre Hospitalier de Bar-le-Duc, ce réseau gérontologique est une association loi 1901 avec un bureau et un Conseil Administratif (CA) également comité de pilotage.

Son siège se situe au sein du Centre Hospitalier de Bar-le-Duc.

Son financement :

- **Financement FIQCS**
 - pour les frais de fonctionnement : véhicule, secrétariat, frais de gestion
 - pour les prestations hors soins : réunions interdisciplinaires, formations
 - pour les prestations dérogatoires : actes de soins hors nomenclature (intervention de psychologue, ergothérapeute, pédicure-podologue)
 - pour la rémunération de la coordinatrice administrative (1 Équivalent Temps Plein niveau Bac +5)
 - pour la rémunération de comptable, expert-comptable et commissaire au compte (organisme privé)
- **Financement par le biais des Missions d'Intérêt Général (MIG) du Centre Hospitalier de Bar-le-Duc jusqu'à 2008 (en plus du financement FIQCS)**
 - 1 Emploi Temps Plein de médecin-coordonateur
 - 1 Emploi Temps Plein d'infirmière coordinatrice
 - 0,5 Emploi Temps Plein de psychologue
 - 0,5 Emploi Temps Plein d'assistante sociale
 - 0,5 Emploi Temps Plein d'ergothérapeute
- **Financement MIG depuis 2008**
 - Seulement 0,8 Emploi Temps Plein d'ergothérapeute

Le réseau a pour objets :

- évaluer de façon globale les besoins médico-sociaux des personnes âgées fragilisées dépendantes ou en perte d'autonomie
- apporter une réponse coordonnée et interdisciplinaire débouchant sur la prévention, les soins et un soutien dans la vie quotidienne
- accompagner et soutenir des aidants naturels et professionnels
- détecter les situations à risques
- répondre aux urgences médico-sociales
- suivre et évaluer à distance les actions médico-sociales menées
- éduquer à la santé
- partager la culture gérontologique commune interdisciplinaire

- assurer la coordination avec d'autres structures : les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), le forum Alzheimer Lorraine et tout organisme partageant tout ou partie de ses objectifs
- contribuer au diagnostic de territoire pour la population âgée fragile
- contribuer à la recherche en gériatrie.

Ses modes d'actions sont les suivants :

- accueil du signalement par une coordinatrice administrative
- visite au domicile de la personne âgée
- réunion de concertation pluridisciplinaire
- élaboration d'un plan personnalisé de santé (PPS)
- organisation de formations interdisciplinaires
- soutien des aidants

b. Le réseau REDIVHOM

Créé en 2003 à l'initiative d'un diabétologue du Centre Hospitalier de Bar-le-Duc, ce **RÉ**seau **DI**abète **V**ille **H**ospital du sud **M**eusien est une association loi 1901 avec un bureau et un Conseil Administratif (CA) également comité de pilotage.

Son siège se situe au sein du Centre Hospitalier de Bar-le-Duc.

Trois membres du bureau de REDIVHOM sont communs au bureau d'Age et Santé.

Son financement :

- Financement FIQCS
 - pour la rémunération des salariés : 0,4 Emploi Temps Plein d'infirmière et 0,6 Emploi Temps Plein de secrétariat médical
 - pour les frais de fonctionnement
 - pour les prestations dérogatoires de soins
 - pour les prestations dérogatoires hors soins
 - pour les formations
- Aucun financement MIG

Le réseau a pour objets :

- améliorer la coordination entre les professionnels de santé et les patients
- développer la communication interprofessionnelle
- identifier les attentes des patients de manière à y répondre
- favoriser la formation continue des professionnels
- assurer une meilleure gestion de l'activité des professionnels
- évaluer les pratiques professionnelles.
- accroître le rôle du pharmacien d'officine

- améliorer les dosages d'HbA1c
- améliorer la coordination entre médecins généralistes, infirmiers, médecins et paramédicaux hospitaliers.

Ses modes d'actions sont les suivants :

- organisation de formations pluridisciplinaires, notamment sous la forme de soirées thématiques
- mise à disposition d'outils d'information communs
- utilisation de référentiels
- mise en place d'actions d'éducation de groupe
- organisation de séances d'éducation individuelle structurée autour du médecin généraliste

C. Les perspectives du changement

1. Au niveau national

Selon l'**Union Nationale des Réseaux de Santé** (UNRSanté), « les réseaux de santé sont appelés à se positionner dans un dispositif où les ARS prennent leur place et la loi HPST s'applique progressivement. Les principaux enjeux concernent la réorganisation des soins de ville, leur coordination avec les établissements de santé et médico-sociaux ainsi que la cohérence avec les futurs projets régionaux de santé et le volet ambulatoire des SROS. »

Les Agences Régionales de la Santé proposent une **réorganisation des réseaux de santé** en réponse à un certain nombre de problèmes constatés :

- Le manque de visibilité des professionnels de santé libéraux concernant le fonctionnement et la plus-value des réseaux de santé
- Une population de plus en plus vieillissante, handicapée, au sein de laquelle on observe une « explosion » des maladies chroniques
- Une enveloppe de financement (FIQCS) contrainte, menant à l'impossibilité de répondre aux demandes de financements telles qu'elles existent à l'heure actuelle (Document ARS 27/01/2011, réseaux de santé financés par le FIQCS)

L'ARS souhaite un regroupement des réseaux thématiques actuels en « **réseaux territoriaux** » ou « **de proximité** », pluri thématiques autour des réseaux gérontologiques centrés sur le maintien à domicile et axés sur le sanitaire mais également sur le médico-social (ARS Lorraine, Pr Krakowski, janvier 2011).

La prise en charge médicale se réalise toujours à proximité, de manière globale et transversale, toujours en accord avec le médecin traitant et le patient.

Parallèlement, l'ARS souhaite maintenir les réseaux de santé régionaux existants, mais ces derniers ne prendraient plus en charge de patients directement. Ils rempliraient un rôle d'expert vis-à-vis des professionnels et des réseaux de proximité.

Ils pourraient alors mettre en place des formations pour les professionnels de santé, des référentiels, des recommandations de bonnes pratiques ou mettre à disposition des outils communs d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) par exemple.

L'UNRSanté propose 12 objectifs opérationnels pour les réseaux de santé en 2011 :

- Favoriser la structuration et la coordination des soins ambulatoires :
 1. Promouvoir l'implication des usagers dans la gestion de leur santé
 2. Favoriser le développement de projets de Maisons et de Pôles de Santé
 3. Diffuser auprès des professionnels de santé la démarche de planification et de concertation pluridisciplinaires illustrée par les Plans Personnalisés de Santé (PPS) et les aider à intégrer cette démarche dans leur pratique
 4. Développer les délégations de tâches prévues par le Code de Santé Publique
- Renforcer les liens opérationnels avec l'hôpital, de la continuité des parcours de soins à la mise en place de l'ETP au niveau territorial
 5. Mettre en place des programmes de suivi post-hospitalisation pour les patients en difficulté
 6. Expérimenter un protocole visant à intégrer dans les comptes-rendus d'hospitalisation des éléments standardisés contribuant à l'élaboration et au suivi d'un PPS en ambulatoire
 7. Améliorer les procédures de réponse aux urgences
 8. Favoriser l'établissement d'un cadre territorial d'ETP
- Accélérer la dynamique territoriale de rapprochement entre réseaux sous différentes formes
 9. Développer le processus d'intégration des différentes instances participant à la prise en charge de patients vers un guichet unique
 10. Participer à la mise en action des plans régionaux de santé et des plans de Santé Publique
 11. Contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes transversaux régionaux par thèmes et groupes de pathologies
 12. Devenir les pivots des projets territoriaux de santé

2. Au niveau régional

Dans le cadre de la réorganisation des réseaux, l'ARS Lorraine a organisé, sous la direction du Dr Morvan, chef du département médico-social et réseaux de santé à l'ARS Lorraine, trois réunions d'information et de concertation en avril et mai 2011. Ces réunions regroupaient les différents acteurs de santé lorrains, représentant les secteurs hospitaliers, médico-sociaux et libéraux.

Lors d'une première réunion, la politique de l'ARS Lorraine en matière de réseaux de santé a été présentée par le Dr Morvan. Les différents participants se sont ensuite regroupés par département pour faire l'état des lieux des réseaux de leur département et proposer des idées d'évolution.

Sur la base des constats effectués, une deuxième réunion a engagé un travail en ateliers sur quatre thèmes :

- Missions des réseaux au regard des futurs Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM)
- Communication avec les professionnels de santé libéraux et autres, et en inter-réseaux
- Dossier d'inclusion du patient dans le réseau
- Sorties d'hospitalisation

Une troisième réunion était consacrée à la présentation pragmatique de la réorganisation des réseaux locaux en lien avec les autres partenaires dont les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) et les collectivités territoriales. A cette occasion, le Dr Laurent Bertaux, médecin généraliste et président du réseau Age et Santé, a présenté l'état d'avancement de la fusion des réseaux thématiques du sud-meusien.

De plus, dans le cadre de l'élaboration du Plan Régional de Santé (PRS), l'ARS Lorraine a défini 4 grands axes de développement des réseaux :

- Maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées
- Éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques
- Soins palliatifs et soins à domicile
- Addictologie.

3. Au niveau du territoire sud-meusien

Dès novembre 2010, les membres des bureaux des réseaux Age et Santé et REDIVHOM se sont réunis pour envisager la fusion des deux structures. Une réflexion a été menée sur la forme juridique de cette fusion.

Deux groupes de travail ont été mis sur pied :

- l'un sur l'organisation du futur réseau populationnel et la coordination entre professionnels de santé
- l'autre sur la formation des professionnels de santé et l'éducation thérapeutique du patient au sein du futur réseau, en lien avec les pôles de santé.

III. Matériel et méthode

A. Méthodes de recherche en Médecine Générale

Étudier et explorer les soins primaires dans toute leur complexité nécessite de disposer de plusieurs méthodes de recherche et d'une multitude de techniques de recueils de données. (44) De façon générale, nous pouvons distinguer deux grands types de recherche : la recherche quantitative et la recherche qualitative.

La recherche quantitative se fonde sur des données mesurables ou quantifiables analysées par la bio statistique. Elle teste des hypothèses dans un cadre expérimental défini, et requiert une validation externe pour son implémentation en population générale. Elle est en lien fort avec l'épidémiologie clinique et les essais thérapeutiques. (45). Mais, la recherche quantitative ne permet pas de répondre à la totalité des questions posées par l'exercice quotidien.

La recherche qualitative, quant à elle, étudie le versant psychosocial. Elle se fonde sur des données non mesurables analysées par les méthodes de sciences humaines. Son objectif est de donner un aperçu du comportement et des perceptions des individus, elle étudie les différentes opinions sur un sujet particulier d'une population donnée (46). La recherche qualitative permet de répondre aux questions de type comment ? ou pourquoi ? Par son approche compréhensive, elle permet d'explorer le lien entre la « vraie vie » du clinicien et la « science dure » (45).

En recherche qualitative, les principaux outils sont les entretiens, qui peuvent être individuels ou de groupe. On distingue classiquement 3 types d'entretiens : directifs (se rapprochant alors des méthodes quantitatives), semi-directifs et non directifs. (47)

Le recours à une méthode de recherche, qu'elle soit quantitative ou qualitative, relève d'une même démarche scientifique avec élaboration d'une hypothèse, d'une question et d'une méthode adaptée pour y répondre (45). Le choix de la méthode dépend donc de la question de recherche, et les deux types de recherche peuvent être complémentaires et se succéder dans un même programme de recherche.

B. La technique du Focus Group

1. Définition

Le Focus Group est considéré comme une technique de recherche qualitative par entretiens de groupe semi-directifs avec observation directe non participante. Il s'agit d'une méthode fondée sur des discussions de groupe, organisées pour explorer une question définie par le chercheur.

2. Histoire des Focus Groups

La pratique du Focus Group n'est en aucune façon une nouvelle méthode de recherche en sciences sociales. Elle a été mise au point dans les années 1940 pendant la Seconde Guerre mondiale par Robert Merton et Paul Lazarsfeld afin d'étudier les effets de la communication de masse pendant la guerre.

Après la guerre, les Focus Groups ont été utilisés aux États Unis à des fins de marketing pour recueillir les attentes des consommateurs et lancer ainsi des produits plus attractifs.

Au cours de ces dernières décennies, les Focus Groups comme méthode de recherche ont connu le succès. La recherche universitaire les utilise dans des domaines divers : éducation, santé publique, environnement, sciences sociales... Les Focus Groups sont très employés dans les pays anglo-saxons dans les travaux de recherche en soins primaires.

En France, les spécialistes des enquêtes qualitatives appartiennent plus au monde de la sociologie (48).

3. Caractéristiques générales

Si les questionnaires, entretiens individuels et autres sondages sont coupés de la communication quotidienne, les Focus Groups sont eux plus « sociaux » que toute autre méthode en sciences sociales. Dans les Focus Groups, on élabore, on thématise un objet social. Selon Farr et Tayofa, un Focus Group a quelque chose d'une « société pensante en miniature ». (49)

Le Focus Group repose avant tout sur une dynamique de groupe qui doit permettre d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion ouverte. Chacun doit être en mesure de défendre ses priorités, ses valeurs et son vécu. La discussion permet de préciser et de clarifier les pensées. Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, des

satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des représentations ou des comportements. Elle donne une vision exacte de la réalité telle qu'elle est vécue et sert aussi à tester ou faire émerger de nouvelles idées inattendues pour le chercheur (48).

D'une manière générale, on ne peut trouver dans la littérature scientifique de présentation exhaustive de la technique des Focus Groups. Il n'existe pas de modèle « prêt-à-porter » de la technique puisque celle-ci doit être adaptée aux conditions particulières des contextes dans lesquels elle est mise en œuvre. Cependant, il est possible de décrire des principes fondamentaux et des lignes de conduite pour rendre cette technique opérationnelle et exploitable.

a. La définition des thèmes

Cette première étape consiste à identifier et préciser les thèmes principaux. Il s'agit là d'une étape cruciale constituant la charnière de la réflexion. L'identification des thèmes de la discussion est en quelque sorte prédéfinie par le chercheur. Mais cette prédéfinition n'est que partielle puisque, grâce à la technique elle-même, les participants auront l'occasion de l'infirmier, de l'enrichir et d'en proposer une articulation originale.

b. L'élaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien est un document écrit comprenant un texte de présentation de la recherche et les questions qui seront abordées lors de la discussion. C'est un support et un outil pour l'animation et pour l'analyse.

Le guide d'entretien expose et détaille de manière précise l'ensemble des étapes prévues par le chercheur pour la conduite de ses Focus Groups. Il fournit un schéma théorique du déroulement de chaque séance.

Lorsque l'on réalise plusieurs groupes de discussion à propos d'une même problématique, le guide d'entretien fournit une certaine homogénéité de présentation et de procédure indispensable pour tout travail comparatif ultérieur. Toutefois, le guide d'entretien n'est pas figé une fois pour toutes au début de la mise en œuvre de la démarche participative. Il doit être flexible et pouvoir évoluer afin d'intégrer les enseignements éventuels obtenus au gré des expérimentations.

Enfin, le guide d'entretien est un élément extrêmement important du point de vue de l'analyse. Il constitue en général le point de départ pour l'analyse et la comparaison des opinions et perceptions des participants. La rédaction des questions prévues par le protocole n'est certes pas un exercice à sous-estimer. Il s'agit au contraire d'y porter une attention particulière afin que les participants puissent comprendre facilement et rapidement la question mais aussi se l'approprier. (50)

Ainsi, pour faciliter l'élaboration de cette grille d'entretien, il convient d'utiliser :

- Une progression logique du plan d'analyse qui définit les thèmes ;
- Des questions ouvertes ;
- Des questions claires, au langage simple et accessible à tous ;
- Des questions non biaisées, sans connotation positive ou négative susceptible d'orienter le débat ;
- Des questions courtes ;
- Des questions qui n'expriment chacune qu'une seule idée ;
- Une première question globalisante, incitant à la prise de parole de chacun et au partage d'expérience.

c. La constitution des groupes

Le Focus Group se compose d'un modérateur, d'un observateur et des participants.

Le modérateur a pour rôle d'animer le groupe. Il doit amener tous les participants à s'exprimer de façon à faire émerger tous les points de vue. Il dirige les débats en fonction de la grille d'entretien préétablie. Il doit être informé sur le thème abordé, impartial, éviter tout jugement, se montrer tolérant, chaleureux, avoir une attitude non verbale neutre et naturelle, savoir donner confiance en montrant l'importance des opinions de chacun. Le modérateur doit maîtriser la technique de conduite de la réunion par la reformulation, la clarification et l'esprit de synthèse.

L'observateur est présent lors des entretiens mais ne prend pas part aux débats. Il prend note des aspects non verbaux et relationnels des participants au cours des réunions. Il décrit la dynamique de groupe et peut également relever les questions qui peuvent demander un approfondissement dans les groupes suivants. L'observateur est également responsable de l'enregistrement des données (audio ou vidéo). Pour cela, l'aspect technique doit être bien réglé avant le début de la réunion.

Les participants ont des caractéristiques communes et homogènes en relation avec le thème abordé. Ils sont au nombre de 6 à 12 dans la plupart des cas, tous volontaires. Les participants doivent de préférence ne pas se connaître entre eux afin d'éviter la constitution de sous-groupes, ni connaître précisément le thème, ni être expert afin d'éviter d'avoir un effet leader. Leur sélection vise à panacher les opinions pour faire émerger tous les points de vue sur le sujet, il ne s'agit pas là d'être représentatif de la population source.

d. Modalités pratiques

Le lieu de la réunion doit être accessible et situé géographiquement de façon à toucher la population cible. La salle doit être neutre, agréable et conviviale, mais également bénéficier d'une bonne acoustique pour les besoins de l'enregistrement. La séance doit se dérouler dans

une atmosphère détendue pour encourager la spontanéité des discours (48). Les participants seront disposés en cercle afin de favoriser les échanges sur une base égalitaire.

L'horaire des réunions sera défini en tenant compte des contraintes propres à la population interrogée.

La durée des Focus Groups varie entre une heure (minimum pour assurer une dynamique de groupe et aborder deux ou trois thèmes) et trois heures (maximum pour garder l'attention des participants). Il est également utile de prévoir une pause à mi-parcours et éventuellement prévoir une collation. Cela permet de garantir un bon niveau d'attention des participants sur la durée de l'entretien.

Il faut constituer 3 à 4 groupes focalisés pour répondre au principe de saturation du contenu, c'est-à-dire que l'on ne constitue plus de nouveau groupe de discussion à partir du moment où il est possible de déterminer à l'avance les propos qui y seront tenus (48).

Le recrutement des participants peut être réalisé au moyen de différentes techniques et ne répond pas à un degré élevé de standardisation. Il se compose d'au moins une phase d'invitation, puis d'une phase de confirmation (51). Il semble toutefois impératif d'adresser aux participants un courrier rappelant les objectifs et les mandataires de l'étude, la méthode d'entretien de groupe, la description globale du thème abordé ainsi que les modalités pratiques de la réunion (date, horaire, lieu). (48)

e. L'analyse des données et la synthèse des résultats

Les Focus Groups fournissent une très grande quantité d'informations issues des nombreuses interactions suscitées lors des séances de discussion. Ces informations traduisent les opinions, représentations et points de vue des participants sur la problématique qui leur a été soumise à réflexion.

Une première phase est une phase de collecte. Les Focus Groups faisant généralement l'objet d'un enregistrement audio voire vidéo (avec l'accord des participants), il faut ensuite retranscrire l'ensemble des échanges (verbaux et non verbaux) qui se sont produits lors de la réunion. On estime qu'une heure d'entretien nécessite entre huit et dix heures de travail de retranscription. Il s'agit donc d'un travail long et fastidieux mais fondamental puisqu'il fournit la matière première à partir de laquelle sera fondée l'analyse proprement dite.

La deuxième phase consiste à analyser les transcriptions de parole des participants, ou verbatim. Celles-ci sont découpées, classées, comparées et confrontées ; puis étiquetées selon l'idée ou le sous-thème pouvant les résumer (« occurrences »). Les sous-thèmes peuvent ensuite être regroupés en grand thème ou concept (« dimension »).

L'analyse des Focus Groups doit satisfaire un certain nombre de principes généraux. Elle doit être systématique, vérifiable, limitée au thème principal.

L'analyse porte aussi bien sur le verbal que le non verbal et l'émotionnel. Le niveau d'analyse doit être adéquat par rapport au contexte de la participation. Il est à noter que les informations recueillies lors des séances de Focus Groups sont nécessairement influencées par la situation de discussion de groupe. Les individus construisent leur représentation du thème au fur et à mesure des débats. C'est pourquoi ces données ne doivent pas être utilisées sans mentionner le contexte dans lequel elles ont été recueillies (biais inhérent à la situation de groupe, orientation des discussions par la grille d'entretien, orientation donnée par le plan d'analyse, réorientation après débriefing...). Ainsi les résultats doivent être contextualisés pour éviter une généralisation ou extrapolation excessive de ceux-ci.

L'analyse doit aussi permettre l'identification d'idées innovantes.

Certains utilisent des méthodes d'analyse assistée par ordinateur, classant les items grâce à la fonction « couper, coller ». D'autres utilisent des logiciels de statistiques textuelles. Il existe encore des logiciels permettant une analyse sonore à partir des enregistrements audio.

4. Avantages et inconvénients de la méthode des Focus Groups

L'avantage principal de la technique de Focus Group réside dans les aspects positifs de l'interaction et de la dynamique de groupe : les échanges favorisent l'émergence des connaissances, des opinions et des expériences comme une réaction en chaîne. Tout ce qui a de la valeur pour les participants est abordé, comparé, confronté. Tout est valide, même une seule idée minoritaire est vraie. Le Focus Group est également une méthode de recherche économique en temps et en argent pour récolter des informations qualitatives.

Les inconvénients de cette méthode résultent des aspects négatifs de l'interaction de groupe : réticences à exprimer des idées personnelles, relations de hiérarchie ou conflictuelles entre participants, normes de groupe sources de blocage... L'analyse des données recueillies est également longue et fastidieuse et les résultats ne peuvent pas être généralisés car le groupe n'est pas constitué dans un but de représentativité d'une population source.

C. Les critères de scientificité en recherche qualitative (52)

Selon A. Mucchielli (53), la validation des méthodes qualitatives fait référence à la capacité de produire des résultats ayant « une valeur dans la mesure où ils contribuent de façon significative à mieux comprendre une réalité, un phénomène étudié ». Le chercheur se préoccupe ainsi de la validité des résultats, de leur valeur explicative et de leur stabilité. Nous détaillons ici quelques-uns de ces critères de scientificité.

1. La validité interne, acceptation interne ou crédibilité

La validité interne implique de vérifier si les observations sont effectivement représentatives de la réalité ou crédibles, c'est-à-dire d'évaluer si ce que le chercheur observe est vraiment ce qu'il croit observer. E. Guba (54) suggère de recourir à la technique de triangulation des sources et des méthodes.

2. La validité externe ou transférabilité

La notion de validité externe renvoie à la possibilité de pouvoir généraliser les observations à d'autres objets ou contextes. Ceci implique donc d'avoir un échantillon représentatif de la problématique. Une façon d'assurer la validité externe est de décrire le plus exactement possible la population étudiée.

3. La fidélité, la fiabilité, la constance ou la cohérence interne

La fidélité fait référence « à la persistance d'une procédure de mesure à procurer la même réponse, peu importe quand et comment celle-ci est produite » (55) Le chercheur qualitatif peut recourir à plusieurs techniques pour assurer une bonne fidélité, à savoir la vérification par d'autres chercheurs, la description en profondeur, l'implication à long terme sur le terrain, la considération de l'ensemble des incidents, la recherche de la concordance des résultats, le recours aux *feed-backs* des sujets et l'utilisation de *low-inference descriptors* (descripteurs faiblement inférés). La fidélité externe, quant à elle, concerne plus spécifiquement la reproductibilité d'une recherche par d'autres chercheurs qui utiliseraient les mêmes procédures.

4. L'objectivité ou la fiabilité

L'objectivité exige l'opérationnalité, la manipulation du phénomène, de même que des conditions de recherche maximisant la prédiction et le contrôle. Il s'agirait d'une méthode impartiale ou d'une attitude qui consiste à s'en tenir aux données objectives, à savoir celles qui sont contrôlables par les sens, écartant de ce fait les données de l'expérience vécue. Ceci étant de toute évidence difficile en recherche qualitative et d'ailleurs souvent contraire à son but ultime. Les chercheurs tentent une appréhension la plus complète possible de l'ensemble du phénomène, y compris de l'impact de leur présence.

D. Mise en place des Focus Groups dans notre étude

1. Mise en place scientifique

a. Principe de l'étude

Fin 2010, l'ARS souhaite regrouper les réseaux de santé « locaux » pour ne former qu'un seul réseau de santé « populationnel » par territoire, tout en conservant des réseaux de santé régionaux spécialisés, qui auraient alors un rôle consultatif et d'élaboration de recommandations ou guides de bonnes pratiques.

Sur le territoire sud-meusien, 2 réseaux sont concernés par cette réorganisation : Age et Santé et REDIVHOM. Dès la fin de l'année 2010, ces deux réseaux se sont concertés pour fusionner et construire un projet commun. Un comité de pilotage a été mis en place et des réunions de réflexion sur l'évolution des réseaux ont été organisées. Lors de ces réunions étaient conviés les professionnels de santé libéraux et hospitaliers, médicaux et paramédicaux ainsi que des représentants de patients.

Parallèlement, l'ARS a organisé durant toute l'année 2010 de très nombreuses réunions faisant participer les professionnels de santé libéraux de toute la Lorraine afin de construire un projet de santé au plus proche des besoins.

Alors que se profilait à l'horizon cette réorganisation complète des réseaux de santé à l'initiative de l'ARS, il nous semblait intéressant d'interroger les professionnels de santé libéraux sur leur ressenti vis-à-vis du fonctionnement des réseaux de santé auxquels ils avaient jusque-là participé et leurs attentes pour le futur réseau populationnel en cours de construction.

b. Travail préparatoire et élaboration du guide d'entretien

Nous avons effectué un travail de recherche bibliographique couvrant plusieurs axes :

- La méthode du Focus Group
- Les réseaux de santé
- La coordination entre les différents professionnels de santé au sein des réseaux

Une première réunion fin décembre 2010 avec le Dr Olivier BOUCHY, directeur de thèse a permis de déterminer précisément le thème de l'étude ainsi que la population interrogée.

Lors d'une seconde réunion de travail mi-avril, nous avons mis en place les modalités pratiques des Focus Groups, à savoir le nombre de groupes à constituer, la composition de ces groupes, le lieu de réunion.

Nous avons ensuite pris contact avec le Dr Fabienne EMPEREUR du service d'Épidémiologie et d'aide à la recherche clinique à la Faculté de Médecine de Nancy afin d'obtenir de l'aide pour la création du guide d'entretien des Focus Groups.

Ces recherches nous ont permis de rédiger l'introduction standardisée des séances de Focus Group (Annexe 1) ainsi que d'élaborer le guide d'entretien (Annexe 2) utilisé lors de chaque séance de Focus Group.

Le guide d'entretien comportait 2 questions principales :

- « Quel bilan feriez-vous des réseaux de santé thématiques auxquels vous avez jusque-là participé ? »

L'objectif de cette première question était de faire ressortir les aspects positifs et négatifs des réseaux de santé thématiques à partir des expériences des professionnels de santé.

Des questions de relance étaient prévues au cas où certains sujets n'auraient pas été évoqués spontanément :

- Quels sont les points positifs des réseaux qu'il faudrait pérenniser ou développer ?
 - Amélioration du suivi des patients
 - Formations des professionnels
 - Indemnisations des professionnels
 - Prise en charge d'actes non remboursés
- Quels sont les points négatifs des réseaux qui pourraient être corrigés ?
 - Contraintes administratives
 - Hospitalocentrisme des réseaux
 - Difficultés de communication

- « Qu'attendez-vous du nouveau réseau de santé populationnel? Avez-vous dans votre pratique actuelle des difficultés qu'un réseau pourrait vous aider à résoudre ? »

L'objet de cette question était d'amener les professionnels de santé à réfléchir à ce qu'ils attendent d'un réseau de santé et envisager des pistes d'amélioration des réseaux.

Des questions de relance avaient également été envisagées :

- Quel rôle le réseau pourrait-il jouer dans la prise en charge de vos patients ?
 - Entrées et sorties d'hospitalisation
 - Hospitalisations de Jour
 - Aide au maintien à domicile
 - Rendez-vous chez les spécialistes
 - Permanence des soins, urgences
- Quel rôle le réseau pourrait-il jouer dans la formation et l'éducation
 - Formations pluri professionnelles
 - Éducation thérapeutique du patient
 - Élaboration de protocoles de pratique
- Quel rôle le réseau pourrait-il jouer dans la communication et la coordination ?
 - Dossier médical partagé
 - Fiche de coordination entrée-sortie d'hospitalisation
 - Annuaire des ressources médico-sociales, libérales et hospitalières

c. Population de l'étude

Lors de la réflexion sur ce travail, la première question qui s'est imposée était « Quelle population doit-être interrogée ? ». Trois pistes ont alors été envisagées :

- interroger les professionnels de santé libéraux de proximité: médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, diététiciens, pédicures-podologues, orthophonistes
- interroger les intervenants médicaux, paramédicaux et sociaux, libéraux ou hospitaliers: les médecins généralistes, les spécialistes, les infirmiers, les pharmaciens, les diététiciens, les pédicures, les assistantes sociales
- interroger les professionnels de santé de proximité ainsi que les usagers des réseaux de santé

La deuxième question était : « Les professionnels de santé interrogés doivent-ils avoir participé ou non aux réseaux de santé ? ».

Ainsi le parti a été pris de n'interroger que les professionnels de santé libéraux de proximité qui participaient déjà aux réseaux existants. Il nous a semblé intéressant d'avoir l'avis des professionnels qui travaillaient déjà au sein des réseaux et qui les connaissaient afin

d'identifier ce qui leur semblait important de conserver, ce qui leur posait problème, et connaître leurs attentes par rapport aux réseaux.

2. Mise en place logistique

a. Choix du lieu de réunion

Il nous fallait trouver un lieu neutre, connu du plus grand nombre des professionnels de santé, localisé au centre du territoire sud-meusien et disponible en soirée. Il était également nécessaire que cette salle soit suffisamment grande pour y disposer des tables en cercle pour une dizaine de personnes et qu'elle soit bien insonorisée.

La salle de réunion de l'IFSI a été choisie car elle répondait à ces contraintes.

Une lettre a donc été adressée à la directrice de l'IFSI ainsi qu'au directeur de l'hôpital de Bar le Duc afin d'avoir leur accord pour utiliser cette salle.

b. Dates et horaires des Focus Groups

Les dates des quatre Focus Groups ont été choisies en semaine afin que le plus grand nombre de professionnels de santé puisse participer. Nous avons évité les lundis et les veilles de week-end et de jours fériés.

Les dates retenues étaient les jeudi 26 mai, mardi 31 mai, mardi 7 juin et jeudi 16 juin 2011.

L'horaire a été fixé à 20h15 pour permettre à chacun de finir sa journée de travail et se présenter ensuite à la réunion.

c. Recrutement des participants

Nous avons contacté téléphoniquement les réseaux Age et Santé, ICALOR et REDIVHOM afin d'obtenir la liste des professionnels de santé libéraux exerçant dans le territoire sud-meusien qui étaient adhérents ou qui participaient à ces réseaux. Une demande écrite a été adressée au réseau REDIVHOM après contact téléphonique.

Au total, les 3 listes des adhérents /participants ainsi recueillies ont été regroupées et comportaient :

- 65 médecins généralistes
- 14 pharmaciens
- 44 infirmiers libéraux
- 8 pédicures-podologues
- 1 diététicienne
- 1 orthophoniste

Nous avons décidé de réaliser 4 Focus Groups composés de 6 à 10 personnes. Nous avons choisi de panacher les différentes professions représentées, ainsi l'objectif était de réunir dans chaque groupe :

- 3 à 4 médecins généralistes
- 1 à 2 pharmaciens
- 2 à 3 infirmiers libéraux
- 1 paramédical (diététicien, pédicure-podologue, orthophoniste)

Nous avons contacté par téléphone mi-avril les différents professionnels afin de leur exposer succinctement notre travail et leur proposer de participer à une séance de Focus Group, en leur en expliquant le principe. Le sujet de la soirée n'était évoqué que de façon superficielle la plupart du temps ; cependant certains interlocuteurs se sont montrés curieux et intéressés et ont souhaité en savoir plus. Il n'a pas toujours été facile de ne pas dévoiler le thème exact de la soirée.

Nous avons contacté 28 médecins généralistes.

Nous avons essuyé 8 refus. Les principales raisons évoquées étaient le manque d'intérêt pour le sujet, l'absence de temps disponible pour une réunion supplémentaire dans des agendas déjà bien chargés. Un des médecins joint par téléphone nous a fait part de son désintérêt total pour les réseaux, n'y voyant que contraintes administratives, perte de temps, manque d'intérêt pour le médecin comme pour le patient et « manipulations politiques ».

Nous nous sommes également parfois heurtés au barrage des secrétariats, nous ne sommes jamais parvenus à contacter l'un des médecins, sa secrétaire refusant systématiquement de nous mettre en relation.

2 médecins avaient accepté de participer à une réunion et ne sont finalement pas venus, l'un des deux a envoyé un courriel le jour même de la réunion pour prévenir de son absence.

1 médecin contacté aurait souhaité participer mais aucune des 4 dates proposées ne lui convenait.

Et 2 autres médecins m'ont proposé de les recontacter si nous ne parvenions pas à recruter un nombre suffisant de leurs confrères.

L'un des médecins ayant refusé de participer à un Focus Group demandait par ailleurs que nous venions le rencontrer à son cabinet pour nous exposer son point de vue sur les réseaux de santé. Quelques-uns de ses confrères refusant également de participer à une séance nous ont fait part de leur préférence pour les enquêtes comportant un questionnaire à remplir et à renvoyer par voie postale.

Nous avons également contacté 29 infirmiers libéraux. Il a été particulièrement difficile de parvenir à les joindre du fait de leurs nombreux déplacements à domicile.

Seuls 9 infirmiers ont répondu positivement à notre demande.

2 d'entre eux ne se sont pas présentés au Focus Group, sans donner d'explication.

Les raisons motivant les refus de participation étaient les mêmes que pour les médecins généralistes : manque de temps, manque d'intérêt. Leurs horaires de travail ont semble-t-il également été un frein à leur participation : leurs journées de travail commencent très tôt et les infirmiers sont donc réticents à assister à des réunions en soirée.

Nous avons contacté 5 pharmaciens, tous ont spontanément accepté de participer à un Focus Group, ils se sont montrés intéressés par le sujet, très disponibles et motivés pour donner leurs points de vue sur les réseaux. Un pharmacien s'est finalement désisté la veille de la réunion à laquelle il avait choisi de participer.

En ce qui concerne les pédicures-podologues, 7 professionnels ont été contactés par téléphone, seul 1 a accepté de venir participer à une réunion. Certains nous ont répondu être trop jeunes et avec trop peu d'expérience, d'autres se trouvaient trop proches de la retraite, voulant laisser la place aux jeunes. Un pédicure nous a dit ne pas avoir de temps pour participer à une réunion en soirée.

La diététicienne contactée a accepté de participer à une séance mais n'a finalement pas pu venir à la date qu'elle avait choisie.

L'orthophoniste jointe par téléphone a répondu favorablement à notre demande et a participé à un Focus Group.

Le 17 mai, un courriel de confirmation a été envoyé à chacun des participants pour lui rappeler la date, le lieu et l'heure de la réunion ainsi qu'un bref résumé de la technique des Focus Groups (Annexe 3).

Nous avons enfin recontacté par téléphone chacun des participants la veille ou le jour même de la séance pour leur rappeler l'horaire et le lieu de la réunion.

3. Déroulement des séances

Les séances de Focus Groups ont donc eu lieu dans la salle de l'IFSI les jeudi 26 mai, mardi 31 mai, mardi 7 juin et jeudi 16 juin 2011. Les soirées ont débuté par un accueil des participants autour d'un buffet. Les Focus Groups ont débuté vers 20h45-21h00 et se sont terminés entre 23h00 et minuit. Une pause était prévue à mi-temps.

Le modérateur des séances était le Dr FANJEAUX Jean-Charles, médecin généraliste à Bar-le-Duc, connaissant bien la problématique des réseaux puisque faisant partie du réseau REDIVHOM et du comité de pilotage. Nous avons tenu le rôle d'observateur direct non participant. Le modérateur et l'observateur se tenaient assis parmi les participants sans être assis l'un à côté de l'autre. Le nombre de tables agencées en cercle était fonction du nombre de participants prévus. Une table était disposée au centre du cercle pour y déposer le matériel d'enregistrement audio. Sur chaque table étaient disposés quelques feuilles de papier blanc ainsi qu'un stylo pour permettre aux participants de prendre des notes en cours de séances si besoin. Un présentoir nominatif comportant le nom et la profession de chaque participant avait été préparé au préalable pour que chacun puisse s'identifier aisément et faciliter les échanges.

4. Transcription des résultats

Nous avons retranscrit mot à mot la totalité des échanges verbaux enregistrés lors des Focus Groups en utilisant le logiciel de traitement de texte Word©. Les aspects non verbaux ont été rapportés avec le plus de fidélité possible.

Afin de respecter l'anonymat des participants nous leur avons attribué des lettres et numéros :

- La lettre correspond au Focus Group auquel les professionnels de santé ont participé : A pour le premier groupe, B pour le second...
- Le numéro correspond à leur emplacement dans la salle de réunion. Chaque participant a été numéroté de 1 à n en fonction du nombre de participants, en commençant par le professionnel de santé se trouvant à la gauche de l'observateur et en tournant dans le sens des aiguilles d'une montre.

Le verbatim ainsi obtenu est présenté en annexe. (Annexe 4)

5. Analyse des résultats

a. Le choix d'une analyse thématique de contenu (56)

L'analyse de contenu ou catégorielle est la plus ancienne et la plus fréquemment utilisée pour analyser des données qualitatives. Elle est basée sur l'application d'un système de codification conduisant à la mise au point d'un ensemble de catégories dans lesquelles les divers éléments du matériel analysé sont systématiquement classifiés.

Les catégories peuvent être définies au départ ou émerger de l'analyse.

La lecture du matériel à plusieurs reprises permet tout d'abord d'acquérir une vue d'ensemble, de saisir le sens général du texte et ainsi de voir émerger certains thèmes. On procède ensuite à une réorganisation du matériel en catégories et sous-catégories afin d'inclure tous les concepts rapportés par les participants.

b. Réalisation pratique

Après de multiples lectures, notre directeur de thèse et nous-même avons procédé à l'analyse du premier Focus Group de façon séparée. Cela nous a permis de dégager une première codification du matériel. Nous avons ensuite comparé nos codifications et les avons harmonisées. Ceci nous permettait d'accroître la fiabilité interne de notre analyse.

Nous avons alors organisé nos données sous forme d'un tableau à trois colonnes : le code, la définition du code et les extraits de verbatim correspondant au code.

Pour chaque extrait de verbatim, le numéro du participant et la lettre signifiant le Focus Group auquel il avait participé étaient rappelés. Nous avons également indiqué, lorsqu'il était possible de le faire, le réseau thématique auquel le participant faisait allusion sous la forme d'une lettre majuscule : A pour le réseau Age et Santé, I pour le réseau ICALOR et R pour le réseau REDIVHOM.

Nous avons par la suite analysé les trois autres Focus Groups avec le même système de codification que le premier.

Deux grands axes concernant le ressenti des professionnels de santé se sont alors dessinés :

- Leur ressenti par rapports aux réseaux thématiques existant
- Leurs espoirs et leurs craintes vis-à-vis du futur réseau de santé populationnel

Et dans chaque partie se dégagent les mêmes axes secondaires :

- L'organisation et le fonctionnement des réseaux
- L'apport des réseaux de santé pour les professionnels de santé libéraux
- L'apport des réseaux de santé pour les patients

E. Mise en place d'entretiens individuels

Comme nous l'avons vu précédemment, la recherche qualitative est évaluée selon des critères de scientificité précis. Afin d'améliorer notre travail, nous avons donc décidé avec notre directeur de thèse, après avoir réalisé les quatre Focus Groups, de compléter notre étude. Afin d'augmenter la validité interne de notre travail, nous avons réalisé des entretiens individuels pour obtenir une triangulation des méthodes.

Nous avons alors recontacté par téléphone la diététicienne ainsi que l'une des deux infirmières qui n'avaient pas pu se présenter lors des Focus Groups et nous avons pris rendez-vous pour un entretien téléphonique. Nous avons donc procédé aux entretiens individuels semi-directifs par téléphone au mois de novembre 2011.

De la même façon que pour les Focus Groups, la grille d'entretien a été utilisée pour mener la discussion et la totalité des conversations a été enregistrée après accord des participants pour permettre une retranscription fidèle et une analyse des données.

Nous avons employé la même méthode de retranscription et d'analyse que pour les Focus Groups. Le verbatim de ces entretiens est également présenté en annexe. (Annexe 4)

IV. Résultats

A. Description des groupes

1. Le Focus Group A

Le premier Focus Group a réuni 4 médecins généralistes et 3 infirmiers. Ce groupe comptait 2 femmes et 5 hommes. La moyenne d'âge de ce groupe était de 56,9 ans. Quatre professionnels travaillaient en milieu urbain, 2 en milieu semi-rural et 1 en milieu rural. Les participants étaient installés en libéral depuis en moyenne 22 ans. La plupart des participants se connaissaient.

L'une des participants s'est montrée effacée, parlant peu spontanément, au contraire d'un de ses collègues (responsable syndical ayant participé activement à la mise en place des réseaux) qui prenait très facilement la parole. Nous avons pu observer dans l'ensemble une bonne interaction des différents participants. Nous avons également noté une théâtralisation des propos parfois, ce qui a engendré un rire de tous les participants, allant même jusqu'au fou rire pour certains. L'ambiance au cours de cette séance était très détendue et amicale.

2. Le Focus Group B

Le deuxième Focus Group était composé de 4 médecins généralistes, 3 infirmiers, 1 pharmacien et 1 pédicure-podologue. Ce groupe comptait 4 femmes et 5 hommes. La moyenne d'âge du groupe était de 49,8 ans. Trois professionnels travaillaient en milieu urbain, 2 en milieu semi-rural et 4 en milieu rural. La durée moyenne d'installation en libéral des participants était de 17,7 ans.

Une des participants est arrivée une dizaine de minutes après le début de l'enregistrement et s'est immédiatement intégrée au groupe. Un homme s'est un peu moins exprimé que les autres et la retranscription de ses interventions a parfois été délicate car il ne parlait pas très fort. Une participante a parfois joué le rôle de modérateur en questionnant ses collègues et en les incitant à préciser leurs réponses. À plusieurs reprises la discussion a été animée, entraînant des conversations en aparté difficiles à retranscrire. L'ambiance au sein de ce groupe était également agréable.

3. Le Focus Group C

Le troisième Focus Group a réuni 5 médecins généralistes et 2 pharmaciens. Ce groupe réunissait 3 femmes et 4 hommes. Un sixième médecin généraliste avait accepté de participer à cette réunion et ne s'est finalement pas présenté. Nous n'étions pas parvenus à le recontacter dans les jours précédents la réunion afin de lui rappeler la date et le lieu du Focus Group. La moyenne d'âge du groupe était de 51,3 ans. 3 professionnels exerçaient en milieu urbain, 2 en milieu semi-rural et 2 en milieu rural. Ils étaient installés en moyenne depuis 21,6 ans en libéral.

Tous se sont exprimés facilement et de façon homogène. Au cours de la séance le téléphone portable d'une participante a sonné, elle a dû sortir de la salle quelques minutes, ce qui n'a pourtant pas perturbé le groupe qui a poursuivi le débat. L'ambiance au cours de ce Focus Group était détendue.

4. Le Focus Group D

Le quatrième Focus Group était composé de 2 médecins généralistes, 1 pharmacien, 1 infirmier et 1 orthophoniste. Ce groupe était constitué de 3 hommes et 2 femmes. Sur les 9 préinscrits, 1 médecin généraliste, 2 infirmiers et 1 diététicienne ne sont finalement pas venus. Le médecin généraliste avait envoyé un courriel le jour de la réunion pour prévenir de son absence et la diététicienne nous avait fait part de son désistement 48 heures avant la réunion au moment du rappel systématique. Parmi les présents, 2 professionnels exerçaient en milieu urbain et 3 en milieu rural. La moyenne d'âge du groupe était de 55,4 ans et la durée moyenne d'installation en libéral était de 22,6 ans.

Lors de cette dernière réunion le modérateur a souvent dû relancer la discussion, il y a eu de nombreux silences. Les participants semblaient moins inspirés que leurs prédécesseurs. L'ambiance nous a semblé plus pesante. D'autre part, étant donné l'absence de certains préinscrits, trois tables étaient restées vides, créant une distance entre les participants. Cette réunion a été plus laborieuse à mener que les trois autres.

5. L'entretien individuel E

Cet entretien téléphonique a eu lieu le vendredi 25 novembre 2011 à 10h. La personne interrogée était une femme infirmière, travaillant en milieu rural et âgée de 51 ans. Elle exerçait en libéral depuis 11 ans. Il s'agissait d'une professionnelle qui n'avait pas pu se

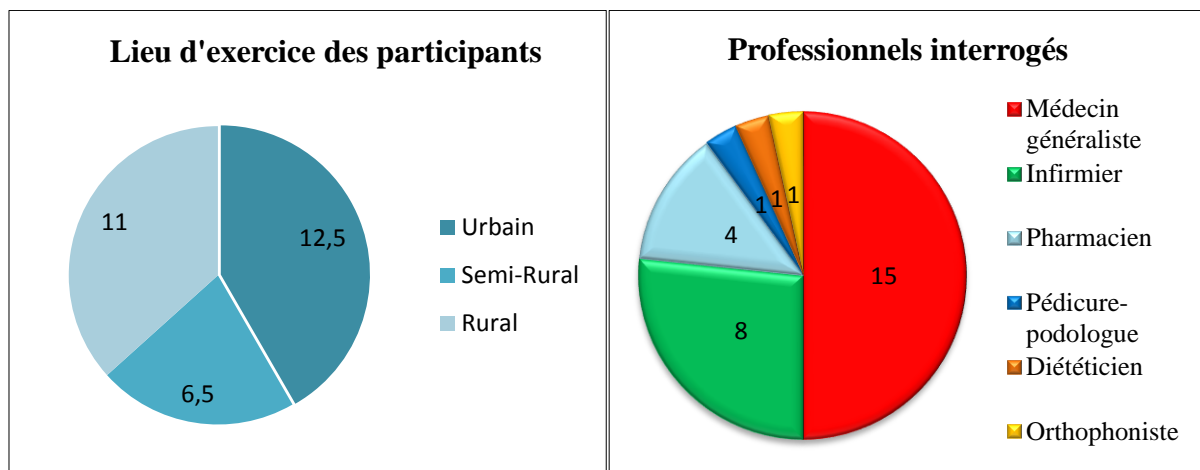
présenter au cours du Focus Group D. Elle semblait intéressée par le sujet et contente de donner son avis.

6. L'entretien individuel F

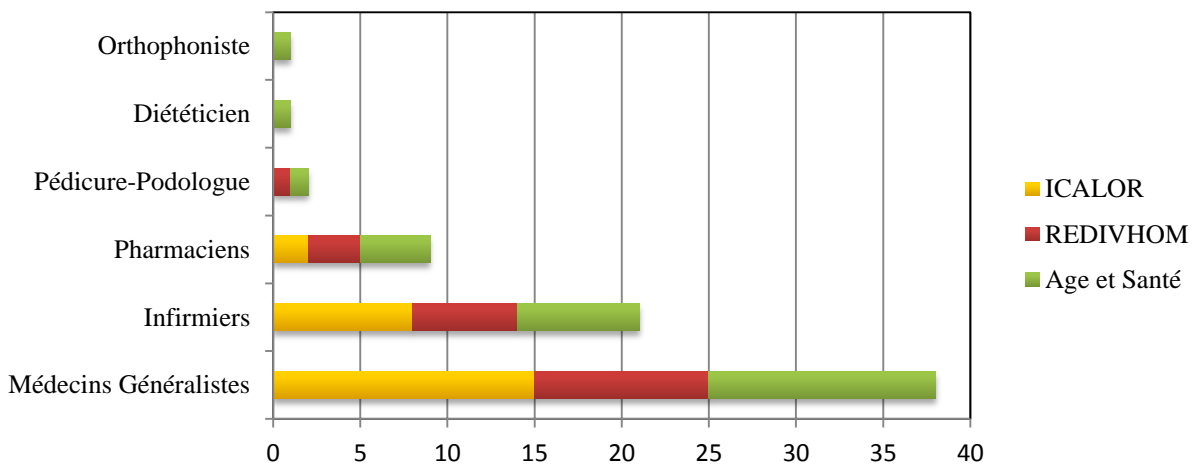
Ce deuxième entretien téléphonique a eu lieu le samedi 26 novembre 2011 à 10h30. Il s'agissait d'une femme diététicienne travaillant en milieu urbain et semi-rural, âgée de 28 ans, exerçant en libéral depuis 6 ans. Elle devait initialement participer au Focus Group D et s'était finalement désistée pour participer à l'Assemblée Générale des réseaux Age et Santé et REDIVHOM qui avait lieu le même soir et à la même heure que notre dernier Focus Group.

7. Données globales

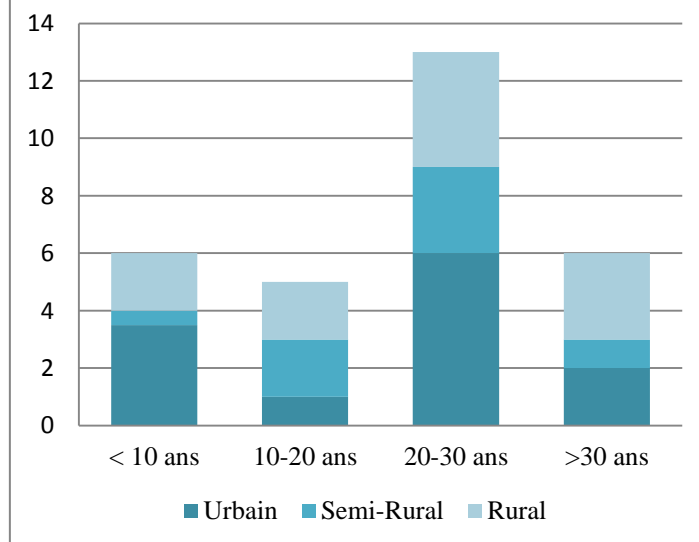
Au total, 30 professionnels de santé ont participé à notre étude, 13 femmes et 17 hommes. Le plus jeune avait 28 ans et le plus âgé avait 65 ans. La moyenne d'âge des participants était de 52 ans. Treize professionnels travaillaient en milieu urbain, 7 en milieu semi-rural et 11 en milieu rural. Ils étaient installés en libéral depuis 20,7 ans en moyenne.



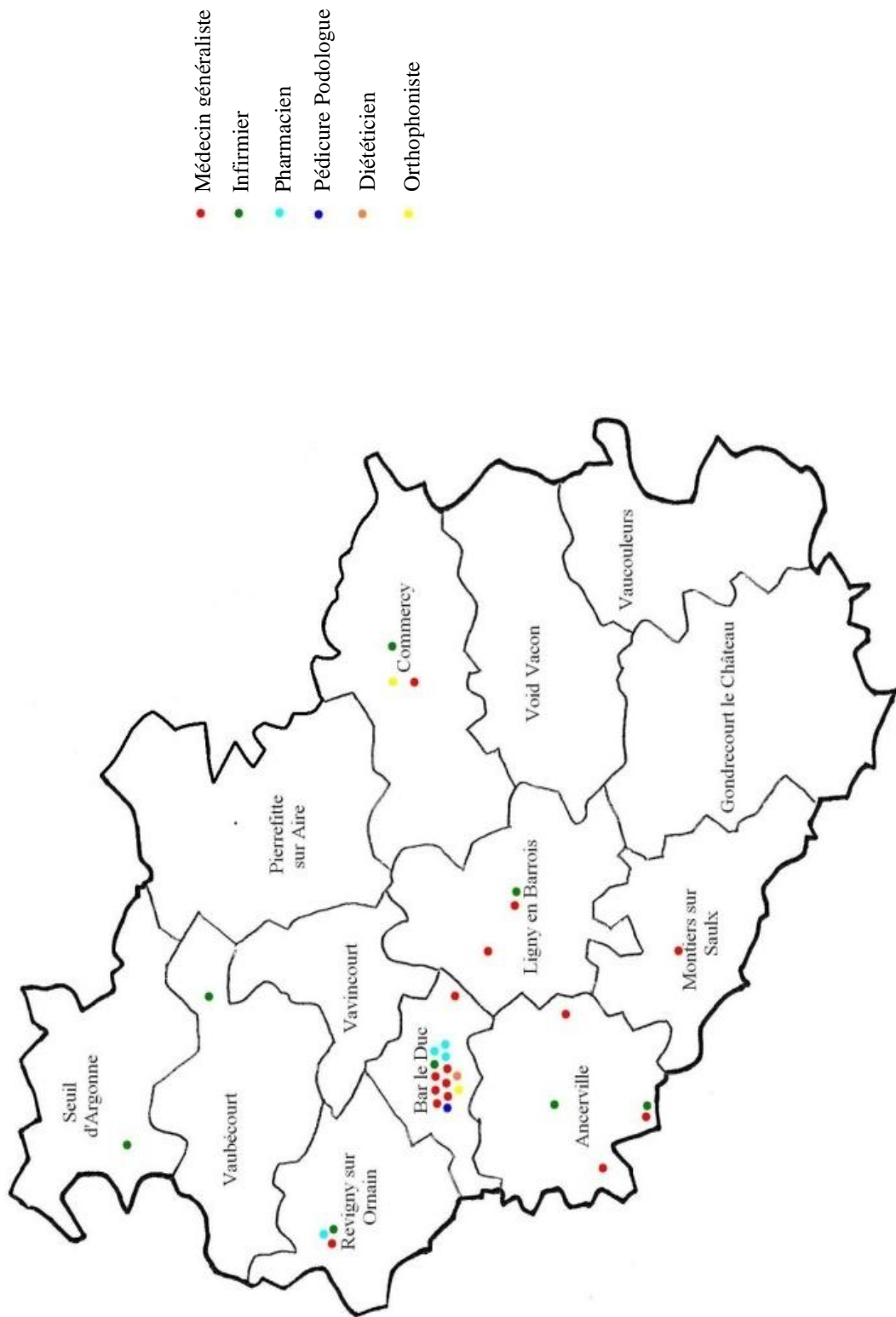
Participation aux différents réseaux selon les professions



Nombre d'années d'exercice libéral des participants



Répartition géographique des participants



B. Ressenti des professionnels libéraux sur les réseaux thématiques existants

1. Généralités

a. Objectifs des réseaux, attentes des professionnels libéraux

L'amélioration des relations entre les professionnels de santé libéraux et le monde hospitalier était un des objectifs des réseaux pour quelques professionnels libéraux :

- « *Notre priorité principale c'était d'avoir une relation entre l'hôpital et la ville* » A5, l. 22 (infirmier)
- « *C'est vrai qu'on a un gros problème je trouve entre la ville et l'hôpital. Donc ça c'est vrai que de faire des réseaux pour moi au départ c'était de faire travailler peut-être un peu plus la ville pour décharger un peu des fois le milieu hospitalier* » F1, l. 70 (diététicien)

D'autres participants avaient des attentes précises avant de s'engager dans les réseaux :

- « *Le but du réseau, c'était normalement de s'organiser entre nous* » A5, l. 654 (infirmier)
- « *Déjà, c'est un réseau pour lequel j'étais intéressé au départ, je pensais que c'était un réseau qui allait aller vers les médecins généralistes pour leur apporter des facilités et une aide* » C4, l. 140 (médecin)
- « *Je crois en fait que le but, c'est d'organiser la médecine libérale, et d'avoir des relations avec le monde hospitalier* » A5, l. 648 (infirmier)
- « *Moi j'aime bien le relationnel et donc je pensais avoir beaucoup d'échanges* » A1, l. 65 (infirmier)
- « *Au départ, ils nous avaient promis qu'un patient avec de l'éducation, devait être moins hospitalisé, mieux pris en charge... Bon c'était ça le but, ils ont leurs statistiques et c'était ça le but au départ* » C1, l. 268
- « *Le but du réseau, c'est que le patient ait le meilleur traitement possible au meilleur moment.* » C4, l. 512
- « *Le but c'est quand même, à financement égal, d'avoir des meilleurs résultats* » C4, l. 808

Mais tous les professionnels n'y ont pas trouvé le même intérêt :

Les avis positifs	Les avis négatifs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ « Tu les appelles, ils peuvent te débrouiller, c'est quelque chose d'intéressant » A4, l. 514 (A, médecin) ▪ « Ça permet d'avoir de l'aide » A5, l. 715 (médecin) ▪ « Y'en a plus dans 2 têtes que dans une seule » A4, l. 719 (médecin) ▪ « Ca élargit le champ quand même » A2, l. 723 (médecin) ▪ « Bon là, le réseau rend service » C3, l. 119 (A, médecin) ▪ « J'ai trouvé que finalement, c'était une bonne solution, je l'ai pas regretté, et je m'en sers toujours d'ailleurs pour différentes interventions au domicile, dans le cadre du maintien à domicile » D5, l. 29 (A, médecin) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ « Pour moi ça n'a eu aucun intérêt, au contraire » A2, l. 134 (R, médecin) ▪ « Dans notre pratique quotidienne, moi je ne vois pas trop de changement en fait » A2, l. 142 (I, médecin) ▪ « Je cherche un petit peu l'intérêt de travailler avec eux » A3, l. 155 (médecin) ▪ « Mais honnêtement, je ne vois pas très bien où est l'intérêt pour le médecin » B8, l. 61 (R, médecin) ▪ « À part une réunion d'une heure, une heure et demie dans la salle d'attente où on cause beaucoup et où ma foi, il ne s'ensuivait pas grand-chose euh... je ne vois pas ce qu'il m'a apporté » C4, l. 135 (A, médecin)

D'autres encore estimaient que les réseaux étaient une « mode » :

- « On dirait qu'il y a une nouvelle donne, une nouvelle mode (...) Si t'es pas soigné par les réseaux, c'est la catastrophe ! » A7, l. 704 (médecin)
- « C'est des modes ! » A4, l. 710 (médecin)
- « Bon, ces réseaux, pour suivre l'air du temps, j'y ai adhéré » C4, l. 178 (médecin)
- « Mais ça devient aussi presque une obligation si on veut être dans le vent, même si ça ne débouche que sur du vent, du baratin... » C4, l. 862 (médecin)

Deux autres participants craignaient un monopole d'un réseau :

- « C'est peut-être aussi le danger d'un réseau... » A3, l. 299 (infirmier)
- « Le monopole... » A1 l. 300 (médecin)

b. Les réseaux régionaux

Les réseaux régionaux ont été évoqués à plusieurs reprises au cours des Focus Groups:

- « ANTIBIOLOR, ça je ne le considère pas vraiment comme un réseau, c'est autre chose, c'est plutôt une référence » C4, l. 200 (médecin)
- « LORSEP, j'ai une patiente qui en bénéficie, mais là c'est de façon ponctuelle » D5, l. 72 (médecin)
- « Faire appel à un réseau pour des problèmes ponctuels, alors apparemment c'est possible avec LORSEP » B8, l. 477 (médecin)
- « LORSEP (...) J'ai un patient qui était pris en charge et là j'ai trouvé que c'était bien parce que je ne maîtrisais pas tout à fait le sujet et... disons qu'on remplit un dossier administratif et après la prise en charge est faite directement avec le patient après » C1, l. 65 (médecin)
- « On a eu quelques réunions sur l'insuffisance cardiaque avec ICALOR, il y avait l'infirmière d'ICALOR qui a un peu expliqué comment fonctionne le réseau, comment ça peut marcher » A4, l. 234 (I, médecin)

c. Connaissance des réseaux par les professionnels de santé

Les professionnels de santé, toutes professions confondues, connaissaient assez mal les différents réseaux de santé existant sur le territoire sud-meusien:

- « *Je ne savais même pas que ça existait* » A2, l. 148 (I, médecin)
- « *Jusqu'il y a 6 mois j'ignorais qu'ICALOR existait* » B3, l. 303 (I, pharmacien)
- « *Le réseau diabétologie, je n'étais même pas au courant qu'il existait (...) je n'ai jamais été sollicité* » C1, l. 46 (R, médecin)

Et même s'ils connaissent l'existence des réseaux, ils ne connaissent pas forcément leur mode de fonctionnement et ne savent pas toujours comment ni pourquoi s'en servir :

- « *Pareil, je ne sais pas ce qu'ils font avec mes patients* » C1, l. 60 (I, médecin)
- « *Je savais qu'il faisait partie du réseau mais je ne savais pas du tout ce que ça pouvait lui apporter, ce qu'ils allaient faire avec lui* » C2, l. 85 (A, pharmacien)
- « *Je ne sais pas trop ce qu'ils peuvent amener vraiment à l'heure d'aujourd'hui..., je ne sais pas trop ce que les gens peuvent avoir grâce au réseau...* » B9, l. 130 (A, infirmier)
- « *J'ai l'impression de mon côté, que quand tu fais entrer un patient dans le réseau, après, comme bilan de suivi etc., dans le cadre d'Age et Santé, ça ne m'a jamais trop passionné. Alors est-ce que c'est au médecin généraliste de le déclencher ou alors au réseau de déclencher les visites... Là il y a un flou artistique que je n'ai jamais résolu* » B7, l. 47 (A, médecin)

d. Le problème démographique

Les modifications démographiques, aussi bien dans la population générale que chez les soignants étaient évoquées:

- « *Si on tient compte des données démographiques, qu'on n'a pas arrêté pratiquement d'évoquer depuis tout à l'heure, que ça soit au sein de la population médicale ou des patients, le vieillissement de la population en France est quand même un paramètre qui va devenir très prépondérant* » D3, l. 360 (orthophoniste)
- « *C'est aussi un problème de démographie médicale* » A7, l. 859 (médecin)
- « *Y'a plus d'infirmières sur le papier, mais en cabinet y'a toujours le même nombre* » A5, l. 868 (infirmier)
- « *Il n'y a jamais eu autant de médecins* » A2, l. 865 (médecin)

Le vieillissement de la population engendre une augmentation des demandes de soins et les réseaux ont un rôle à jouer :

- « *C'est les dernières années de la vie des gens qui nécessitent des soins des soins des soins* » A7, l. 873 (médecin)
- « *Dans les insulinothérapies chez les personnes âgées maintenant, le soir, il faut faire les cachets, mettre les gouttes dans les yeux, faire le pansement parce qu'elle s'est écorchée en mettant son bois dans le feu, faire l'insuline, faire le dextro, enfin...* » A5, l. 881 (infirmier)
- « *Avec la population vieillissante en Meuse, c'est peut-être le réseau Age et Santé qui correspond le plus à nos besoins, qui est le plus utile pour nous* » D4, l. 317 (médecin)
- « *C'est 80% de notre clientèle c'est des personnes âgées* » A5, l. 876 (infirmier)
- « *Enfin la population vieillit, il en faudra des réseaux, ça va être de plus en plus lourd* » D4, l. 687 (médecin)

e. Le côté financier des réseaux de santé

Les réseaux de santé étaient pour un participant une façon de réaliser des économies :

- « Ben la réponse elle est claire, y'a des réseaux..., pourquoi y'a des réseaux ? C'est pour une raison économique, ça va rapporter de l'argent, enfin, ça va éviter d'en dépenser trop » A4, l. 371 (médecin)

D'autres trouvaient au contraire que les réseaux engendraient des frais supplémentaires :

- « Je vous fais un pansement pour 6 euros... à l'hôpital, ça coûte déjà 50 euros d'ambulance... » A5, l. 265 (R, infirmier)
- « Pour au final faire des choses qui de toute façon, même si nous on les a déjà faites à domicile, seront refaites à l'hôpital. Il n'y a pas du tout de notion d'économie... » B8, l. 57 (R, médecin)
- « Un réseau comme REDIVHOM, les dépenses ça doit être faramineux » B5, l. 438 (R, médecin)
- « Au départ ils avaient créé un magnifique classeur qui coûtait une petite fortune » C4, l. 157 (R, médecin)
- « Des fois j'ai l'impression qu'ils distribuent de l'argent parce qu'ils doivent le distribuer » A5, l. 477 (R, infirmier)
- « Je rigole parce que quand on fait venir l'ambulance et tout le bordel et qu'on met un pansement sec... » A5, l. 782 (R, infirmier)

La gestion financière des réseaux n'était pas très claire pour certains participants :

- « Des fois j'ai l'impression qu'ils distribuent de l'argent parce qu'ils doivent le distribuer » A5, l. 477 (R, infirmier)
- « Ah oui, ils ont beaucoup d'argent » A1, l. 479 (infirmier)
- « Ils ont des budgets assez ... Je ne sais plus ...600 000 euros » C1, l. 273 (médecin)

Le manque de pérennité dans les financements avait également été soulevé :

- « Des trucs qu'on fait qui sont bien, mais qui pour des histoires de fric sont supprimés » A5, l. 410 (infirmier)
- « Pour quoi ? Pour 5ans, pour 6ans ? Pour 7ans ? (...) Y'a pas de pérennité dans le fonctionnement » A5, l. 443 (infirmier)

Pour un participant, le financement des réseaux par les pouvoirs publics signifiait une obligation d'évaluation des réseaux :

- « C'est de l'argent public, c'est de l'argent de l'état, donc je trouve normal que l'on ait des comptes à rendre (...) Mais qu'on ait des comptes à rendre... je veux dire, ça fait partie de la transparence. Et puis il faut quand même évaluer si on est sur le bon chemin. Il y a un moment, il faut aussi se remettre en cause » C6, l. 788 (pharmacien)

2. Ressenti sur l'organisation des réseaux et leur fonctionnement

a. Les formalités administratives

➤ Adhésion

Sur les formalités administratives liées à l'adhésion des patients au sein des réseaux, les avis divergeaient :

Les avis positifs	Les avis négatifs
<ul style="list-style-type: none">▪ « La paperasserie, moi je n'ai pas trouvé ça très lourd. Il y a l'adhésion du patient, il y a la lettre d'information à faire signer et puis des documents que vous connaissez sans doute tous, qui sont simples, à l'intention du médecin du réseau, à remplir » D5, l. 35 (A, médecin)▪ « Chez ICALOR, une fois qu'on a fait le dossier, ça va très vite sur internet... ça va très vite » E1, l. 60 (I, infirmier)	<ul style="list-style-type: none">▪ « La partie administrative, écriture etc., était extrêmement lourde, extrêmement difficile à réaliser » A2, l. 151 (médecin)▪ « J'avais trouvé que c'était une surcharge de travail et d'administratif qui ne m'intéressait pas » C7, l. 41 (médecin)▪ « La prise en charge administrative qui reste quand même un petit peu le problème numéro 1, la tâche administrative est quand même assez lourde » C3, l. 125 (médecin)▪ « Il y a de multiples réseaux, on va remplir des papiers, des cartons... » C4, l. 153 (médecin)▪ « Dans chaque réseau, il faut s'inscrire, il faut un tas de choses,... ça, ça me freine déjà » D4, l. 5 (médecin)▪ « Des patients venaient me faire remplir des papiers (...) je ne voyais pas vraiment où ça menait » A7, l. 51▪ « ICALOR, j'ai essayé mais c'était trop fastidieux, ...je me suis heurté à des difficultés d'ordre technique insurmontables » B7, l. 10 (I, médecin)▪ « Mais au départ REDIVHOM c'était vachement cadré, y'avait une sacrée charte,... et puis on a vite déchanté ! » A2, l. 322 (R, médecin)

Des participants soulevaient un point qui leur paraissait problématique :

- « Le problème, le médecin généraliste doit être adhérent au réseau pour que les gens soient pris en charge » B9, l. 121 (A, infirmier)
- « Pour Age et Santé, il fallait adhérer pour que les patients... Il y avait une discrimination que je trouvais extrêmement mal venue. » A7, l. 48 (A, médecin)

Les professionnels de santé avaient également des difficultés à identifier les patients pris en charge par les réseaux :

- « Qui adhère ? Qui n'adhère pas ? Et le patient ne sait pas non plus qui adhère au réseau » B7, l. 333 (médecin)

- « Ça manque quand même de connaissance, moi je me suis retrouvé un jour avec un patient qui adhérerait à ICALOR et je n'en savais rien du tout » A2, l. 147 (I, médecin)
- « Mais dans nos patients, on n'est pas au courant de qui appartient au réseau, on sait qu'ils vont en diabète, mais on ne sait pas s'ils appartiennent au réseau ou pas » B9, l. 110 (R, infirmier)
- « Si un patient fait partie, est inclus dans le réseau diabète, on ne le sait pas, absolument pas... Donc au niveau communication sur l'inclusion des patients euh... » C2, l. 431 (R, pharmacien)

➤ Le suivi du patient

Des participants ont évoqué les fiches de suivi annuelles à remplir pour chaque patient dans le cadre du réseau diabète :

- « L'inconvénient, c'est les fiches à remplir, les fiches annuelles » B7, l. 32 (R, médecin)
- « On devait également remplir chaque année un formulaire de mise au point avec des tas de pages » C4, l. 168 (R, médecin)

➤ Les réunions administratives

Certains évoquaient les réunions administratives de fonctionnement des réseaux :

- « Il faut du temps, gérer un réseau comme ça, ça bouffe énormément de temps... » A5, l. 659 (infirmier)
- « Je n'avais pas voulu faire partie des réseaux parce que je ne voulais pas avoir des réunions qui se multipliaient » C7, l. 36 (médecin)

b. L'importance du leader

Les participants s'accordaient sur l'importance du leader dans un réseau :

- « Une structure, si en haut ça ne marche pas bien, ça suit... » A3, l. 429 (médecin)
- « Ça dépend de l'Homme auquel on a affaire, parce qu'avec certains médecins ça se passe très bien, et il y a des médecins hospitaliers avec lesquels vous ne pouvez même pas dire... » B9, l. 589 (infirmier)
- « Je crois ce qui fait la caractéristique de ce réseau, c'est la façon dont il a été initié, fondé au départ. Si on a un hospitalier qui a un charisme, une personnalité forte, chef de service de surcroît... ça ne sera du tout la même chose que s'il y a une participation égale des médecins généralistes, des médecins de terrain. Ce n'est pas du tout le même esprit qui règnera dans ces 2 réseaux. » D5, l. 298 (R, médecin)
- « À mon avis le problème il vient que (...) les réseaux ont été créés par des gens qui n'étaient pas forcément des gens de terrain » B2, l. 494 (médecin)
- « Donc ça se joue forcément en fonction des gens qui dirigent hein ça c'est sûr » F1, l. 110 (diététicien)

c. La place des professionnels libéraux au sein des réseaux

Les participants regrettaient le peu de place laissé au secteur libéral dans les réseaux :

- « *Bon ben clairement, en tant que diététicienne on va dire que je suis exclue parce qu'ils ne font travailler que l'hôpital* » F1, l. 13 (R, diététicien)
- « *La ville là-dedans n'intervient pas beaucoup* » B1, l. 148 (pédicure)

La participation des professionnels au sein des réseaux n'était pas égale :

- « *J'avoue que je n'ai jamais vraiment participé à beaucoup de réunions* » C3, l. 120 (médecin)
- « *Je crois que je n'ai pas été très assidu* » C5, l. 4 (médecin)
- « *Il y a des gens qui ne se sont jamais investis, et on n'a pas de relation* » A5, l. 33 (infirmier)

Des médecins faisaient part de leurs difficultés à se positionner dans la prise en charge des patients au sein des réseaux :

- « *J'ai l'impression de mon côté, que quand tu fais entrer un patient dans le réseau, après, comme bilan de suivi etc., dans le cadre d'Age et Santé, ça ne m'a jamais trop passionné. Alors est-ce que c'est au médecin généraliste de le déclencher ou alors au réseau de déclencher les visites... Là il y a un flou artistique que je n'ai jamais résolu* » B7, l. 47 (A, médecin)
- « *Bon du coup c'est bien parce que du coup on n'a plus rien à faire (ironique)* » B8, l. 60 (R, médecin)

Quelques participants estimaient que les infirmiers ont un rôle prépondérant dans les réseaux de santé thématiques :

- « *C'est surtout les infirmières qui apportent énormément de choses à ICALOR* » A2, l. 141 (I, médecin)
- « *Il a réussi à mettre en avant le rôle de l'infirmière* » B9, l. 132 (I, infirmier)
- « *Les autres réseaux on avait tout centré sur les médecins et heureusement, ICALOR a centré tout sur l'infirmière qui est beaucoup plus disponible* » A2, l. 144 (I, médecin)
- « *Là il y a un échange quand même important avec l'infirmière.* » B8, l. 82 (I, médecin)
- « *Voir des infirmières au domicile des patients quand moi je ne peux pas passer, effectivement, ça apporte un plus à mes patients* » B2, l. 182 (I, médecin)
- « *Super-infirmière !* » B9, l. 737 (infirmier)
- « *Elle est susceptible de passer un coup de fil pour signaler que le patient a pris du poids de façon imprévue, que ça s'accompagne d'un œdème de cheville, de signes de sub-OAP...* » C3, l. 103 (I, médecin)
- « *Il y a des intervenants tels que l'infirmière, qui sont là pour tirer une sonnette d'alarme* » C3, l. 100 (I, médecin)

A l'inverse, les pharmaciens ne trouvaient pas leur place au sein des réseaux :

- « *Pour nous pharmaciens, c'est toujours un petit peu difficile, parce que ça reste relativement...* » B3, l. 302 (pharmacien)
- « *On avait assisté à beaucoup de réunions et je trouvais que pour nous, en tant que pharmacien, sur le terrain, ça ne présente aucun intérêt* » C6, l. 21 (A, pharmacien)
- « *On a l'impression qu'on est totalement à côté (C7 acquiesce) alors que je pense qu'on aurait pu avoir un rôle à jouer* » C6, l. 23 (pharmacien)

- « *Nous les pharmaciens, on ne sait pas comment se servir de ces réseaux autrement que en recevant... en ayant la possibilité de recevoir de l'information* » C2, l. 81 (pharmacien)
- « *Qu'est-ce qu'on attend de nous les pharmaciens dans les réseaux ?* » D1, l. 81 (pharmacien)

Le pédicure podologue était quant à lui satisfait de sa participation aux réseaux :

- « *Pour moi je vais dire « c'est le pied ». Enfin on reconnaît et on connaît la podologie* » B1, l. 145 (A et R, pédicure podologue)

Le diététicien notait que les réseaux étaient une façon d'élargir son champ d'action :

- « *Le point positif c'est sûr que pour nous, enfin moi ça me permet d'élargir mon activité parce que je me retrouve à aller à domicile, choses que je ne faisais pas forcément* » F1, l. 25 (A, diététicien)

Mais il se sentait exclu du réseau diabète :

- « *Bon ben clairement, en tant que diététicienne on va dire que je suis exclue parce qu'ils ne font travailler que l'hôpital* » F1, l. 13 (R, diététicien)

L'orthophoniste appréciait le travail en réseau :

- « *C'est assez rassurant de savoir que l'on n'est pas seul parce que parfois... (...) c'est rassurant de savoir qu'on a un relai possible rapidement.* » D3, l. 152 (A, orthophoniste)

L'assistante sociale était considérée comme importante par les autres professionnels :

- « *On avait pas mal de solutions, sur le plan social c'était bien parce que les études des APA, des conditions sociales des patients, tout ça c'est des choses qui moi ne me passionnent pas vraiment* » B7, l. 40 (A, médecin)
- « *ça m'intéressait le côté social là où nous on a plus de mal d'aller parce qu'on n'a pas le temps et qu'on n'est pas forcément au courant de tout etc...* » B2, l. 192 (A, médecin)
- « *Intervention des assistantes sociales pour faire bénéficier aux patients de telle ou telle prestation* » C3, l. 114 (A, médecin)
- « *pour Age et Santé, c'est surtout le côté social qui apportait, c'est-à-dire l'assistante sociale* » C1, l. 211 (A, médecin)
- « *Au niveau social, je trouve qu'ils sont toujours présents* » C1, l. 237 (A, médecin)
- « *Au niveau social, comme tu as dit, ce n'est pas des choses que je maîtrise totalement et ça aide beaucoup les patients* » C1, l. 654 (A, médecin)

d. La communication au sein des réseaux

Les participants étaient unanimes sur les difficultés de communication en général entre les professionnels de santé:

- « *C'est sûr qu'il y a un problème majeur de communication entre les professionnels de santé* » B7, l. 332 (médecin)
- « *On en revient toujours au même problème, la communication. À l'heure d'internet c'est gênant !* » E1, l. 247 (infirmier)
- « *Il n'y a pas de lien direct entre le médecin généraliste, les autres partenaires, et le service de diabétologie* » C4, l. 166 (R, médecin)

- « Je trouve qu'il y a beaucoup de paperasserie pour pas beaucoup d'échanges » C1, l. 400 (I, médecin)
- « C'est un bilan mitigé à 5-6 ans, sur le plan relationnel, non, on n'a pas... on n'a pas...ça n'a pas évolué » A5, l. 28 (R, infirmier)
- « Moi j'aime bien le relationnel et donc je pensais avoir beaucoup d'échanges... et je suis tombée de haut! » A1, l. 65 (R, infirmier)
- « Oui, mais c'est le relationnel qui n'est pas bon » A3, l. 309 (R, médecin)

Quelques-uns évoquaient le manque de retour d'information de la part du réseau :

- « Avec REDIVHOM, j'ai bien vu le retour, quand on met un petit mot avec le patient qui va en consultation, ben ou on nous répond pas » A1, l. 66 (R, infirmier)
- « On a peu de retour dans l'ensemble des 3 réseaux » B4, l. 399 (infirmier)
- « Moi j'ai un patient qui est suivi par ICALOR mais c'est quand même malheureux... Il a fait un AVC et je l'ai pas su, je l'ai pas su, je l'ai su par le « qu'en dira-t-on » du village. Vous trouvez-ça normal ? Moi pas » E1, l. 127 (I, infirmier)
- « Si le réseau Age et Santé passe après chez le patient, il ne va pas nous dire «Tiens on enverra le pédicure, l'ergo ou il va passer tel jour, si vous voulez discuter avec lui ? venez tel jour... » Non, on n'a pas ce suivi-là » B4, l. 356 (A, infirmier)

Et quand il y a communication, certains professionnels regrettaient de ne pas pouvoir identifier leur interlocuteur :

- « Il n'y avait pas le nom de la personne qui l'avait écrit » A5, l. 496 (R, infirmier)
- « Ah ben non ! Anonyme ! (rire) » A2, l. 498 (médecin)
- « La moindre des choses, c'est au moins de mettre son nom ! » A5, l. 499 (R, infirmier)
- « J'aurais bien aimé savoir qui c'était quoi! » A1, l. 507 (infirmier)

D'autres déploraient le manque de concertation entre les professionnels de santé libéraux et les réseaux :

- « Il y a quand même rarement de concertation » A3, l. 211 (A, médecin)
- « On a jamais le droit à la parole » B4, l. 377 (R, infirmier)
- « Quand il (le patient) est rentré, j'ai eu un mot avec : « Faut faire ça, ça et ça. Comme ci et comme ça et ça... » mais on ne m'a jamais demandé mon avis, on ne m'a pas demandé si c'était réalisable à domicile » A5, l. 494 (R, infirmier)
- « Toi tu leur écris un mot bien gentiment, que tu signes, que tu les salues... (Rire A2) On te répond NON ! » A1, l. 501 (R, infirmier)
- « Ils ont un tampon ? (Rires A2, A3, A4, A5 et A7) Disapproved ! Boum ! » A2, l. 505 (R, médecin)

Certains notaient que parfois la collaboration peut se faire par téléphone :

- « La grosse différence (...) c'est que le médecin de l'hôpital nous téléphone, l'infirmière nous téléphone, la coordinatrice nous téléphone et on peut leur téléphoner... » B8, l. 721 (A, médecin)
- « Si vous leur téléphonez, il y a toujours quelqu'un pour vous répondre » B9, l. 137 (A, infirmier)

Dans les réseaux, le dossier médical partagé était l'un des outils de communication entre professionnels. Ce dossier médical était évoqué à de nombreuses reprises par les participants.

- « Avec le dossier partagé c'est toujours dans l'intérêt du malade, ..., ça c'est bien » A1, l. 86 (infirmier)

Dans les réseaux Age et Santé, ICALOR et REDIVHOM étaient mis en place des classeurs. Les avis sur ces classeurs étaient partagés :

Les points positifs	Les points négatifs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ « Pour Age et Santé, c'est vrai qu'il y a un classeur qui est assez pratique, qui est au domicile, il est sur la table et souvent il est bien documenté » B1, l. 152 (A, pédicure) ▪ « Il y a une page pour nous, on peut écrire, une page pour vous (aux infirmières), une page pour les spécialistes. On peut communiquer avec ça » B8, l. 157 (I, médecin) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ « J'ai l'impression que les classeurs qui existent pour le réseau diabète, jamais ils ne les demandent à l'hôpital... donc il n'y a que nous qui écrivons dedans donc je ne vois pas à quoi ça sert. » B8, l. 160 (R, médecin) ▪ « Mais alors quel classeur ? Le classeur de REDIVHOM ? Le classeur du réseau ... Parfois on se retrouve avec des patients qui ont 3 classeurs... » D5, l. 230 (médecin) ▪ « Il est trop encombrant, les gens ne viennent pas avec » C4, l. 165 (R, médecin) ▪ « Le problème, c'est que souvent le classeur ne nous est pas présenté » D1, l. 223 (pharmacien)

La forme papier ou informatique du dossier patient a également été débattue.

Certains préféraient le dossier informatique :

- « C'est plus facile effectivement de cocher et de remplir 2 ou 3 trucs que de faire des écritures pendant des heures » A1, l. 524 (I, infirmier)
- « C'est intéressant parce qu'on peut imprimer pour le patient la liste de tous les médicaments » A5, l. 116 (I, infirmier)
- « Le côté informatique des choses a été beaucoup plus intéressant à exploiter » B2, l. 181 (I, médecin)
- « Je pense que l'informatique est encore très peu utilisée entre nous » B2, l. 827 (médecin)
- « Pour nous c'est facile, on a l'informatique, on peut sortir la liste des médicaments délivrés, même aussi un tableau de posologie » D1, l. 225 (pharmacien)

D'autres étaient plus réticents :

- « Ce n'est pas de la paperasse mais c'est de l'informatique et moi, ça me freine » D5, l. 62 (I, médecin)
- « Bon, il faut savoir aussi une chose, là je vais peut-être vous étonner ! J'ai encore des médecins qui n'ont pas internet. Donc quand on doit donner le dossier à ces médecins-là ben on ne peut pas. Si on fait une alerte, on ne peut pas parce qu'ils n'ont pas internet... » E1, l. 88 (infirmier)

Quelques participants évoquaient aussi le problème de la tenue du dossier, informatique ou non :

- « C'est bien, mais il faut que ce soit tenu à jour » A5, l. 112 (I, infirmier)
- « Le problème là-dedans c'est que tout le monde ne joue pas le jeu » A5, l. 119 (I, infirmier)
- « Ben oui alors il y avait le classeur, je trouvais ça bien mais personne ne le remplit. Moi je le remplissais toujours mais personne ne le remplit » F1, l. 185 (diététicien)

Les participants évoquaient également le « système d’alerte » du réseau ICALOR :

Les avis favorables	Les avis défavorables
<ul style="list-style-type: none"> ▪ « Ben ils nous proposent des alertes, et nous on sélectionne pour les transmettre au médecin généraliste, au cardiologue... ou à ICALOR » A5, l. 105 (I, infirmier) ▪ « Bon ça prend un peu de temps pour relever ça le soir mais bon c’est bien. » A 1, l. 110 (I, infirmier) ▪ « On peut envoyer des alertes soit directement au cardiologue, soit au médecin traitant... » B4, l. 139 (I, infirmier) ▪ « J’ai reçu plusieurs fois des alertes directement sur mon ordinateur, comme quoi il faut que je retéléphone etc. » B2, l. 185 (I, médecin) ▪ « Et une mise en alerte des participants s’il y a problème » C1, l. 530 (I, médecin) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ « On vous envoie des alertes, qui sont provoquées par les infirmières (D2 acquiesce) ou par Nancy. Et alors, qu’est-ce qu’on fait ? Aie aie aie... » D5, l. 65 (I, médecin) ▪ « C’est vrai que moi j’ai déjà décroché le téléphone, appelé le médecin généraliste, c’est vrai que quand il reçoit une alerte, il doit un peu... il peut se demander ce qu’il se passe » D2, l. 133 (I, infirmier)

e. Les particularités géographiques

Les professionnels exerçant dans les zones les plus éloignées du centre hospitalier du territoire sud meusien regrettaient les difficultés d’accès aux réseaux :

- « Je crois que la distance joue aussi parce qu’ils semblaient hésiter à venir, les crédits ont dû baisser et ils ne se déplaçaient plus dans les provinces lointaines » C4, l. 233 (A, médecin)
- « Parce que moi personnellement, on est dans une zone où le SSIAD, on est trop loin de Verdun, on est trop loin de Bar le Duc, on est trop loin de Saint-Dizier, et on a une zone où... » B4, l. 1097 (infirmier)
- « Un no man’s land... le triangle des Bermudes... » B7, l. 1102 (médecin)
- « Et ben voilà, c’est ça : le SSIAD ne veut pas intervenir, l’HAD ne veut pas intervenir, les réseaux Age et Santé ont du mal à venir jusque-là parce que sur une journée, ben, se taper 40 km, ils préfèrent venir à 20 km... » B4, l. 1103 (A, infirmier)

3. Ressenti sur les modifications apportées par les réseaux

a. Sur l’exercice des professionnels de santé

i. L’expertise du réseau

Quelques professionnels de santé appréciaient l’aide apportée par les réseaux :

- « Ben des fois ça fait activer un peu certaines démarches que les gens ne peuvent pas faire » A1, l. 208 (infirmier)
- « Je n’y connais rien, je fais appel à des gens qui s’y connaissent, et qui eux vont savoir gérer avec CLIC, avec « Clac » » A4, l. 1004 (médecin)

Ils appréciaient notamment l'aide apportée au niveau médico-social :

- « *J'avoue que le réseau apporte une certaine aide, notamment pour ce qui est de la prise en charge sur le plan médico-social.* » C3, l. 110 (médecin)
- « *On avait pas mal de solutions, sur le plan social c'était bien parce que les études des APA, des conditions sociales des patients, tout ça c'est des choses qui moi ne me passionnent pas vraiment* » B7, l. 40 (médecin)
- « *Pour Age et Santé, c'est surtout le côté social qui apportait, c'est-à-dire l'assistante sociale*» C1, l. 211 (médecin)

Le réseau était également vécu comme un moyen de se décharger de situations compliquées :

- « *Parce qu'on manque de temps, donc d'avoir les moyens supplémentaires pour nous libérer des pathologies les plus lourdes, où il y a beaucoup de temps à passer... voilà c'est quand même une aide importante, sur le plan pratique !* » D4, l. 188 (médecin)
- « *Je leur ai toujours donné des cas un peu délicats, des bébés un peu difficiles à reprendre* » A4, l. 230 (médecin)

Il permettait également aux infirmières de gérer des situations plus complexes :

- « *C'est peut-être ça la petite nuance avec Icalor, il est arrivé dans un domaine où l'infirmière n'avait jusqu'à présent quasiment aucun rôle* » B2, l. 229 (I, médecin)
- « *Elle est susceptible de passer un coup de fil pour signaler que le patient a pris du poids de façon imprévue, que ça s'accompagne d'un œdème de cheville, de signes de sub-OAP...* » C3, l. 103 (I, médecin)

Mais un professionnel notait qu'un réseau ne résout pas tout :

- « *Si j'ai une carence dans tel ou tel domaine, ce n'est pas parce que je vais faire partie d'un réseau que tout d'un coup, la nuit, ça va se remplir mes cases* » A7, l. 711 (médecin)

Et dans certaines situations, les participants pensaient ne pas avoir besoin d'un réseau :

- « *Si t'as un diabétique bien équilibré, t'as pas de problème particulier, tu l'envoies chez le cardio, chez le diabéto... On n'a pas besoin d'eux (les réseaux)* » A3, l. 350 (médecin)
- « *On peut se débrouiller tout seul bien souvent* » A2, l. 352 (médecin)
- « *Bon moi je suis d'accord avec toi, dans la thérapeutique, on n'a besoin de personne j'veux dire...* » B2, l. 674 (médecin)

Des médecins évoquaient le peu d'intérêt d'un réseau pour eux :

- « *Pour moi ça n'a eu aucun intérêt, au contraire* » A2, l. 134 (R, médecin)
- « *Dans notre pratique quotidienne, moi je ne vois pas trop de changement en fait* » A2, l. 142 (I, médecin)
- « *Je cherche un petit peu l'intérêt de travailler avec eux* » A3, l. 155 (médecin)
- « *Je cherche encore ce que je peux... euh ce que peuvent m'apporter ces réseaux* » A3, l. 176 (médecin)
- « *Mais honnêtement, je ne vois pas très bien où est l'intérêt pour le médecin* » B8, l. 61 (R, médecin)

ii. L'hospitalocentrisme des réseaux

Bon nombre de participants évoquaient les différences entre le monde hospitalier et le monde libéral, rendant difficile la collaboration :

- « *On n'a pas les mêmes objectifs, on n'a pas la même manière de travailler, on n'a pas la même façon de voir les choses* » A3, l. 548 (médecin)
- « *Il faut qu'on comprenne que les libéraux n'ont pas le même rythme. C'est comme un sprinter et un marathonien* » A3, l. 551 (médecin)
- « *Chacun voit midi à sa porte* » A5, l. 838 (infirmier)
- « *Oui, mais il y a une vraie différence de mentalité ! Je veux dire, nous, quand on se lève le matin, quand on est en libéral, rien n'est gagné. Eux...* » C6, l. 853 (pharmacien)
- « *Une réunion à 10h du matin, avec le médecin, le réseau et nous, c'est impossible !* » A1, l. 215 (A, infirmier)
- « *Mais malheureusement, comme je dis toujours, eux ils sont derrière leurs bureaux et nous on est sur le terrain et ça serait bien de faire participer des gens qui sont sur le terrain. Eux ils n'y sont pas, ils ne sont pas à la maison. Ils sont ou dans des bureaux ou à l'hôpital* » E1, l. 170 (infirmier)
- « *J'aime bien quand les hospitaliers nous appellent pour nous donner des nouvelles de patients etc... mais ils réalisent absolument pas. En pleine consultation, pendant un quart d'heure, t'as une consultation de gérontologie...* » B8, l. 1015 (A, médecin)

Et les réseaux étaient parfois confondus avec les services hospitaliers :

- « *Les réseaux je les ai ressentis comme... euh initialement comme une projection de l'hôpital vers la ville* » A7, l. 44 (médecin)
- « *Ce n'est pas un réseau ville-hôpital... c'est plutôt un réseau hôpital –hôpital* » B1, l. 147 (R, pédicure podologue)
- « *Enfin, on confond beaucoup réseau et le service de diabétologie* » B6, l. 165 (R, infirmier)
- « *On peut parler du service diabétologie comme on peut parler du réseau car je ne vois pas la différence* » B8, l. 480 (R, médecin)
- « *En fait, REDIVHOM est quand même une exagération monstrueuse...* » B5, l. 470 (R, médecin)
- « *On s'est rendu compte dans la gestion de certains réseaux, que l'argent avait servi plus à favoriser l'hôpital que le libéral* » A5, l. 755 (R, infirmier)

Des participants évoquaient leurs difficultés avec un réseau qui « phagocyte » la prise en charge du malade :

- « *Le racket... oui pour moi, REDIVHOM c'est du racket, point barre* » A4, l. 245 (R, médecin)
- « *Je ne suis pas le seul certainement, à regretter que ce réseau prenne une orientation un peu étouffante pour les confrères, (...) on s'est étendu au niveau des prises en charge. Ça a été le vasculaire, après l'obésité... bon après pourquoi pas ! Et puis maintenant c'est la thyroïde etc.* » D5, l. 57 (R, médecin)
- « *Et il y a les réseaux où on voit plutôt disparaître les gens* » B8, l. 55 (R, médecin)
- « *Quand on envoyait un patient qui n'était pas vu par le service avant, uniquement pour un problème diététique, il était accaparé et puis en fait on l'intégrait pour une journée d'hospitalisation etc.* » C4, l. 226 (R, médecin)
- « *Les patients qui y vont nous échappent quasiment totalement après* » C4, l. 144 (R, médecin)
- « *J'ai eu l'impression que mes malades étaient vampirisés par le service de diabétologie* » C5, l. 6 (R, médecin)

Quelques participants regrettaient l'impossibilité d'obtenir un avis ponctuel et les convocations fréquentes des patients :

- « À partir du moment où ils sont vus une fois, ils sont systématiquement re-convoqués ! » B8, l. 59 (R, médecin)
- « Quand tu fais appel à des spécialistes qui sont dans le réseau, ils ne savent pas donner un rendez-vous ponctuel ; c'est systématiquement : je reverrai ton patient dans 3 mois, sauf objection de ta part... » B8, l. 490 (A et R, médecin)
- « En fait il manque de pouvoir utiliser un réseau pour un avis ponctuel » B8, l. 490 (médecin)

Des professionnels se plaignaient des convocations trop fréquentes des patients pour des réfections de pansements :

- « Moi je trouve qu'ils y vont trop souvent » A1, l. 71 (R, infirmier)
- « Des fois ils y vont pendant des mois alors qu'il n'y a rien, ils continuent à y aller 2 fois par semaine alors qu'il n'y a plus rien » A5, l. 776 (R, infirmier)
- « Ce n'est pas à l'hôpital de gérer 3 fois par semaine les pansements, on est capable de gérer les pansements » A5, l. 772 (R, infirmier)

iii. Le manque de considération des professionnels de santé au sein des réseaux et ses conséquences

Le manque de considération des professionnels de santé libéraux de la part des réseaux a également été évoqué à plusieurs reprises :

- « À croire que ce qu'on fait... euh voilà, ils n'en tiennent pas compte » A1, l. 365 (infirmier)
- « On a l'impression d'être pris pour des cons » A5, l. 257 (infirmier)
- « On ne m'a jamais demandé mon avis, on m'a pas demandé si c'était réalisable à domicile » A5, l. 495 (infirmier)
- « On a l'impression qu'on est des petits sous-fifres pour remplir la paperasse donc voilà, je ne sais pas... » C1, l. 277 (médecin)
- « Mais on a l'impression qu'on est sous-estimé. C'est-à-dire qu'ils ne se rendent pas compte qu'on est polyvalent et qu'on fait beaucoup de choses » E1, l. 71 (infirmier)
- « On n'a aucune reconnaissance, quand on envoie les gens, on est court-circuité » A5, l. 255 (infirmier)
- « T'arrives à faire la boîte aux lettres » A3, l. 333 (R, médecin)
- « On n'a jamais le droit à la parole » B4, l. 377 (R, infirmier)
- « Les libéraux sont des nuls, sont des lavasses, et sont des serpillières (...) Et en libéral, nous on ne sait pas travailler » E1, l. 66 (R, infirmier)

Quelques professionnels confiaient leur crainte d'une perte d'indépendance de prescription au sein des réseaux :

- « Il y a le problème de l'indépendance... de perdre une certaine indépendance de prescription » A7, l. 53 (médecin)
- « Le problème, c'est que faire partie d'un réseau, c'est quasiment perdre ma possibilité de maîtriser les traitements. » B5, l. 423 (médecin)
- « J'ai un sentiment d'être obligé de me soumettre à tout ça... » B5, l. 426 (médecin)
- « On est même obligé de signer à contre cœur des prescriptions pour lesquelles on n'est pas d'accord... » C4, l. 146 (médecin)

Pour d'autres, le fonctionnement en réseau posait également le problème de la responsabilité :

- « *La personne principale qui prend les responsabilités, au bout d'un moment c'est plus nous* » A7, l. 57 (médecin)
- « *Ce travail d'équipe ne supprime pas pour autant la notion de responsabilité* » C3, l. 873 (médecin)
- « *Il va y avoir une dilution de la responsabilité, mais au bout du compte, en fin de chaîne, il faut quand même qu'il y ait une décision qui soit prise dans l'intérêt du patient, et qui va être tenu pour responsable des conséquences de cette décision ?* » C3, l. 874 (médecin)

Quelques participants faisaient part de leur démotivation :

- « *J'ai vite baissé les bras avec certains réseaux* » A4, l. 229 (médecin)
- « *T'es démotivé* » A3, l. 341 (médecin)
- « *T'arrives à faire la boîte aux lettres* » A3, l. 333 (médecin)
- « *J'étais assidu au départ et puis après au bout de 1 an ou 2 ans, j'ai laissé tomber un petit peu le réseau parce qu'il ne répondait pas tout à fait à mes attentes* » C5, l.4 (médecin)
- « *Moi j'étais partante et puis au final, c'est comme un soufflé, ça retombe.* » C1, l. 928 (médecin)
- « *On en arrive à ne plus être concerné en fait, t'es plus inclus* » A7, l. 340 (médecins)
- « *Quand tu suis un diabète, et quand il est pris en charge par le réseau, et bien tu ne t'en occupes plus...* » A3, l. 344 (médecin)
- « *Parce que c'est souvent ça, on voit faire mais on ne fait plus...* » A7, l. 691 (médecin)
- « *Nous, on n'a plus qu'à entériner. À la limite, on ne se sent même plus responsable du patient* » C4, l. 533 (médecin)

iv. Consultations spécialisées

Des médecins partageaient les difficultés de leurs patients à obtenir un rendez-vous chez un spécialiste dans les meilleurs délais :

- « *J'ai comme les confrères des problèmes de délais de rendez-vous auprès des spécialistes* » D5, l. 499 (médecin)
- « *C'est 3 à 6 mois de délai de consultation...* » B7, l. 652 (médecin)
- « *Obtenir des rendez-vous chez les spécialistes, c'est abominable, c'est que c'est plus possible* » A2, l. 841 (médecin)
- « *Si tu veux une consultation de neuro aujourd'hui, on te dit « dans 3 mois et demi ! »* » A2, l. 844 (médecin)

Mais certains participants notaient que le réseau pouvait avoir un rôle activateur :

- « *On peut le faire aller en consultation chez le Dr L., c'est très rapide* » A5, l. 699 (R, infirmier)
- « *L'avantage, c'est qu'ils ont des rdv un peu plus vite chez l'ophtalmo, chez le pédicure...* » B8, l. 62 (R, médecin)

v. Réunions de coordination

Le réseau Age et Santé organisait des réunions de coordination réunissant le médecin gériatre, l'infirmière du réseau, le médecin traitant, l'infirmière libérale et éventuellement les aidants. Ces réunions sont vécues différemment par les participants :

Les avis favorables	Les avis défavorables
<ul style="list-style-type: none"> ▪ « L'intérêt est majeur, parce qu'il y a discussion sur le traitement, l'ordonnance, la prise en charge possible... Ça c'est le point positif » B7, l. 45 (A, médecin) ▪ « Je rencontre l'infirmière, le médecin éventuellement et on fait le point de l'ensemble de mes patients : celui-ci il faut le réévaluer, celui-ci il a besoin de telle ou telle intervention... » D5, l. 44 (A, médecin) ▪ « C'est sûr qu'il y a des réunions de coordination qui se font donc là c'est vrai que les messages passent bien » F1, l. 36 (A, diététicien) ▪ « Ils te proposent une réunion, un rendez-vous où on parle des cas, on a pu parler de 5 patients, on a fait le bilan, ça a duré une demi-heure... C'est très bien » A4, l. 233 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ « On me dit il faut faire une réunion pour faire le point, on me dit voilà ça va durer une demie heure et ça dure une heure et demie... (Sourire) et puis ça ne sert à rien (...) j'ai l'impression sur les différents cas que ça n'a pas fait avancer le schmilblick ! » C1, l. 53 (A, médecin) ▪ « Selon moi c'était une heure et demie de blabla, c'était même moi qui modérais je trouve la réunion parce que... rien n'est ressorti » C1, l. 218 (A, médecin)

vi. Les délégations de tâches et exercice multi-professionnel

Certains évoquaient la délégation des tâches au sein des réseaux de santé :

- « Il y a des intervenants tels que l'infirmière, qui sont là pour tirer une sonnette d'alarme » C3, l. 100 (I, médecin)
- « Voir des infirmières au domicile des patients quand moi je ne peux pas passer, effectivement, ça apporte un plus à mes patients » B2, l. 182 (I, médecin)
- « Avec les infirmières, pour nous, la délégation de tâches est quand même plus simple, elles ont l'habitude depuis des années de travailler plus en collaboration avec nous » B2, l. 1320 (médecin)
- « Elle est susceptible de passer un coup de fil pour signaler que le patient a pris du poids de façon imprévue, que ça s'accompagne d'un œdème de cheville, de signes de sub-OAP... » C3, l. 103 (I, médecin)

Et parfois les difficultés de délégation de l'hôpital vers la ville étaient évoquées comme entraînant une perte d'activité pour les professionnels libéraux :

- « Les infirmiers, ça nous a fait perdre du travail !... et du chiffre d'affaires » A5, l. 301 (R, infirmier)
- « A partir du moment où ils étaient pris en charge par le réseau (...) eh bien on ne les voyait plus » B9, l. 99 (R, infirmier)
- « Le racket... oui pour moi, REDIVHOM c'est du racket, point barre » A4, l. 245 (R, médecin)

L'évolution des pratiques, et notamment le travail en équipe pluri professionnelle était soulevée au cours d'une réunion:

- « Ça bouleverse les habitudes de vouloir fonctionner avec plusieurs intervenants » C3, l. 580 (médecin)
- « Il y a une différence de génération. Nous on a été habitué... On a toujours fonctionné en libéral pur et dur, en libéral individuel... C'est vrai que c'est quand même un changement de mentalité » C6, l. 820 (pharmacien)
- « Ce qu'il y a maintenant, c'est qu'il y a une certaine philosophie comme vous disiez... d'échange, de travail en équipe etc. » C4, l. 861 (médecin)

Certains considéraient l'exercice pluri professionnel de façon positive :

- « On a tous les professionnels d'un coup » A2, l. 137 (médecin)

D'autres y voyaient une nouvelle façon de travailler imposée :

- « C'est encore une autre façon de faire,... les nouvelles façons de travailler qu'on va nous réimposer » A5, l. 441 (infirmier)

vii. La formation des professionnels

Concernant les formations proposées par les réseaux les avis divergeaient :

Les avis positifs	Les avis négatifs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ « Sur les formations... il y a eu des choses très positives » A5, l.27 (infirmier) ▪ « L'avantage, je dirai que c'est les réunions régulières de formation » B7, l. 11 (médecin) ▪ « Il y a aussi le côté formation qui ne m'a pas déplu » D5, l. 34 (médecin) ▪ « En tant que pharmacien, ce qu'on a vu surtout, c'était la possibilité d'assister à des soirées thématiques » C2, l. 78 (pharmacien) ▪ « Le réseau ANTIBIOLOR, je trouve qu'ils ont des plaquettes tout à fait intéressantes, en tant que formation » C6, l. 25 (pharmacien) ▪ « L'avantage pour nous les infirmiers d'ICALOR, c'est qu'on nous forme » A5, l. 253 (I, infirmier) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ « Mais quand j'y allais, les sujets étaient parfois intéressants, un peu académiques parfois, un peu pas très concrets, pas très utiles pour nous » C4, l. 353 (médecin) ▪ « Ce n'est pas des formations à 20h30 à 50 km qui nous arrangent. À 20h30 on est encore sur la route et on n'a pas fini et 50 km, qu'est-ce que vous voulez qu'on y aille » E1, l. 95 (infirmier)

Le côté pluridisciplinaire des formations était relevé par plusieurs professionnels :

- « *Ce que j'apprécie, c'est ces soirées où on est toutes professions confondues* » B3, l. 306 (pharmacien)
- « *C'était la première fois qu'on faisait des formations multi... avec les paramédicaux et tu vois, c'était très intéressant* » B2, l. 1191 (médecin)

Quelques participants déplorait des réunions de formation trop fréquentes ou à des horaires qui n'arrangeaient pas les professionnels libéraux:

- « *Je n'avais pas voulu faire partie des réseaux parce que je ne voulais pas avoir des réunions qui se multipliaient* » C7, l. 36 (médecin)
- « *Les réunions REDIVHOM, ICALOR, Age et Santé... ça fait un paquet de réunions... ce n'est pas possible quoi* » D2, l. 136 (infirmier)
- « *Il ne faut pas tomber non plus dans la réunionnite (approbation C7) parce que ça devient vite...* » C4, l. 571 (médecin)
- « *Moi j'en ai fait certaines, euh... au bout d'un moment on lâche, on n'arrive plus trop à suivre* » A5, l. 935 (infirmier)
- « *Ce n'est pas des formations à 20h30 à 50 km qui nous arrangent. À 20h30 on est encore sur la route et on n'a pas fini et 50 km, qu'est-ce que vous voulez qu'on y aille* » E1, l. 95 (infirmier)

viii. L'indemnisation

Quand était évoquée la rémunération des professionnels, quelques participants relevaient les problèmes de rémunérations en général, en dehors du cadre des réseaux :

- « *Je pense que le paiement à l'acte est complètement essoufflé* » A7, l. 904 (médecin)
- « *Je suis désolé mais une heure égal 23 euros, ce n'est pas rentable quoi ! Donc, tant qu'on sera rémunéré à l'acte, on ne pourra pas prendre en charge correctement le diabétique dans sa globalité* » D5, l. 196 (médecin)
- « *2 actes, le 3ème gratuit...* » B9, l. 1273 (infirmier)

Pour ce qui est de l'indemnisation des professionnels, les avis étaient partagés :

Les avis positifs	Les avis négatifs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ « <i>On est bien payé pour nos visites</i> » A5, l. 254 (I, infirmier) ▪ « <i>Les avantages, la rémunération, bien qu'elle ne soit pas canon</i> » B7, l. 32 (médecin) ▪ « <i>Faut reconnaître que c'était payé, et c'était correctement payé même</i> » C4, l. 171 (médecin) ▪ « <i>Euh, oui... C'est toujours mieux que de se déplacer pour rien, soyons honnêtes</i> » E1, l. 30 (infirmier) ▪ « <i>Oui, ça va, c'est 24 euros</i> » D2, l. 269 (infirmier) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ « <i>Ce qui a été choquant, c'est le fait qu'ICALOR ait diminué de moitié ses indemnisations de moitié il y a 6 mois là... de façon autoritaire</i> » A2, l. 457 (médecin) ▪ « <i>Au niveau rémunération, je ne sais pas, je ne fais pas trop attention, mais je crois que ce n'est pas trop intéressant...</i> » C1, l. 401 (médecin) ▪ « <i>Nous, pour le moment c'est du bénévolat</i> » D1, l. 104 (pharmacien)

b. Sur la prise en charge des patients

i. Le suivi médical

Les professionnels n'étaient pas tous d'accord sur l'intérêt pour leurs patients des réseaux :

Les avis favorables	Les avis défavorables
<ul style="list-style-type: none">▪ « Je m'inscrivais à tout parce que je trouvais que pour le malade c'était un mieux » A1, l. 64 (infirmier)▪ « Ça apporte vraiment un plus au patient » B2, l. 222 (médecin)▪ « Il y a quand même un côté intéressant pour la prise en charge du patient » C3, l. 107 (médecin)▪ « Pour moi, c'est l'intérêt du malade » D4, l. 11 (médecin)▪ « Je trouve que c'est bien les réseaux quand ça rapporte, surtout Age et Santé, quand ils viennent voir du côté du malade » D4, l. 19 (médecin)	<ul style="list-style-type: none">▪ « Le fait de mettre mes patients dans le réseau, j'ai pas eu l'impression que ça ait apporté » B7, l. 15 (médecin)▪ « Au départ on va créer quelque chose pour du patient, et dans la réalité, dans le plan initial, le patient il était au milieu de tout, et puis le résultat, c'est qu'il a été complètement détourné » B5, l. 920 (médecin)

Les professionnels évoquaient la nécessité de placer le patient au centre des réseaux :

- « Ce qui compte c'est d'abord le bien du malade » A7, l. 58 (médecin)
- « C'est le patient qui prime de toute façon ! » A7, l. 241 (médecin)
- « On ne met pas suffisamment le patient en premier » A4, l. 642 (médecin)
- « Là on est vraiment tourné vers la personne » B8, l. 70 (médecin)

Ils évoquaient également la nécessité de considérer le patient dans sa globalité et non par pathologie :

- « Lorsqu'on a un patient qui a un certain âge, il va être dans un réseau, il est cardiaque, il dépendra du réseau de cardio, il est diabétique, il dépendra du réseau de diabéto... » C4, l. 152 (médecin)
- « Oui, parce qu'on a tendance à considérer une pathologie et non pas une personne. Et le problème c'est qu'en gériatrie, il faut considérer une personne qui a de multiples pathologies et non pas il est cardiaque, il est diabétique... » E1, l. 101 (infirmier)

Pour les professionnels, le suivi du patient au sein des réseaux était vécu différemment :

Les avis positifs	Les avis négatifs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ « On sait que quand on les contacte ils vont tout mettre en route, il y aura un suivi, ça nous apporte beaucoup » D4, l. 319 (médecin) ▪ « Je trouve que les malades sont suivis » A1, l. 77 (infirmier) ▪ « Le patient est quand même pris en charge de façon plus soutenue que si c'était son seul médecin généraliste qui s'occupait de lui » C3, l. 99 (médecin) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ « Le point peut-être un peu négatif, c'est peut-être le suivi » B7, l. 46(médecin) ▪ « Euh non ça ne va pas. Le patient est systématiquement... il fait le problème en dehors de votre passage et il ne vous appelle pas quand ça ne va pas » E1, l. 18 ▪ « Une fois, ma patiente a eu une douleur thoracique qu'elle a signalée à l'infirmière et apparemment il n'y a pas eu de suivi. Alors je me suis dit mince, à quoi ça sert ? » C1, l. 62 (médecin)

La réactivité d'intervention des réseaux était également diversement appréciée:

Les avis positifs	Les avis négatifs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ « Ils ont débloqué la situation en 8 jours de temps » A1, l. 210 (infirmier) ▪ « Il y avait une intervention relativement rapide du service» B7, l. 35 (médecin) ▪ « J'ai toujours eu des réponses téléphoniques rapides et efficaces » D3, l. 147 (orthophoniste) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ « Au bout d'un mois, il n'y avait toujours rien de fait, pas de démarche, rien du tout !» A3, l. 188 (médecin) ▪ « Ah ben moi ils m'ont déjà dit qu'ils étaient débordés... » A2, l. 191 (infirmier) ▪ « On les a appelé au secours une fois ou deux, mais maintenant voilà, délai d'intervention de 3 mois, pour une situation d'urgence... » B4, l. 350 (infirmier) ▪ « J'ai des patients que j'ai inscrits qui n'ont vu jamais personne » C4, l. 235 (médecin)

Pour certains, les patients étaient rassurés en étant inclus dans des réseaux :

- « Mais les gens se sentent rassurés » A4, l. 396 (infirmier)
- « Ils se sentent beaucoup plus suivis, beaucoup plus surveillés » B2, l. 184 (médecin)

Pour d'autres, le réseau créait une angoisse chez les patients :

- « Pour le réseau ICALOR, il y a un effet panique sur le réseau je trouve. C'est-à-dire qu'on apeure énormément nos patients » B4, l. 365 (infirmier)
- « A partir du moment où on les met dans un réseau, ça y est, il est complètement paniqué » B4, l. 369 (infirmier)

Une infirmière soulignait également que le réseau permettait de meilleures conditions de prise en charge des patients :

- « Par l'intermédiaire du réseau, on a eu vraiment une bonne prise en charge et un matériel vraiment performant pour travailler dans de très très bonnes conditions à domicile » D2, l. 391 (infirmier)

ii. L'éducation thérapeutique

De nombreux professionnels de santé trouvaient que l'éducation thérapeutique du patient était importante et apportait un mieux au patient :

- « *Je dois reconnaître que pour ICALOR, l'éducation thérapeutique, je trouve que c'est extrêmement positif, et ça a dû réduire le nombre d'hospitalisations* » A7, l. 46 (médecin)
- « *J'y ai trouvé un attrait important dans la mesure où, par le biais du réseau, on a pu organiser des petites réunions dans mon village, auxquelles participaient quelques patients motivés* » B7, l. 12 (médecin)
- « *Dans l'idée, l'éducation thérapeutique, je trouve ça très très bien et ça à l'air super pour le patient* » C2, l. 623 (pharmacien)
- « *L'éducation thérapeutique c'est à la mode mais je trouve que c'est quand même très important.* » C1, l. 651 (médecin)
- « *... Alors moi c'est vrai qu'au niveau de l'alimentation, c'est vrai qu'on peut aller ouvrir les frigos, euh voilà on va vraiment être dans leur quotidien et c'est vrai que l'action du coup est plus efficace peut-être* » F1, l. 29 (diététicien)

A l'inverse, une participante estimait que l'ETP était une perte d'argent :

- « *Ceux qui veulent se prendre en charge en savent autant que nous sur la restriction hydrique, sur le diabète et tout ça... Donc pour moi, non, c'est une perte d'argent* » E1, l. 35 (infirmier)

Certains participants remarquaient qu'il était nécessaire de dégager du temps pour l'éducation du patient :

- « *Du temps d'éducation thérapeutique, c'est ce qu'il nous manque le plus* » B2, l. 686 (médecin)
- « *Ils ont enfin réussi à mettre un temps pour l'éducation, la prévention* » B4, l. 239 (infirmier)

La diététicienne interrogée regrettait que peu de professionnels soient formés à l'ETP :

- « *Le point négatif à mon niveau c'est que c'est vrai qu'il n'y a pas forcément beaucoup de personnel formé à l'éducation thérapeutique* » F1, l. 65 (diététicien)

La discussion a porté également sur les professionnels qui intervenaient dans l'ETP :

- « *Je ne suis pas d'accord pour que ce ne soit que l'infirmière parce que dans l'éducation thérapeutique du patient, ça peut être l'infirmière, le pharmacien, ...* » B9, l. 664 (infirmier)
- « *L'ETP aussi, les pharmaciens ont une grosse part aussi...* » B2, l. 931 (médecin)
- « *Alors moi à mon niveau c'est sûr qu'on a vraiment un rôle à jouer parce que c'est sûr que dans l'alimentation dans tout ça il y a vraiment beaucoup de choses à voir sur l'éducation mais après j'imagine que même dans d'autres corps de métiers il pourrait y avoir effectivement de l'éducation à faire...* » F1, l. 232 (diététicien)

Quelques professionnels notaient que les patients ne sont pas toujours compliants :

- « *Il faut de l'éducation, mais il faut faire beaucoup pour obtenir peu* » D4, l. 556 (médecin)
- « *Mes petits vieux ils n'en font qu'à leur tête. Sous Previscan, ils mangeront du chou parce que c'est la période du chou. Ils ne veulent pas le savoir hein. On a beau leur expliquer qu'il ne faut pas, que c'est une vitamine K, ils ne veulent pas le savoir. C'est l'époque, on a planté des choux et on mange des choux* » E1, l. 43 (infirmier)

- « J'ai quand même beaucoup de mal à rendre mes patients tout simplement acteurs de leur santé » B4, l. 848 (infirmier)
- « Mais quand vous voyez qu'on cherche à éduquer les patients et qu'invariablement ils ne comprendront pas qu'un bol fait 300 ml et qu'ils ne doivent pas boire tant, que les diabétiques, moi je m'en fous je préfère manger et mourir plus jeune mais manger ce que je veux... » E1, l. 31 (infirmier)

iii. Le maintien à domicile

Des participants notaient l'importance que le réseau se déplace au domicile du patient :

- « C'est l'hôpital qui se déplace au domicile des patients » B8, l. 67 (médecin)
- « Je trouve que c'est bien de se déplacer, et là ils faisaient notre travail car moi je me souviens, avant, c'était lourd » D5, l. 603 (médecin)
- « Moi je serais plutôt d'avis à garder ce système vraiment d'aller à domicile, de pouvoir se déplacer parce que je trouve que c'est quand même vraiment positif » F1, l. 122 (diététicien)

Le réseau aidait au maintien à domicile des patients :

- « J'ai trouvé que finalement, c'était une bonne solution, je l'ai pas regretté, et je m'en sers toujours d'ailleurs pour différentes interventions au domicile, dans le cadre du maintien à domicile » D5, l. 29 (infirmier)
- « Le maintien à domicile avec Age et Santé, ça profite à tout le monde : au praticien, au malade et à l'hôpital » D4, l. 326 (médecin)

Une participante évoquait l'aide quant à l'adaptation des domiciles des patients par l'intermédiaire des réseaux :

- « Et en plus l'équipement du domicile, l'ergothérapie je crois que ça s'appelle... voir là où on doit mettre les choses pour que les gens ne tombent pas, aient des facilités, ça c'est très utile » C1, l. 213 (A, médecin)
- « Au niveau ergonomie, je pense que les patients n'ont pas eu de choses bouleversées dans leur appartement ou leur maison mais c'était une aide précieuse quand même » C1, l. 237 (A, médecin)

Le fait de travailler à la campagne était pour certains un avantage pour maintenir le patient le plus longtemps possible à domicile :

- « C'est vrai qu'à la campagne, je rejoins D5, à la campagne c'est vraiment important pour essayer d'accompagner les personnes à leur domicile le mieux possible, et c'est bien fait en général » D2, l. 121 (infirmier)
- « C'est vrai qu'à la campagne, on peut certainement garder les gens à domicile plus facilement parce qu'il y a encore malgré tout le réseau familial qui existe peut-être moins facilement en ville » D5, l. 524 (médecin)
- « Ça c'est peut-être encore un atout de nos campagnes ; on peut compter sur la présence des aidants naturels » D5, l. 532 (médecin)

Un médecin déplorait l'absence d'avantage pour l'institutionnalisation des patients pris en charge par les réseaux :

- « *Mais il y a une chose qui m'a un peu déçu aussi c'est le suivi des patients, enfin le devenir des patients une fois qu'ils ne pouvaient plus rester à domicile, pour leur faire intégrer une institution. Je pensais que ça allait être facile avec le réseau Age et Santé et en fait ça a été le même problème qu'avec des patients lambda* » C5, l. 241 (médecin)

iv. Les entrées et sorties d'hospitalisation

Des participants évoquaient les difficultés parfois éprouvées lors de sorties d'hospitalisation de leurs patients :

- « *On se retrouve encore avec des sorties le week-end, le vendredi soir ... pas d'ordonnance, pas de doses d'insuline, y'avait aucun papier* » A5, l. 418 (infirmier)
- « *Et puis en ce qui concerne les entrées et les sorties d'hôpital, c'est quand même assez marrant que quand on veut hospitaliser quelqu'un, on nous dise surtout n'hospitalisez pas sans nous téléphoner, pour savoir pourquoi vous hospitalisez, etc... mais pour sortir, ils ne nous demandent pas* » B8, l. 1068 (médecin)
- « *On est toujours nous en train de courir, au téléphone, à l'hôpital, parce que le patient sort de l'hôpital avec une prescription hospitalière* » C2, l. 595 (pharmacien)
- « *C'est un point très important, la discordance entre les traitements à la sortie de l'hôpital et le traitement habituel...* » C3, l. 603 (médecin)
- « *Ben si on est au courant c'est bien. Euh... il avait été dit qu'on devait nous faire des courriers systématiquement à la sortie d'hospitalisation des patients. Si on a déjà un coup de téléphone on est content hein !* » E1, l. 111 (infirmier)

v. La prise en charge de nouvelles prestations

Les réseaux permettaient une prise en charge de certaines prestations non remboursées par la Sécurité Sociale :

- « *L'attrait principal du réseau pour moi en tant que médecin, c'était de motiver les patients pour des soins de pédicure, ce qui est très difficile* » B7, l. 22 (médecin)
- « *Dans le cadre du réseau, t'as un bilan podologique annuel gratuit, je dis bien un bilan, pas un soin, parce qu'après les soins c'est autre chose. Et ben ça c'est quelque chose qui est bien.* » B7, l. 692 (médecin)
- « *On ne rembourse pas un bilan podologique alors qu'on prend en charge 36 hémoglobines glyquées !* » B7, l. 697(médecin)
- « *C'était très intéressant pour les patients. Très très bien parce qu'ils ne se rendent pas compte le pied, l'importance que ça a donc ça c'est très bien.* » E1, l. 54 (infirmier)

C. Espoirs et craintes des professionnels de santé pour le futur réseau populationnel

1. Généralités

a. Le sentiment des professionnels de santé vis-à-vis d'une réorganisation des réseaux

Les professionnels de santé interrogés étaient plutôt partagés quant à l'intérêt d'un regroupement des réseaux thématiques en un seul réseau populationnel :

Les avis positifs	Les avis négatifs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ « Et je trouve très bien la réunion de tous ces réseaux. » A4, l. 251 (médecin) ▪ « Si on prend entre le bon et le mauvais, qu'on fait une synthèse de tout, on devrait arriver à quelque chose de correct » A2, l. 611 (médecin) ▪ « J'suis un peu anti-réseau, surtout si c'est des réseaux multiples comme ça. Par contre si c'est un réseau qui regroupe plusieurs pathologies (...) au service d'une population, je pense que ça sera plus intéressant » C6, l. 38 (pharmacien) ▪ « La personne c'est un ensemble et c'est pour ça que si on avait un réseau pluridisciplinaire ça serait mieux » E1, l. 107 (infirmier) ▪ « Alors la fusion des différents réseaux entre eux est peut-être effectivement un objectif logique mais je me demande un peu sur le plan pratique comment ça va se passer » C3, l. 582 (médecin) ▪ « Je ressens plus le besoin d'un réseau unique » B5, l. 430 (médecin) ▪ « Moi je verrais plutôt un réseau généraliste, plutôt que quelque chose de trop spécialisé » D4, l. 559 (médecin) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ « Ben j'ai peur que ce soit une usine à gaz ce truc là... » C5, l. 773 (médecin) ▪ « Ça va être horrible ! (rire) En fait, PAS de réseau ! » C1, l. 892 (médecin) ▪ « C'est pour ça aussi que le réseau doit être quelque chose d'approprié au médecin, et pas d'imposé » C1, l. 831 (médecin) ▪ « Ça changera rien mais il y aura un nouveau réseau ! » A4, l. 744 (médecin) ▪ « Je suis complètement contaminé par ce pessimisme... C2, l. 592 (pharmacien) ▪ « Donc ça serait dommage que ça disparaisse et que ça se fonde dans un réseau global et qu'on perde un peu ce qu'il nous apporte à nous et surtout au patient... » D5, l. 611 (médecin)

Certains craignaient que des nouvelles façons de travailler leur soient imposées :

- « C'est encore une autre façon de faire,... les nouvelles façons de travailler qu'on va nous réimposer » A5, l. 441 (infirmier)
- « C'est pour ça aussi que le réseau doit être quelque chose d'approprié au médecin, et pas d'imposé » C1, l. 831 (médecin)
- « Est-ce que ça sera obligatoire... ? » C7, l. 985 (médecin)

Quelques participants émettaient toutefois des réserves, s'interrogeant sur le déroulement de cette réorganisation des réseaux :

- « *Alors la fusion des différents réseaux entre eux est peut-être effectivement un objectif logique mais je me demande un peu sur le plan pratique comment ça va se passer* » C3, l. 582 (médecin)
- « *Donc à la fois ça peut être une très bonne chose si ça se regroupe pour être vraiment efficace et qu'on fait jouer la ville mais ça peut être aussi négatif.* » F1, l. 136 (infirmier)
- « *Moi ce que je regrette, c'est qu'on soit obligé d'avoir un pôle de santé ou une maison de santé pour travailler ensemble* » B9, l. 524 (infirmier)

Pour certains, il était difficile de s'imaginer ce futur réseau et son fonctionnement :

- « *Faudrait déjà qu'on sache ce qu'est un réseau territorial* » B7, l. 455 (médecin)
- « *Je ne sais pas, j'ai vraiment du mal à imaginer ce que va être ce réseau...* » B3, l. 933 (pharmacien)
- « *Ben moi le réseau territorial, pour le moment, je ne le vois pas du tout* » B7, l. 647 (médecin)
- « *Est-ce qu'on va se retrouver comme dans un service hospitalier... moi j'aimerais bien savoir un peu comment ça va être structuré, quelles sont les personnes qui vont être ce noyau-là, qui vont gérer le réseau ?* » A1, l. 628 (infirmier)
- « *Je n'imagine pas encore comment peuvent s'articuler les différentes missions du réseau* » C3, l. 576 (médecin)
- « *Moi, ce que je veux savoir c'est : « Est-ce qu'il y aura une structure ? Une maison dans laquelle il y aura 10 téléphones ? (...) Pour moi, c'est de la théorie pure !* » B7, l. 668 (médecin)
- « *Pour moi, c'est encore un peu une nébuleuse* » C3, l. 580 (médecin)
- « *Moi, à la fin, je me demande en fait, qu'est-ce que c'est exactement un réseau ?* » C1, l. 978 (médecin)
- « *Comment ça va être géré ?* » A1, l. 531 (infirmier)
- « *Alors après, comment orchestrer tout ça ? Pfft !!!* » A2, l. 626 (médecin)
- « *Je ne sais pas encore bien comment ça peut fonctionner* » A1, l. 431 (infirmier)
- « *Mais la question est : faut-il créer un réseau pour ça ? Faut-il créer un gros réseau thématique pour cela ?* » B5, l. 468 (médecin)
- « *Moi je voudrais déjà savoir qui c'est qu'on va faire rentrer dans ces réseaux ? Toutes les pathologies chroniques ?* » A7, l. 687 (médecin)
- « *Alors un super réseau, il va, je veux dire il va faire quoi à part que c'est...* » C6, l. 721 (pharmacien)

b. La place du réseau de santé unique dans le système de santé

Certains professionnels de santé avaient des difficultés à imaginer la place du réseau de santé populationnel dans leur exercice quotidien :

- « *Par rapport aux pôles de santé, je ne comprends pas, ça fait encore quelque chose en plus ! ...Ça va chapeauter ? Ou c'est à côté* » A6, l. 750 (infirmier)
- « *Je ne vois pas trop la place d'un réseau qui va absorber tous les réseaux par rapport à ce qu'on fait sur Revigny (accord C3). A l'heure actuelle ça me semble un double emploi...* » C6, l. 713 (pharmacien)
- « *On a un peu de mal à concevoir ce que va apporter le réseau, et comment va-t-il se superposer à des structures existantes comme les pôles de santé* » C3, l. 994 (médecin)
- « *Ben on va retrouver les mêmes personnes en fait. Les mêmes personnes mais on les met pas dans le même contexte* » A6, l. 740 (infirmier)

- « C'est encore une autre façon de faire, avec les maisons de santé et les pôles de santé, les nouveaux trucs qui arrivent, les nouvelles façons de travailler qu'on va nous réimposer » A5, l. 441 (infirmier)
- « L'intérêt, c'est de quadriller un secteur » B5, l. 521 (médecin)
- « C'est sûr qu'il va y avoir une superposition des compétences, des gens d'influence... » C3, l. 694 (médecin)
- « Il sera dans l'enceinte de l'hôpital ? » A1, l. 644 (infirmier)
- « C'est vrai qu'on a un gros problème je trouve entre la ville et l'hôpital. Donc ça c'est vrai que de faire des réseaux pour moi au départ c'était de faire travailler peut-être un peu plus la ville pour décharger un peu des fois le milieu hospitalier et là on se retrouve où... il y a un passage qui ne se fait pas » F1, l. 70 (diététicien)
- « Notre réseau à nous, nos pôles de santé, nos intervenants locaux, ça c'est un étage qui me paraît indispensable » B2, l. 1055 (médecin)
- « On travaille tous ensemble non, on n'est pas en guerre contre l'un ou l'autre ! » B9, l. 585 (infirmier)
- « Par rapport aux maisons de santé, aux pôles de santé qui se sont faits de manière locale, c'est un mini-réseau ! » C6, l. 715 (pharmacien)

Des participants confiaient leurs craintes d'une gestion « autoritaire » du réseau par les pouvoirs publics :

- « Avec la crainte toutefois, que ce soit dirigé effectivement par l'ARS de façon autoritaire » A2, l. 612 (médecin)
- « Maintenant les ARS, on met des gestionnaires dedans, et on gère » A4, l. 617 (médecin)
- « Ou c'est pour mieux nous torpiller après ? » A3, l. 647 (médecin)
- « Comme ça l'ARS pourra verrouiller tout ! » A4, l. 748 (médecin)
- « J'ai peur que ce soit un outil d'état, un outil de fonctionnaire » C6, l. 749 (pharmacien)
- « Je pense que plus on dira on a besoin de ça et de ça aux ARS directement, c'est des choses concrètes qui vont arriver à l'ARS et on pourra leur dire voilà ce dont on a besoin, réfléchissez sur tout ce qu'on vous propose et on verra » B2, l. 975 (médecin)
- « On a bien compris que l'esprit de l'ARS, c'est d'éviter les réseaux hospitaliers... » D5, l. 594 (médecin)
- « Oh, moi je ne pense pas parce que le législateur prévoit quand même de faire cette réforme-là dans le but de faire intervenir plus le secteur libéral que le secteur public » C3, l. 909 (médecin)
- « Les maisons, les pôles de santé, avec les subventions des conseils généraux, des villes... c'est pour qu'une fois que le paysage national sera bien...(...) Pieds et mains liés » A4, l. 614 (médecin)

c. Comparaison avec des réseaux d'autres départements ou régions

Quelques professionnels avaient connaissance d'autres expériences de réseaux et les partageaient :

- « Parce qu'ailleurs il y a d'autres expériences, dans d'autres régions de France, où il y a un partage de l'information pour éviter les erreurs, pour une prise en charge totale du patient et qu'il y ait un plus pour lui » C6, l. 473 (pharmacien)
- « Est-ce qu'il n'y a pas d'autres expériences déjà en France, où dans d'autres pays... ? » C1, l. 795 (médecin)

- « Non, mais non... Il doit exister des choses ailleurs qui fonctionnent, qui ne sont pas des usines à gaz... Pourquoi ne pas s'en inspirer plutôt que d'inventer tout depuis le départ. » C1, l. 798 (médecin)
- « C'est très différent ici de grands centres comme Lille » D3, l. 161 (orthophoniste)
- « Par exemple dans le Nord, on a un réseau Alzheimer c'est très hôpital aussi, très protocole, très statistique... Enfin c'est sur Lille. Je ne sais pas ici comment ça fonctionne » D3, l. 293 (orthophoniste)
- « Alors ce qui existe et que moi j'aime beaucoup et auquel j'adhère (...) c'est dans le nord meusien pour les ados (...) tu as un numéro de téléphone unique et c'est cette personne-là qui dit on le fait voir plutôt par un psychologue (...) ça c'est un réseau qui a été construit sur des besoins qu'avaient, et des familles qui avaient pas d'interlocuteur, et des villes qui savaient pas comment faire, des médecins qu'étaient paumés face à des ados en crise » B2, l. 538 (médecin)

d. Connaissance des réseaux par les professionnels de santé

En réponse au manque de visibilité des patients ou professionnels de santé participant aux réseaux, certains cherchaient des solutions :

- « Il y a effectivement un vrai effort à faire peut-être à ce niveau-là pour que soient identifiés les gens qui sont dans une démarche de réseau » C2, l. 461 (pharmacien)
- « Est-ce qu'il faudrait un tampon « adhérent réseau » sur l'ordonnance ? » B7, l. 332 (médecin)

e. Le côté financier des réseaux de santé

Alors qu'un infirmier s'interrogeait sur d'éventuelles raisons économiques au regroupement des réseaux :

- « Tu crois que c'est pour économiser ? » A1, l. 375 (infirmier)
- « C'est par souci d'économie à la base ou pas ? » A1, l. 646 (infirmier)
- « Ben la réponse elle est claire, y'a des réseaux..., pourquoi y'a des réseaux ? C'est pour une raison économique, ça va rapporter de l'argent, enfin, ça va éviter d'en dépenser trop » A4, l. 371 (médecin)
- « Le but c'est quand même, à financement égal, d'avoir des meilleurs résultats » C4, l. 808 (médecin)

D'autres tentaient d'imaginer le budget disponible pour ce futur réseau :

- « Si y'a un réseau unique, ça peut être plus... confortable » A1, l. 428 (infirmier)
- « Quand on mettra en commun le budget d'ICALOR, le budget de REDIVHOM... » B2, l. 963 (médecin)
- « Oh là, ça fait du lourd » B7, l. 965 (médecin)

f. L'évaluation des réseaux

Les aspects positifs	Les aspects négatifs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ « <i>Ca c'est un peu normal que... C'est de l'argent public, c'est de l'argent d'état, donc je trouve normal que l'on ait des comptes à rendre (...) Mais qu'on ait des comptes à rendre... Je veux dire, ça fait partie de la transparence.</i> » C6, l. 788 (pharmacien) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ « <i>Qui dit réseau dit financement. Qui dit financement, dit bailleur de fonds. Le bailleur de fonds il va vouloir une évaluation ! (...) Qui dit évaluation dit comptes à rendre, paperasserie...</i> » C4, l. 778 (médecin)

2. Attentes des professionnels de santé libéraux sur l'organisation du réseau populationnel et son fonctionnement

a. Les formalités administratives

i. Travail administratif en général

Des participants imaginaient une partie administrative réduite au minimum :

- « *Un papier pour un réseau* » A4, l. 518 (médecin)
- « *Enfin, même plus de papier du tout !* » A2, l. 519 (médecin)
- « *Les paperasses, tout ça pour moi, ça ne doit plus exister* » A5, l. 760 (infirmier)
- « *Ce qu'il faudrait déjà, c'est qu'on n'ait pas trop de choses administratives, de papiers à remplir, de tas de choses* » D4, l. 3 (médecin)
- « *J'adhérerai d'autant plus s'il n'y a pas de partie administrative, ou alors réduite au minimum, à une signature pour donner mon accord de principe.* » D4, l. 20 (médecin)
- « *Ce que j'attends du réseau, c'est surtout une simplification de l'exercice et pour le moment, je n'en perçois pas trop la lumière* » C3, l. 586 (médecin)
- « *Pas d'excès de paperasse* » C1, l. 631 (médecin)
- « *Les médecins n'ont pas forcément envie de faire toutes les démarches administratives* » B9, l. 122 (infirmier)
- « *Qu'on ne devienne pas secrétaire quoi !* » C1, l. 408 (médecin)

ii. Adhésion

Un médecin imaginait des formalités d'adhésion simplifiées :

- « *Si ça pouvait se faire de vive voix, ou contacter par téléphone, et quelqu'un d'administratif du réseau remplit tout... et après s'il faut signer je signe* » D4, l. 9 (médecin)
- « *Je pense que pourraient adhérer au réseau tous ceux qui ont envie de participer* » B8, l. 1024 (médecin)

iii. Les réunions administratives

Des participants craignaient une multiplication des réunions :

- « *Je voudrais que (...) les réunions ne soient pas exponentielles* » C7, l. 690 (médecin)
- « *À mon avis ça va être des réunions, des trucs comme ça...* » C5, l. 776 (médecin)
- « *Il ne faut pas tomber non plus dans la réunionnisme (approbation C7) parce que ça devient vite...* » C4, l. 571 (médecin)

b. L'importance du leader

L'importance de choisir un bon leader est rappelée par un médecin :

- « *C'est l'homme qui est à la tête qui va faire le réseau, ou la qualité, le relationnel ou la manière dont le réseau va travailler* » A3, l. 319 (médecin)

Des participants relevaient que les réseaux prenaient beaucoup de temps et qu'il s'agissait parfois de bénévolat :

- « *Il faut du temps, gérer un réseau comme ça, ça bouffe énormément de temps...* » A5, l. 659 (infirmier)
- « *Dans ce cas, il faudra changer de médecin tous les ans sinon il ne tiendra jamais à la longue !* » A5, l. 670 (infirmier)
- « *Nous, pour le moment c'est du bénévolat* » D1, l. 104 (pharmacien)

Un autre appréciait qu'il n'y ait plus qu'un seul leader :

- « *Et je trouve très bien la réunion de tous ces réseaux, et qu'il n'y ait plus 36 chefs d'orchestre mais qu'un seul.* » A4, l. 251 (médecin)

Quelques professionnels de santé souhaitaient voir « des libéraux » à la tête de ce futur réseau :

- « *Au moins qu'il y ait une ..., à la tête des réseaux, qu'il y ait des libéraux* » A3, l. 556 (médecin)
- « *Alors, c'est à la tête, les libéraux pour la gestion* » A5, l. 754 (infirmier)
- « *Il faut forcément quand même que ce soit une personne qui ait envie de faire travailler la ville et pouvoir se mettre au niveau... enfin je parle surtout au niveau des médecins généralistes* » F1, l. 104 (diététicien)

Mais des doutes étaient exprimés quant à la capacité des libéraux à gérer ce réseau :

- « *Mais est-ce que nous, on est capable de s'organiser et d'être vraiment un réseau ?* » A5, l. 654 (infirmier)
- « *Mais est-ce que les libéraux seront capables de reprendre ça ?* » A5, l. 662 (infirmier)
- « *... il faut qu'on ait un certain pouvoir, une certaine capacité de modifier un peu le système...* » B5, l. 564 (médecin)
- « *En termes de puissance de moyens on n'est rien !* » B5, l. 617 (médecin)

Un autre proposait que ce leader ne soit pas forcément un médecin :

- « *Ce n'est pas forcément un médecin, ça peut être au contraire quelqu'un qui ait des yeux un petit peu différents.* » A2, l. 668 (médecin)

Mais un participant craignait qu'il ne soit imposé par l'ARS :

- « Ils finiront bien à l'ARS par nous trouver quelqu'un qui sera ça. Il y a suffisamment de médecins à l'ARS pour en trouver un là-dedans » A2, l. 675 (médecin)

c. La place des professionnels libéraux au sein du futur réseau

La nécessité de s'investir et de participer au réseau était évoquée à plusieurs reprises :

- « Je pense que l'investissement devrait être pour tout le monde... obligatoire » A5, l. 34 (infirmier)
- « C'est logique qu'un réseau vive avec des réunions, à condition de s'astreindre à y participer » C3, l. 120 (médecin)
- « Il y a effectivement un vrai effort à faire peut-être à ce niveau-là pour que soient identifiés les gens qui sont dans une démarche de réseau » C2, l. 461 (pharmacien)

Les avis sur la place des professionnels de santé libéraux dans le futur réseau étaient divergents :

Les optimistes	Les pessimistes
<ul style="list-style-type: none"> ▪ « On a bien compris que l'esprit de l'ARS, c'est d'éviter les réseaux hospitaliers... » D5, l. 594 (médecin) ▪ « À un moment donné, il faudra bien que ce soit nous, professionnels de santé, qui disions : on va définir ce que nous on a besoin » B2, l. 496 (médecin) ▪ « Moi, mon réseau idéal, je l'ai ! Alors, c'est à la tête, les libéraux pour la gestion » A5, l. 754 (infirmier) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ « Après j'ai bien peur qu'un nouveau réseau ce soit des nouveaux statuts compliqués, des paperasses, que nous on soit toujours en dernier maillon » C1, l. 663 (médecin) ▪ « J'ai peur en fait voilà que tout se regroupe à l'hôpital et que nous on n'ait plus vraiment de place sur le secteur après à domicile » F1, l. 125 (diététicien) ▪ « Oh, moi je ne pense pas parce que le législateur prévoit quand même de faire cette réforme-là dans le but de faire intervenir plus le secteur libéral que le secteur public » C3, l. 909 (médecin)

Les participants doutaient parfois du poids qu'ils pourraient avoir dans le futur réseau:

- « Il faut qu'on ait un certain pouvoir, une certaine capacité de modifier un peu le système... » B5, l. 565 (médecin)
- « En terme de puissance de moyens on n'est rien ! » B5, l. 617 (médecin)
- « Je suis moins pessimiste que vous ! Je pense qu'on a plus de pouvoir que ce que vous pensez... » B2, l. 619 (médecin)
- « Il faudrait que les différents professionnels de santé prennent leur place, qu'il y ait des démonstrations « de force » du libéral » C6, l. 749 (pharmacien)
- « Mais est-ce que les libéraux seront capables de reprendre ça ? » A5, l. 662 (infirmier)

Des médecins proposaient d'utiliser les professionnels de terrain plutôt que de créer de nouveaux intervenants au sein du réseau :

- « *Ce n'est pas nécessaire de rajouter une nouvelle structure tentaculaire...* » B5, l. 988 (médecin)
- « *Ce qui me plaît beaucoup dans l'idée de faire un réseau comme ça, un réseau territorial, c'est de réhabiliter le couple, mais même pas le couple, le trio ou tous ceux qui peuvent intervenir et qui sont déjà là* » B8, l. 993 (médecin)
- « *Dans les réseaux, on essaie toujours de créer de nouveaux intervenants : des nouveaux médecins qui chapeautent tout, des nouvelles infirmières qui viennent...mais c'est les professionnels de terrain qu'il faut utiliser* » B8, l. 995 (médecin)

La place de chaque professionnel dans le réseau semblait difficile à définir :

- « *Il va falloir réussir à trouver sa place là-dedans* » A7, l. 690 (médecin)

Mais certains reconnaissaient que les façons de travailler se modifiaient et que se développait une « culture-réseau » :

- « *Ca bouleverse les habitudes de vouloir fonctionner avec plusieurs intervenants* » C3, l. 580 (médecin)
- « *Il y a une différence de génération. Nous on a été habitué... On a toujours fonctionné en libéral pur et dur, en libéral individuel... C'est vrai que c'est quand même un changement de mentalité* » C6, l. 820 (pharmacien)
- « *Ce qu'il y a maintenant, c'est qu'il y a une certaine philosophie comme vous disiez... d'échange, de travail en équipe etc.* » C4, l. 861 (médecin)

Les participants s'interrogeaient sur le rôle des pharmaciens dans le futur réseau :

- « *ICALOR pourrait intégrer le pharmacien pour remplir la fiche traitement* » B4, l. 404 (infirmier)
- « *Déjà qu'on se sentait un peu exclu, le problème c'est que plus ça grossit, plus ça va être difficile...* » B3, l. 938 (pharmacien)
- « *Qu'est-ce qu'on attend de nous les pharmaciens dans les réseaux ?* » D1, l. 81 (pharmacien)
- « *Je ne veux pas être méchant, mais je pense qu'il y aurait plus de choses à faire avec nous* » B3, l. 321 (pharmacien)
- « *Avec le pharmacien, tu peux créer un protocole, évidemment il faut que le patient soit d'accord, que le médecin soit d'accord, et dans ce protocole, tu peux marquer ce que tu veux...* » B2, l. 1341 (médecin)
- « *Nous par contre on a un rôle central, mais c'est un rôle social très important* » D1, l. 110 (pharmacien)
- « *L'ETP aussi, les pharmaciens ont une grosse part aussi...* » B2, l. 931 (médecin)

Les professionnels plébiscitaient un accès à des psychologues au sein des réseaux :

- « *Il pourrait y avoir un pool de psychologues temps plein qui pourraient se détacher etc...* » C2, l. 746 (pharmacien)
- « *La psychologue c'est important aussi* » B4, l. 704 (infirmier)
- « *Pas forcément dans la fréquence, mais au moins qu'il y ait un accès* » B7, l. 705 (médecin)
- « *Oui, la psychologue c'est vrai que c'est un problème* » B5, l. 703 (médecin)
- « *Quand je dis moi, j'ai besoin d'une psychologue etc., c'est parce que mon patient va mal, et que moi je sais que potentiellement ça, ça lui ferait du bien, donc je me suis mise à la place du patient* » B2, l. 880 (médecin)

Ils réclamaient également des assistantes sociales :

- « *Il faut une assistante sociale* » A1, l. 530 (infirmier)
- « *Il faudrait une assistante sociale* » C7, l. 961 (médecin)
- « *Voilà, des assistantes sociales de santé, ou des officiers de santé, qui viennent voir un peu les besoins...* » D4, l. 576 (médecin)
- « *Je voudrais que le réseau m'aide surtout sur le côté social, éducatif, pour les patients* » C7, l. 679 (médecin)
- « *Pour les familles aussi, pour les aides dans les démarches pour obtenir des aides financières...* » C7, l. 681 (médecin)
- « *Peut-être que certains auront juste envie que l'assistante sociale du réseau passe* » C1, l. 888 (médecin)

Des médecins imaginaient un accès régulier aux diététiciennes :

- « *J'aurais voulu qu'on puisse avoir accès directement aux diététiciennes* » A7, l. 326
- « *On pourrait se dire la diététicienne passe à domicile une fois tous les 3 mois, pour revoir un peu avec eux leurs placards et regarder avec eux comment y font, etc... ça ça serait différent...* » B2, l. 276 (médecin)
- « *Une diététicienne dans les réseaux diabète, qui passe tous les 3 mois pour voir ce qu'ils mangent un petit peu...* » B2, l. 676 (médecin)
- « *Oui, une diététicienne, voilà* » B7, l. 678 (médecin)
- « *Voilà, une diététicienne à domicile ! Ce n'est pas que les patients aillent à l'hôpital voir la diététicienne, parce que ça serait trop facile* » B2, l. 679 (médecin)

d. La communication au sein des réseaux

Les participants évoquaient l'importance de trouver un moyen de communication efficace :

- « *Ce qu'il faudrait c'est qu'on trouve comment échanger pour travailler ensemble* » B9, l. 584 (infirmier)
- « *Donc ça nécessite de communiquer entre professionnels, alors par quel biais...* » B2, l. 815 (médecin)
- « *Ce qui fera le succès d'un réseau, ce sera le moyen de communiquer* » B8, l. 1001 (médecin)
- « *J'attends surtout de ce réseau de permettre une meilleure communication entre l'hôpital et la ville, et au sein de la ville entre les différents intervenants autour du patient* » C2, l. 593 (pharmacien)
- « *L'idée n'est peut-être pas qu'il y ait toujours une espèce de collégialité pour toutes les décisions, mais plus que tout le monde ait eu l'information qu'il devait avoir* » C2, l. 881 (pharmacien)
- « *Que nous on a un retour intéressant qui nous facilite la vie et qu'on a un retour de ce qui est fait exactement* » C1, l. 415 (médecin)
- « *Dans un réseau, la communication c'est important* » B2, l. 562 (médecin)
- « *On devrait avoir une meilleure... un meilleur dialogue* » C1, l. 662 (médecin)

Ils proposaient des solutions pour faciliter leur communication avec le réseau :

- « *Communiquer sur le dossier d'un patient, à part les classeurs et les feuilles, moi je veux bien leur faire des clés USB* » B2, l. 830 (médecin)
- « *Et puis alors, ça ne peut surtout pas être le téléphone* » B8, l. 1011 (médecin)

- « Pour la communication, il faudrait trouver un système, ça peut être un système informatique, un site ou je ne sais pas quoi... où l'on pourrait soit poser nos questions et avoir une réponse dans les heures qui suivent ou dans la journée » C4, l. 558 (médecin)
- « Il faut d'abord qu'on développe le volet informatique entre nous, avoir des boîtes aux lettres mail où on puisse se joindre ou mettre un message » B2, l. 821 (médecin)

Un des moyens de communication entre professionnels est le dossier médical du patient. La nécessité d'avoir un seul dossier commun était évoquée :

- « Il y a des carnets qui sont plus utiles que d'autres. Il faudrait un formulaire unique. » D4, l. 248 (médecin)
- « Faudrait, dans le cadre d'un réseau unique, uniformiser, avoir un classeur... » D5, l. 546 (médecin)
- « Ça serait une bonne chose un classeur unique mais il ne faut pas non plus qu'on soit noyé dans les papiers » E1, l. 206 (infirmier)
- « Dans les réseaux, il faudrait que chaque patient ait un carnet qui soit à la disposition du médecin, de l'infirmière, du pharmacien... » B8, l. 408 (médecin)

Le dossier médical partagé, ou encore appelé DMP, était évoqué plusieurs fois :

- « Il faut arriver au dossier médical partagé ou dossier informatique » A5, l. 761 (infirmier)
- « S'il n'y a qu'un seul truc, ça sera le DMP » A2, l. 766 (médecin)
- « Avec le dossier partagé c'est toujours dans l'intérêt du malade, ..., ça c'est bien » A1, l. 86 (infirmier)

Certains proposaient de développer un dossier commun informatique :

- « Faudrait développer le dossier ICALOR sur tous les réseaux, sur la fusion des réseaux » A2, l. 522 (médecin)
- « Est-ce qu'on informatise, est-ce qu'on fait des feuilles aussi, est-ce qu'on fait des cahiers » B2, l. 816 (médecin)
- « La clé USB je trouve que c'est génial, c'est plus un classeur comme ICALOR, mais c'est une clé que les gens mettent à leur trousseau... » B2, l. 837 (médecin)
- « Oui c'est sûr que s'il y avait quelque chose par Internet, c'est vrai que chacun de son ordinateur peut se connecter et c'est sûr que ce serait vraiment super, ça serait l'idéal, chacun peut se connecter avec des codes sécurisés, c'est vrai que ce serait bien. Je pense que ça ça serait euh l'idéal » F1, l. 191 (diététicien)
- « Il ne faut qu'un seul truc » A5, l. 764 (infirmier)
- « Ce que je fais maintenant, je leur envoie des mails » A2, l. 854 (médecin)
- « Nous par ex la dermato à Commercy, je lui mets des mails parce que je prends des photos » B2, l. 824 (médecin)

D'autres étaient plus sceptiques sur la possibilité de développer un outil informatique :

- « Alors le truc informatique c'est très bien mais je ne vais pas trimbaler mon ordinateur avec moi chez tous les patients (...) Donc l'ordinateur euh... moi chez les patients, je n'ai pas de réseau pour brancher l'ADSL hein! » E1, l. 214 (infirmier)
- « Il y aura un problème de confidentialité » B2, l. 828 (médecin)

e. Les particularités géographiques

Certains participants notaient que des zones frontières du territoire du sud-meusien n'accédaient pas facilement aux réseaux du fait de la distance :

- « *Le problème chez moi, c'est que je suis à cheval sur 2 régions* » C4, l. 127 (médecin)
- « *Le réseau diabéto, nous, c'est vrai qu'on l'a très peu sollicité voire pas du tout étant donné qu'on est une zone très frontière* » B2, l. 187 (médecin)

Une participante insistait sur la nécessité d'équité de prise en charge des patients, quelque soit leur lieu d'habitation :

- « *Il faut qu'il y ait une équité sur les kilométrages, qu'il n'y ait pas de différence notable si on est à l'extrémité, ou si on est en plein milieu, ou si on est en plein nord ou en plein sud de son propre réseau* » B4, l. 1106 (infirmier)

3. Les pistes d'amélioration pour le futur réseau

a. Pour aider les professionnels de santé dans leur exercice

i. L'expertise du réseau

Les participants souhaitaient continuer à bénéficier de l'expertise du réseau mais de façon plus ponctuelle :

- « *On a besoin de consultation hospitalière, de prise en charge hospitalière ponctuelle* » B5, l. 1086 (médecin)
- « *J'ai besoin une fois d'un rendez-vous par exemple d'un rendez-vous de diabéto, et après je gère ou j'ai besoin d'un rendez-vous de gérontologie et après je gère* » B8, l. 484 (médecin)

Les professionnels envisageaient la réalisation de protocoles :

- « *Peut-être à partir d'un réseau, on pourrait bâtir des... On pourrait bâtir des ordonnances pré établies pour le pansement sec, le pansement gras, les soins post opératoires, le retrait des agrafes... Ça pourrait être un travail...* » D1, l. 402 (pharmacien)
- « *Le réseau ça aurait pu être un vivier de bonnes pratiques et de canevas pour faire après localement de l'éducation thérapeutique* » C2, l. 625 (pharmacien)
- « *Avec le pharmacien, tu peux créer un protocole, évidemment il faut que le patient soit d'accord, que le médecin soit d'accord, et dans ce protocole, tu peux marquer ce que tu veux...* » B2, l. 1341 (médecin)

ii. Considération des professionnels de santé au sein des réseaux

Quelques participants se demandaient si leurs compétences seraient reconnues dans le réseau :

- « *Il faut (...) que l'on reconnaisse les compétences* » A5, l. 771 (infirmier)
- « *Est-ce qu'on aura notre mot à dire ?* » C1, l. 674 (médecin)

- « J'ai peur en fait voilà que tout se regroupe à l'hôpital et que nous on n'ait plus vraiment de place sur le secteur après à domicile » F1, l. 125 (diététicien)

iii. Exercice multi professionnel et délégation de tâches

Le travail en pluri-professionnalité était en général envisagé de façon positive :

- « Si effectivement c'est pluridisciplinaire, ..., ça c'est bien » A1, l. 630 (infirmier)
- « Voilà : des psychologues, des pédicures, des pharmaciens, des infirmières, un ensemble de personnes qui pourraient, à un moment donné, débarquer... » B5, l. 532 (médecin)
- « Enfin je pense que ça peut être vraiment efficace mais il faut que ce soit... que ce soit vraiment pluridisciplinaire » F1, l. 140 (diététicien)
- « Il va falloir réussir à trouver sa place là-dedans » A7, l. 690 (médecin)
- « L'infirmière... (...) A partir du moment où elle a été investie d'un pouvoir dans un réseau, je n'imagine pas que l'on puisse s'opposer à son autorité... » B2, l. 628 (médecin)
- « Et certainement avec de nouvelles professions intermédiaires. » D1, l. 690 (pharmacien)
- « L'idée n'est peut-être pas qu'il y ait toujours une espèce de collégialité pour toutes les décisions, mais plus que tout le monde ait eu l'information qu'il devait avoir » C2, l. 881 (pharmacien)
- « Je trouve qu'on a tous les professionnels d'un coup : kinésithérapeute, infirmière, etc. » A2, l.136

Un participant faisant remarquer que tous les professionnels n'y sont pas prêts :

- « Mais je pense que t'as aussi des professionnels de santé qui aiment bien travailler dans leur coin » A4, l. 746 (médecin)
- « Ce travail d'équipe ne supprime pas pour autant la notion de responsabilité » C3, l. 873 (médecin)

iv. La formation des professionnels

Des professionnels de santé estimaient que le réseau devait organiser la formation des professionnels :

- « Le réseau, ça doit être le centre de la formation » A5, l. 758 (infirmier)
- « Ça peut substituer un peu la FMC ou renforcer la FMC, pour la relancer un peu... » A2, l. 939 (médecin)
- « Un des rôles du réseau sera de nous former sur les moyens de communiquer entre nous » B8, l. 1177 (médecin)
- « Mais qu'il y ait des formations sur des mises au point sur des nouvelles thérapeutiques, des nouveaux objectifs, des nouvelles prises en charge » C4, l. 570 (médecin)
- « La formation, il faudrait la rendre obligatoire » A5, l. 954 (infirmier)
- « Donc il faudrait aussi que le réseau ou la plate-forme du réseau puisse agréer des formations communes » B9, l. 1220 (infirmier)
- « Globaliser les formations pour qu'elles soient validantes pour tous les professionnels de santé. » B4, l. 1245 (infirmier)

Pour d'autres, le réseau pourrait soutenir les organismes de formation de chaque profession :

- « *Le réseau territorial pourrait nous apporter des compétences qu'on n'a pas dans nos pôles de santé* » B2, l. 1195 (médecin)
- « *Le rôle du réseau de territoire dans la formation, je pense qu'il est à définir, c'est-à-dire qu'il faudrait que ça reste quelque chose à laquelle on puisse faire appel le jour où on veut faire dans nos pôles de santé parce que tout à coup on s'est rendu compte on s'est aperçu avec telle ou telle infirmière que ça serait bien qu'on refasse une formation sur les pansements.* » B2, l. 1206 (médecin)
- « *Donc il faudrait aussi que le réseau ou la plate-forme du réseau puisse agréer des formations communes* » B4, l. 1220 (infirmier)

Les participants souhaitaient également que les formations soient pluri-professionnelles :

- « *Oui des formations mais en avoir des communes...* » B9, l. 1250 (infirmier)
- « *Globaliser les formations pour qu'elles soient validantes pour tous les professionnels de santé.* » B4, l. 1245 (infirmier)
- « *La formation reste quelque chose d'intéressant, à condition qu'elle soit faite de plus en plus en pluridisciplinarité* » B2, l. 1203 (médecin)
- « *On pourrait organiser des réunions de groupe où tout le monde serait là, où on dirait quel message faire passer aux malades* » B5, l. 720 (médecin)
- « *Même pour des choses basiques... je pense que c'est important que tout le monde chante la même chanson* » A7, l. 129 (médecin)
- « *Ça serait bien d'imaginer le réseau pour pouvoir accorder nos violons sur la manière dont parler au patient, que ce soit plus axé sur le patient* » C2, l. 368 (pharmacien)
- « *Tout le monde pouvait entendre le même discours* » B8, l. 1256 (médecin)
- « *En parlant tous le même langage et que chacun s'y retrouve* » C2, l. 626 (pharmacien)
- « *Mais qu'il y ait des formations sur des mises au point sur des nouvelles thérapeutiques, des nouveaux objectifs, des nouvelles prises en charge* » C4, l. 570 (médecin)
- « *Il faut qu'on ait tous le même discours* » C6, l. 738 (pharmacien)
- « *Oui, et puis que pour nous ce soit... Quand on a une question à poser, qu'on ait une réponse, une véritable réponse, et que cette réponse soit commune, qu'on ne cherche pas, qu'on ne tâtonne pas* » C6, l. 766 (pharmacien)

Un participant estimait que la formation professionnelle devrait être obligatoire :

- « *La formation, il faudrait la rendre obligatoire* » A5, l. 954 (infirmier)
- « *Il faudrait un certain nombre de formations obligatoires dans l'année sur toutes les formations proposées* » A5, l. 961 (infirmier)

Un autre encore soulignait le côté chronophage des formations :

- « *La formation c'est chronophage* » A4, l. 959 (médecin)

v. L'indemnisation

Quelques participants envisageaient l'indemnisation au sein du réseau :

- « *S'il y a un mode de rémunération alléchant... Je pense qu'au début ça va être très alléchant pour que tout le monde entre dans le réseau* » A4, l. 747 (médecin)
- « *Si comme avec ICALOR, on est payé 25 euros pour rentrer les données, rentrer les traitements, pour que tout le monde puisse se partager les résultats* » A5, l. 769 (infirmier)

Des participants débattaient de l'intérêt d'une forfaitisation de certains actes, infirmiers notamment :

Les avis positifs	Les avis négatifs
<ul style="list-style-type: none">▪ « <i>Le forfait est plus intéressant et on peut prendre le temps</i> » A5, l. 587 (infirmier)▪ « <i>Et là tu prends ton temps parce que tu sais que tu vas être correctement rémunéré ?</i> » A4, l. 595 (médecin)▪ « <i>Pour nous, dans les insulinothérapies chez les personnes âgées maintenant, le soir, il faut faire les cachets, mettre les gouttes dans les yeux (...) C'est pour ça aussi que je reviens au paquetage de soins (...) donc on se retrouve avec des ribambelles de trucs toujours au même prix!</i> » A5, l. 884 (infirmier)	<ul style="list-style-type: none">▪ « <i>Mais du point de vue économique, il ne faudra plus que tu sois tout seul, mais vous serez 3 au forfait ! Et là personne ne voudra payer</i> » A2, l. 589 (médecin)

vi. Annuaire des ressources médico-sociales :

Sur l'utilité d'un annuaire des ressources médico-sociales du réseau, les avis sont partagés :

Les avis positifs	Les avis négatifs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ « Tu peux avoir un annuaire de tous ceux qui participent au réseau et les appeler si tu les connais » B8, l. 1064 (médecin) ▪ « Avec un annuaire ! Ne serait-ce que si on avait un annuaire... Eh ! Trouver le numéro de téléphone de tout le petit monde qu'on veut appeler... » C2, l. 658 (pharmacien) ▪ « Le réseau pourrait collecter l'annuaire des professionnels... » D1, l. 467 (pharmacien) ▪ « Oui, c'est ça, il faudrait que le réseau soit une banque de données de toutes sortes, données théoriques, pratiques, des données sur les différents intervenants possibles... » C3, l. 954 (médecin) ▪ « Pourquoi pas créer un réseau de correspondants ; ça peut aider à trouver le bon correspondant » D5, l. 622 (médecin) ▪ « Donc en fait il suffit de faire un annuaire ! » C1, l. 918 (médecin) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ « L'annuaire, je trouve que c'est un truc qui ne m'intéresse vraiment pas du tout » A4, l. 1003 (médecin) ▪ « On s'en est tous plus ou moins fait un, d'annuaire » A2, l. 1011 (médecin)

vii. Plateforme

Les professionnels suggéraient la création d'une plateforme administrative, avec un numéro d'accès unique :

- « Faudrait un numéro d'accès direct » B7, l. 18 (médecin)
- « Ce qui me plait, ce serait d'avoir un interlocuteur » B5, l. 528 (médecin)
- « Tu décroches, voilà, j'ai un problème avec telle personne, et cette personne, dans un réseau, va m'aider, ou elle-même est formée à aller piocher à un endroit une réponse à ma problématique ponctuelle » B5, l. 529 (médecin)
- « Ce qu'on aimerait avoir, c'est une plate-forme, plutôt que d'avoir des médecins, des infirmières, des machins, c'est avoir une plate-forme administrative » B8, l. 1090 (médecin)
- « Et dans l'autre sens les hospitaliers pourraient utiliser la plate-forme en disant nous projetons de faire sortir untel tel jour, est-ce que vous pouvez contacter son infirmier, son médecin, son pharmacien... etc. » B8, l. 1110 (médecin)
- « On devrait pouvoir passer par une structure centralisée » B7, l. 1038 (médecin)
- « Si j'ai besoin d'une hospitalisation qu'ils puissent dire je vous rappelle, je trouve une chambre et je vous appelle » E1, l. 137 (infirmier)
- « Le réseau serait une sorte d'aiguilleur. » C2, l. 975 (pharmacien)

b. Pour améliorer la prise en charge des patients

i. Recentrer le jeu sur le patient

Les professionnels interrogés mettaient l'accent sur la nécessité de partir des besoins du patient pour élaborer le futur réseau :

- « *Quand je dis moi, j'ai besoin d'une psychologue etc., c'est parce que mon patient va mal, et que moi je sais que potentiellement ça, ça lui ferait du bien, donc je me suis mise à la place du patient* » B2, l. 880 (médecin)
- « *Quand je dis j'ai besoin de, ce n'est pas moi personnellement, c'est pour mon patient, je me positionne dans les besoins de mon patient* » B2, l. 884 (médecin)
- « *Ce qui compte c'est d'abord le bien du malade* » A7, l. 58 (médecin)
- « *C'est le patient qui prime de toute façon !* » A7, l. 241 (médecin)
- « *On ne met pas suffisamment le patient en premier* » A4, l. 642 (médecin)
- « *Ça serait bien d'imaginer le réseau pour pouvoir accorder nos violons sur la manière dont parler au patient, que ce soit plus axé sur le patient* » C2, l. 368 (pharmacien)

Ils soulignaient également la nécessité de prendre en charge le patient dans sa globalité :

- « *Lorsqu'on a un patient qui a un certain âge, il va être dans un réseau, il est cardiaque, il dépendra du réseau de cardio, il est diabétique, il dépendra du réseau de diabéto...* » C4, l. 152 (médecin)
- « *Oui, parce qu'on a tendance à considérer une pathologie et non pas une personne. Et le problème c'est qu'en gériatrie, il faut considérer une personne qui a de multiples pathologies et non pas il est cardiaque, il est diabétique...* » E1, l. 101 (infirmier)
- « *La personne c'est un ensemble et c'est pour ça que si on avait un réseau pluridisciplinaire ça serait mieux* » E1, l. 108 (infirmier)
- « *Ça c'est moins spécialisé, c'est plus global...* » D4, l. 610 (médecin)

Certains relevaient la difficulté parfois rencontrée à rendre les patients acteurs de leur prise en charge :

- « *Pour rendre le patient beaucoup plus acteur, beaucoup plus autonome et beaucoup plus responsable de sa propre santé* » B4, l. 866 (infirmier)
- « *Les gens ne sont pas toujours motivés... Ils prennent leurs médicaments pour se dé sucrer, pour se dégraisser... C'est ce qu'ils nous disent et après, c'est notre problème, ce n'est pas le leur, donc il y a du chemin à faire...* » D4, l. 557 (médecin)
- « *On a l'impression que les gens parfois c'est pour nous faire plaisir qu'ils prennent leurs médicaments mais à côté ils ne font pas ce qu'il faut...* » D4, l. 563 (médecin)
- « *Donc on se heurte très très souvent à des murs et moi j'ai l'impression que je me déplace pour rien, pour rien* » E1, l. 34 (infirmier)

Un des problèmes rencontrés était aussi d'identifier les patients adhérents au réseau. Un participant proposait une solution :

- « *Est-ce qu'il faudrait un tampon « adhérent réseau » sur l'ordonnance ?* » B7, l. 332 (médecin)

ii. Le suivi médical

Les participants insistaient sur la nécessité de pouvoir avoir des avis spécialisés ponctuels :

- « *On a besoin de consultation hospitalière, de prise en charge hospitalière ponctuelle* » B5, l. 1086 (médecin)
- « *D'un suivi, éventuellement ponctuel sur telle ou telle chose qui pose problème...* » C4, l. 528 (médecin)
- « *J'ai besoin une fois d'un rendez-vous par exemple d'un rendez-vous de diabéto, et après je gère ou j'ai besoin d'un rendez-vous de gérontologie et après je gère* » B8, l. 484 (médecin)
- « *En fait il manque de pouvoir utiliser un réseau pour un avis ponctuel* » B8, l. 490 (médecin)

Deux participants évoquaient la iatrogénie et insistaient sur son importance :

- « *Je pensais qu'on allait avancer sur la iatrogénie, et finalement on n'a pas évolué là-dessus* » A5, l. 223 (infirmier)
- « *On a eu des formations sur la iatrogénicité mais ça n'a pas fait changer les choses* » A5, l. 225 (infirmier)
- « *On avait fait un truc sur la iatrogénie, ça c'était vraiment important* » D5, l. 34 (médecin)

iii. L'éducation thérapeutique

Les professionnels s'attardaient sur la nécessité d'avoir du temps pour faire de l'éducation thérapeutique :

- « *Du temps d'éducation thérapeutique, c'est ce qu'il nous manque le plus* » B2, l. 686 (médecin)
- « *Mais en temps d'éducation thérapeutique pour telle ou telle maladie, ça oui !* » B2, l. 675 (médecin)

Ils imaginaient que l'éducation thérapeutique pourrait être développée pour la prise en charge d'autres pathologies :

- « *La même chose pourrait se réaliser au niveau de l'insuffisance rénale, au niveau de de de... de n'importe quoi !* » B5, l. 721 (médecin)
- « *Pour l'asthme c'est pareil !* » B5, l. 732 (médecin)
- « *Mais que de temps en temps, il y ait des gens qui viennent voir ce qu'ils mangent comme sel, etc., ça, ça me manque dans l'insuffisance rénale* » B7, l. 657 (médecin)
- « *Cette éducation thérapeutique-là, elle est prônée par ICALOR mais elle peut être reprise au même titre par les autres réseaux* » A4, l. 250 (médecin)

Les professionnels imaginaient que l'éducation thérapeutique pourrait se concevoir sous différentes formes :

- « *Il faudrait quelque chose de plus « ludique », de plus abordable pour le patient, que le patient ait envie de participer, pas que ce soit une contrainte...* » C1, l. 698 (médecin)
- « *Ou qu'il y ait les deux : des réunions de groupe prévues pour les adhérents du réseau et des visites à domicile* » B7, l. 683 (médecin)
- « *Une infirmière qui pourrait mettre en route une insulinothérapie en une injection, apprendre au patient le contrôle de la glycémie, ça serait gagnant-gagnant* » B7, l. 728 (médecin)

- « *Je me dis que par exemple on pourrait faire une sorte d'information, ou d'éducation entre guillemets des conjoints ... je ne sais pas, chez les plus de 65 ou 70 ans...* » D3, l. 371 (orthophoniste)
- « *De travailler aussi avec l'accompagnant, avec le conjoint, pour qu'il y ait un peu de... un lieu de communication* » D3, l. 169 (orthophoniste)

Le côté pluri professionnel de l'éducation thérapeutique était également mis en avant par certains participants :

- « *Je ne suis pas d'accord pour que ce ne soit que l'infirmière parce que dans l'éducation thérapeutique du patient, ça peut être l'infirmière, le pharmacien, ...* » B9, l. 664 (infirmier)
- « *L'ETP aussi, les pharmaciens ont une grosse part aussi...* » B2, l. 931 (médecin)

Un participant s'interrogeait sur la place du réseau dans l'organisation de l'éducation thérapeutique :

- « *L'ETP, on est tellement en train de la positionner au niveau des professionnels de terrain que on aura peut-être pas tellement besoin du réseau* » B2, l. 1197 (médecin)

Un autre s'inquiétait de savoir si les professionnels de santé libéraux étaient formés à l'éducation thérapeutique :

- « *Le point négatif à mon niveau c'est que c'est vrai qu'il n'y a pas forcément beaucoup de personnel formé à l'éducation thérapeutique* » F1, l. 65 (diététicien)
- « *Alors moi à mon niveau c'est sûr qu'on a vraiment un rôle à jouer parce que c'est sûr que dans l'alimentation dans tout ça il y a vraiment beaucoup de choses à voir sur l'éducation mais après j'imagine que même dans d'autres corps de métier il pourrait y avoir effectivement de l'éducation à faire...* » F1, l. 232 (diététicien)
- « *Mais le souci c'est que personne n'est vraiment, enfin dans ces réseaux, je ne pense pas qu'il y ait grand monde formé quoi* » F1, l. 236 (diététicien)

Ce participant relevait également les difficultés de mise en place de l'ETP :

- « *J'ai fait ma formation d'éducation thérapeutique là pour pouvoir après on va dire faire des animations avec ICALOR mais ce n'est pas encore mis en route alors bon pour l'instant je n'ai pas encore non plus d'expérience* » F1, l. 17 (diététicien)

iv. Les entrées et sorties d'hospitalisation

Les professionnels de santé libéraux faisaient part de leurs difficultés avec les entrées et sorties d'hospitalisation et souhaitaient que le réseau les aide :

- « *Et ça serait bien de pouvoir s'axer sur les entrées et sorties de l'hôpital. Ça c'est un truc euh...* » B2, l. 547 (médecin)
- « *Sur les sorties d'hospitalisations... (...) Pareil, est-ce que le réseau sud meusien il gèrerait des hospitalisations à Nancy* » B3, l. 931 (pharmacien)
- « *Le réseau doit être tenu au courant de toute sortie hospitalière* » B2, l. 942 (médecin)
- « *Et dans l'autre sens les hospitaliers pourraient utiliser la plate-forme en disant nous projetons de faire sortir untel tel jour, est-ce que vous pouvez contacter son infirmier, son médecin, son pharmacien... etc.* » B8, l. 1110 (médecin)

- « Ça veut dire qu'il faut éduquer l'hospitalier en lui disant bien ce patient peut bénéficier du réseau, il habite en Meuse dans le sud meusien, s'il vous plaît, contactez la veille de la sortie le réseau, la structure du réseau numéro machin » B7, l. 1148 (médecin)

Les professionnels imaginaient une « infirmière de liaison » qui servirait d'interface entre la ville et l'hôpital :

- « J'ai besoin d'une interface entre moi et l'hôpital parce que j'ai pas le temps » B2, l. 788 (médecin)
- « Intermédiaire. C'est-à-dire que quand quelqu'un sort et qu'il est pris en charge par le réseau, nous adresser un courrier » E1, l. 122 (infirmier)
- « Tu peux effectivement là avoir une infirmière dans le pôle de santé qui sera quotidiennement au courant de l'état de santé des patients et si y a besoin de le ré-adresser à l'hôpital » B2, l. 549 (médecin)
- « Ce poste doit être officialisé, c'est-à-dire que quelle que soit la profession, après tout, ça peut être un pédicure, une infirmière, ou peut-être quelqu'un qui a fait une formation supplémentaire » B4, l. 637 (infirmier)
- « Et pourquoi ne pas créer un diplôme, un poste mais avec une référence législa... légale. Que personne ne puisse contester. » B4, l. 641 (infirmier)
- « Il pourrait y avoir un référent, qu'on pourrait avoir au téléphone, lui dire d'aller voir telle personne qui pose problème » D4, l. 624 (médecin)
- « Si j'ai besoin d'une hospitalisation qu'ils puissent dire je vous rappelle, je trouve une chambre et je vous appelle » E1, l. 137 (infirmier)
- « Si un budget était alloué pour ça au sein du réseau, pourquoi pas ! » C2, l. 950 (pharmacien)
- « L'infirmière, également numéro unique, la personne elle sort de l'hôpital, le spécialiste appelle pour ramener le patient à domicile pour être sûr que tout est fait, qu'elle sera prise en charge » B2, l. 556 (médecin)
- « Tu peux effectivement là avoir une infirmière dans le pôle de santé qui sera quotidiennement au courant de l'état de santé des patients et si y a besoin de le ré-adresser à l'hôpital » B2, l. 549 (médecin)
- « Ça marchait quand même beaucoup mieux » A5, l. 1028 (infirmier)

v. La prise en charge de nouvelles prestations

Pour certains, le réseau pourrait être un moyen de prendre en charge des prestations non remboursées par la Sécurité Sociale :

- « Ça c'est revoir aussi comment on prend en charge de façon globale dans certaines pathologies les paramédicaux non pris en charge : la diététicienne, la psychologue, ... » B2, l. 700 (médecin)
- « Ça serait ça le réseau, avoir l'accès à des structures qui ne sont peut-être pas actuellement prises en charge mais qui pourraient l'être. » B7, l. 705 (médecin)
- « Ça peut être utiliser ce qui existe et qui n'est pas remboursé par la sécu... diététicienne, pédicure... » B2, l. 991 (médecin)
- « Ce qui est intéressant (...) c'est de soigner des gens qui ne se faisaient pas soigner avant » B1, l. 148 (pédicure)

D'autres insistaient sur l'importance de se déplacer au domicile des patients :

- « Une visite à domicile une fois ou deux dans l'année pour faire le bilan ou le point des conditions de vie » B7, l. 296 (médecin)
- « Voilà, des assistantes sociales de santé, ou des officiers de santé, qui viennent voir un peu les besoins... » D4, l. 576 (médecin)
- « Moi je serais plutôt d'avis à garder ce système vraiment d'aller à domicile, de pouvoir se déplacer parce que je trouve que c'est quand même vraiment positif » F1, l. 122 (diététicien)
- « C'est surtout le maintien à domicile le plus important... » D4, l. 629 (médecin)

vi. Prise en charge d'autres pathologies:

Deux professionnels faisaient part de leurs attentes quant à la prise en charge d'autres pathologies :

- « J'aurais besoin d'un réseau pour mes insuffisants rénaux » B7, l. 651 (médecin)
- « Mais ici on n'a pas de réseau réellement d'obésité, en tout cas surtout pour les enfants obèses » F1, l. 141 (diététicien)

4. Les espoirs des professionnels

Comme nous l'avons vu, les professionnels de santé libéraux interrogés avaient fait part de quelques craintes vis-à-vis de la réorganisation des réseaux mais ils exprimaient également beaucoup d'espoirs :

- « Je dois dire qu'au départ on ne sait pas trop et maintenant qu'on en parle comme ça on voit une foultitude d'options, de possibilités » B7, l. 1123 (médecin)
- « J'ai l'impression que l'état d'esprit est en train de changer aussi » C2, l. 367 (pharmacien)
- « C'est vrai que c'est l'occasion de repartir peut-être sur quelque chose... » C2, l. 521 (pharmacien)
- « Quelque chose qui réponde mieux aux attentes de tout le monde. » C2, l. 525 (pharmacien)
- « Donc donner des moyens à chacun, l'aider sans accaparer » C4, l. 557 (médecin)
- « Ce que j'attends, c'est une simplification de l'exercice quotidien » C3, l. 586 (médecin)
- « Moi le rôle que je demande à un réseau c'est justement de... de comment, de faire un lien entre les hôpitaux et la ville, de faire des formations parce que ça c'est très important et de voir les patients avant leur sortie. Ce n'est pas un rôle de médiateur mais c'est un rôle de... de... de lien » E1, l. 223 (infirmier)

V. DISCUSSION

A. Sur la méthode

1. Les intérêts de la méthode

Dans notre étude, l'objectif était d'évaluer le ressenti des professionnels de santé libéraux sur les réseaux. La méthode des Focus Groups était donc tout à fait indiquée puisqu'il s'agit d'une méthode idéale pour étudier la variation des opinions et sentiments sur un sujet donné, pour mettre en évidence des convergences ou des différences de perspectives entre groupes d'individus, pour faire émerger ou tester des idées nouvelles au sein d'un groupe (48).

De plus, c'est une méthode de recherche théoriquement économique en temps de recueil de données et d'argent, notamment parce que l'échantillonnage du groupe est sans exigence de représentativité (48).

2. Les limites de la méthode

a. Limites liées à la méthode elle-même

L'organisation de quatre Focus Groups implique une lourdeur logistique notable.

Par ailleurs, l'analyse des données est longue et fastidieuse, demandant au chercheur d'y consacrer beaucoup de temps. Notre manque d'expérience dans ce domaine a rendu cette étape d'analyse longue à réaliser. Toutefois, pour limiter un biais d'interprétation et augmenter la valeur de notre étude, nous avons, notre directeur de thèse et nous-même, réalisé un double codage des résultats.

De plus, les résultats de ce genre d'étude ne sont pas généralisables puisque les groupes n'ont pas été constitués dans un but de représentativité de la population source.

Nous avons cependant couplé les Focus Groups à des entretiens individuels semi-dirigés afin d'obtenir une saturation des résultats et une triangulation des méthodes.

La triangulation des résultats était limitée car nous n'avons pas retrouvé d'études par Focus Groups similaires à la nôtre.

b. Biais liés à la constitution des groupes

Nous avons choisi de panacher les différentes professions de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, pédicures-podologues, diététiciens et orthophonistes) au sein des groupes pour favoriser les échanges d'expériences entre les participants. Il aurait pu être intéressant de

réaliser des groupes par profession afin de tenter, si ce n'est de saturer les données, de pouvoir évaluer si les mêmes thèmes étaient mis en évidence lors de l'analyse. Nous aurions également pu réaliser des Focus Groups avec des professionnels ne participant pas aux réseaux thématiques existants afin de connaître les raisons de leur non-participation, ou bien avec des professionnels de santé hospitaliers afin de recueillir un point de vue différent sur la communication et la collaboration ville-hôpital.

D'autre part, du fait du recrutement des professionnels dans un territoire restreint qu'est le sud-meusien, la plupart d'entre eux se connaissaient. En théorie, il faudrait éviter ce genre de situation pour éviter de créer des sous-groupes, pour que les participants n'aient pas de réticences à exprimer leurs idées personnelles. Il nous a semblé que le fait que la majorité des participants se connaissent n'a pas été un frein à leur expression. Cela a même plutôt favorisé une ambiance chaleureuse et amicale.

Dans deux Focus Groups, la présence de deux leaders d'opinion a pu influencer la réflexion des groupes mais plutôt dans le sens d'un enrichissement des débats.

c. Biais liés à l'animateur et aux stratégies d'écoute et d'intervention

La position que les participants attribuent à l'animateur joue un rôle important dans le contenu et la forme des informations collectées. Dans notre étude, il était important que l'animateur connaisse la problématique des réseaux et qu'il soit un professionnel de terrain pour exclure les biais liés au malaise des participants interrogés.

Cependant, les stratégies utilisées par l'animateur entraînent un processus d'influence et d'interaction qui sont au cœur de la problématique des effets de biais dans tout entretien. Lors des 4 Focus Groups, l'animateur a parfois eu des difficultés à ne pas exprimer ses opinions personnelles, souvent lorsque la discussion s'essouffait un peu, ce qui a pu s'apparenter à un biais d'investigation.

d. Biais liés à l'observateur

Quelques participants nous ont sollicité pendant les Focus Groups alors que nous tenions le rôle d'observateur. Nous avons parfois dû intervenir, notamment lorsqu'une participante s'interrogeait sur le bien-fondé de notre étude.

De plus, nous étions en charge de l'enregistrement audio des séances de Focus Groups. Lors des deux premières séances, nous avons rencontré quelques difficultés liées à une mauvaise utilisation du dictaphone. Une fonction « Voice activation » était enclenchée par erreur, ce qui provoquait une mise en veille automatique de l'appareil lorsque les sons détectés étaient trop faibles, l'enregistrement reprenait lorsqu'il détectait à nouveau un son suffisamment fort. Au cours du Focus Group A, les participants étant peu nombreux, chaque participant se trouvait à bonne distance du dictaphone pour être enregistré. Par contre, lors du Focus Group B, ils étaient plus nombreux et le participant n°2 parlait moins fort que ses collègues. Par conséquent, toutes ses interventions ne sont pas audibles.

B. Sur les résultats

Nous nous sommes donc intéressés à l'expérience des professionnels de santé du sud-meusien en matière de réseaux de soins.

Cette expérience concerne principalement deux réseaux, REDIVHOM pour la diabétologie et Age et Santé pour le maintien à domicile des personnes âgées, mais aussi ICALOR, implanté localement. Ont été également cités par les participants les réseaux régionaux LORSEP et ANTIBIOLOR.

Le département de la Meuse est rural, avec des moyens de transport peu développés, rendant le recours aux soins spécialisés parfois problématique. La densité médicale et paramédicale y est assez faible. Ceci explique peut-être la forte proportion de professionnels ayant adhéré, ou tout au moins participé, aux réseaux : 65 médecins généralistes, 14 pharmaciens, 44 infirmiers... Ces chiffres sont tout de même à relativiser du fait de l'implication très variable des professionnels.

Notre échantillon d'une trentaine de participants aux Focus Groups a permis de réunir les différentes professions de santé impliquées dans les réseaux, sur des zones géographiques variées.

Nous avons réalisé un échantillonnage en variation maximale, encore appelé échantillonnage théorique par Miles et Huberman (57). Ce type d'échantillonnage est parfaitement adapté lorsque la question de recherche s'intéresse à la diversité des perceptions, opinions et comportements. En effet dans notre recrutement étaient représentés les libéraux dans leur diversité : profession, âge, nombre d'années d'installation et appartenance aux différents réseaux.

1. Ressenti des professionnels libéraux sur les réseaux thématiques existants

a. Généralités

Le concept de réseau est parfaitement accepté par une grande majorité de professionnels adhérents. Certains ont d'ailleurs souligné que, localement, les professionnels étaient déjà organisés en « mini-réseaux » opérationnels autour du trio MG – infirmier – pharmacien, ou de plus en plus au sein de maisons ou pôles de santé.

➤ Les objectifs des réseaux et les attentes des professionnels libéraux

Les attentes des professionnels vis-à-vis des réseaux semblent conformes aux objectifs affichés par les statuts :

- Prises en charge globales des patients
- Amélioration des relations ville-hôpital
- Recentrage sur les professionnels de terrain
- Amélioration de l'organisation du système de santé...

Elles diffèrent sensiblement selon la catégorie professionnelle et selon le réseau :

Les médecins généralistes recherchent clairement des aides ponctuelles dans des domaines particuliers sources de difficultés de prise en charge de patients : le domaine médico-social, les rendez-vous spécialisés difficiles à obtenir (OPH par ex, mais dans de plus en plus de spécialités), l'obtention de prises en charge hospitalières pour les personnes âgées...

Les pharmaciens sont très demandeurs d'une plus grande intégration dans les réseaux et par là-même dans le « noyau dur » des professionnels de terrain de premier recours. Ils s'étaient sentis « oubliés » dans les réseaux thématiques.

Les infirmiers, les plus proches des patients parmi les professionnels de santé, en attendent une meilleure coordination avec l'hôpital ainsi qu'une valorisation de leur rôle dans le suivi des pathologies chroniques sur le modèle proposé par ICALOR.

Les paramédicaux (podologues, diététiciens, orthophonistes et probablement psychologues) peuvent attendre des réseaux un accès élargi à leurs compétences, surtout dans les domaines où l'absence de prise en charge financière institutionnelle représente un frein pour les patients.

➤ Les réseaux régionaux

L'existence des réseaux régionaux a été évoquée :

ANTIBIOLOR, considéré comme un réseau « à part » connu par les professionnels à travers son guide de références pour les prescriptions d'antibiothérapie, très apprécié des médecins.

LORSEP, qui est intervenu ponctuellement auprès de patients atteints de sclérose en plaques, à la satisfaction des médecins et infirmiers.

➤ La connaissance des réseaux par les professionnels libéraux

Plusieurs professionnels ont avoué avoir découvert récemment et fortuitement l'existence de certains réseaux. Et même en y ayant adhéré, ils ne se sentent pas toujours très informés du mode de fonctionnement de chaque réseau et du rôle qu'ils peuvent y jouer.

➤ Le problème démographique

La prise de conscience de la nécessité d'une évolution de la prise en charge des patients est réelle. Les perspectives démographiques (vieillesse de la population, difficultés de recruter des professionnels en milieu rural,...) font partie des préoccupations des professionnels libéraux. Ainsi, ils soulignent la lourdeur de la prise en charge des dernières années de vie des personnes âgées, l'intérêt d'un réseau qui puisse apporter un concours à cette prise en charge, et en même temps le risque de multiplication d'interventions de réseaux « thématiques » chez une même personne atteinte de pathologies multiples.

➤ Le côté financier des réseaux de santé

Pour un participant, la création de réseaux est un moyen de réaliser des économies dans la prise en charge des patients. D'autres au contraire, craignent que les réseaux n'engendrent des dépenses supplémentaires. La question du montant, de la répartition et de la pérennité des sommes allouées aux réseaux a été abordée, ainsi que celle de l'évaluation des réseaux thématiques à la lumière des quelques années de leur fonctionnement.

b. Ressenti sur l'organisation des réseaux et leur fonctionnement

Nombre de professionnels soulignent que leur implication personnelle dans chacun des réseaux a été très dépendante des degrés d'intérêt qu'ils y trouvaient, comme des obstacles d'ordre pratique à leur adhésion. Ils ont cependant à plusieurs reprises verbalisé que l'apport du réseau au patient était prioritaire par rapport à l'apport du réseau au professionnel.

➤ Les formalités administratives

Sans réelle surprise, les participants aux Focus Groups se sont montrés quasi unanimement « allergiques » à la « paperasserie » et les réseaux étant parfois vécus, surtout s'ils s'ajoutent les uns aux autres, comme des « usines à gaz » administratives et chronophages.

Si l'adhésion en elle-même du professionnel ne paraît pas constituer un problème majeur, celle des médecins généralistes, points de passage obligatoires pour l'inclusion des patients, a souvent dû être sollicitée par le réseau ou par des patients susceptibles d'y entrer.

Une réflexion a été ouverte sur l'impossibilité, pour les patients de certains secteurs géographiques, d'intégrer un réseau tant que les médecins traitants locaux refusaient d'y adhérer, d'où une certaine frustration également pour les professionnels paramédicaux de ces secteurs. Au sein du réseau REDIVHOM, après consultation du conseil d'administration, cet obstacle avait été contourné, l'adhésion du patient pouvant être directe.

Les formalités d'inclusion des patients dans les réseaux par le médecin traitant ont été jugées parfois trop lourdes :

Pour Age et Santé, étaient requis un formulaire de demande du praticien et d'accord du patient ainsi qu'un questionnaire médical avec, au fil du temps, la possibilité de solliciter le

réseau sur un simple appel téléphonique, charge ensuite pour le médecin traitant de remplir les formalités administratives.

Pour REDIVHOM, la procédure, décidée au niveau régional, s'était avérée beaucoup plus lourde : formulaire d'accord du patient, classeur avec fiche administrative, fiche médicale en plusieurs exemplaires... Les formalités ont d'ailleurs été allégées à la demande des adhérents. Pour ICALOR, l'inclusion du patient s'est souvent révélée hospitalière, initiée par les services de cardiologie, le médecin traitant étant simplement sollicité pour validation de cette inclusion. Lors de l'inclusion directe par le médecin traitant, les formalités ont parfois été jugées trop lourdes et non pertinentes pour la prise en charge ambulatoire des patients.

Les formalités de suivi ont été jugées très différentes d'un réseau à l'autre :

Pour Age et Santé, aucune contrainte administrative particulière n'est demandée aux médecins traitants. Un classeur est à la disposition des professionnels au domicile du patient. Seules des réunions de concertation entre professionnels et parfois aidants ont été proposées.

Pour REDIVHOM, les contraintes ont été jugées beaucoup plus lourdes par les médecins en particulier :

- un classeur détenu par les patients, destiné à recueillir les annotations de tous les professionnels participant à la prise en charge, aussi bien hospitaliers que libéraux, avec tableaux et courbes de résultats biologiques, sans connexion avec le dossier médical du patient. Il s'est rapidement avéré que les patients ont délaissé leurs classeurs, en partie à cause du peu de motivation des professionnels de santé à prendre le temps de les remplir.
- les fiches médicales de synthèse annuelles très complètes, à remplir par le médecin traitant, dont l'utilité est mise en doute puisque devant servir à des évaluations dont aucun des participants n'a eu un quelconque retour.

Pour ICALOR, les classeurs, gérés cette fois principalement par les infirmiers, tenus au domicile des patients, avec retranscription informatique, ont été considérés comme plus pertinents. Le déclenchement d'alertes informatiques, à l'initiative des infirmiers, a parfois été jugé difficile à gérer par le médecin traitant.

Sur un plan plus général, les professionnels de santé ont fait part de leurs difficultés à identifier les patients adhérents aux réseaux. Les médecins traitants n'ayant pas accès à des listings de leurs patients adhérents, les autres professionnels, pharmaciens en particulier, découvrant parfois par hasard l'adhésion d'un patient à un réseau, et déclarant n'avoir quasiment jamais vu les classeurs qu'ils étaient censés annoter.

La participation aux **réunions « administratives »** des réseaux (assemblées générales, conseils d'administration, réunions de bureau) effraie nombre de libéraux dont les journées de travail sont déjà bien chargées.

➤ L'importance du « leader »

L'accent a été mis par plusieurs participants sur l'importance fondamentale du « leader » du réseau. Dans l'expérience sud meusienne, les fondateurs des deux réseaux locaux furent des médecins hospitaliers à forte personnalité :

À la tête d'**Age et Santé**, le Dr G, gériatre, a développé le réseau avant de quitter la région. Elle reconnaissait volontiers avoir découvert à cette occasion les difficultés de la prise en charge des patients âgés « sur le terrain ». Plusieurs participants ont ressenti une certaine « baisse de régime » du réseau Age et Santé après son départ.

À la tête de **REDIVHOM**, le Dr J, diabétologue au Centre Hospitalier de Bar-le-Duc, chef d'un service qu'il a développé très activement au fil des années, vécu par la plupart des professionnels libéraux comme un « universitaire », très « hospitalo-centré » et assez peu tourné vers la coopération avec les professionnels de terrain.

➤ La place des professionnels libéraux au sein des réseaux

Les médecins traitants ont été reconnus comme le point de passage « obligé » puisque devant être à l'origine des inclusions des patients dans les réseaux Age et Santé et REDIVHOM.

Ils ont parfois eu quelques difficultés à se situer dans la prise en charge de leurs patients au long cours dans le réseau Age et Santé, se demandant s'ils devaient réactiver régulièrement l'intervention du réseau ou non. Ils se sont également beaucoup interrogés sur leur rôle dans le suivi des patients diabétiques dans le cadre du réseau REDIVHOM, se trouvant parfois « dessaisés ». Le seul point positif qui a émergé concernait l'organisation de réunions d'éducation de proximité des patients, en partenariat avec le médecin traitant.

Ils reconnaissent le rôle prépondérant accordé aux infirmiers au sein d'ICALOR, et sont, dans ce réseau, principalement sollicités par le système d'alertes informatiques. Dans ce dernier réseau, certains médecins se sentent « en dehors du coup ».

Les infirmiers sont unanimes sur la valorisation de leur rôle par le réseau ICALOR dans le suivi régulier et l'éducation des patients. Ils ont apprécié qu'un temps spécifique d'éducation leur soit dédié hors du soin. La notion de délégation de tâches semble prendre corps dans le fonctionnement du réseau ICALOR. L'aide du réseau Age et Santé dans le domaine médicosocial est reconnue, avec un bémol, on l'a dit, dans les zones rurales éloignées de Bar-le-Duc. Pour ce qui est du réseau REDIVHOM, les infirmiers regrettent qu'une grande part de la prise en charge des pansements soit faite dans le service de diabétologie de l'hôpital, ils ont le sentiment « qu'on leur laisse les miettes ».

Les pharmaciens sont également unanimes, mais cette fois pour regretter de n'être pas suffisamment intégrés à la prise en charge du patient au sein des réseaux. Particulièrement motivés pour apporter leurs témoignages dans notre étude, ils estiment qu'ils pourraient davantage participer à l'éducation (chez le patient diabétique par exemple) ou à la sécurité thérapeutique chez les personnes âgées polymédicamentées.

Les autres professionnels paramédicaux ayant accepté de participer à notre travail ont été peu nombreux et ne sont pas représentatifs de l'ensemble de leurs collègues.

- Le pédicure podologue est très impliqué dans les deux réseaux Age et Santé et REDIVHOM. Il insiste sur la reconnaissance de l'importance de sa spécialité : prise en charge financière des soins de pédicurie élargie dans le domaine du diabète, et tout à fait novatrice en gériatrie. Cette prise en charge lui permet d'élargir son champ d'activité et d'intervenir au sein du service de diabétologie du Centre Hospitalier.

- L'orthophoniste s'est rapprochée du réseau Age et Santé et a ainsi pu également développer son activité.

- La diététicienne libérale, seule sur le secteur, insiste sur la différence entre les deux réseaux. Age et Santé lui a ouvert les portes de consultations à domicile chez les patients âgés à risque de dénutrition, dans le cadre d'une convention de prise en charge dérogatoire ; elle a ainsi découvert la réalité « de terrain ».

Elle s'est par contre estimée totalement exclue du réseau REDIVHOM qui s'est appuyé uniquement sur les diététiciennes du service de diabétologie.

➤ La communication au sein des réseaux

Entre professionnels adhérents

Les participants aux Focus Groups ont unanimement pointé les difficultés de communication entre professionnels :

- Difficultés d'ordre pratique d'une part, les classeurs, pourtant destinés à recueillir les observations des uns et des autres n'étant pas, on l'a vu, considérés comme des moyens efficaces d'échanges et l'interlocuteur étant parfois difficile à identifier.

- Difficultés d'ordre relationnel d'autre part, le retour d'informations du réseau et la concertation avec les professionnels de terrain étant jugés insuffisants.

Autour du dossier patient

L'intervention de plusieurs réseaux auprès de patients souvent âgés et polypathologiques entraîne parfois une floraison de classeurs qu'il devient difficile de gérer. Certains se demandent si les hospitaliers consultent réellement les classeurs.

Les avis sont partagés sur le dossier informatisé d'ICALOR :

Pour certains, il s'agit d'une simplification avec des maquettes et des cases qu'il suffit de cocher. La possibilité d'alertes lancées sur les boîtes mail des médecins est également un point positif pour les infirmiers.

Pour d'autres, soit l'informatique reste un frein majeur, certains professionnels n'étant toujours pas informatisés, surtout lors de leurs visites au domicile des patients, soit le dossier est apparu trop complexe et difficile à tenir à jour.

➤ Les particularités géographiques

Il a déjà été noté que le territoire sud meusien est vaste, ce qui implique que de nombreux professionnels libéraux se trouvent éloignés, parfois de plus de 50 km, de Bar-le-Duc où se réalisent la plupart des réunions. D'autre part les équipes des réseaux intervenant à domicile,

en particulier Age et Santé, semblent rencontrer quelques difficultés à se déplacer jusqu'aux confins du territoire sud meusien, alors que les prises en charge des patients seraient plus rapides à proximité de Bar-le-Duc.

Les professionnels exerçant dans les zones « frontalières », sont gênés pour inclure des patients qui sont suivis par des structures hospitalières de départements voisins ou du nord meusien, ou à l'inverse pour inclure des patients résidant hors du département.

Le sud-ouest du territoire sud meusien est plus proche de l'hôpital de Saint-Dizier que de celui de Bar-le-Duc.

L'extrême sud du territoire est plus tourné vers Neufchâteau.

La zone est du territoire a des rapports privilégiés avec Toul et Nancy.

La partie nord se partage entre Verdun et Bar-le-Duc.

c. Ressenti sur les modifications apportées par les réseaux

i. Sur l'exercice des professionnels de santé

➤ L'expertise du réseau

À plusieurs reprises, les professionnels ont évoqué la possibilité de faire appel au réseau dans des domaines qui leur posent problème :

- Soit par manque de temps ou par manque d'intérêt, en particulier dans le domaine médico-social.

- Soit par manque de compétences, dans des problèmes pointus (interventions de LORSEP par exemple).

Par contre, ils ont insisté sur leur souhait de garder l'initiative dans leur cœur de métier (suivi et traitement des diabétiques pour les médecins, soins de plaies pour les infirmiers...)

➤ Hospitalo-centrisme des réseaux

Il s'agit là de la question qui a suscité le plus de commentaires lors des différents échanges que nous avons organisés, s'apparentant par moment à une véritable « thérapie de groupe ».

Les participants aux Focus Groups ont à plusieurs reprises et toutes professions confondues, insisté sur la différence des conditions d'exercice et de « mentalité » entre le milieu libéral et le milieu hospitalier, faisant parfois un parallèle sportif : « *C'est comme un sprinter et un marathonien* » A3, l. 552 (médecin)

L'attente d'une réelle collaboration n'en est pas pour autant moins forte.

Concernant **Age et Santé**, le bilan, en matière de rapports ville – hôpital, vu par les libéraux, semble plutôt favorable. Même si elle fait appel à un médecin gériatrie issu de l'hôpital,

l'équipe du réseau est mobile, intervient sur le terrain, apporte une aide tangible aux professionnels libéraux dans le domaine médico-social, et organise des réunions de coordination autour de dossiers patients, au cabinet du médecin traitant ou à proximité. Certains médecins se sont tout de même interrogés sur l'intérêt du bilan complet des personnes âgées réalisé en hôpital de jour, et sur la lisibilité des comptes-rendus très détaillés qui en résultent.

Concernant **REDIVHOM**, les commentaires sont beaucoup plus critiques :

La prééminence, pour ne pas dire la mainmise du service de diabétologie sur l'ensemble de la prise en charge du diabétique a été soulignée lors de chacun des Focus Groups, à tel point que plusieurs participants ont reconnu être incapables de différencier l'activité du réseau de celle du service hospitalier.

Les mots sont parfois durs : « racket », « malades vampirisés », « patients qui nous échappent presque totalement ». Il s'avère que le mode de fonctionnement de REDIVHOM n'a pas répondu aux attentes de la quasi-totalité des professionnels libéraux.

Le diabète est le type même de la pathologie chronique intéressant de nombreuses spécialités parmi lesquelles on peut citer la cardiologie, la néphrologie, l'ophtalmologie, la biologie, ... Le médecin traitant, investi du rôle de « pivot du système de santé » (35) dans les discours officiels, se sent naturellement le mieux placé pour coordonner l'ensemble du suivi des diabétiques.

En pratique, il est confronté à certaines difficultés (délais de rendez-vous en médecine spécialisée, déplacements des patients en milieu rural, mise en place d'une insulinothérapie pour certains, manque de temps et de professionnels formés pour l'éducation thérapeutique, absence de prise en charge pour certains soins de pédicurie et les consultations diététiques...). La demande des professionnels était donc d'obtenir du réseau une aide ponctuelle dans la prise en charge du patient diabétique, lorsqu'ils étaient confrontés à ces difficultés.

Force est de constater que la plupart des médecins, et en particulier ceux qui se sont le plus investis dans les inclusions de patients dès la naissance du réseau, semblent très déçus de l'expérience. D'une voix unanime, ils regrettent une certaine « dépossession » de leur rôle par le service de diabétologie.

L'impression générale est que la manne financière du réseau a surtout servi à élargir l'activité du service de diabétologie au détriment des professionnels de terrain :

« C'est le seul service qui a été refait 2 fois en 5 ans ! » A2, l. 297 (R, médecin)

Les critiques sont de plusieurs ordres :

- Les médecins dénoncent donc la « captation » de leurs patients par l'hôpital, qui les reconvoque systématiquement en consultations et hôpital de jour. Parfois la prise en charge semble largement déborder le diabète puisque sont évoqués le vasculaire, l'obésité, la thyroïde, la prostate, la vitamine D... Les retours tardifs d'informations sur la biologie et les rendez-vous programmés nuisent au bon suivi du patient.
- Il en est de même des infirmiers qui voient les patients diabétiques atteints de troubles trophiques régulièrement transportés en consultations externes de diabétologie pour en assurer les soins, au dépens de leur activité.

- Les pharmaciens ont mal vécu à une certaine période la distribution, par le service de diabétologie, de lecteurs de glycémie aux patients diabétiques, leur laissant ensuite la charge de l' « après-vente » d'appareils qu'ils n'avaient pas fournis.
- La diététicienne libérale évoque son « exclusion » du réseau REDIVHOM, le réseau faisant travailler exclusivement les diététiciens du service hospitalier.

➤ Manque de considération et perte d'indépendance

La qualité de la relation entre le réseau **Age et Santé**, l'hôpital et les professionnels libéraux n'a jamais été critiquée ; seules quelques modalités pratiques ont été parfois contestées (durée des réunions de coordination peu compatible avec l'exercice libéral, manque de communication entre réseau et médecin traitant au fil de la prise en charge).

Dans le cadre de **REDIVHOM**, le manque de considération des personnels hospitaliers envers les libéraux est mis en avant (absence de réponses, pas de droit à la parole, sous-estimation des compétences...)

Les médecins libéraux ressentent parfois une perte de leur liberté de prescription, les modifications de traitements décidées par les médecins hospitaliers n'étant soumises à aucune concertation ni toujours jugées pertinentes. Ils craignent, en plus, de devoir endosser la responsabilité de prescription de certains traitements, qu'ils n'ont pas eux-mêmes initiés (et qui ont été, surtout en matière de diabétologie, placés sous le feu des projecteurs dans l'actualité récente).

Tout ceci, de l'aveu même des professionnels libéraux, entraîne de leur part une certaine démotivation et une défiance vis-à-vis du réseau.

« On se démobilise un peu... » A1, l. 361 (R, infirmier)

➤ Consultations spécialisées

Les participants sont unanimes pour déplorer la difficulté d'obtenir des rendez-vous de spécialistes dans des délais raisonnables. L'ophtalmologie est toujours citée en exemple, mais de plus en plus de spécialités sont concernées.

La nécessité pour le médecin de décrocher lui-même son téléphone pour quémander un rendez-vous auprès du secrétariat de certains spécialistes est loin de satisfaire les médecins traitants. Certains refusent de « faire la secrétaire ».

« Si tu fais la secrétaire toute la journée, là d'accord (...) je suis désolé, mais j'ai décidé que je n'étais pas secrétaire » A2, l. 850 (médecin)

➤ Réunions de coordination

Les avis sont partagés sur les réunions de coordination organisées par le réseau Age et Santé entre les professionnels du réseau (infirmière coordinatrice, médecin gériatre, assistante sociale...) et les professionnels de terrain (médecin traitant, infirmier,...) voire également les aidants.

Si certains médecins traitants apprécient la possibilité de faire un point collégial sur la situation médicosociale de leurs patients pris en charge par le réseau, d'autres déplorent la

lourdeur de cette formule et leur difficulté à dégager le temps nécessaire dans leur exercice quotidien pour y participer. Le regroupement de plusieurs dossiers en une seule réunion a été proposé par un médecin.

➤ Exercice multi professionnel et délégations de tâches

Certains participants ont évoqué l'apport des réseaux dans l'ouverture à un exercice pluri-professionnel auquel ils n'étaient pas habitués et qui bouleverse leurs pratiques. La responsabilité de chacun des acteurs reste néanmoins engagée.

Les professionnels libéraux inscrivent à l'actif du réseau ICALOR la formalisation de certaines délégations de tâches. Ceci concerne en premier lieu les infirmiers dans le domaine du suivi du patient insuffisant cardiaque, de la tenue de son dossier, ainsi que dans une certaine forme d'éducation du patient.

➤ Formations des professionnels

L'accès de l'ensemble des professionnels adhérents aux réseaux à des formations thématiques a été cité à plusieurs reprises et a été plutôt vécu positivement.

Quelques voix se sont élevées pour mettre en garde contre la multiplication des réunions de formation, chaque réseau proposant les siennes, ou pour déplorer, surtout chez les infirmiers, les horaires de réunions en soirée dans des lieux parfois éloignés de leur zone d'exercice.

Plusieurs infirmiers ont vanté la qualité des réunions de formation organisées à leur intention par ICALOR sur Nancy.

Il a également été remarqué que tous les sujets ne se prêtent pas à l'organisation de soirées pluri-professionnelles, en particulier dans des domaines assez spécialisés.

➤ Indemnisations

Le paiement à l'acte, dans le cadre de la prise en charge de pathologies chroniques lourdes, a été remis en cause par certains médecins et infirmiers.

En ce qui concerne l'indemnisation des professionnels dans le cadre des réseaux, les avis sont partagés. La rémunération « administrative » des **médecins** pour remplir les fiches d'inclusion ou de suivi ne semble pas avoir constitué une motivation puissante. Les **infirmiers** ont paru plutôt satisfaits des indemnités d'ICALOR pour leurs visites de suivi et pour leur travail de saisie informatique des données médicales.

Les réunions de coordination du réseau Age et Santé ont été jugées correctement payées.

Un **pharmacien** souligne que sa participation aux réseaux est, à l'heure actuelle, bénévole... Aucune rémunération n'était prévue pour sa profession dans les trois réseaux.

Certaines réunions de formation auraient été indemnisées également, mais la plupart des participants n'en ont visiblement pas de souvenirs très précis.

ii. Sur la prise en charge des patients

➤ Le suivi médical

Plusieurs intervenants insistent sur la nécessité d'adapter le système de prise en charge aux intérêts du malade, d'où la réticence envers les réseaux thématiques ciblant une maladie et non le patient.

La divergence des avis sur l'efficacité des réseaux peut paraître étonnante au premier abord : rassurants pour les patients qui se sentent mieux suivis selon certains professionnels ou au contraire source d'anxiété par une médicalisation accrue selon d'autres.

Les délais d'intervention sont jugés rapides par certains, extrêmement longs par d'autres, probablement du fait des distances plus ou moins importantes, et du fait de périodes de surcharge d'activité des réseaux.

Le suivi dans le cadre du réseau est vécu comme très positif par certains professionnels, et qualifié de « point noir » par d'autres...

➤ L'éducation thérapeutique

La sensibilisation du patient à participer activement à la prise en charge de sa pathologie chronique semble recueillir les suffrages de l'ensemble des participants.

Que ce soit les réunions de patients dans leur village organisées par REDIVHOM, les visites à domicile d'une diététicienne chez Age et Santé, ou le temps d'éducation confié aux infirmiers par ICALOR, toutes ces expériences ont été jugées positivement.

Certains insistent tout de même sur les difficultés rencontrées auprès de certains types de patients peu compliants et peu accessibles à l'éducation, l'expliquant parfois par le fait qu'ils travaillent « à la campagne ».

La formation des professionnels est lancée, mais seule une minorité a pu jusqu'à présent en profiter. Toutes les professions revendiquent cependant un rôle dans l'éducation thérapeutique.

➤ Le maintien à domicile

L'apport du réseau **Age et Santé** est reconnu dans le maintien à domicile des personnes âgées, en collaboration avec les aidants, surtout en milieu rural. Les interventions de l'équipe mobile et les aménagements des domiciles ont été remarqués. Quelques participants regrettent cependant que le réseau ne les aide pas au moment de l'institutionnalisation des personnes âgées ne pouvant plus rester à domicile.

La prise en charge du réseau **ICALOR** est vécue comme ayant permis d'éviter un certain nombre d'hospitalisations.

➤ La prise en charge de nouvelles prestations

Si l'intervention d'une diététicienne à domicile a été signalée à plusieurs reprises, c'est surtout la prise en charge podologique au sein des réseaux REDIVHOM et Age et Santé qui a retenu l'attention des participants. Cet accès à la surveillance des pieds a été jugé comme très important, surtout dans le cadre du suivi diabétique.

Les réseaux thématiques existants

Aspects positifs

Rôle d'expertise du réseau
Formations multi-professionnelles au sein des réseaux
Aide à la prise en charge médico-sociale du patient
Prise en charge financière de prestations non remboursées par la Sécurité
Sociale
Travail pluri-professionnel et délégation de tâches
Indemnisation des professionnels de santé
Éducation thérapeutique du patient
Aide au maintien à domicile

Aspects négatifs

Manque de connaissance des réseaux
Problème d'identification des patients / acteurs des réseaux
Lourdeur administrative
Difficultés de communication ville-hôpital
Manque de coordination ville-hôpital
Discrimination géographique
Hospitalo-centrisme de certains réseaux
Gestion financière des réseaux peu transparente

2. Espoirs et craintes des professionnels de santé pour le futur réseau de santé populationnel

a. Généralités

i. Le sentiment général des professionnels vis-à-vis de la réorganisation des réseaux

De prime abord, quand on leur demande leur avis, les professionnels sont partagés. Certains sont plutôt optimistes.

« J'suis un peu anti-réseau, surtout si c'est des réseaux multiples comme ça. Par contre si c'est un réseau qui regroupe plusieurs pathologies (...) au service d'une population, je pense que ça sera plus intéressant » C6, l. 38 (pharmacien)

D'autres craignent de perdre les quelques avantages qu'ils avaient tirés des réseaux thématiques. Ils ont du mal à imaginer ce que pourrait être un réseau unique, tant sur le plan organisationnel que sur le plan fonctionnel.

« Donc ça serait dommage que ça disparaisse et que ça se fonde dans un réseau global et qu'on perde un peu ce qu'il nous apporte à nous et surtout au patient... » D5, l. 611 (médecin)

Un participant résume le sentiment général :

« Alors la fusion des différents réseaux entre eux est peut-être effectivement un objectif logique mais je me demande un peu sur le plan pratique comment ça va se passer » C3, l. 582 (médecin)

ii. La place du réseau unique dans le système de santé

Le développement de maisons et pôles de santé est important ces dernières années en Meuse. Les participants ont parfois eu du mal à situer le futur réseau populationnel par rapport à ces différentes structures.

« On a un peu de mal à concevoir ce que va apporter le réseau, et comment va-t-il se superposer à des structures existantes comme les pôles de santé » C3, l. 994 (médecin)

Les professionnels craignent également la gestion du futur réseau qu'ils imaginaient « autoritaire » par les ARS. Certains soupçonnaient une volonté politique de « verrouiller » le paysage médical et paramédical.

Certains ont souhaité que le futur réseau populationnel joue son rôle d'interface entre la ville et l'hôpital, améliorant la coordination, la collaboration et la communication, en évitant l'affrontement.

iii. Comparaisons avec des réseaux d'autres départements ou régions

Plusieurs professionnels ont proposé de s'inspirer de réseaux existants pour construire le futur réseau populationnel.

Un des participants, venant de Lille, partageait avec les autres professionnels son expérience d'un réseau prenant en charge des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer, qui était très « hospitalier » et dont un principal objectif selon elle était de réaliser des protocoles et statistiques.

Un médecin exerçant à Commercy expliquait le mode de fonctionnement d'un réseau de prise en charge d'adolescents fonctionnant dans le nord-meusien auquel il adhérait, qui a été construit à partir des besoins des gens de terrain.

Un participant évoquait également l'Hospitalisation À Domicile (HAD) qu'il associait à un réseau dans son mode de fonctionnement. Nous pouvons remarquer que les réseaux de soins palliatifs n'ont pas été abordés lors des Focus Groups ou des entretiens individuels, sans doute du fait de l'existence d'une équipe d'HAD (58) du centre hospitalier de Bar-le-Duc qui prend en charge les patients en fin de vie.

Cependant, à aucun moment n'ont été évoqués les réseaux d'addictologie. Actuellement il existe un lieu de consultation dédié aux problèmes d'addictologie au centre-ville de Bar-le-Duc, tenu en partie par des médecins hospitaliers, mais il n'existe pas de réseau formalisé. Les besoins ne sont-ils pas identifiés ? Ce lieu de consultation est-il suffisant ? Faut-il y voir un défaut de prise en charge de ces problématiques ?

Nous pouvons noter également que, dans le cadre d'une maison de santé pluridisciplinaire, à Revigny-sur-Ornain, une consultation infirmière dédiée aux problématiques d'addictologie se met actuellement en place.

iv. Connaissance des réseaux par les professionnels de santé

Étant donnés les problèmes d'identification des professionnels et des patients adhérents aux réseaux thématiques, certains participants réfléchissaient à une solution : un tampon « adhérent réseau » sur l'ordonnance ? Une affiche sur la porte d'entrée de la pharmacie ou du cabinet ?

v. Le côté financier des réseaux

Les participants se sont largement interrogés sur les éventuelles raisons économiques d'un regroupement des réseaux thématiques.

Selon une enquête sur le rapprochement et le financement des réseaux de Franche Comté réalisée par la Fédération des Réseaux de Santé de Franche Comté début 2008 (59), le rapprochement de réseaux permet peu d'économies tant sur le plan personnel, matériel ou sur le loyer des structures.

Les professionnels essayaient de calculer le budget du futur réseau en additionnant les enveloppes des réseaux Age et Santé, REDIVHOM et ICALOR...

« *Quand on mettra en commun le budget d'ICALOR, le budget de REDIVHOM...* » B2, l. 963 (médecin)

« *Oh là, ça fait du lourd* » B7, l. 965 (médecin)

Une inquiétude sur la pérennité des financements du futur réseau était exprimée lors des Focus Groups.

vi. L'évaluation des réseaux

L'évaluation du réseau a été évoquée dans un groupe, elle était décrite comme nécessaire mais potentiellement créatrice de travail administratif que les professionnels souhaitent éviter au maximum. Il conviendrait d'utiliser des critères d'évaluation interne simples, pertinents pour la pratique ambulatoire, choisis conjointement entre les professionnels de santé libéraux, hospitaliers et l'ARS.

b. Les attentes des professionnels de santé libéraux sur l'organisation du réseau populationnel et son fonctionnement

i. Les formalités administratives

Les professionnels de santé ont exprimé de façon unanime leur souhait de réduire les formalités administratives au strict minimum. Certains médecins, principaux déclencheurs de la prise en charge des patients au sein des réseaux, imaginaient même que les formalités d'adhésion des patients pourraient être remplies en grande partie par du personnel administratif, quitte à signer un papier pour formaliser leur accord par la suite.

ii. L'importance du leader

Le leader « idéal » selon les professionnels interrogés serait une personne issue du monde libéral ou qui aurait tout au moins une expérience de l'exercice libéral. Un participant proposait « *quelqu'un qui ait des yeux un petit peu différents* » (A2, l. 669, médecin), et non pas obligatoirement un médecin comme c'était le cas jusqu'à présent dans les différents réseaux thématiques. Certains participants doutaient cependant de la capacité des libéraux à s'organiser en réseau.

Il était également rappelé à de nombreuses reprises que la gestion d'un tel réseau est chronophage et qu'il s'agit souvent de bénévolat. Dans l'enquête de la Fédération des Réseaux de Santé de Franche Comté, il était retrouvé que la moyenne d'heures de bénévolat pour un coordonnateur de réseau était estimée à 225 heures par an (59).

iii. La place des professionnels libéraux au sein du futur réseau

Certains participants ont souhaité une participation active des professionnels libéraux dans l'organisation du futur réseau pour promouvoir une « culture réseau ».

Les avis divergeaient quant à la place qui serait laissée aux libéraux dans le réseau populationnel et quelques participants proposaient de solliciter avant tout les professionnels de terrain plutôt que de créer de nouveaux intervenants.

« Ce qui me plaît beaucoup dans l'idée de faire un réseau comme ça, un réseau territorial, c'est de réhabiliter le couple, mais même pas le couple, le trio ou tous ceux qui peuvent intervenir et qui sont déjà là » B8, l. 994 (médecin)

C'est exactement ce que souligne le président de l'Union Nationale des Réseaux de Santé (UNRSanté), Michel Varroud-Vial : « Il est essentiel de construire à partir de l'existant et surtout de ne pas partir de zéro en ignorant l'expertise et l'expérience des équipes qui interviennent aujourd'hui. » (60).

Les **pharmaciens** sont demandeurs d'une place plus importante au sein des réseaux. Ils pourraient participer à l'éducation thérapeutique du patient, à la tenue du dossier médical du patient, à la création de protocoles... L'idée de création de « protocoles pansements » en relation avec les infirmiers et les médecins a été évoquée lors d'une réunion.

Plusieurs professionnels ont souhaité avoir un accès à des **psychologues** par l'intermédiaire du futur réseau, estimant qu'il s'agissait d'une problématique qu'un réseau pourrait améliorer. En effet, ils souhaitent que le réseau puisse prendre en charge financièrement des consultations de psychologues en proximité, en particulier dans les domaines de l'addictologie ou des soins palliatifs.

Les **assistantes sociales** sont également plébiscitées par les professionnels de santé. Ces derniers ne s'estiment pas toujours informés des aides dont un patient peut bénéficier et avouent ne pas avoir suffisamment de temps à consacrer à ces formalités.

Des **diététiciens** sont aussi réclamés au sein du futur réseau. Les professionnels apprécieraient qu'ils puissent recevoir les patients mais également réaliser des visites à domicile pour être au plus près des réalités de consommation du patient (possibilité d'explorer les placards et réfrigérateurs). Ce mode de fonctionnement est aussi demandé par la diététicienne interrogée, qui par le biais du réseau Age et Santé a découvert les visites à domicile et trouve ce mode de fonctionnement profitable au patient. Les médecins traitants souhaitent un accès direct à ces prestations.

Dans l'enquête franc-comtoise déjà évoquée (59), les travailleurs sociaux, les psychologues et les diététiciens faisaient partie des quatre premiers professionnels cités, avec les webmasters, comme faisant défaut au sein des réseaux.

iv. La communication au sein du futur réseau

Au cours de chaque entretien, de groupe ou individuel, ont été pointées les difficultés de communication.

Un participant résumait la problématique : « *Ce qui fera le succès d'un réseau, ce sera le moyen de communiquer* » B8, l. 1001 (médecin)

Il paraissait évident aux participants d'utiliser un dossier unique, partagé. Beaucoup plébiscitaient un dossier informatique, sécurisé, accessible à l'ensemble des professionnels, un moyen de communication rapide et simple. Quelques-uns proposaient d'utiliser la base informatique DIATELIC du dossier ICALOR, à adapter au futur réseau populationnel généraliste. Quelques participants relevaient les difficultés d'ordre pratique engendrées par un système informatique : la confidentialité des données et l'informatisation des professionnels de santé.

Une autre proposition a été émise pour améliorer la communication entre professionnels de santé et avec l'hôpital : une clé USB remise au patient, contenant les principaux éléments de son dossier médical, qu'il pourrait accrocher à son porte-clés.

L'avènement du Dossier Médical Personnel (DMP), annoncé depuis 2004, constituera-t-il une solution satisfaisante ?

v. Les particularités géographiques

Les participants exerçant dans les zones frontières du territoire sud-meusien insistent sur l'importance de « l'équité sur les kilométrages » car ils ont été marqués par les différences de prise en charge des patients selon qu'ils habitent plus ou moins loin de Bar-le-Duc.

Le réseau devra assurer un maillage complet du territoire afin de ne laisser personne au bord du chemin, en particulier pour la prise en charge des personnes âgées et handicapées.

c. Les pistes d'amélioration pour le futur réseau

i. Pour aider les professionnels de santé dans leur exercice

Les professionnels de santé interrogés, et notamment les médecins généralistes apprécient **l'expertise des réseaux** dans des situations médico-sociales complexes. Cependant ils regrettent de ne pouvoir utiliser cette expertise du réseau de façon ponctuelle. En effet jusque-là, les patients étaient souvent re-convoqués, par l'intermédiaire du réseau, en consultations hospitalières.

Les professionnels imaginent que le réseau populationnel pourrait constituer « un vivier de bonnes pratiques », en collaboration avec les réseaux de santé régionaux, afin de mettre en place des protocoles uniformisés pour différentes prises en charge. Un pharmacien propose par exemple des ordonnances pré-établies pour différents types de pansements : pansement sec, pansement gras, soins post-opératoires, retrait d'agrafes...

L'expertise des pharmaciens pourrait être sollicitée pour s'attaquer au coût humain et financier de la iatrogénie (61).

Les professionnels demandent à ce que leurs **compétences** soient reconnues et valorisées au sein du futur réseau.

Le **travail en multi professionnalité** n’effraie pas les professionnels libéraux. Au contraire ils le réclament. Selon le Dr Jean Bernard Rottier (62), « compte tenu de l’urgence qu’il y a à faire évoluer l’organisation de toute la médecine, il serait souhaitable que les autorités s’appuient explicitement sur le corps médical comme promoteur de changement : il faut éviter l’affrontement inter-professionnel, éviter les prises de position et prendre comme levier de changement le sous-groupe de médecins qui souhaitent déléguer pour travailler dans de meilleures conditions ». Les professionnels participant aux réseaux seraient alors de « bons » promoteurs de changement.

Avec le développement des collaborations et coopérations interprofessionnelles au sein des maisons de santé ou pôles de santé, certains participants évoquent une « culture réseau » naissante.

« J’ai l’impression que l’état d’esprit est en train de changer aussi » C2, l. 367 (pharmacien)

Les professionnels libéraux estiment que la **formation** est indispensable et certains aimeraient qu’elle soit obligatoire. Les associations de Formation Médicale Continue (FMC) fonctionnent moins bien ces dernières années selon un médecin participant. Il espère que le réseau populationnel pourrait « prendre le relai » pour dynamiser la FMC.

La demande de formation pluri-professionnelle est également très forte, ceci permettrait alors d’harmoniser les discours de chacun.

« Même pour des choses basiques... je pense que c’est important que tout le monde chante la même chanson » A7, l. 129 (médecin)

L’**indemnisation** des professionnels au sein du futur réseau était évoquée. Un des infirmiers interrogés rêve de forfaitisation de certains actes, comme le fait actuellement le réseau ICALOR. Il estime qu’en étant payé au forfait, le professionnel peut consacrer plus de temps à la prise en charge de son patient.

Interrogés sur l’intérêt d’un **annuaire des ressources médico-sociales** du réseau de santé, les professionnels sont dans l’ensemble plutôt favorables.

Le futur réseau est imaginé par plusieurs participants comme « un aiguilleur », « une **plateforme** administrative » que les professionnels de santé libéraux et hospitaliers pourraient solliciter à tout moment. Ils rêvent d’un accès facile au réseau, notamment par la mise en place d’un numéro d’accès unique. Ils demandent un interlocuteur qui puisse « traiter leurs demandes » rapidement. Cet interlocuteur serait alors formé à « piocher » une réponse à la problématique présentée.

« Tu décroches, voilà, j’ai un problème avec telle personne, et cette personne, dans un réseau, va m’aider, ou elle-même est formée à aller piocher à un endroit une réponse à ma problématique ponctuelle » B5, l. 529 (médecin)

Dans le cadre du réseau populationnel pourraient être développées de nouvelles professions de santé, comme le proposait le rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire du député de Meurthe et Moselle Laurent Hénart (63). En effet, la question des nouveaux métiers en santé est en réflexion depuis plusieurs années, les besoins de métiers en santé de niveau intermédiaire sont à présent évidents.

ii. Pour améliorer la prise en charge des patients

Les professionnels souhaitent unanimement « **recentrer le jeu sur le patient** ». Le regroupement des réseaux thématiques en un seul réseau « généraliste » leur convient mieux et leur semble plus logique pour prendre en charge des patients souvent polypathologiques.

L'**identification des patients** appartenant au réseau est également un élément à améliorer : un participant propose de notifier l'appartenance au réseau du patient sous la forme d'un tampon sur l'ordonnance...

L'**Éducation Thérapeutique du Patient** (ETP) est plébiscitée par les professionnels de santé libéraux, conscients de son importance dans la prise en charge du patient. Comme le définit A. Grimaldi, l'ETP constitue « à la fois une acquisition de compétences thérapeutiques et une aide au changement de comportement de soins pour atteindre des objectifs personnalisés. » (64)

Les participants souhaitent avoir plus de temps disponible pour réaliser l'éducation de leurs patients. D'autre part, peu de professionnels de santé libéraux du sud meusien semblent formés à l'ETP, ce que regrette la diététicienne interrogée, qui souhaite développer cette activité. Le réseau populationnel pourrait sensibiliser les professionnels de santé à l'ETP et décliner localement des formations à l'éducation thérapeutique élaborées par les réseaux régionaux et validées par l'ARS.

Actuellement, les champs d'action de l'ETP dans le sud meusien semblent réduits à la prise en charge de patients diabétiques (par le réseau REDIVHOM), à la prévention de la dénutrition chez les personnes âgées (par le réseau Age et Santé) et à la prise en charge des insuffisants cardiaques (par l'intermédiaire de l'infirmière d'éducation thérapeutique du réseau ICALOR). Certains participants souhaitent que ces démarches soient étendues à d'autres pathologies comme l'insuffisance rénale, l'asthme, l'obésité...

L'éducation thérapeutique est aussi envisagée sous différentes formes : des réunions de groupe rassemblant plusieurs patients sur un thème donné, des visites à domicile de la diététicienne notamment.

Différents intervenants estiment avoir une place à prendre dans l'éducation du patient : médecins, infirmiers, pharmaciens, diététiciens, pédicures...

Les participants mettent également l'accent sur les **entrées et sorties d'hospitalisation** de leurs patients, estimant que des efforts doivent être réalisés à ce niveau pour une meilleure coordination. Ils espèrent alors qu'à l'occasion de la création du futur réseau de santé populationnel pourrait être remise en place une « **infirmière de liaison** », ayant existé auparavant dans le cadre du réseau Age et Santé mais dont le poste aurait été supprimé pour des raisons budgétaires. Cette « infirmière de liaison » est imaginée comme une interface entre la ville et l'hôpital, permettant une communication et une coordination entre les professionnels.

Depuis la loi HPST, les organisations de professionnels de santé qui souhaitaient réfléchir sur le sujet et aider les acteurs de terrain voulant mettre en place des formes de coopération se sont réunies. Pour Gilles Bonnefond, président de l'Union des Syndicats des Pharmaciens

d'Officine (USPO), des coopérations seraient à instaurer pour les sorties d'hôpital, dans les maisons de retraite ou pour les patients chroniques complexes (65). Il envisageait également de développer un travail conjoint entre les médecins, les pharmaciens et les infirmiers pour les traitements anticoagulants ou l'adaptation de l'insuline.

Pour certains, la réorganisation des réseaux de santé est aussi l'occasion de revoir la **prise en charge de certaines prestations**, surtout les interventions des diététiciennes, des pédicures-podologues et des psychologues, paramédicaux dont les actes ne sont pas remboursés par la Sécurité Sociale et dont le coût freine souvent l'assiduité des patients. Le réseau serait alors une façon « d'offrir » ces soins aux patients, au sein des pôles et maisons de santé par exemple. Il est également envisageable que le réseau participe à l'organisation de consultations spécialisées avancées.

L'importance de **se déplacer au domicile des patients** est également relevée par les participants. Ceci rejoint la volonté des professionnels de prendre en charge le patient dans sa globalité : le patient est considéré comme un individu à part entière, dans son cadre de vie.

d. Les espoirs des professionnels

Les professionnels de santé semblent optimistes et prêts à participer à cette réorganisation des réseaux de santé, malgré les remarques critiques qu'ils n'ont pas hésité à formuler sur leur expérience passée.

Le réseau populationnel « idéal » proposerait...

Formalités administratives réduites

Moyen de communication simple et rapide

Équité ville-hôpital

Utiliser l'existant, reconnaissance et valorisation des compétences

Possibilité d'expertise ponctuelle

Prise en charge de prestations de paramédicaux : psychologue, diététicienne...

Implication d'acteurs sociaux

Formations pluri professionnelles

Annuaire des ressources médico-sociales

Une plateforme administrative avec un numéro d'accès unique

Éducation thérapeutique du patient

Infirmier de coordination pour gérer les entrées et sorties d'hospitalisation

VI. Synthèse et prospective pour le nouveau réseau de santé populationnel du sud meusien

A. Organisation et fonctionnement du réseau populationnel

- Interface hôpital-ville, en intégrant le développement des Pôles de Santé Ambulatoires Pluridisciplinaires (PSAP) et Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP)
- Lien avec les structures médico-sociales (Maison Départementale des Personnes Handicapées, Centre Local d'Information et de Coordination, Protection Maternelle et Infantile...)
- Couverture de l'ensemble du territoire par le réseau en s'appuyant sur l'existant (triade médecin-pharmacien-infirmier et infirmiers coordinateurs de SSIAD)
- Leader ouvert au secteur libéral, reconnu et indemnisé
- Financement pérenne
- Embauche stable de personnel dédié au réseau :
 - Coordinateur de réseau
 - Secrétariat
 - Infirmiers de liaison, au nombre de 2 ou 3 pour couvrir l'ensemble du territoire avec pour missions :
 - l'organisation des entrées-sorties d'hospitalisation ou d'hospitalisations de jour
 - les relations avec les infirmiers des SSIAD pour le maintien à domicile
 - la mise en place d'actions d'ETP...
 - Assistante Sociale dédiée au réseau
 - Mise à disposition de personnels hospitaliers ou libéraux (diététiciens, psychologues, ergothérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes...) dont les prestations seraient prises en charge par le réseau
- Adhésion des professionnels de santé facile et rapide
- Identification aisée des patients inclus dans le réseau
- Investissement des professionnels de santé libéraux ou hospitaliers au sein du réseau
- Plateforme d'accès avec numéro unique au service de l'ensemble des adhérents : professionnels de santé, patients, aidants, familles...
- Annuaire médico-social mis à jour régulièrement
- Dossier médical informatique simple, sur le modèle DIATELIC d'ICALOR, conçu par les professionnels hospitaliers et libéraux
- Clé USB ? détenue par les patients mais posant le problème de la confidentialité
- Communication interprofessionnelle par courriel de type Apicrypt
- Evaluation au moyen d'outils pertinents choisis conjointement par le réseau et l'ARS

B. Perspectives d'actions du réseau populationnel

Nous avons proposé quelques orientations pratiques pour le futur réseau en tenant compte des résultats de notre étude ainsi que des quatre axes définis pour les réseaux populationnels ou territoriaux dans le cadre du Plan Régional de Santé (établi par l'ARS Lorraine au premier trimestre 2011 en concertation avec les représentants des réseaux).

1. Maintien de la personne âgée ou handicapée à domicile

a. Prise en charge du patient

- Infirmier de liaison ville-hôpital pour l'organisation des entrées et sorties d'hospitalisation, prise de certains rendez-vous spécialisés (hôpital de jour, consultation de gériatrie...)
- Réunions de coordination avec les professionnels de santé à l'initiative de l'infirmière coordinatrice du SSIAD
- Poursuite des interventions à domicile de paramédicaux : diététiciens, pédicures-podologues, ergothérapeutes...
- Coordination avec l'assistante sociale pour les démarches administratives (demandes d'Allocation Personnalisée d'Autonomie, Allocation Adulte Handicapé...) et pour les formalités d'institutionnalisation ou de protection de la personne
- Lien avec le service d'HAD

b. Education Thérapeutique du Patient

- Prévention des chutes, nutrition de la personne âgée, ateliers mémoire...
- Accompagnement des aidants (exemple de l'Alzheiméuse café)

c. Formation des professionnels de santé

- Évaluation gériatrique, iatrogénie, dépression, nutrition du sujet âgé...

2. Maladies chroniques (diabète, maladies cardio-vasculaires, insuffisance rénale, BPCO...)

a. Prise en charge globale du patient

- Infirmier de liaison ville-hôpital pour l'organisation des entrées et sorties d'hospitalisation, prise de rendez-vous (hôpital de jour, consultation spécialisées...)
- Organisation du parcours de soins entre la ville et l'hôpital en incluant des visites à domicile d'infirmiers dans des situations complexes (insuffisance cardiaque, diabète non équilibré, dialyse, prise en charge de plaies (66)...) avec une forfaitisation

- Mise à disposition, au sein des pôles et maisons de santé, de consultations de proximité (diététique, pédicurie, psychologie)... avec prise en charge par des prestations dérogatoires
- Lien avec le service d'HAD

b. Education Thérapeutique du Patient

- Programmes élaborés au niveau des réseaux régionaux, en collaboration avec l'université, les hôpitaux généraux et la médecine de premier recours, adaptés à la ville, déclinés par les professionnels de santé locaux (EDULOR, ICALOR...) dans les MSP et PSAP.

c. Formation des professionnels de santé

- Programmes de formation pluri professionnelle pour les sujets qui s'y prêtent
- Appropriation des référentiels élaborés par les réseaux régionaux : ANTIBIOLOR, EDULOR, NEPHROLOR, ICALOR, LORSEP...

3. Addictologie

a. Prise en charge du patient

- Consultations de proximité par infirmier ou médecin addictologue, psychologue, éducateur...
- Organisation d'hospitalisations de sevrage
- Assistante sociale aidant aux démarches administratives (couverture sociale) et à la réinsertion sociale
- Prise en charge financière de traitements substitutifs, patchs nicotiques par exemple, en s'inspirant du modèle du réseau Lorraine Stop Tabac du Pr Raphaël en Moselle
- Consultations addictologie et grossesse

b. Education Thérapeutique du Patient et prévention

- Programmes de prévention et d'aide au sevrage en collaboration avec le réseau LORALCO du Pr Paille, et éventuellement s'inspirant de la thèse du Dr Parisot sur le sevrage des hypnotiques (67)
- Actions de prévention vers le milieu scolaire

c. Formation des professionnels de santé

- Programmes de formations sur la prise en charge des addictions et sur les techniques cognitivo-comportementales
- Appropriation des référentiels élaborés par le réseau LORALCO

4. Soins palliatifs

a. Prise en charge du patient

- Accès à des consultations de soins palliatifs
- Expertise sur les traitements antidouleur pour les cas complexes
- Consultations de proximité par des psychologues, sophrologues...

b. Education Thérapeutique du Patient

- Douleur
- Relation avec ONCOLOR, LORSEP...

c. Formation des professionnels de santé

- Référentiels : ONCOLOR, LORSEP...
- Nouvelles techniques cognitivo-comportementales...

VII. CONCLUSION

Les professionnels de santé libéraux du sud-meusien nous ont fait part, au cours de quatre Focus Groups et deux entretiens semi-dirigés, de leur expérience au sein des réseaux thématiques (cardiologie, diabétologie et gériatrie principalement).

Ils ont reconnu une amélioration de la prise en charge globale du patient, surtout dans le domaine médico-social et le maintien à domicile. Ils ont aussi plébiscité la prise en charge de prestations paramédicales (soins de pédicurie, consultations diététiques). L'incitation du patient à devenir acteur de sa santé au travers de l'éducation thérapeutique a été également soulignée.

Les professionnels libéraux ont apprécié une certaine formalisation de l'exercice multi-professionnel avec les expériences de délégations de tâches, ainsi que les formations communes proposées par les réseaux.

Quelques aspects négatifs ont néanmoins été soulevés, concernant principalement la lourdeur des formalités administratives et l'hospitalo-centrisme de certains réseaux. Les participants ont également pointé certaines difficultés de communication entre professionnels, d'identification des adhérents aux réseaux, patients comme professionnels, et parfois une discrimination géographique.

Ils ont ensuite exprimé leurs craintes et leurs attentes vis-à-vis du réseau populationnel en gestation.

Hormis le risque évoqué d'une gestion « autoritaire » du réseau par l'ARS, et sous réserve de la pérennisation des points positifs et de la correction des points négatifs listés précédemment, les professionnels se sont montrés intéressés et confiants en l'avenir du futur réseau populationnel.

Dans l'esprit des participants, ce réseau pourrait jouer un rôle d'interface, par l'intermédiaire d'infirmiers de liaison, entre la ville et l'hôpital, respectant une certaine équité entre les deux parties.

Ils ont imaginé une plateforme administrative centrale avec un numéro d'accès unique, des formalités d'adhésion simples. Ils ont également mis l'accent sur la nécessité d'utiliser un moyen de communication rapide et efficace, sous la forme par exemple d'un dossier informatisé partagé, éventuellement détenu par le patient sur clé USB.

La synthèse des idées principales nous a permis d'esquisser les contours d'un réseau jugé efficient pour la collectivité et utile à la pratique quotidienne des professionnels libéraux.

Cette étude nous a conduit à découvrir les méthodes de recherche qualitative (notamment les Focus Groups) et la richesse des données qu'elles produisent. L'expérience des professionnels de santé libéraux a été très instructive pour notre pratique personnelle.

Ce travail pourrait être complété par l'étude du ressenti des patients ou de leurs aidants ayant bénéficié de l'intervention du réseau et des professionnels de santé hospitaliers.

BIBLIOGRAPHIE

1. VETILLARD Anne-Cécile
Les réseaux de soins et la médecine générale. Entretiens auprès de vingt médecins généralistes du Maine et Loire, 122p
Th : Méd :Angers : 2005
2. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
Principes d'évaluation des réseaux de santé
Paris : A.N.A.E.S., 1999, 139p.
3. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades (J.O. 5 mars 2002).
4. HONNORAT C.
Filières et réseaux (cours universitaire)
Paris, France, 2002. -4p.
5. CLAVERANNE JP., MORNEX R.
Réseaux et filières de soins et hôpital : essai de définition. 70^e congrès Union Hospitalière du Sud-Est (UHSE)
Numéro spécial de Revue Hospitalière de France, mai/juin 1998
6. SCHEWEYER FX., LEVASSEUR G., PAWLIKOWSKA T.
Créer et piloter un réseau de santé : un outil de travail pour les équipes.- 2^{ème} Édition
Rennes : École Nationale de Santé Publique, 2002, 112p.
7. Ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la Sécurité Sociale (J.O. du 6 octobre 1945).
8. Circulaire n° 443 du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents (J.O. du 21 avril 1972).
9. Circulaire n°81-8 du 1^{er} octobre 1981 relative aux soins à domicile pour les personnes âgées.
10. DOMIN JP.
Les réseaux de santé : une nouvelle approche de la médecine entre proximité et communauté
Communication au "4th Congress on Proximity Economics: Proximity, Networks and Co-ordination", Marseille, 17-18 juin 2004. -23. 2004

11. Circulaire DGS/DH n°612 du 4 juin 1991, relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH.
12. Circulaire CNAMTS n°36/93 du 6 avril 1993, relative aux réseaux gérontologiques.
13. Circulaire DH/EO n° 21, du 3 juin 1993, relative à l'adaptation de l'offre des soins hospitaliers en cohérence avec une politique équilibrée d'aménagement du territoire.
14. Circulaire DGS/DH n°93-72 du 9 novembre 1993, relative à la mise en place des réseaux toxicomanie.
15. Circulaire DGS/DH n°94-15 du 7 mars 1994, relative à la mise en place des réseaux toxicomanie.
16. Circulaire DGS/DH n°95-44 du 9 mai 1995, relative à l'organisation des soins pour les patients atteints d'hépatite C.
17. Circulaire DGS n°96-707 du 19 novembre 1996, relative à la promotion du travail en réseau pour l'organisation de la prise en charge précoce des problèmes liés à l'alcool.
18. Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996, relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (J.O. du 25 avril 1996).
19. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, portant sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée (J.O. du 25 avril 1996).
20. BARRÉ S., EVIN C., FOURÉ PY. et al.
Traité pratique des réseaux de santé
Paris : Berger- Levrault, 2005, 455p.- Collection les Indispensables
21. Décret n° 96-789 du 11 septembre 1996, pris pour l'application de l'article L.162-31-1 du code de la sécurité sociale relatif aux filières et réseaux de soins expérimentaux et modifiant le même code (J.O. du 12 septembre 1996)
22. Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998, relative au financement de la Sécurité Sociale (J.O. du 24 décembre 1998).
23. Décret n°99-940 du 12 novembre 1999, relatif au fonds d'aide à la qualité des soins de ville (J.O. du 14 novembre 1999).
24. Circulaire DGS/DAS/DH/DSS/DIRMI N° 99-648 du 25 novembre 1999, relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux (Texte non paru au J.O.).

25. Circulaire DGS/SP2 n°2000-324 du 13 juin 2000, relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire (Texte non paru au J.O.).
26. Loi n°2001-1246 du 21 décembre 2001 relative au financement de la Sécurité Sociale pour 2002 (J.O. du 26 décembre 2001).
27. Arrêté du 30 avril 2002 pris en application de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale fixant pour l'année 2002 l'objectif des dépenses d'assurance maladie et le montant total des dépenses hospitalières encadrées pour les établissements sanitaires de la France métropolitaine financés par dotation globale (J.O. du 5 mai 2002).
28. Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et portant application des articles L.162-43 à L.162-46 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code (J.O. du 27 octobre 2002).
29. Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L.6321-1 du code de la santé publique (J.O. du 18 décembre 2002).
30. Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002, relative au financement de la Sécurité Sociale (J.O. du 24 décembre 2002).
31. Ordonnance 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation (J.O. du 6 septembre 2003).
32. Circulaire n°101/DHOS/0/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) de troisième génération (Texte non paru au J.O.).
33. Circulaire DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM
34. Décret n° 2007-973 du 15 mai 2007 relatif au Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (J.O. du 16 mai 2007).
35. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (J.O. du 22 juillet 2009).

36. Décret n°2010-1027 du 30 août 2010 relatif au fonctionnement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins et au financement des réseaux (J.O. du 2 septembre 2010).
37. Loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 (J.O. du 22 décembre 2011).
38. Article L.6321-1 du Code de la Santé Publique.
39. Le Centre de Recherche d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé (C.R.E.D.E.S.) et le groupe IMAGE de l'École Nationale de la Santé Publique (ENSP) L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations Paris : juin 2001, 70p.
40. LEMBRIL P., BOURGUEIL Y., DEVELAY A., MINO JC., NAIDITCH M.
Repères pour l'évaluation des réseaux de soins
Santé Publique 2000 ; 12 : p 161-176
41. CORVAISIER BARBOT C.
Implication des médecins généralistes dans les réseaux de santé. -111p.
Thèse de Médecine : Créteil : Université Paris-Val-de-Marne, 2009, 111p.
<http://doxa.scd.univ-paris12.fr:80/theses/th0511106.pdf> (Consulté le 11/08/2011)
42. BOURGUEIL Y., Groupe IMAGE (Information Médicale pour l'Aide à la Gestion des Établissements)
Les réseaux de soins : quelques repères
Pratiques coopératives dans le système de santé : les réseaux en question
Actes du séminaire des 6 et 7 décembre 1996, École Nationale de Santé Publique, Hôpital National de Saint-Maurice
Rennes : ENSP, 1998, p 7-15
43. LIEVRE A., MOUTEL G., HERVÉ C.
Définitions des réseaux de soins et de leurs finalités : éléments de réflexion
Études et synthèses, 2001
<http://www.ethique.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/937238520af658aec125704b002bded2/12254b85a2f35e8bc12570a5005152fa?OpenDocument> (Consulté le 15/08/2011)
44. AUBIN AUGER I.
Introduction à la recherche qualitative
Exercer, 2008, n° 84, p 142-145
45. Site Internet du Collège des Généralistes Enseignants de Lille
http://www.lille.cnge.fr/article.php3?id_article=88#d%C3%A9finition (Consulté le 22/08/2011)

46. Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) Formation
Éléments documentaires, Direction de Thèse

47. FENNETEAU H.
Enquêtes : entretien et questionnaire.- 2^e Édition
Paris : Dunod, 2007, 128p.- Collection Les topos. Éco-gestion

48. MOREAU A., DEDIANNE MC., LETRILLART L., LE GOAZIOU MF., LABARERE
J., TERRA JL. S'approprier la méthode du focus group
La Revue du Praticien. Médecine Générale, 2004; 18: p 382-384

49. MARKOWA I.
Les focus groups
Les méthodes des sciences humaines, MOSCOVICI S., BUSCHINI F.
PUF Fondamental, 2003

50. DAVISTER C. et al.
Les groupes focalisés. Fiches méthodologiques
Liège : APES-ULG, 2004, 4p.
<http://www.apes.be/documentstelechargeables/Pdf/fich%2012728.pdf>

51. BRUNET S., FUCHS I.
Les groupes focalisés. Focus Groups
Les méthodes participatives

52. DRAPEAU M.
Pratiques psychologiques, 2004, volume 10, p 79-86

53. MUCCHIELI A.
Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales
Colin, Paris (1996), 275 p.

54. GUBA E.
Criteria for assessing the truth worthiness of naturalistic inquiries
Education, Communication and Technology, 29 (1981), p 75-91

55. LESSARD-HEBERT M., GOYETTE G., BOUTIN G.
Recherche qualitative : fondements et pratiques
Montréal : Éditions Agence D'Arc, 1990, 124 p

56. TURGEON J.
La recherche qualitative. Synthèse réalisée d'après les ateliers animés par Jean Turgeon
Université Laval, Québec, Mathieu ALBERT Université Toronto, 2004

57. MILES MB., HUBERMAN AM.
Analyse des données qualitatives
2^{ème} édition Bruxelles: De Boeck & Larcier ; 2003
58. CUNY Florence
Vécu et ressenti des médecins généralistes lors de la prise en charge d'un patient en hospitalisation à domicile. Etude qualitative par entretiens de groupe réalisée auprès des médecins du Sud meusien, 164 p
Th : Méd. : Nancy 1 : 2010
59. BONNET P., CHAVOT D., PITARD A., AUBRY R.
Enquête sur le rapprochement et le financement des réseaux de santé en Franche Comté, 2008
http://www.federation-reseaux-sante-fc.com/pj/departement_enquetes_et_systemes_dinfo/enquete-frsfc-rapprochement-et-financement-des-reseaux-de-sante.pdf (consulté le 23/12/2011)
60. VAYSSETTE P.
Coordination d'appui au niveau territorial : un enjeu pour les réseaux
Réseaux, Santé & Territoire, 2011, n° 40, p 24-25
61. LEGRAIN S.
La prescription médicamenteuse
Guide pratique de gériatrie
Paris : MMI éd.; 1998
62. ROTTIER JB.
Coopérations interprofessionnelles. Le corps médical comme promoteur de changement
Le Concours médical, 2011, tome 133, n°8, p 668-669
63. HENART L., BERLAND Y., CADET D., VERRIER B., FERY-LEMONNIER E.
Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer, 2011
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire_-_Professionnels_d_aujourd_hui_et_nouveaux_metiers_-_des_pistes_pour_avancer.pdf
64. GRIMALDI A.
L'éducation thérapeutique: ce que nous apprennent les patients
Obésité, 2009, vol 4, n°1, p 34-38
65. MARTIN L.
Coopérations interprofessionnelles : les libéraux aussi !
Le concours médical, 2011, tome 133, n°10, p 769

66. PERCEAU G.

Une prise en charge qui souffre d'une formation insuffisante

Le Concours médical, 2011, tome 133, n°8, p 612-614

67. PARISOT Emeline

Impact d'une intervention d'éducation thérapeutique individuelle dans le sevrage des hypnotiques chez l'adulte. Etude prospective en cabinet de Médecine Générale

Th : Méd. : Nancy 1: 2011

ANNEXES

ANNEXE 1 : L'introduction standardisée

ANNEXE 2 : Le guide d'entretien

ANNEXE 3 : Le courriel de confirmation des Focus Groups

ANNEXE 4 : Le Verbatim des Focus Groups et entretiens individuels

ANNEXE 5 : Extrait de la grille de codage

ANNEXE 1 : L'introduction standardisée :

Bonjour,

Je me présente, je m'appelle Amandine FANJEAUX, je suis interne en médecine générale et je réalise une thèse sur la réorganisation des réseaux de soins dans le territoire sud-meusien.

Vous le savez peut-être, l'Agence Régionale de Santé souhaite que les réseaux de santé, qui étaient jusque-là thématiques (diabète, insuffisance cardiaque, gériatrie...) se regroupent en un seul réseau « de proximité » ou « populationnel ». L'objectif est de former un réseau au service d'une population, et non plus au service d'une pathologie donnée.

Il restera donc des réseaux de santé régionaux (de type ONCOLOR, ANTIBIOLOR, NEPHROLOR...) qui auront un rôle de conseil, de production de recommandations; et un réseau de proximité centré sur un territoire, en relation avec un hôpital périphérique, prenant en charge des patients.

Mon travail consiste à étudier le ressenti des professionnels de santé du sud-meusien vis-à-vis de cette réorganisation des réseaux demandée par l'ARS.

Je vais réaliser cette étude au travers d'entretiens de groupe semi-dirigés, aussi appelés « Focus Groups ». Je vais me faire aider au cours de cette soirée par Jean-Charles FANJEAUX, médecin généraliste, qui aura un rôle de modérateur. Il va vous poser quelques questions auxquelles vous pouvez répondre librement, il n'y a ni « bonnes » ni « mauvaises » réponses. Chacun peut prendre la parole quand il le souhaite.

Les échanges au cours de cette soirée vont être enregistrés sur un dictaphone pour pouvoir retranscrire et analyser les données ultérieurement. Pour faciliter la retranscription de cette soirée, je vous demanderai d'essayer de ne pas tous parler en même temps ! Lors de la retranscription, l'anonymat sera bien sûr préservé.

Avez-vous des questions concernant le déroulement de cette soirée ?

Nous pouvons maintenant commencer !

ANNEXE 2 : Le guide d'entretien

Thèmes abordés	Questions de relance
<p>Quel bilan feriez-vous des réseaux de santé thématiques auxquels vous avez jusque-là participé ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les points positifs des réseaux qu'il faudrait pérenniser ou développer ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Amélioration du suivi des patients ○ Formations des professionnels ○ Indemnisations des professionnels ○ Prise en charge d'actes non remboursés • Quels sont les points négatifs des réseaux qui pourraient être corrigés ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Contraintes administratives ○ Hospitalocentrisme des réseaux ○ Difficultés de communication
<p>Qu'attendez-vous du nouveau réseau de santé populationnel? Avez-vous dans votre pratique actuelle des difficultés qu'un réseau pourrait vous aider à résoudre ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quel rôle le réseau pourrait-il jouer dans la prise en charge de vos patients ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Entrées et sorties d'hospitalisation ○ Hospitalisations de Jour ○ Aide au maintien à domicile ○ Rendez-vous chez les spécialistes ○ Permanence des soins, urgences • Quel rôle le réseau pourrait-il jouer dans la formation et l'éducation <ul style="list-style-type: none"> ○ Formations pluri professionnelles ○ Éducation thérapeutique du patient ○ Élaboration de protocoles de pratique • Quel rôle le réseau pourrait-il jouer dans la communication et la coordination ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Dossier médical partagé ○ Fiche de coordination entrée-sortie d'hospitalisation ○ Annuaire des ressources médico-sociales, libérales et hospitalières

ANNEXE 3 : Le courriel de confirmation adressé à tous les participants

Bonjour,

Comme convenu par téléphone, je vous recontacte à propos de mon travail de thèse :
« Ressenti des professionnels de santé du territoire sud-meusien vis-à-vis d'une réorganisation des réseaux de santé, étude qualitative par Focus Group ».
Je réalise cette thèse sous la direction du Dr Olivier BOUCHY, médecin généraliste et maître de stage à Revigny sur Ornain.

Je vous confirme donc les date, horaire et lieu de l'entretien auquel vous avez accepté de participer.

Le focus group aura lieu le jeudi 31 mai 2011 à l'IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers) se situant dans l'enceinte de l'hôpital de Bar-le-Duc, derrière le bâtiment principal.

Je tiens à vous rappeler que le but de cette thèse est d'évaluer vos impressions sur les réseaux de santé, leurs aspects positifs comme négatifs, et tenter de trouver des pistes d'amélioration. Toute opinion est intéressante même si elle n'est émise que par une seule personne.

Pour faciliter le travail d'analyse, l'intervention sera intégralement enregistrée sur un dictaphone et retranscrite de façon anonyme.

Déroulement de la soirée :

À partir de 20h15 : accueil dans la salle de réunion de l'IFSI
20h15-20h45 : présentation des participants autour d'un buffet offert par mes soins
20h45-22h30 : groupe d'expression

Restant sur votre accord téléphonique pour ce rendez-vous, je compte sur votre présence. En cas d'indisponibilité de votre part, je vous serai reconnaissante de bien vouloir m'en informer à l'avance afin que je puisse avertir vos confrères en cas d'annulation de la séance. En effet, un nombre minimum de participants est nécessaire à la réalisation de l'entretien de groupe.

Je vous remercie par avance de votre investissement et je reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Cordialement,

Amandine FANJEAUX

ANNEXE 4 : le Verbatim des Focus Groups et entretiens individuels

- Transcription du Focus Group A
- Transcription du Focus Group B
- Transcription du Focus Group C
- Transcription du Focus Group D
- Transcription de l'entretien E
- Transcription de l'entretien F

Transcription du Focus Group A

7 participants :

A1 : Infirmière libérale, participe aux réseaux ICALOR, Age et Santé et REDIVHOM

A2 : Médecin généraliste, participe aux réseaux ICALOR, Age et Santé et REDIVHOM

A3 : Médecin généraliste, participe aux réseaux ICALOR, Age et Santé et REDIVHOM

A4 : Médecin généraliste, participe aux réseaux ICALOR, Age et Santé et REDIVHOM

A5 : Infirmier libéral, participe aux réseaux ICALOR, Age et Santé et REDIVHOM

A6 : Infirmière libérale, participe aux réseaux ICALOR et Age et Santé

A7 : Médecin généraliste, participe aux réseaux ICALOR et Age et Santé

Durée : 1h49 d'enregistrement

- 1 M : « 1^{ère} question : Quel bilan feriez-vous des réseaux de santé thématiques auxquels vous
2 avez jusque-là participé ? »
3 A3 : « En fait les réseaux... y'avait quoi ? Age et Santé... euh »
4 M : « Age et Santé, REDIVHOM, ICALOR essentiellement »
5 A1 : « Et LORSEP ? »
6 A5 : « LORSEP et ONCOLOR... »
7 M : « Leur rôle était jusque-là essentiellement de donner des avis. »
8 A2 : « On est moins concerné. »
9 A1 : « Moi j'ai déjà travaillé avec LORSEP. »
10 A5 : « Oui, moi aussi, mais c'est vrai qu'on n'a pas trop de... de... »
11 A1 : « On est quand même..., on nous propose de participer aux réunions, de... à tout aussi...
12 On est informé... »
13 A5 : « Oui... »
14 A1 : « Et on travaille quand même autant avec eux que... ICALOR ou que... les autres
15 réseaux. »
16 A5 : « Oui mais la différence c'est que les autres réseaux, on les connaît bien. Parce que la
17 plupart, on était quand même au sein même des CA donc euh, j'veux dire euh... on peut plus
18 facilement parler de REDIVHOM et d'Age et Santé. Bon, LORSEP, c'est vrai que je travaille
19 avec eux mais je connais moins bien. »
20 M : On va peut-être déjà faire un petit tour de table pour que chacun puisse donner son
21 ressenti et puis on pourra rediscuter après... »
22 A5 : « Quand les réseaux sont arrivés et se sont mis en place, notre priorité principale c'était
23 d'avoir une relation entre l'hôpital et la ville, c'était un peu ça le but de démarrage. Et après
24 on pourra en parler, voir... maintenant ça fait 5-6 ans, si on a atteint nos objectifs, mais moi je
25 ne crois pas... Mais bon on en reparlera, mais c'était ça le principal, autant avec REDIVHOM
26 qu'avec Age et Santé. Même si ça a amené certaines choses ce REDIVHOM, avec le service
27 pansements sur la diabéto, sur les formations... il y a eu des choses très positives. En gros, le
28 bilan c'est un bilan mitigé à 5-6 ans, sur le plan relationnel, non, on n'a pas... on n'a pas... ça
29 n'a pas évolué. On avait beaucoup investi sur les relations ville-hôpital... Le problème,...
30 Bon moi j'en ai déjà parlé avec le Dr J, le problème avec certaines personnes qui se sont
31 investies dans les réseaux, qui se sentent concernées par le réseau aussi bien à l'hôpital qu'en
32 ville, aussi bien les généralistes que les infirmiers, les gens sont intéressés, s'investissent, on a
33 des relations les uns avec les autres. Bon, les gens, même dans les médecins, il y a des gens
34 qui ne se sont jamais investis, et on n'a pas de relation. C'est un peu dommage. Je pense que
35 l'investissement devrait être pour tout le monde... obligatoire. »

36 A6 : « Alors moi j'avais prévenu Amandine que je n'allais peut-être pas beaucoup apporter,
37 mais je vais certainement apprendre beaucoup (*Rire*)... Au niveau du réseau Age et Santé, je
38 m'y suis toujours inscrite mais pour moi ça reste un peu lointain. J'ai l'impression que...
39 Enfin nous, ça marche pas quoi. Alors je ne sais pas... j'ai l'impression que c'est très loin.
40 ICALOR pour moi, oui, mais les autres... »

41 M : « Parce qu'ICALOR vous implique plus en tant qu'infirmière que... ? »

42 A6 : « Plus que les autres réseaux ? Non... J'ai pas... Pff »

43 A7 : « Moi je connais un peu ICALOR, je suis inscrit à Age et Santé, le réseau du diabète,
44 moi je ne connais pas. Les réseaux je les ai ressentis comme... euh initialement comme une
45 projection de l'hôpital vers la ville, voir plus loin... Bon... (*Rire*), je n'étais pas forcément à
46 l'aise avec ça. Bon, je dois reconnaître que pour ICALOR, l'éducation thérapeutique, je
47 trouve que c'est extrêmement positif, et ça a dû réduire le nombre d'hospitalisations
48 (*Hochement de tête de A2*). Alors maintenant, pour Age et Santé, il fallait adhérer pour que les
49 patients... Il y avait une discrimination que je trouvais extrêmement mal venue. Bon, souvent
50 les gens s'inscrivent... J'ai déjà vu des voisins qui inscrivait des patients plus âgés voisins
51 etc. Des patients venaient me faire remplir des papiers etc, c'était assez ..., je ne voyais pas
52 vraiment où ça menait hein (*Rire*), voilà. Et puis il y a quand même..., je vais prononcer le
53 mot... Il y a le problème de l'indépendance... de perdre une certaine indépendance de
54 prescription. Bon, moi je le vois, à un moment donné il y a une espèce de passage de témoin
55 en quelque sorte... »

56 A3 : « T'as plus l'initiative »

57 A7 : « La personne principale qui prend les responsabilités, au bout d'un moment c'est plus
58 nous. Bon, maintenant, je ne mets pas ça en avant, ce qui compte c'est d'abord le bien du
59 malade, et ensuite après peut-être, non pas la frustration du médecin, mais à un moment
60 donné, on aime bien faire certaines choses soit même. »

61 M : « Tu n'as pas inclus de patients du tout ? »

62 A7 : « Si si si... pas en diabète non, non, je ne fais pas partie du réseau. Mais j'ai des
63 contacts, quand j'ai un problème je téléphone, mais dans le service, pas au réseau. »

64 A1 : « Alors moi j'étais contente de faire partie des réseaux, je m'inscrivais à tout parce que je
65 trouvais que pour le malade c'était un mieux. Et puis moi j'aime bien le relationnel et donc je
66 pensais avoir beaucoup d'échanges... et je suis tombée de haut! En premier avec
67 REDIVHOM, j'ai bien vu le retour, quand on met un petit mot avec le patient qui va en
68 consultation, ben ou on nous répond pas, ou on nous met un truc un peu sec heu ben voilà...
69 pas sympa, ou on ne nous dit rien du tout. Moi je trouve qu'on n'a aucune liaison, ni avec les
70 infirmières, et encore moins avec le médecin. Moi je ne téléphone pas, je mets des petits mots
71 pour que le malade les présente. Et puis moi je trouve qu'ils y vont trop souvent, on est là
72 aussi nous pour faire le travail mais 2-3 fois par semaine, tous les 2 jours, et entre temps...
73 Ben l'infirmière, ben voilà ! Hein, tu connais (*à A5*) ! »

74 A5 : « T'es là les week-ends et jours fériés ! » (*A1 renchérit*)

75 A1 : « Voilà, et le lundi c'est là-bas, alors ça décale ton planning parce qu'ils ont changé et ils
76 te reprennent un autre jour... Alors moi, ça, je n'adhère pas du tout, et ça m'énerve un peu !
77 Avec le réseau Age et Santé, je trouve qu'il y a du positif par contre... Je trouve que les
78 malades sont suivis, on a quand même quelques relations. Et c'est surtout pour nos malades
79 Alzheimer, je trouve qu'il y a quand même des consultations... une petite... Bon c'est sûr que
80 ça enlève peut-être aux médecins traitants, qui n'adhèrent pas forcément aux traitements qui
81 sont donnés par l'hôpital. Il y en a qui ne sont pas toujours d'accord quand on met des
82 patchs... mais les patients sont un peu suivis et le fait d'aller une fois par mois, ou tous les 2
83 mois, 3 mois revus, les patients se sentent un peu suivis de ce côté-là, pour ce qui est des
84 ateliers mémoire. Pour ce côté-là, je trouve que le réseau Age et Santé est bien. Et
85 puis ICALOR, alors ça c'est super. La façon dont on travaille... Moi je n'étais pas trop

86 Internet... mais c'est plus euh... avec le dossier partagé c'est toujours dans l'intérêt du
87 malade, éviter les hospitalisations, ça c'est bien. Si ça peut se développer, ça serait bien. »
88 M : « C'est possible de préciser un peu ce que vous trouvez bien chez ICALOR ? »
89 A1 : « Ben on a un tableau de visite à respecter, on relève une fiche avec TA, poids etc... et
90 on transfère ça le soir ou le lendemain, on a 72h pour transférer ça sur le réseau et puis ben le
91 médecin les voit. Une fois par semaine au début, et puis une fois tous les quinze jours, puis
92 une fois par mois, et ça dure 2 ans. Voilà. Moi, les premiers que j'ai eus, les patients étaient
93 réhospitalisés donc je n'ai pas trop pu les suivre mais maintenant, y'en a que je revois
94 régulièrement, et ça évite les allers et venues, les prises de sang sont faites régulièrement au
95 laboratoire... on relève aussi tout... Je ne sais pas si vous faites ça (*Aux médecins*) ? »
96 *Pas de réponse des médecins, A2 fait signe que non de la tête.*
97 A1 : « Non, c'est nous qui le faisons ça ? C'est pas vous qui transférez les résultats ? »
98 A5 : « Non, c'est nous. »
99 A1 : « Non parce que je ne sais pas si les médecins... euh »
100 A5 : « Non ça fait partie de notre suivi à nous. »
101 A2 : « Nous on reçoit des alertes. »
102 A5 : « Oui, voilà. Nous on transmet les alertes. Quand y'a une créat qui est trop élevée, un
103 INR trop haut... euh »
104 A1 : « Oui, oui... »
105 A5 : « Ben ils nous proposent des alertes, et nous on sélectionne pour les transmettre au
106 médecin généraliste, au cardiologue... ou à ICALOR. Enfin, si le médecin des fois est passé
107 la veille, je ne transmets pas les alertes... il les a déjà vues... »
108 A1 : et puis c'est le même jour des fois. »
109 A5 : « ou on se croise ! »
110 A1 : « Pour nous c'est pratique. C'est relativement nouveau mais c'est bien. Bon ça prend un
111 peu de temps pour relever ça le soir mais bon c'est bien. »
112 A5 : « C'est bien, mais il faut que ce soit tenu à jour... Si l'infirmier dans ses visites... Alors
113 après quand on passe à la visite tous les 3 mois... À la fin du cursus, si tout va bien, on passe
114 à un rythme tous les 3 mois, mais je pense que 3 mois c'est trop long parce qu'il y a souvent
115 des changements de traitement après les hospitalisations et des trucs comme ça, et là les
116 fichiers ne sont plus à jour... Mais vraiment c'est intéressant parce qu'on peut imprimer pour
117 le patient la liste de tous les médicaments pour le matin, le midi et le soir... On peut leur
118 donner. Pour vous (*Aux médecins*) si vous allez consulter, vous avez tout le traitement, si le
119 cardiologue a changé... Alors le problème là-dedans c'est que tout le monde ne joue pas le
120 jeu. Des fois ils vont à Nancy avec le classeur et je sais qu'à Nancy ils s'en foutent ! A Bar le
121 Duc on se fait chier à remplir ça et à Nancy quand ils partent, ils reviennent et on leur dit
122 « vous avez vu le cardio à Nancy ? », « Ben oui », « ben ils ont pas regardé le classeur ? » et
123 le patient répond « Ben non, ils en ont rien à foutre ! Ils ne le regardent pas » ! Alors bon, je
124 trouve ça un peu dommageable. Sinon c'est super, ça permet d'avoir le suivi des prises de
125 sang, des INR, des courbes de poids, ... tout ce qui est problème hydrique, les régimes, les
126 malaises, euh... »
127 A1 : « Et les gens ne sont pas là au téléphone... Allo, il y a un truc... Faut que le médecin
128 vienne. »
129 A7 : «Même pour des choses basiques...pour les apports hydriques, je pense que c'est
130 important que tout le monde chante la même chanson... Parce que « mon urée monte, mon
131 urée monte... » Enfin maintenant c'est plus l'urée, c'est la créatinine... Alors il faut beaucoup
132 boire... enfin voilà ! »
133 A2 : « Alors pour moi, ça avait démarré avec le réseau diabétologie qui était quelque chose de
134 très prometteur effectivement, ça été très chronophage en papiers, choses comme ça et pour
135 moi ça n'a eu aucun intérêt, au contraire. Une perte de temps monumentale... Ensuite, il y a

136 eu Age et Santé, qui a été très prometteur, très bien géré au départ et qui tourne bien. Je trouve
137 qu'on a tous les professionnels d'un coup : kinésithérapeute, infirmière, etc. Là on a des
138 retours qui sont intéressants, il y a une collaboration. Et puis il y a ICALOR... et moi je
139 trouve que ça marche aussi très très bien. Bon les médecins sont en dehors du coup... »
140 A3 : « On est en marge »
141 A2 : « C'est surtout les infirmières qui apportent énormément de choses à ICALOR, et qui du
142 coup apportent beaucoup aux médecins. Mais nous, dans notre pratique quotidienne, moi je ne
143 vois pas trop de changement en fait... c'est bien pour le patient. Mais pour nous les
144 médecins..., c'est un plus mais grâce à l'infirmière. Je pense que là... Les autres réseaux on
145 avait tout centré sur les médecins, et heureusement, ICALOR a centré tout sur l'infirmière qui
146 est beaucoup plus disponible et qui passe plus souvent au domicile parce qu'il y a un
147 pansement, parce qu'il y a ... Mais ça manque quand même de connaissance, moi je me suis
148 retrouvé un jour avec un patient qui adhérerait à ICALOR et je n'en savais rien du tout. Je ne
149 savais même pas que ça existait. Enfin j'en avais entendu parler un peu à Nancy mais c'est
150 tout quoi... Mais faut... faut... Pour tous ces réseaux-là, et particulièrement le réseau diabète,
151 on en avait beaucoup parlé, la partie administrative, écriture etc., était extrêmement lourde,
152 extrêmement difficile à réaliser. On avait essayé de la formaliser sur le plan informatique,...
153 alors je ne sais pas maintenant où ça en est mais... »
154 A3 : « Oui, ben moi je suis un peu de l'avis de A2 en fait. Je n'ai pas une grande expérience
155 des réseaux, je cherche un petit peu l'intérêt de travailler avec eux. Quand j'ai besoin d'un
156 contact, c'est souvent un contact direct avec les services. Bon avec les réseaux j'ai essayé
157 mais... Bon, j'ai trouvé que c'était compliqué. Pour le réseau diabète, c'est pareil... Alors que
158 je travaille bien avec le service diabète directement... On n'a pas une grande expérience. A
159 priori ça semble intéressant mais on n'a pas... Je pense que les infirmières en ont plus que
160 nous. Comme A2, j'ai la même interprétation... On voit un patient ... moi j'étais pas au
161 courant, on l'apprend comme ça. On n'est pas informé. »
162 A1 : « Mais on a commencé comme ça, on ne savait pas trop. Et puis le problème c'est qu'on
163 a organisé des réunions d'information et personne n'est venu. »
164 A3 : « Sur Bar le Duc ? »
165 A1 : « Oui oui... »
166 A5 : « Il y en a eu une mais il y en avait plein d'organisées qui ont été annulées parce qu'il
167 n'y avait personne. »
168 A2 : « Mais on a jamais été contacté. »
169 A1 : « Chez les infirmières ! »
170 A2 : « Ah d'accord... mais nous les médecins... j'ai pas souvenir. »
171 A5 : « Non mais nous les infirmiers, on en avait organisé parce qu'on voulait pas aller en
172 formation à Nancy... Et on en a eu une à Bar le Duc... »
173 A1 : « Oui, et c'était dans l'après-midi ! Moi je travaillais et je n'ai pas pu y aller »
174 A5 : « Oui, et y'en a eu d'autres prévues mais qui ont été annulées... »
175 A3 : « Et en plus, j'ai participé à la création des réseaux, d'Age et Santé et REDIVHOM mais
176 je ne sais pas... Après je n'ai pas eu... sans relance... je n'ai pas accroché. Je cherche encore
177 ce que je peux... euh ce que peuvent m'apporter ces réseaux. C'est compliqué, c'est... j'ai du
178 mal »
179 A2 : « Ben et à l'heure actuelle, l'inclusion à Age et Santé est extrêmement longue à
180 formaliser. »
181 A3 : « Mouais... »
182 A4 : « Alors là je ne suis pas d'accord ! »
183 A1 : « Pour avoir la première visite ? (Étonnée) »
184 A3 : « Ben pour l'instant, j'en ai 2 en tête... J'ai fait les dossiers au mois de juillet et j'ai pas
185 de nouvelles ! »

186 A3 : « J'ai en tête un patient Alzheimer, j'ai appelé le réseau pour leur dire que pour moi, la
187 personne-là était en danger. Ils l'avaient vu une fois, ils voulaient faire rentrer la personne qui
188 n'avait pas voulu... Je les ai rappelés... Au bout d'un mois, il n'y avait toujours rien de fait,
189 pas de démarche, rien du tout ! Ah ben oui mais on n'a pas eu le temps etc. C'est pas une
190 réponse ça ! »

191 A2 : « Ah ben moi ils m'ont déjà dit qu'ils étaient débordés... »

192 A1 « Ah ben y'a des périodes où ils sont débordés mais quand ils prennent en charge... »

193 A3 : « Oui mais est-ce que toi tu attends 1 mois avant d'aller voir un patient... ? »

194 A1 : « Ah ben non ! »

195 A5 : « Mais je crois que Dr M. a un peu décroché là... »

196 A2 : « C'est sûr que depuis que Dr G. est partie... Faut dire ce qui est. Faut appeler un chat un
197 chat... On a perdu gros quand le Dr G. est parti.» (*Accord général*)

198 A3 : « Voilà... Je n'ai rien contre les réseaux mais je cherche toujours ce que ça peut
199 m'apporter ! »

200 M : « Ah ben ça tombe bien, c'est le sujet de la soirée ! (*Rire général*)»

201 A2 : « (*En riant*) C'est le but du jeu ! »

202 A2 : « Mais je crois que ce n'est même pas ce que ça va nous apporter,... et là je crois que
203 c'est intéressant parce que... mais c'est ce que ça va apporter au patient, si on recentre le jeu
204 sur le patient en général, et non pas il est diabétique, ou il est Alzheimer, il est insuffisant
205 cardiaque... »

206 A3 : « Oui, mais qu'est-ce que ça va apporter à l'ensemble des patients, du corps médical, des
207 infirmières, du personnel qui va graviter autour du patient... ? »

208 A1 : « Ben des fois ça fait activer un peu certaines démarches que les gens ne peuvent pas
209 faire... la mise en place euh... de choses à l'intérieur d'une maison pour sécuriser un peu. Des
210 fois, ils ont débloqué la situation en 8 jours de temps. »

211 A3 : « Mais je vais te dire... Il y a quand même rarement de concertation entre les gens qui
212 sont au réseau Age et Santé... on devait se voir, on devait ci et ça... et finalement on ne se
213 voit jamais ! ...Parce qu'ils n'ont pas les mêmes horaires que nous ! Parce que voilà... c'est
214 tout ! »

215 A1 : « Effectivement, une réunion à 10h du matin, avec le médecin, le réseau et nous, c'est
216 impossible ! »

217 A3 : « Voilà ! »

218 A1 : « Moi je leur dis, je reste un quart d'heure ! »

219 A5 : « À leur décharge, je pense que leurs temps ont été réduits et bon... c'est vrai que du
220 temps du Dr G., elle se battait pour que ça reste et que ça travaille sur le réseau... Mais
221 maintenant ils se sont fait bouffer complètement et euh... Avant, on faisait des consultations
222 infirmières, bon ben ça... j'en ai pas fait depuis ... (*Rire*) qu'elle est partie en fait ! On ne m'a
223 jamais re-sollicité depuis. Le gros problème d'Age et Santé, moi je pensais qu'on allait
224 avancer sur la iatrogénie, et finalement on n'a pas évolué là-dessus. Je pensais que ça allait
225 apporter un peu de réflexion là-dessus. On a eu des formations sur la iatrogénicité mais ça n'a
226 pas fait changer les choses, c'est toujours très compliqué ! (*Rire*) »

227 A4 : « Je me suis toujours demandé à quoi pouvait servir un réseau. Alors pour savoir, j'ai
228 adhéré à tous les réseaux possibles. Donc je suis inscrit à ICALOR, REDIVHOM et Age et
229 Santé. J'ai vite baissé les bras avec certains réseaux parce que... hum, c'est peut-être
230 personnel... Avec le réseau Age et Santé, ces derniers temps, je n'ai pas eu de problèmes. Je
231 leur ai toujours donné des cas un peu délicats, des bébés un peu difficiles à reprendre, et ils
232 ont réussi à bien débrouiller le problème... Toi t'es là, tu ne sais pas quoi faire, ils s'en
233 occupent. Ils te proposent une réunion, un rdv où on parle des cas, on a pu parler de 5 patients,
234 on a fait le bilan, ça a duré une demi-heure... C'est très bien. On a eu quelques réunions sur
235 l'insuffisance cardiaque avec ICALOR, il y avait l'infirmière d'ICALOR qui a un peu

236 expliqué comment fonctionne le réseau, comment ça peut marcher. C'est vrai qu'en tant que
237 médecin, on ne se sent pas trop concerné par ICALOR, c'est plutôt les infirmières. On a
238 quand même des comptes rendus, on peut savoir ce qui se passe avec le dossier informatique.
239 C'est un bon point pour les patients, pas pour nous. C'est positif pour le patient si on a une
240 bonne concertation, si on parle le même langage tous !»

241 A7 : « C'est le patient qui prime de toute façon ! »

242 A4 : « Je dis ça pour 2 réseaux bien précis, pour le 3^{ème}... Joker ! (*Rire*) »

243 A2 : « Précise ta pensée ! (*Rire*) »

244 A1 : « C'est unanime... »

245 A4 : « Le racket... oui pour moi, REDIVHOM c'est du racket, point barre ! Je ne veux pas
246 utiliser de termes forts parce qu'il y a le machin devant (*En montrant le dictaphone*). »

247 A5 : « Les infirmiers ont beaucoup perdu avec ce réseau, avec REDIVHOM, c'est difficile »

248 A4 : « Avec ICALOR, ils font de l'ETP, je pense qu'avec les infirmières qui font de
249 l'éducation thérapeutique, ça peut être très bien suivi. Je trouve qu'ICALOR ils ont un gros
250 gros point fort de ce côté-là. Cette éducation thérapeutique-là, elle est prônée par ICALOR
251 mais elle peut être reprise au même titre par les autres réseaux. Et je trouve très bien la
252 réunion de tous ces réseaux, et qu'il n'y ait plus 36 chefs d'orchestre mais qu'un seul. »

253 A5 : « L'avantage pour nous les infirmiers d'ICALOR, c'est qu'on nous forme, on est
254 reconnu de notre spécialité et de ce qu'on va faire, on est bien payé pour nos visites.
255 REDIVHOM, on a fait toutes les formations, on a été bien formé, seulement on n'a aucune
256 reconnaissance, quand on envoie les gens, on est court-circuité, que ce soit pour les
257 pansements, pour les insulinothérapies. Au bout d'un moment, on a l'impression d'être pris
258 pour des cons, et que ben... si on nous prend notre travail... »

259 A1 : « Et ce n'est pas justifié. »

260 A4 : « Mais ne t'inquiète pas, il n'y a pas que toi ! »

261 A5 : « Oui, mais au bout d'un moment ça fatigue. Je le dis une fois, 2 fois, 3 fois... Mais je
262 suis capable de dire à mon médecin traitant : « Là il y a un mal plantaire perforant qui se
263 prépare, il faudrait passer ». »

264 A1 : « Oui, et puis après tu ne le revois plus après le patient ! C'est bien ça le problème. »

265 A5 : « Oui, après ils y vont 3 fois par semaine... Et moi, je dis au patient, je vous fais un
266 pansement pour 6 euros... à l'hôpital, ça coûte déjà 50 euros d'ambulance... »

267 A1 : « Oui, ils distribuent des bons de transport !!! Alors que la personne va faire ses courses
268 avec sa petite voiture, non mais moi je trouve ça inadmissible ! Bon, au début qu'ils donnent
269 leur avis, d'accord... »

270 A2 : « Ca, faut le dire à la Sécu ! »

271 A4 : « Mais non, ça fait tourner les transporteurs ! (*Rire*) »

272 A5 : « Ça crée des emplois, il y a beaucoup plus de transporteurs maintenant que
273 d'infirmières ! (*Rire général*) »

274 A1 : « Et les infirmières là-bas sont débordées. Quand ils rentrent, on leur dit « Alors, vous y
275 retournez? » et ils nous répondent « Oui, j'y retourne la semaine prochaine parce que je n'ai
276 pas vu le docteur. » « Ah bon ? Il devait vous voir pourtant aujourd'hui ? » et ils répondent
277 « Non il ne nous a pas vus, il était débordé ». Donc ils sont convoqués la semaine suivante, la
278 dame ou le monsieur y retourne la semaine suivante et ne voit toujours pas le médecin... »

279 A4 : « T'as une dent contre... (*Rire*) »

280 A3 : « Non, mais apparemment c'est général quand même... Ça fait l'unanimité »

281 A1 : « Oui ! Non, mais c'est la façon dont ça se passe ! Ca épuise les gens, les gens sont
282 épuisés, ils sont tous convoqués à 8h00 ou à 9h00, nous on a une insuline à midi, à 13h ils ne
283 sont toujours pas rentrés... Et ils nous rappellent à 13h30 pour faire l'injection. »

284 A3 : « Et le pompon, c'est qu'ils n'ont vu personne ! »

285 A1 : « Exactement... Et l'infirmière ? Ah, l'infirmière, elle est débordée ! »

286 A5 : « Elle a mis une demie heure à vous faire le pansement, vous vous ne mettez que 10
287 minutes ! »

288 A2 : « Non, mais ce n'est pas le procès du réseau, c'est le procès de... des intervenants. C'est
289 grave. »

290 A4 : « Oui, le problème, c'est qu'on ne fait pas le procès du réseau, on fait le procès d'un
291 despote qui tire tout, qui récupère... qui veut tout régler. »

292 A5 : « Alors là, je corrige, parce que quand on lui dit, il répond « ce n'est pas moi, c'est les
293 autres ! ». »

294 A4 : « Mais quelle est la finalité ? »

295 A5 : « Ben, on s'est rendu compte que c'est un peu vrai quand même... »

296 A2 : « Ben c'est qui le chef ? À un moment donné, il a qu'à donner du poing sur la table ! Et
297 puis c'est quand même aussi derrière la direction de l'hôpital... C'est le seul service qui a été
298 refait 2 fois en 5 ans ! »

299 A3 : « C'est peut-être aussi le danger d'un réseau... »

300 A1 : « le monopole... »

301 A5 : « Ah ben nous, les infirmiers, ça nous a fait perdre du travail !... et du chiffre d'affaire.
302 (*Désaccord A1*) »

303 A2 : « Oui, mais moi, le chiffre d'affaire je m'en fous. Par contre, il y a des patients qui en ont
304 pâti, moi j'ai des noms ! »

305 A1 : « Ah oui ! »

306 A5 : « Bon, par contre, ils m'ont pris des patients en charge parce que les médecins
307 généralistes ne savaient pas que ça existait, ne savait pas trop comment faire... On a sauvé
308 des orteils et des pieds parce qu'ils ont été correctement pris en charge »

309 A3 : « Oui, mais c'est le relationnel qui n'est pas bon »

310 M : « Au niveau des réseaux diabète, on a participé à des réunions régionales sur les réseaux.
311 Et quand on parlait entre nous et qu'on disait « le réseau diabète il nous pique les clients »...
312 en gros quoi ! Les autres disaient « Ah bon, ben nous, notre réseau il ne prescrit pas, il ne... »
313 Donc là on a tendance à confondre le réseau et le service de diabétologie... (*Accord général*)
314 Je pense que c'est aussi pour ça que l'ARS n'a pas voulu que ce soit le Dr J. qui prenne la tête
315 de tout ça et qu'ils ont voulu que ce soit un libéral. »

316 A3 : « La qualité d'un réseau qui va fonctionner est fonction de la qualité de la personne qui
317 va le gérer, c'est ça le problème (*A1, A2 et A5 acquiescent*). Il se peut que dans un
318 département il y ait un réseau qui marche bien, et que dans le département d'à côté, ça ne
319 marche pas du tout. Pourquoi ? Parce que c'est l'homme qui est à la tête qui va faire le réseau,
320 ou la qualité, le relationnel ou la manière dont le réseau va travailler »

321 A7 : « Mais il y a quand même des chartes qui sont établies... »

322 A2 : « Oui, mais au départ REDIVHOM c'était vachement cadré, y'avait une sacrée charte,
323 ... et puis on a vite déchanté ! »

324 M : « Au début REDIVHOM, c'était des services à la carte »

325 A7 : « Oui, moi j'avais... Au cours d'une réunion je m'étais un peu fâché avec le Dr J. parce
326 que j'aurais voulu qu'on puisse avoir directement accès aux diététiciennes, et ça il n'en a pas
327 été question ! Ça se fait à Thionville, ça se fait dans d'autres villes. Alors on peut diriger les
328 gens vers des diététiciennes en ville, mais les gens ne sont pas remboursés... et là ça pose
329 question ! Moi quand je lis certaines revues, la Revue du Praticien Médecine Générale ou
330 d'autres, je suis complètement ahuri... Quand je vois les articles : mise en route de
331 l'insulinothérapie, ou autres, par le médecin généraliste et que je vois la pratique... En fait
332 tout est ramené pour certaines choses vers l'hôpital quoi ! »

333 A3 : « Oui, t'arrives à faire la boîte aux lettres ! »

334 A7 : « Et puis t'arrives à empiler du courrier et tu ranges tes dossiers ! Et le corollaire de ça
335 finalement... je ne parle pas d'ici... mais la dernière fois, j'avais vu dans la revue du

336 Généraliste, c'était à propos du Competact. Ils posaient la question à 3 médecins généralistes
337 « Qu'est-ce que vous faites ? » Il y en a une qui répondait « J'espère que la question ne me
338 sera pas posée. », l'autre, dans une zone très urbanisée, disait « De toute façon, c'est le
339 diabète qui s'occupe de ça, c'est à lui de prendre ses responsabilités, moi je n'y touche pas. »
340 On en arrive à ne plus être concerné en fait, t'es plus inclus. »

341 A3 : « T'es démotivé »

342 A4 : « T'es plus acteur »

343 A7 : « On t'a dessaisi... »

344 A3 : « Quand tu suis un diabète, et quand il est pris en charge par le réseau, et bien tu ne t'en
345 occupes plus... »

346 A4 : « Ça soulage quand même... »

347 M : « Au début on dit ça soulage et puis après quand on voit qu'ils ont fait l'échographie de la
348 prostate, le dosage de vitamine D, et puis que... hein ! »

349 A4 : « Si on s'en tient dans les réseaux, à des termes, à des choses bien définies... »

350 A3 : « Si t'as un diabétique bien équilibré, t'as pas de problème particulier, tu l'envoies chez
351 le cardio, chez le diabète... On n'a pas besoin d'eux. »

352 A2 : « Oui, on peut se débrouiller tout seul bien souvent. »

353 A5 : « Même pour le réglage des doses... On voit maintenant... Les gens, vous arrivez le
354 soir, ils vous disent « Je me sentais pas bien, j'ai téléphoné, on m'a dit de diminuer de 2
355 doses. » « Ben vous avez téléphoné à qui ? À votre médecin généraliste ? » « Ah ben non, j'ai
356 téléphoné à... » Enfin, je ne vais pas donner de nom ! Mais ils ne leur ont pas dit ce qu'ils ont
357 mangé ! Ils ne sont pas au fait de ce qui se passe tous les jours et ils se permettent de changer
358 les doses par téléphone et on passe pour des... »

359 A4 : « Incompétents ! »

360 A5 : « C'est rageant, et à la longue, ça lasse ! »

361 A1 : « On se démobilise un peu... Et souvent on n'a pas d'explications... Ils partent, ils sont
362 super bien équilibrés, ils partent avec le carnet. Et quand ils reviennent, paf ! Ils ont diminué
363 de 4 unités, et tu ne sais même pas pourquoi il a baissé ça ! Ils ne donnent pas d'explication,
364 on n'a jamais jamais de contact, pas un mot ! Mais systématiquement, ils changent les doses.
365 À croire que ce qu'on fait... euh voilà, ils n'en tiennent pas compte »

366 A4 : « Mais ça, c'est un réseau particulier. »

367 A2 : « Ce qui de toute façon ne sera pas changé quand les réseaux seront regroupés. »

368 A7 : « Il faudrait voir en terme de mortalité, ce que ça a apporté véritablement aux patients. Je
369 sais pas si des études ont été faites là-dessus, des comparaisons entre des patients qui étaient
370 inclus dans des réseaux et d'autres pas, mais ça, ça c'est très intéressant... »

371 A4 : « Ah ben la réponse elle est claire, y'a des réseaux..., pourquoi y'a des réseaux ? C'est
372 pour une raison économique, ça va rapporter de l'argent, enfin, ça va éviter d'en dépenser
373 trop. »

374 A2 : « C'est pour ça qu'ils veulent les regrouper ! »

375 A1 : « Tu crois que c'est pour économiser ? »

376 A4 : « C'est évident ! Moi j'ai vu un cours d'économie où on demande, en économie de la
377 Santé, on demande aux économistes pour savoir si la Médecine Générale on a encore intérêt à
378 la faire payer à l'acte ou faire du paiement global. Donc on met tout ça en équation, y'a plein
379 d'items... et je dis : « tu ne tiens pas compte de l'item là ? » et on me répond : « Ah non non,
380 l'item là c'est un item accessoire, on n'en tient pas compte », et y'a plein d'items accessoires
381 dont on ne tient pas compte mais qui pour nous sont importants. Mais eux, les énarques, ils
382 mettent tout ça dans la boîte, on mouline et hop ! On tire et « ah ben on fait du paiement à
383 l'acte ! » Et pour les réseaux, c'est comme ça, on va rechercher un coût de gestion où y'aura
384 moins d'hospitalisations parce qu'on va faire de l'éducation thérapeutique. Et c'est génial
385 l'ETP, si on arrive bien à éduquer nos patients, en faisant de l'ETP au sein des réseaux, je

386 pense effectivement qu'on arrivera à leur faire comprendre ce que c'est une décompensation
387 cardiaque, et ils appelleront avant que ça décompense, et donc moins d'hospitalisations,
388 moins de traitements... »

389 A2 : « Le but c'est de gérer en amont »

390 A3 : « Ah ben bien sûr ! »

391 A4 : « Et c'est le but du réseau. C'est la raison pour laquelle on veut faire un réseau unique
392 pour... Et ben maintenant faut qu'on en trouve l'intérêt ! »

393 A7 : « Ça c'est sûr qu'il y a beaucoup moins de... d'hospitalisations à cause d'ICALOR. »

394 A2 : « Et d'Age et Santé aussi ! »

395 A5 : « Et y'a beaucoup moins de chutes »

396 A4 : « Mais les gens se sentent rassurés, rassurés par ICALOR parce qu'ils ont un suivi
397 régulier, ils se sentent moins angoissés quoi ! »

398 A2 : « Et on a des hospitalisations beaucoup plus courtes »

399 A1 : « Parce que les structures sont en place, et les gens ressortent beaucoup plus facilement,
400 oui ! »

401 A2 : « Et d'ailleurs, en parallèle, quand vous voyez l'HAD à l'heure actuelle tourner... Bon
402 ce n'est pas un réseau effectivement mais ça peut y ressembler... mais qu'est-ce que ça tourne
403 bien ! Et ça, ça sert à quelque chose hein ! »

404 A5 : « Au début quand on avait mis les réseaux en place, on avait mis une infirmière de
405 liaison sur l'hôpital, ça marchait super bien ça. Mais pour des raisons budgétaires, elle a été
406 supprimée. Elle s'occupait de gérer, par l'intermédiaire d'Age et Santé, elle gérait tout le côté
407 « hospitalier » aussi bien en cardio qu'ailleurs, elle s'occupait de prévenir les infirmiers
408 libéraux en disant « là y'a untel qui va rentrer, y'a untel qui a été muté... »

409 A1 : « Y'a bien longtemps qu'on a plus ça, hein ! »

410 A5 : Oui, ça fait une paire d'années déjà ! Elle n'a jamais été remplacée. Bon après, y'a des
411 trucs qu'on fait qui sont bien, mais qui pour des histoires de fric sont supprimés et puis
412 heu... »

413 A1 : « Ah ben les budgets sont serrés hein, parce que dans le temps, quand les gens sortaient
414 avec un nouveau traitement à la suite d'un changement de traitement pour une plaie, ils
415 sortaient avec la plaie qu'ils avaient commencé... Maintenant, les gens doivent amener le
416 traitement ! Systématiquement ! Y'a plus rien à l'hôpital, ils ne sont plus riches donc il n'y a
417 plus rien ! Il faut amener les bandes, il faut amener tout ! »

418 A5 : « On se retrouve encore avec des sorties le week-end, le vendredi soir ... pas
419 d'ordonnance, pas de doses d'insuline, y'avait aucun papier ! On n'avait pas de prescription
420 pour les pansements, pas de prescription pour les soins, Rien ! Pas d'ordonnance, pas de doses
421 d'insuline ! Ça, ça n'existait plus, et on y revient ! »

422 A1 : « Moi j'ai eu la même chose, une sortie d'hôpital samedi pour une insuline à commencer
423 le dimanche matin ! »

424 A5 : « Dans le temps, l'infirmière de liaison qu'on avait mise en place avec le réseau, elle
425 servait à ça, elle gérait les sorties d'hôpital. Et maintenant ça n'existe plus. Ca servait à créer
426 des postes pour améliorer les relations de la ville avec l'hôpital, mais ça a été supprimé pour
427 des raisons budgétaires.»

428 A1 : « Si y'a un réseau unique, ça peut être plus... confortable. »

429 A3 : « Ça peut être bien, mais ça peut être l'inverse. Une structure, si en haut ça ne marche
430 pas bien, ça suit... »

431 A1 : « Ah oui, moi je ne sais pas encore bien comment ça peut fonctionner »

432 A2 : « Et quels pourraient être les critères d'inclusion après, heu... ? »

433 A3 : « Et puis apparemment ils vont restreindre les effectifs... »

434 M : « Oui, alors le réseau, qu'est-ce qu'il va devenir ? On a quand même l'impression que
435 dans la gestion de tout ça, comme vous le disiez, qu'ils veulent faire des économies, on sait

436 quand même que l'hôpital c'est quand même ce qui conduit au plus de dépenses. On a
437 l'impression qu'ils veulent recentrer un peu sur le terrain et il faut voir aussi que dans notre
438 circonscription, il y aura pas mal de maisons de santé, de pôles de santé et il faudra essayer de
439 s'organiser là-dessus. Le réseau, peut-être qu'il faut le voir comme le lien entre toutes ces
440 structures de proximité et l'hôpital. »

441 A5 : « C'est encore une autre façon de faire, avec les maisons de santé et les pôles de santé,
442 les nouveaux trucs qui arrivent, les nouvelles façons de travailler qu'on va nous réimposer, et
443 pour quoi ? Pour 5ans, pour 6ans ? Pour 7ans ? C'est ça, on ne fait que ça (A1, A2, A4 et A7
444 acquiescent). Y'a pas de pérennité dans le fonctionnement... »

445
446 *Pause de 5 minutes*

447
448 M : « On reprend ? Est-ce que vous aviez participé à des formations ? »
449 A5 : « Les formations... il y en a eu une sur la iatrogénie, mais y'en a pas eu beaucoup quand
450 même. Ça reste assez limité. »

451 A1 : « Pour le réseau Age et Santé ? »

452 A5 : « Oui. »

453 A1 : « Ah oui, moi je n'y suis pas allée... »

454 A2 : « Y'en a eu 2 ou 3... »

455 A3 : « Il y en a une par an à peu près... »

456 M : « Et vous étiez indemnisés dans les réseaux ? »

457 A2 : « Ce qui a été choquant, c'est le fait qu'ICALOR ait diminué de moitié ses
458 indemnités de moitié il y a 6 mois là... de façon autoritaire ! »

459 A5 : « Nous on n'a pas été diminué par contre ! (Rire) »

460 A2 : « Merde alors ! (Éclate de rire) Enfin, je m'en fous mais j'ai quand même trouvé ça un
461 peu choquant quoi... »

462 A5 : « Chez Age et Santé, on avait négocié une consultation infirmière de 15 euros à peu
463 près... ça avait été reconnu par les instances. ICALOR considérait une consultation infirmière
464 à chaque évaluation, et par contre chez REDIVHOM, on n'a jamais eu de reconnaissance de
465 quoi que ce soit... »

466 M : « Et ça peut être important pour vous ? »

467 A5 : « Par contre, on avait comme vous (Aux médecins) une indemnisation sur les
468 formations. »

469 A2 : « De REDIVHOM ? »

470 A1 : « Ah bon ? Une indemnisation ? » (A2 et A3 sont étonnés)

471 A5 : « Ben oui, les infirmiers c'est 75 euros et pour les médecins c'est 125 euros... »

472 A2 : « Ah non... »

473 A1 : « De REDIVHOM ? »

474 A5 : « Ah ben si ! Je viens encore de recevoir un chèque moi ! »

475 A1 : « La dernière qu'on a faite là... Ben quand ? Quand est-ce que tu les fais ces
476 formations ? »

477 A5 : « Ben la dernière... celle qu'il y avait y'a pas longtemps... Enfin des fois j'ai
478 l'impression qu'ils distribuent de l'argent parce qu'ils doivent le distribuer ! »

479 A1 : « Ah oui, ils ont beaucoup d'argent ! »

480 M : « Ah ben on ne doit pas aller aux bonnes réunions ! »

481 A2 : « Non non non, je n'ai jamais eu d'indemnisation de REDIVHOM. »

482 A5 : « Ah ben je vous assure... (Rire) Ah ben y'en a qui les touchent les indemnités ! »

483 M : « On avait listé quelques contraintes des réseaux, on les a un peu évoquées... On pensait à
484 l'hospitalocentrisme... (Hilarité générale) »

485 A2 : « On en a un peu causé ! (Rire) »

486 M : « Et puis éventuellement les difficultés de communication entre ... »
487 A1 : « Ah ben oui c'est ça ! Oui, moi c'est ça. On n'a pas de réponse, enfin avec un réseau !
488 Les autres ... non. »
489 A4 : « Des noms ! (*Rire*) »
490 A2 : « Enfin, si ça change, tu donnes le nom ! (*Rire*) »
491 A5 : « Pour dire... on en voit... Un patient qui est rentré à domicile le vendredi soir sans
492 lettre, sans traitement. Le médecin généraliste l'a renvoyé la semaine suivante au pansement,
493 en me disant, comme ça tu sauras ce qu'il faut faire... J'ai attendu le coup de téléphone tout
494 l'après-midi, je n'ai jamais eu de coup de téléphone. Quand il est rentré, j'ai eu un mot avec :
495 « Faut faire ça, ça et ça. Comme ci, comme ça et ça... » mais on ne m'a jamais demandé mon
496 avis, on m'a pas demandé si c'était réalisable à domicile, et le mot, il n'y avait pas le nom de
497 la personne qui l'avait écrit ! »
498 A2 : « Ah ben non! Anonyme! (*Rire*) »
499 A5 : « Je ne savais même pas si c'était un médecin, une infirmière... La moindre des choses,
500 c'est au moins de mettre son nom ! »
501 A1 : « Ah mais c'est ça ! C'est ce que je te dis ! Toi tu leur écris un mot bien gentiment, que
502 tu signes, que tu les salues... (*Rire A2*) On te répond NON ! Tu suggères gentiment, poliment
503 que ça fait 3 mois que ça n'évolue pas et que tu proposes gentiment... Ils disent NON !
504 Comme ça ! (*Rires*) »
505 A2 : « Ils ont un tampon ? (*rires A2, A3, A4, A5 et A7*) Disapproved ! Boum ! »
506 A1 : « Et quand tu leur demandes « Qui a dit ça ? », ils répondent, c'est l'infirmière ! Et je dis
507 « c'est un peu dommage »... parce que j'aurais bien aimé savoir qui c'était quoi!»
508 M : « Alors, on essaie de passer à la seconde partie... Qu'attendez-vous du nouveau réseau de
509 santé populationnel? Avez-vous dans votre pratique actuelle des difficultés qu'un réseau
510 pourrait vous aider à résoudre ? »
511 A4 : « Qu'est-ce qu'on attend d'un réseau ? Je pense que c'est surtout le bien du patient. Lui,
512 c'est sa santé qui est en jeu, c'est notre porte-monnaie mais lui c'est sa santé !... (*Silence*) Ben
513 on ne sait pas tout sur tout... Un réseau comme Age et Santé, quand t'as des problèmes...
514 Eux ils sont au courant de tout, toi t'es au courant de rien. Tu les appelles, ils peuvent te
515 débrouiller, c'est quelque chose d'intéressant. Ils arrivent à trouver des aides pour les
516 personnes,... Et pas seulement dans Age et Santé,... dans d'autres démarches administratives.
517 Et s'ils pouvaient nous soulager de nos papiers ! (*Sourit, et le répète plus fort pour être bien*
518 *entendu, en regardant le dictaphone*). Un papier pour un réseau, ouais ! (*Rire*) »
519 A2 : « Enfin, même plus de papier du tout ! (*Rire*) »
520 A5 : « Le dossier informatique, le dossier partagé. »
521 A1 : « Oui, mais c'est du travail aussi »
522 A2 : « Faudrait développer le dossier ICALOR sur tous les réseaux, sur la fusion des
523 réseaux. »
524 A1 : « C'est plus facile effectivement de cocher et de remplir 2 ou 3 trucs que de faire des
525 écritures pendant des heures... »
526 A5 : « Ça prend 10 minutes de... »
527 A4 : « Ce n'est pas ça mais après si y'a un seul réseau pour plusieurs pathologies, y'aura plus
528 besoin d'adhérer au réseau, ils seront adhérents automatiquement, puisqu'on est tous malades
529 de quelque chose... »
530 A1 : « Si c'est pluridisciplinaire comme ça, il va y avoir un médecin, une infirmière, il faut
531 une assistante sociale, il va falloir..., voilà, qui est-ce qui va... ? Comment ça va être géré ? Si
532 c'est une cellule particulière, avec des gens nommés, il faut... »
533 A3 : « Moi je pense que c'est la qualité des personnes qui feront la qualité du réseau, voilà !
534 C'est la qualité des dirigeants, des responsables, qui fera la qualité des réseaux. On a beau
535 parler ce soir de nos espérances, de plein de souhaits... si on n'a pas... Si, imaginons, la

536 personne est autoritaire, on n'aura rien. Si y'a une ouverture d'esprit, si y'a un travail de
537 confiance, j'pense que ça peut marcher dans tous les domaines ! C'est la qualité des
538 personnes... »

539 A4 : « Et la qualité de son portefeuille ! »

540 A3 : « Ça, ça ne coûte pas cher la qualité des personnes ! »

541 A4 : Il faudra quand même quelqu'un qui soit un peu gestionnaire, qui soit chef d'orchestre
542 par rapport à tout le monde. »

543 A3 : « Oui mais tu peux être bon gestionnaire et avoir un objectif... »

544 M : « Vous pensez qu'il faut un médecin à la tête du réseau ? »

545 A2 : « Ce n'est pas automatiquement un médecin »

546 A3 : « Les réseaux jusqu'à maintenant sont quasiment uniquement dirigés par des gens qui
547 viennent du milieu hospitalier. Et là, y'a quand même une petite déformation professionnelle
548 là... On n'a pas les mêmes objectifs, on n'a pas la même manière de travailler, on n'a pas la
549 même façon de voir les choses. Parfois les gens viennent du milieu hospitalier, ils sont quand
550 même cool, ils prennent 1heure, 1heure et demie pour voir un patient, discuter... Et nous on
551 ne peut pas faire ça ! (*Al hoche de la tête*) Je crois quand même qu'il faut qu'on comprenne
552 que les libéraux n'ont pas le même rythme. C'est comme un sprinter et un marathonien...
553 Alors on prend le temps, on discute, on voit... Alors effectivement ils vont voir plus de
554 choses que nous mais ça a un coût tout ça ! Si on rapporte le coût d'une personne qui travaille
555 une demi-heure sur 3 heures, et quelqu'un dans le libéral, ...tu n'as pas le temps de faire
556 ça. Au moins qu'il y ait une ..., à la tête des réseaux, qu'il y ait des libéraux, ou au moins des
557 gens qui ont travaillé dans le libéral... Un esprit libéral. Je crois qu'on n'est pas dans le même
558 monde. »

559 A1 : « Nous c'est pareil, on voit la différence entre les infirmières d'HAD et nous. Elles ont
560 un temps fou pour s'occuper... »

561 A6 : « Oui, mais ce n'est pas le même contexte. »

562 A1 : « Ben tu sais, si... Si on partage une pompe, elle le fait le matin et toi le soir. Elles vont
563 passer une heure pour une chose que toi tu fais en 20 minutes ! Parce qu'elles ont beaucoup
564 plus de temps que nous. »

565 A6 : « Mais parce qu'on leur octroie plus de temps aussi... Elles sont là aussi pour être... »

566 A1 : « Mais on fait la même chose, mais elles ont le même esprit que les infirmières
567 hospitalières... je ne dis pas qu'elles n'ont pas des moments de bourre et tout ça... mais on
568 fait quand même les mêmes choses qu'elles. Non ? »

569 A5 : « On a toujours fait les mêmes choses... Mais si tu prends les SSIAD par exemple...
570 Dans le temps quand on faisait les toilettes, on en avait 8-9-10, plus les soins etc. Maintenant
571 avec les SSIAD, les filles elles en ont 5-6... elles commencent à 8h00 le matin. Quand, celles
572 qui prennent leur temps, quand tout est bien fait correctement, elles ont fini il est 11h30.
573 Celles qui finissent à 10h30, elles rentrent à Bar le Duc, je les croise sur la route, elles rentrent
574 chez elles... On ne travaille pas dans le même temps ! C'est le paiement à l'acte qui fait
575 ça... Quand tu dis au patient, la piqûre c'est 3 euros brut, et que pour... »

576 A1 : « Je ne suis pas sûre que ce soir le paiement à l'acte, je ne suis pas d'accord avec ça. »

577 A5 : « Si, parce qu'on est obligé d'avancer... comme les médecins ont besoin de faire des
578 consults pour avoir un chiffre d'affaire et faire vivre le cabinet ! »

579 A1 : « Moi je ne suis pas d'accord avec ça... »

580 A6 : « Hormis le chiffre, on a la clientèle... »

581 A1 : « On a un certain nombre de personnes à assumer ! »

582 A5 : « Oui, parce que les gens attendent alors qu'à l'hôpital, pour les pansements, ils viennent
583 à 8h00 et ils repartent à 11h... »

584 A4 : « Le rythme n'est pas le même ! Ils n'ont pas le même rythme, tu ne peux pas comparer »

585 A5 : « La forfaitisation... si on avait une forfaitisation de certains soins, et on le voit
586 notamment avec la visite d'ICALOR, où on est payé correctement et où on peut faire en extra
587 de l'éducation... le forfait est plus intéressant et on peut prendre le temps en plus de la
588 tournée. »

589 A2 : « Oui, mais du point de vue économique, il ne faudra plus que tu sois tout seul, mais
590 vous serez 3 au forfait ! Et là personne ne voudra payer ! »

591 A4 : « Mais c'est bizarre parce que tout à l'heure tu disais, la piqûre à 3 euros, il faut en faire
592 plus parce que sinon tu ne gagnes pas assez, et là tu dis que du fait de la forfaitisation
593 d'ICALOR, tu prends ton temps... »

594 A5 : « Parce que c'est en plus, les forfaits c'est en plus, c'est sur l'après-midi. »

595 A4 : « Et là tu prends ton temps parce que tu sais que tu vas être correctement rémunéré ? »

596 A5 : « Voilà ! »

597 A7 : « Non, mais il y a le problème du paiement à l'acte, peut-être, je ne sais pas... Mais y'a
598 le problème de la démographie quand même. C'est d'abord ça je crois non ? »

599 A1 : « Notre problème, c'est que les gens ne sont plus hospitalisés, ils sortent après 24 ou 48h
600 d'hospitalisation et on a tout le travail derrière, les pansements, les plaies opératoires... On a
601 énormément de travail... »

602 A4 : « Sans compter le travail administratif... »

603 A1 : « Ah ben là... pff »

604 A4 : « Non mais pour nous, médecins généralistes, si on prend le temps qu'on a dans une
605 consultation, le temps d'examen pur pour le temps de papier... je pense qu'on a facilement
606 2/3 papiers pour 1/3 d'examen ! Et je pense que pour vous c'est pareil. Maintenant, ils veulent
607 qu'on ait de la traçabilité sur tout, ça va être absolument démoniaque au niveau temps. Et
608 c'est pour ça qu'on garde le paiement à l'acte, parce que de toute façon, on ne pourra pas en
609 faire plus ! »

610 M : « On continue le tour de table... 2, ton réseau de rêve ? »

611 A2 : « J pense que si on prend entre le bon et le mauvais, qu'on fait une synthèse de tout, on
612 devrait arriver à quelque chose de correct, avec la crainte toutefois, que ce soit dirigé
613 effectivement par l'ARS de façon autoritaire. »

614 A4 : « Les maisons, les pôles de santé, avec les subventions des conseils généraux, des
615 villes... c'est pour qu'une fois que le paysage national sera bien... »

616 A1 : « Cadré ! »

617 A4 : « pieds et mains liés », maintenant les ARS, on met des gestionnaires dedans, et on gère !
618 Et à coups de trique ! C'est pareil pour les réseaux. On ne mettra pas un médecin, mais on
619 mettra un gestionnaire ! Celui qui a fait une école de commerce et qui dira : « on a des
620 objectifs à atteindre et on doit atteindre ça ! » »

621 M : « C'est ce que font les anglais, et les professionnels ne s'en plaignent pas... »

622 A4 : « Mais tout dépend de la carotte qu'on te met au bout ! En Angleterre, la carotte est
623 bonne, elle le sera peut-être moins en France ! »

624 A2 : « L'intérêt quand même moi je crois, c'est que ça formalise tout le tissu socio-médical,
625 de façon à travailler ensemble. Ça peut être l'assistante sociale, c'est l'infirmière, le
626 podologue, l'ergothérapeute, la diététicienne ... Alors après, comment orchestrer tout ça ?
627 Pfft !!! »

628 A1 : « Est-ce qu'on va se retrouver comme dans un service hospitalier... C'est ça, moi
629 j'aimerais bien savoir un peu comment ça va être structuré, quelles sont les personnes qui
630 vont être ce noyau-là, qui vont gérer le réseau ? Si effectivement c'est pluridisciplinaire, qu'il
631 y a une assistante sociale qui va régler les problèmes de personnel pour une personne
632 Alzheimer, une diététicienne pour le réseau diabète, ça c'est bien... si on peut s'adresser à
633 une seule personne. Mais est-ce que l'équipe sera formelle et toujours la même ? »

634 A3 : « Dans les réseaux, on a quand même rarement, nous médecins, à faire à des médecins en
635 fait... »

636 A2 : « Ben c'est l'intérêt ! »

637 A3 : « On ne les voit pas, enfin, on les voit très peu... »

638 M : « Mais je pense que l'idée de cette réorganisation, c'est quand même que le réseau soit
639 l'interface entre la médecine de ville et l'hôpital... Il n'a pas forcément de poids « médical »,
640 c'est plutôt comment il peut nous permettre de nous organiser mieux, de faire le lien entre les
641 deux ? On a rarement affaire à des médecins, mais est-ce que c'est le rôle du réseau ? »

642 A4 : « Je pense qu'on ne met pas suffisamment le patient en premier, on pense toujours à nous
643 en premier... »

644 A1 : « Il sera dans l'enceinte de l'hôpital ? Ça partira de là ? Ou ça sera plus autonome ? »

645 A3 : « C'est loin d'être sûr ça, l'autonomie... »

646 A1 : « C'est par souci d'économie à la base ou pas ? »

647 A3 : « Ou c'est pour mieux nous torpiller après ? »

648 A5 : « Je crois en fait que le but, c'est d'organiser la médecine libérale, et d'avoir des
649 relations avec le monde hospitalier. Et ce n'est pas le contraire ! Après, je crois qu'on s'est
650 toujours trompé, parce que, quand on s'est organisé au départ, on a été pris sous la coupe de
651 l'hôpital parce que l'hôpital offrait les locaux, parce que l'hôpital offrait une partie du
652 personnel, parce que si, parce que ça... et ça a été à la base créé par les hospitaliers aussi...
653 Ceux qui étaient promoteurs au départ, c'étaient des médecins hospitaliers, donc ils ont gardé ça à
654 eux. Mais le but du réseau, c'était normalement de s'organiser entre nous. Mais est-ce que
655 nous, on est capable de s'organiser et d'être vraiment un réseau ? Par ce que c'est ça qu'il
656 faudrait ! Qu'on soit un réseau, les libéraux, et qu'on ait des ramifications avec l'hôpital, et ce
657 n'est pas le contraire qui doit se passer. Mais est-ce que nous on est capable de prendre en
658 charge un tel système ?... Moi j'en suis pas sûr parce qu'on a quand même du boulot, on a
659 quand même du travail, tous... Il faut du temps, gérer un réseau comme ça, ça bouffe
660 énormément de temps... »

661 A4 : « J pense que le gestionnaire du réseau, ça sera un temps plein... »

662 A5 : « On est bien d'accord ! Mais est-ce que les libéraux seront capables de reprendre ça ? Je
663 ne pense pas moi... On va rester toujours dépendant de quelqu'un ! Et ce sera de l'hôpital je
664 pense... »

665 A4 : « Ben non ! »

666 A1 : « Quelqu'un qui soit à la veille de sa retraite et qui décidera de ... »

667 A4 : « Un médecin ? »

668 A2 : « Ah ben non, justement, au contraire. Ce n'est pas forcément un médecin, ça peut être
669 au contraire quelqu'un qui ait des yeux un petit peu différents. »

670 A5 : « Dans ce cas, il faudra changer de médecin tous les ans sinon il ne tiendra jamais à la
671 longue ! »

672 M : « Non, mais on peut imaginer un gestionnaire du réseau qui soit rémunéré par le réseau,
673 qui ne dépende ni de l'hôpital ni de... »

674 A5 : « Ah d'accord, on y vient alors ! »

675 A2 : « On en revient à ce que je disais tout à l'heure... Ils finiront bien à l'ARS par nous
676 trouver quelqu'un qui sera ça. Il y a suffisamment de médecins à l'ARS pour en trouver un là-
677 dedans. »

678 A5 : « Quand je vais à l'ARS, ils nous font travailler sur les réseaux, les délégations de
679 tâches. Mais on travaille à part, il y a les hospitaliers qui travaillent dans leur coin, et nous les
680 libéraux qui travaillons dans notre coin, ça ne va pas ! Après, soit disant qu'on doit être
681 confrontés... Mais je vois bien comment ça se passe, les uns en foutent plein la gueule aux
682 autres, et les autres font la même chose de leur côté (*Rire*). Je ne rêve pas, je ne vois pas trop
683 de solution, d'ouverture. Après, je pense que s'il y a un nouveau réseau, c'est nous qui

684 devront travailler, les libéraux organisent ce réseau, sont capables de le faire vivre, et après on
685 étend vers l'hôpital...»

686 A3 : « En fait c'est un réseau libéral... »

687 A7 : « Moi je voudrais déjà savoir qui c'est qu'on va faire rentrer dans ces réseaux ? Toutes
688 les pathologies chroniques ? »

689 A1 : « Ah oui, c'est large, hein ! »

690 A7 : « Il va falloir réussir à trouver sa place là-dedans parce que... Libéral ? Pas libéral ? Il
691 faut que le médecin généraliste il arrive à voir ce qu'il aura à faire, et pas à voir faire ! Parce
692 que c'est souvent ça, on voit faire mais on ne fait plus... »

693 M : « Je pense que tous les professionnels sont d'accord, si on s'intègre à un réseau... »

694 A1 : « Si on s'intègre à un réseau, il faut qu'on soit actif. »

695 A7 : « Oui, mais il faut que ça serve au patient. Sur le problème social etc. Et sur le plan
696 médical, je voudrais savoir si mon rôle va changer, est-ce qu'il y aura une introspection dans
697 ce que je fais, tu comprends ? C'est ça qui me...»

698 A5 : « Le patient, ça lui a toujours apporté quelque chose. Prenons l'exemple de
699 REDIVHOM... Si on a un patient qui présente des troubles circulatoires... en téléphonant, on
700 peut le faire aller en consultation chez le Dr L., c'est très rapide. Pareil pour Age et Santé, si
701 on fait intervenir l'équipe mobile pour une évaluation, ça peut être rapide. »

702 A7 : « Oui, mais faut forcément que ce soit en réseau ? Parce que le problème du pied
703 diabétique qui va mal, on l'a connu avant les réseaux... les consultations rapides, en
704 téléphonant à un cardiologue ça s'est fait avant... Mais maintenant on dirait qu'il y a une
705 nouvelle donne, une nouvelle mode... Excuse-moi, je ne tire pas sur les maisons qui
706 regroupent... On n'entend plus que ça maintenant. Il ne faut plus que les médecins aient
707 quelque chose dans la tête, il faut qu'ils travaillent ensemble, sinon t'es mal soigné !
708 Maintenant il y a autre chose, c'est les réseaux ! Si t'es pas soigné par les réseaux, c'est la
709 catastrophe ! »

710 A4 : « C'est des modes ! »

711 A7 : « Ce n'est pas parce que le réseau existe que ça va combler les manques. Si j'ai une
712 carence dans tel ou tel domaine, ce n'est pas parce que je vais faire partie d'un réseau que tout
713 d'un coup, la nuit, ça va remplir mes cases, hein ! Si je bosse pas, ... » (*Rires A2, A3, A4 et*
714 *A5*)

715 A5 : « Oui, mais ça permet d'avoir de l'aide. »

716 A7 : « Oui, mais quand on est ignorant, on ne sait même pas à qui demander de l'aide ! Parce
717 que l'aide, personne ne te la refuse...»

718 A4 : « Mais c'est vrai que quand t'as une concertation entre plusieurs professionnels de santé,
719 quand t'es ignorant quand tu ne sais pas, tu leur demandes... Y'en a plus dans 2 têtes que
720 dans une seule ! Tu comprends ? »

721 A7 : « Oui mais vous faites une présupposition, c'est que sans réseau il n'y a pas
722 d'articulation entre professionnels de santé, or ça a toujours existé quand même... » (*Silence*)

723 A2 : « Ca élargit le champ quand même »

724 A4 : « Pas pour tout le monde... T'as des gens qui sont quand même très despotes et qui
725 veulent tout garder... « C'est à moi ça ! » ...Tu vois, un peu comme certains diabétologues
726 qui gardent tout pour eux... »

727 *Brouhaha*

728 A5 : « Le fait d'être à plusieurs et de se concerter, ça permet de faire avancer les choses... »

729 A7 : « Ah ben tout à fait, non mais tout à fait, ah ben tout à fait... mais moi je n'ai pas
730 l'impression que ça peut pallier tous les manques, c'est ce que je veux dire. »

731 A2 : « Non, tout à fait ! »

732 A1 : « Mais dans certains domaines... »

733 A5 : « Non, mais ça peut apporter au patient quand même certaines choses... c'était pour me
734 faire l'avocat du diable... Je pense qu'avec REDIVHOM, il y avait quand même des choses
735 positives, même si nos relations n'étaient pas bonnes, moi je crois qu'il y a quand même eu
736 des choses positives. »

737 M : « C'est sûr qu'un réseau ne peut pas tout régler ! Mais à nous d'essayer de trouver des
738 points qui nous posent problème et de voir si un réseau peut nous aider dans ces domaines-
739 là. »

740 A 6 : « C'est peut-être un peu plus clair pour moi que tout à l'heure... Ben on va retrouver les
741 mêmes personnes en fait. Les mêmes personnes mais on les met pas dans le même contexte. »

742 A4 : « Non, mais il y aura un bon réseau ! »

743 A6 : « Un nouveau réseau ! »

744 A4 : « Ça changera rien mais il y aura un nouveau réseau ! »

745 A6 : « Voilà... Ça me semble un peu... On déplace les choses quoi... »

746 A4 : « Mais je pense que t'as aussi des professionnels de santé qui aiment bien travailler dans
747 leur coin... et s'il y a un mode de rémunération alléchant... Je pense qu'au début ça va être
748 très alléchant pour que tout le monde rentre dans le réseau, comme ça l'ARS pourra
749 verrouiller tout ! »

750 A6 : « Alors par rapport aux pôles de santé, je ne comprends pas, ça fait encore quelque chose
751 en plus ! ...Ça va chapeauter ? Ou c'est à côté ? C'est... ? »

752 M : « Le pôle de santé, c'est pour un territoire donné. Le réseau, ça va être un réseau pour
753 l'ensemble des pôles. »

754 A5 : « Moi, mon réseau idéal, je l'ai ! (*Rires*) Alors, c'est à la tête, les libéraux pour la gestion
755 du réseau. Parce qu'on s'est rendu compte dans la gestion de certains réseaux, que l'argent
756 avait servi plus à favoriser l'hôpital que le libéral... Ça a servi à acheter des machines,... faire
757 un beau service de diabéto. Ce qui est important pour les libéraux, et moi je parle pour les
758 infirmiers, c'est la formation... Je pense que le réseau, ça doit être le centre de la formation. »

759 A1 : « De la formation ou de l'information ? »

760 A5 : « De la formation... Et alors l'information, les paperasses, tout ça pour moi, ça ne doit
761 plus exister... Il faut arriver au dossier médical partagé ou dossier informatique, peu importe
762 la façon dont on l'appelle, j'en ai rien à foutre mais il faut que tout le monde se rassemble et
763 travaille là-dessus... Alors on avait déjà dit, prendre la base d'ICALOR, voir si on peut...
764 rassembler. Mais il ne faut qu'un seul truc. Il ne faut pas 50 dossiers, avec 50 codes pour se
765 connecter...»

766 A2 : « S'il n'y a qu'un seul truc, ça sera le DMP, Dossier Médical Personnel. »

767 A5 : « Et il ne faut qu'un seul dossier, pour ne pas avoir de doublons, et après il faudra savoir
768 qui rentre quoi comme informations. Si c'est les infirmiers qui rentrent les données, et
769 pourquoi pas ! Si comme avec ICALOR, on est payé 25 euros pour rentrer les données, rentrer
770 les traitements, pour que tout le monde puisse se partager les résultats des prises de sang...
771 moi je pense que c'est une bonne solution. Et après, il faut reconnaître... Il faut reconnaître
772 que si le personnel est formé à tout cela, que l'on reconnaisse les compétences, ce n'est pas à
773 l'hôpital de gérer 3 fois par semaine les pansements, on est capable de gérer les pansements,
774 qu'on est capable de les consulter quand on a besoin, par l'intermédiaire du médecin
775 généraliste... Mais on peut les consulter nous les libéraux, et les envoyer... Enfin, on est
776 quand même capable de décider... C'est pas à eux de décider... Moi je vois des fois ils y vont
777 pendant des mois alors qu'il n'y a rien, ils continuent à y aller 2 fois par semaine alors qu'il
778 n'y a plus rien (*Al acquiesce*). En libéral, on aurait laissé tomber le pansement depuis belle
779 lurette ! »

780 A1 : « Ah ben bien sûr ! »

781 A5 : « Hein ! Parce qu'il y a un moment où on s'arrête ! Alors quand on nous dit qu'on fait de
782 l'abus moi je rigole parce que quand on fait venir l'ambulance et tout le bordel et qu'on met

783 un pansement sec... et qu'on me fait venir aussi moi la semaine même le dimanche, pour
784 mettre un pansement sec sur un ongle... (*Rire de A4*) Non mais c'est pas des histoires que je
785 vous raconte là! »

786 A3 : « Oui, non mais on le voit... »

787 A5 : « Y'a un moment où faut qu'on arrête... Je veux bien travailler mais faire des conneries
788 pareilles ! C'est des débilites profondes ! Voilà, ça c'est mon réseau diabète ! »

789 M : « Ah bon ? J'avais cru comprendre que c'était encore ce qu'il ne fallait pas faire ? (*Rire*
790 *général puis silence*) Pour les entrées et sorties d'hospitalisations, est-ce que vous avez des
791 problèmes ? Vous avez des idées sur ce qui pourrait être mis en place ? »

792 A7 : « Ben quand tu adresses un patient, tu fais un courrier, où y'a à peu près tout
793 normalement... Le patient a sa dernière ordonnance... »

794 A4 : « Et quand il sort de l'hôpital, il sort avec un... théoriquement avec une enveloppe... »

795 *A5 éclate de rire*

796 A7 : « Une pré-lettre... Moi je n'ai pas tellement de problème avec les sorties
797 d'hospitalisation. »

798 A4 : « Moi non plus... »

799 M : « On considère que ça se passe plutôt bien ? »

800 A5 : « Ben moi je l'ouvre pas quand j'ai une fiche infirmière... et quand j'ai une fiche
801 médecin, je n'ouvre pas la fiche médecin. Mais si j'ai pas de fiche infirmière... si t'es là
802 comme un con un vendredi soir, si tu prépares les cachets pour le week-end... »

803 *Brouhaha*

804 A1 : « Ben moi j'ouvre l'enveloppe du médecin ! »

805 A4 : « D'ailleurs, je ne vois pas pourquoi c'est adressé au médecin... C'est quand même le
806 patient... On veut centrer sur le patient et là on est en train de centrer chacun sur
807 l'individuel... »

808 A5 : « Le problème c'est que les patients sont encore très cloisonnés... c'est encore très... »

809 A2 : « Le problème c'est qu'on ne leur explique pas à la sortie ce qu'il en est. En général, on
810 leur dit « Vous sortez cet après-midi » et avant de sortir on leur donne une enveloppe »

811 A1 : « Il y a des ratés quand même... »

812 A7 : « Ils ne leur donnent pas simplement une enveloppe... Moi je vois quand ils sortent de
813 médecine, ils ont une enveloppe et ils sortent aussi avec une ordonnance afférente. Moi je ne
814 vois pas de problème ! »

815 A4 : « Ca dépend des services. »

816 A1 : « Y'a des ratés quand même... »

817 A7 : « Ben à un moment donné on était appelé... C'est quand ils sortaient de Cardiologie,
818 quand le Dr V. était encore là... Au un moment donné, mais je croyais que c'était par rapport
819 aux médecins que c'était... Que c'était fait, par rapport au médecin généraliste. On ne leur
820 donnait pas de traitement. Alors y'avait pas d'ordonnance. Alors des fois t'étais appelé même
821 des fois le samedi après-midi pour faire une ordonnance à des gens qui avaient été vus le
822 matin... et ils connaissaient toute l'histoire médicale de la semaine ou des 15 jours
823 d'hospitalisation... Donc on ouvrait le truc et ... et puis bon ben voilà, et puis vous
824 payerez ! »

825 A4 : « C'était peut-être le côté déontologique, où on voulait pas... »

826 A7 : « Mais c'était un rôle nul... C'était pour ça ! »

827 A2 : « C'était des médecins à l'époque qui ne voulaient pas que des patients sortent avec des
828 ordonnances de l'hôpital... »

829 A7 : « Alors moi j'en avais parlé avec le Dr V. et il m'avait dit « Ah mais attendez, c'est par
830 respect du médecin » et finalement ils ont évolué un peu là-dessus et finalement je trouve
831 qu'il n'y a pas de problème. »

832 A5 : « Ben parce que maintenant vous ne pouvez même pas appeler... en cardio par exemple.
833 Vous appelez et vous tombez sur l'infirmière qui vous dit « Ah ben je sais pas moi j'étais pas
834 là ! » et on leur dit « ben vous avez pas un dossier » et elle répond « Ah ben il est déjà parti
835 aux archives ! »... »

836 A1 : « C'est exactement ça ! »

837 A5 : « Ça c'est du vécu... Et ça arrive souvent, je vous promets... C'est difficile de
838 coordonner tout ça... Chacun voit midi à sa porte. »

839 M : « Et est-ce que de pouvoir obtenir des hospitalisations de jour ou des consultations ça
840 pourrait être intéressant ? De s'adresser à un... »

841 A2 : « Obtenir des rdv chez les spécialistes, c'est abominable, c'est que c'est plus possible !
842 Parce qu'il y a des priorités... C'est pour ça que les gens vont aux Urgences, parce qu'ils ont
843 une radio tout de suite, ils ont un scanner illico, etc. Ils ont une consultation de neuro le
844 lendemain... Si tu veux une consultation de neuro aujourd'hui, on te dit « dans 3 mois et
845 demi ! », en cardio, on te dit « dans 3 mois »... »

846 A1 : « Ah oui... en cardio c'est 3-4 mois ! »

847 A7 : « Ah ben si tu téléphones... Moi hier... »

848 A2 : « Ah oui mais attends (*S'emportant*), si tu fais la secrétaire toute la journée, là d'accord »

849 A7 : « Ah oui non mais je suis d'accord avec toi... Mais en Urgence »

850 A2 : « Mais moi, je suis désolé, mais j'ai décidé que je n'étais pas secrétaire. Et quand un
851 médecin de l'hôpital dit au patient « Dites à votre médecin de téléphoner », moi je lui dis
852 « Merde » au médecin. Ce n'est pas à moi de passer le coup de fil, j'suis désolé ! »

853 A7 : « Oui, je suis d'accord avec toi. »

854 A2 : « Alors ce que je fais maintenant, je leur envoie des mails ! Je leur dit « Il faudrait que tu
855 voies untel, j'ai tel et tel problème... » et ils me répondent, ils regardent le lendemain, ils me
856 disent « ok, on va les convoquer » et je perds beaucoup moins de temps. Et le téléphone,
857 arrête, on n'est pas là pour téléphoner pour prendre un rdv pour les patients eh ! »

858 A1 : « Mais est-ce qu'un réseau va changer ça ? »

859 A7 : « Mais c'est aussi un problème de démographie médicale ! »

860 A2 : « Non, le réseau va au contraire aggraver la situation, parce que ceux qui seront pas dans
861 le réseau, ils ne seront pas prioritaires ! »

862 A7 : « Voilà, c'est ça, il va y avoir 2 poids, 2 mesures... »

863 A2 : « Exactement ! Ça peut être dangereux. »

864 M : « Un problème de démographie médicale ? Il n'y a quand même jamais eu autant de... »

865 A2 : « Il n'y a jamais eu autant de médecins et ... on a pas plus de consultations ! »

866 A5 : « Pour les infirmiers... C'est là où ils sont débiles à l'ARS, ils nous disent « Y'a plus
867 d'infirmiers ». Y'en a pas plus, y'a toujours le même nombre de cabinets, voire moins, y'a
868 plus d'infirmières, parce que maintenant, la plupart travaille à mi-temps... Donc y'a plus
869 d'infirmières sur le papier, mais en cabinet y'a toujours le même nombre. »

870 A1 : « Oui, et puis il faut assurer presque 24h/24 donc on a bien été obligé de se mettre à
871 deux... »

872 A7 : « Oui mais tu vois par exemple pour la cardiologie... toutes les vérifications qu'il y a à
873 faire etc. quand ils posent des pacemakers, des stimulateurs etc... Bon, c'est les dernières
874 années de la vie des gens qui nécessitent des soins des soins des soins quoi... »

875 A4 : « Et ça sera encore pire »

876 A5 : « Ah ben maintenant, c'est 80% de notre clientèle c'est des personnes âgées... »

877 A2 : « Regarde les ophtalmos, y'a 10-15 ans, y'en avait 2, t'avais des rdv sur 1mois. »

878 A3 : « Oui mais ils ne faisaient que les lunettes ! »

879 A2 : « Oui, mais maintenant, le fond d'œil il est revu, la cataracte elle est revue et re-revue...
880 Et voilà, ils ont un fonds de commerce et c'est terminé ! »

881 A5 : « Pour nous, dans les insulinothérapies chez les personnes âgées maintenant, le soir, il
882 faut faire les cachets, mettre les gouttes dans les yeux, faire le pansement parce qu'elle s'est
883 écorchée en mettant son bois dans le feu, faire l'insuline, faire le dextro, enfin... C'est pour ça
884 aussi que je reviens au packaging de soins... Pour les personnes âgées, c'est plus... Pour nous
885 les infirmiers, c'est coter le premier acte entier, le deuxième acte à 50%, et à partir du
886 troisième acte c'est gratuit, on ne facture pas... (*Rire*) donc on se retrouve avec des
887 ribambelles de trucs toujours au même prix ! »

888 A7 : « Oui enfin bon... Mais c'est pareil pour nous... Nous c'est autre chose, c'est des
889 consultations à tiroir. Il y a des phrases terribles... « Je ne viens pas pour rien » (*Rires A2, A4,*
890 *A5, M*)... « Ah ben parce que d'habitude vous veniez pour rien ! » (*Rire collectif, se*
891 *transformant pour certains en « fou rire »*). Ils te sortent une feuille comme ça, avec une
892 liste... Le pire, je ne sais pas pourquoi, c'est quand c'est écrit au crayon de papier ! »

893 A1 : « C'est pour pouvoir gommer ! »

894 A7 : « Alors il faudrait vous déshabiller... Ah et puis y'a ça... et encore ça... (*Mimant le*
895 *patient se déshabillant et gardant un œil sur sa liste posée sur le bureau*) »

896 A4 : « Mais c'est tous les jours ! »

897 A7 : « Alors tu l'examines et puis on revient au bureau, et puis... « Oh ben y'avait encore
898 ça ! » (*Hilarité générale*) « Ah et puis y'avait encore mon pied »... alors tu lui dis « bon ben
899 vous vous re-déshabillez ! ». Non, mais si tu veux, ça c'est pas coté, non mais bon voilà... »

900 A2 : « Mets une affiche dans la salle d'attente : « Dites tout, tout de suite ! » (*Rire collectif*)

901 A4 : « C'est chronophage en temps, on passe un temps fou avec ces gens-là... »

902 A1 : « Et là tu ne parles que des soins... mais y'a tous les à-côtés ! Nous on est corvéables à
903 merci ! Enfin, on ne va pas rentrer dans les détails mais... »

904 A7 : « Oui, mais voilà, moi c'est pour ça que je pense que le paiement à l'acte est
905 complètement essoufflé »

906 A3 : « Oui, mais en fait, A7 t'as l'impression qu'ils sont dans un supermarché en fait... »
907 (*Toujours rire collectif...*)

908 A7 : « Bon des fois tu dis « Bon c'est fini, vous pouvez vous rhabiller » et t'entends qu'ils
909 remontent une deuxième fois sur la balance... (*Rire collectif*) alors je dis « combien qu'on
910 avait dit... au début ! » (*Regarde les autres participants rire*) Ah ben ce n'est pas toujours
911 rigolo comme ça, hein... Bon ça, c'est venu aussi de... Non parce que j'ai essayé d'analyser
912 ça ! C'est venu aussi du fait que tu revois les gens moins souvent, tu comprends ? Alors moi,
913 y'en a que je revois tous les 6 mois... »

914 A2 : « Ah ben ils viennent pour 6 mois, ils ne viennent pas pour rien, effectivement ! »

915 A7 : « Oui non mais un homme entre 50 et 75 ans... si tu le vois tous les 6 mois, une fois sur
916 2 y'a le toucher rectal à faire. Et là ils viennent et ils disent « Ah oui, mais y'a aussi le
917 problème de ronflement... et puis y'a le problème de tel type... » Non mais quand tu les
918 envoies chez le spécialiste, ils ont des grilles, des scores... t'as vu le temps qu'il faut ! Alors
919 que chez toi, c'est un petit truc parmi tant d'autres.... »

920 A5 : « Oui, mais leurs vies sont rythmées par les visites médicales ! (*Rires*) Y'a les visites
921 chez vous mais aussi tous les spécialistes qu'ils font ! Et quand ils rentrent ils disent « Merde
922 j'ai oublié ça... et ils le notent sur la liste pour la prochaine fois ! »

923 M : « Là on fait un peu de psychothérapie de groupe... »

924 A7 : « Non mais c'est vrai... »

925 A2 : « C'est tellement marrant... »

926 A3 : « C'est tellement drôle, tu pourrais faire un sketch avec ça ! »

927 A7 : « ... Non mais c'est vrai, j'y avais pensé quand j'étais allé voir Anne Roumanoff... de lui
928 parler de ça ! »

929 M : « Bon... Au niveau de la formation... Est-ce qu'on a trouvé notre bonheur ? La FMC
930 médicale a un peu de mal à fonctionner en ce moment... Est-ce que de faire des formations

931 pluri-professionnelles, ça motiverait un peu plus, qu'on soit... (*Aucune réaction*) Merci de
932 votre enthousiasme ! »

933 A4 : « Quand les formations ? »

934 M : « Ben ça peut être en soirée... mais on peut imaginer n'importe quoi... »

935 A5 : « Suivant les items de formation, on peut être ensemble... Moi j'en ai fait certaines,
936 euh... au bout d'un moment on lâche, on n'arrive plus trop à suivre, faut le reconnaître hein !
937 Je veux dire, il y a des sujets intéressants où on peut être ensemble et d'autres où c'est trop
938 technique »

939 A2 : « Oui, et puis on n'a pas les mêmes objectifs. Mais ça peut substituer un peu la FMC ou
940 renforcer la FMC, pour la relancer un peu... »

941 A1 : « Oui mais c'est toujours les mêmes qu'on voit ! »

942 A2 : « Ben oui, mais après chacun fait ce qu'il veut... »

943 M : « Après... est-ce qu'un réseau local, qui élaborerait des protocoles... »

944 A1 : « On a déjà nous, avec certains laboratoires qui nous font des protocoles pour les
945 pansements... »

946 A5 : « Pfft, les protocoles... j'en ai un peu des mauvais souvenirs ! Y'a protocole et
947 protocole ! Des protocoles imposés par l'ARS par exemple, sur les délégations de tâches,
948 c'est des trucs qu'ils ont déjà définis eux et pfft... Ils ne veulent pas euh... Si on va un peu à
949 droite ou un peu à gauche, ça ne les intéresse pas, il faut travailler dans la lignée du protocole.
950 Si on n'a pas notre avis à donner sur l'utilité du protocole, ben moi ça ne m'intéresse pas !

951 A1 : « Ben les protocoles imposés, dans les dialyses ou les choses comme ça, on est bien
952 obligé de les suivre et ils sont corrects. »

953 A5 : « Oui, mais par exemple sur les pansements, il y a pas mal maintenant d'infirmières qui
954 ont fait des DU en plaie et cicatrisation, y'a pas besoin de protocoliser... Et puis la formation,
955 il faudrait la rendre obligatoire... Le problème c'est qui faut être volontaire »

956 A2 : « Mais on ne peut pas la rendre obligatoire »

957 A4 : « L'obligation c'est pas bien »

958 A5 : « Ah bon ? »

959 A4 : « Et puis la formation c'est chronophage... »

960 A2 : « Et puis chacun choisit ce qu'il a envie de prendre »

961 A5 : « Par obligation j'entendais... je me suis peut-être mal exprimé, il faudrait un certain
962 nombre de formations obligatoires dans l'année sur toutes les formations proposées. Il
963 faudrait par exemple avoir 2 ou 3 formations obligatoires dans l'année. Pas toutes les
964 formations... mais il devrait y en avoir 2... »

965 A2 : « Non mais tu peux avoir des formations en réunion comme ça, tu peux te former en
966 allant sur Internet, tu peux te former avec la lecture de quotidiens, de revues, etc. Chacun a sa
967 manière de faire. Après, effectivement, comment on va contrôler ça ? Ça devient extrêmement
968 difficile... Et c'est pour ça que ça foire depuis 10 ans ! »

969 M : « Et les formations que vous suivez dans le cadre des réseaux, elles vous sont
970 rémunérées ? »

971 A1 : « Non ! »

972 A5 : « Ben si ! Ben y'a que moi qui suis payé alors... »

973 A5 : « Mais je pense que les gens qui participent au réseau, il faut qu'on montre de la bonne
974 volonté en allant se former aux formations internes au réseau. »

975 A7 : « Oui, je ne dis pas ça mais bon... »

976 M : « Et le dossier médical personnel, ou partagé... ? »

977 A7 : « Ben il y a déjà eu des tentatives des institutions avec le carnet, c'était pas mal ce
978 système... Moi avant les carnets j'avais fait des cahiers... Y'en a qui les ont toujours. »

979 A3 : « C'est bien le carnet ! Et puis quand t'es là en urgence, t'es content, t'as les antécédents,
980 t'as le traitement... »

981 A2 : « Y'en a pas beaucoup quand même... »
982 A4 : « Et maintenant t'as un truc qui est bien, c'est la consultation de synthèse, tu laisses ça au
983 patient, ça peut être sympa, ça peut être bien. »
984 A3 : « Ouais... je fais pas trop moi ça... »
985 A4 : « Ben t'es payé pour ça... »
986 A3 : « Ouais ouais... j'ai reçu un truc de la MSA... consultations... » *(Rire A1)*
987 A4 : « Non mais c'est bien, tu reprends ton patient, tu reprends tout... Moi j'aime bien. Pour
988 toi tu t'en fous, mais en urgence quand tu vois qu'il a fait ça, ça et ça... c'est bien, t'as le
989 résumé.»
990 A7 : « Oui, mais quand t'as le carnet de santé rempli... Moi ma hantise c'était d'arriver chez
991 les gens et t'as rien ! Y'a des médicaments partout et ... « Qu'est-ce que vous prenez ? »...
992 ben... Bon ça c'était quand les gardes étaient pas encore régulées. Maintenant, tu sais où tu
993 vas... Enfin... Après *(En montrant le dictaphone)*»
994 A2 : « Oui parce que demain on sera sur Facebook ! »
995 A7 : « Ah, le réseau social ! »
996 A4 : « Et Twitter ! »
997 M : « Ah ben justement, on parle de réseau social... Est-ce qu'un annuaire de toutes les
998 structures médico-sociales... »
999 A4 : « Les CLIC et les clacs ! » *(Rire)*
1000 A5 : « Ben moi il m'arrive souvent de remplir des dossiers... »
1001 A3 : « Le problème c'est que plus tu vas avoir de structures parallèles, moins tu vas avoir
1002 d'activités intéressantes... »
1003 A4 : « Moi l'annuaire, je trouve que c'est un truc qui ne m'intéresse vraiment pas du tout... Si
1004 tu envoies quelqu'un dans le réseau... Je reprends l'exemple du réseau Age et Santé... Je n'y
1005 connais rien, je fais appel à des gens qui s'y connaissent, et qui eux vont savoir gérer avec
1006 CLIC, avec « Clac » ou avec « Clouc » !... »
1007 A3 : « Oui mais quand tu fais un listing au patient... »
1008 A2 : « Non mais c'est pas pour le donner au patient l'annuaire ! C'est pour que nous on
1009 l'ait... »
1010 A3 : « Ah oui d'accord... »
1011 A2 : « Oui, enfin on s'en est tous plus ou moins fait un, d'annuaire... »
1012 A5 : Y'a des trucs qu'on fait, et c'est pas à nous... enfin vous devez le faire aussi... remplir
1013 des dossiers de demande d'aides, etc. Bon quand les gens ne savent pas écrire... Moi j'étais
1014 venu faire un pansement mais je remplis aussi le dossier.»
1015 A3 : « Avant une anesthésie, c'est toi qui remplis le dossier entièrement maintenant... »
1016 A2 : « Oui mais c'est normal, t'as toutes les informations... les gens savent pas toujours »
1017 A5 : « Oui mais pour les dossiers d'aides etc... à Age et Santé, il y a des assistantes
1018 sociales... »
1019 A1 : « Ben pour l'APA, ils se déplacent, il y a des gens qui viennent à la maison et qui
1020 remplissent les dossiers... »
1021 A5 : « Ah bon, ah ben ça je ne savais pas ! »
1022 A1 : « Ah oui, on te téléphone... t'es au courant... on les connaît, y'a 2 ou 3 administratives.
1023 Elles se déplacent, elles nous demandent si on a quelque chose à dire... »
1024 A5 : « Ça serait intéressant aussi comme formation, de savoir ce qui se passe chez nous ! On
1025 ne sait même pas ce qui se passe à notre porte... »
1026 A1 : « Oui, c'est vrai »
1027 A5 : « Oui et quand on avait... je vais revenir juste sur l'infirmière de liaison... À l'époque
1028 on avait une infirmière de liaison sur l'hôpital qui coordonnait les sorties et je trouvais que ça
1029 marchait quand même beaucoup mieux... Donc j'insiste sur ce fait ! *(En regardant le*
1030 *dictaphone puis rit)* Quitte à ce que le réseau paye une infirmière un équivalent temps plein...

1031 je pense que ça c'était vraiment un des progrès qu'on avait sur les sorties, même pour nous
1032 téléphoner quand les gens rentraient à l'hôpital... »
1033 M : « Y'avait une infirmière à l'hôpital ? »
1034 A5 : « Il y avait une infirmière qui faisait le lien entre l'hôpital, le centre de soins, et le
1035 libéral... Et ça marchait super bien... »
1036 A1 : « Ils nous appelaient pour savoir si on pouvait reprendre notre patient tel jour, pour les
1037 soins, avant la sortie. »
1038 A5 : « Elle était employée par le réseau Age et Santé je pense hein... elle était détachée de
1039 l'hôpital sur le réseau et ça c'était bien pratique... »
1040 M : « Si vous avez d'autres idées qui vous viennent dans la nuit, vous pouvez très bien
1041 envoyer un mail il n'y a pas de problème ! »
1042 A4 : « Si ça fait avancer la thèse c'est bien hein ! »
1043 A2 : « On aura un exemplaire Amandine ? » *(Rire)*
1044 M : « Bon on va peut-être s'arrêter là. Merci pour votre participation ! »

Transcription du Focus Group B

9 participants :

B1 : Pédicure-podologue libéral, participe aux réseaux Age et Santé et REDIVHOM

B2 : Médecin généraliste, participe aux réseaux ICALOR et Age et Santé

B3 : Pharmacien libéral, participe aux réseaux Age et Santé et REDIVHOM

B4 : Infirmière libérale, participe aux réseaux ICALOR, Age et Santé et REDIVHOM

B5 : Médecin généraliste, participe au réseau ICALOR

B6 : Infirmière libérale, participe aux réseaux ICALOR, Age et Santé et REDIVHOM

B7 : Médecin généraliste, participe aux réseaux ICALOR, Age et Santé et REDHIVOM

B8 : Médecin généraliste, participe aux réseaux ICALOR, Age et Santé et REDIVHOM

B9 : Infirmière libérale, participe aux réseaux ICALOR, Age et Santé et REDIVHOM

Durée : 2h25

- 1 M : « On démarre ? Première question, quel bilan feriez-vous des réseaux de santé
2 thématiques auxquels vous avez jusque-là participé ? »
- 3 B6 : « Moi, je fais partie du réseau Age et Santé, mais ce que je regrette un peu, c'est
4 qu'on ne sait pas forcément quel patient en fait partie. Pour le réseau ICALOR, il y a le
5 classeur... bon, quelquefois on est prévenu, quelquefois on découvre le patient... euh le
6 classeur chez le patient et on dit « Ah, il fait partie du réseau ICALOR! ». Bon ça c'est un
7 petit peu... embêtant ! »
- 8 B5 : « Un très beau classeur ! » (*Rire collectif*)
- 9 B6 : « Et très fonctionnel aussi »
- 10 B7 : « ICALOR, j'ai essayé mais c'était trop fastidieux. Je me suis heurté à des difficultés
11 d'ordre technique insurmontables. Pour REDIVHOM, c'est très bien... l'avantage, je dirai
12 que c'est les réunions régulières de formation. Et j'y ai trouvé un attrait important dans la
13 mesure où, par le biais du réseau, on a pu organiser des petites réunions dans mon village,
14 auxquelles participaient quelques patients motivés. Mais bon ça a été... Il y en a eu 3 ou 4
15 maxi. Mais le fait de mettre mes patients dans le réseau, j'ai pas eu l'impression que ça ait
16 apporté beaucoup parce que bon... aucun de mes patients, à part ceux qui étaient aux
17 réunions, n'a bénéficié d'avantages sur le plan de la prise en charge. Bon après c'est pareil,
18 faudrait un numéro d'accès direct. On était censé pouvoir euh... L'avantage c'était peut-
19 être aussi qu'avec le réseau, on était plus motivé... Je parle au passé parce que depuis qu'il
20 y a une fusion des réseaux, moi je n'ai plus de patient qui ... Du fait de la distance déjà...
21 pour avoir accès à l'hôpital de Bar le Duc déjà... Ah oui, c'est ça que je voulais dire...
22 L'attrait principal du réseau pour moi en tant que médecin, c'était de motiver les patients
23 pour des soins de pédicure, ce qui est très difficile. Déjà nous, on a une petite... pas
24 répulsion mais déjà, bon euh... La consultation d'un diabétique ça prend déjà énormément
25 de temps, et ce n'est pas vous qui allez me contredire (*A ses confrères*). Alors il faut
26 trouver la consultation qui est un peu plus calme entre 2 hémoglobines glyquées pour
27 éventuellement regarder les pieds ! C'est long. Quand on sait que par le biais du réseau,
28 qu'on l'a expliqué au patient... On a expliqué au patient qu'il est rentré dans le réseau, à
29 partir de là il sait qu'il peut aller consulter gratuitement un podologue pour avoir un bilan
30 podologique, ça motivait. Maintenant, le fait de ne plus y être... j'ai l'impression d'avoir
31 moins de poids sur mes patients pour les faire aller chez le pédicure. Pour REDIVHOM,
32 l'inconvénient, c'est les fiches à remplir, les fiches annuelles, et les avantages, la

33 rémunération, bien qu'elle ne soit pas canon. Pour le réseau Age et Santé, j'ai trouvé que
34 c'était quand même pratique parce que ça s'adressait à nos patients les plus « démunis » du
35 fait de leur âge, il y avait une intervention relativement rapide du service et ça s'est
36 pratiquement toujours soldé à 100% vers des solutions d'ordre pratique. Tout ça fait que
37 dans ce réseau-là, je me suis senti plus euh, ça m'a permis de... de... Autant dans la prise
38 en charge du diabète je me sens à l'aise donc ça ne me posait pas de problème, autant pour
39 la prise en charge des difficultés des personnes âgées... eh bien j'ai trouvé que par
40 l'intermédiaire du réseau, on avait pas mal de solutions, sur le plan social c'était bien parce
41 que les études des APA, des conditions sociales des patients, tout ça c'est des choses qui
42 moi ne me passionnent pas vraiment. Donc dans le cadre de ces réseaux-là, c'était très
43 appréciable d'avoir un compte rendu au cabinet, des réunions quoi... où on reprenait le cas
44 de chaque patient qui était rentré dans le réseau avec l'infirmière et le médecin gériatre. Et
45 là, l'intérêt est majeur, parce qu'il y a discussion sur le traitement, l'ordonnance, la prise en
46 charge possible... Ça c'est le point positif. Le point peut-être un peu négatif, c'est peut-être
47 le suivi. Parce que bon, de mon côté, j'ai l'impression de mon côté, que quand tu fais
48 entrer un patient dans le réseau, après, comme bilan de suivi etc., dans le cadre d'Age et
49 Santé, ça ne m'a jamais trop passionné. Alors est-ce que c'est au médecin généraliste de le
50 déclencher ou alors au réseau de déclencher les visites... Là il y a un flou artistique que je
51 n'ai jamais résolu.

52 *B9 arrive en retard, s'installe, le modérateur lui redonne le principe de la réunion, lui*
53 *énonce la première question.*

54 B8 : « J'ai un peu les mêmes impressions que B7... Pour moi, il y a les réseaux où on se
55 sent vraiment intégré et où on partage quelque chose, et il y a les réseaux où on voit plutôt
56 disparaître les gens. Alors on va commencer d'abord... Pour le réseau diabète, il y a une
57 paperasserie très lourde au début, pour au final faire des choses qui de toute façon, même si
58 nous on les a déjà faites à domicile, seront refaites à l'hôpital. Il n'y a pas du tout de notion
59 d'économie... Et puis c'est un réseau où les patients se déplacent à l'hôpital, et... à partir
60 du moment où ils sont vus une fois, ils sont systématiquement re-convoqués ! Bon du coup
61 c'est bien parce que du coup on n'a plus rien à faire (*Ironique*)... mais honnêtement, je ne
62 vois pas très bien où est l'intérêt pour le médecin. L'avantage c'est qu'ils ont des rendez-
63 vous un peu plus vite chez l'ophtalmo, chez le pédicure... Alors l'avantage c'est aussi les
64 réunions où on peut participer, c'est vrai. Mais pour nous avec notre patient, je ne vois pas
65 d'avantage. Il n'y a pas de partage de..., d'échange au niveau des prescriptions, qui nous
66 sont imposées et avec lesquelles on n'est pas toujours d'accord mais on ne nous demande
67 pas notre avis. Alors que c'est tout à fait l'inverse avec le réseau Age et Santé où c'est
68 l'hôpital qui se déplace au domicile des patients (*B4 acquiesce*), qui prend contact avec les
69 infirmières, qui prend contact avec toutes les personnes aidantes autour de la personne, qui
70 se met au niveau de la personne, et qui demande à la personne ce qu'elle veut ! Là on est
71 vraiment tourné vers la personne. Bon, je trouve que ça tourne un peu moins bien en ce
72 moment... Peut-être parce que je... En plus, la grosse différence avec REDIVHOM, c'est
73 que le médecin de l'hôpital nous téléphone, l'infirmière nous téléphone, la coordinatrice
74 nous téléphone et on peut leur téléphoner... Alors ICALOR, je pense que ce qui est super
75 bien, c'est la visite de l'infirmière au domicile du patient. Parce que comme ça, quand
76 même, ils ont réussi à voir que les rillettes n'étaient pas le top dans le régime et que le sel
77 n'était pas non plus ce qui était conseillé... (*Rires de B4, B6 et B9*) Maintenant qu'on ne
78 fait plus de visite à domicile, on ne voit plus très bien comment mangent les gens à
79 domicile, même si on s'en doute ! Mais avant quand on rentrait et qu'on sentait le gras,
80 c'est sûr que... (*Rire B1*) Non mais, il y a des visites à ne pas faire, entre 11h et 12h...
81 pour sentir le graillon quand vous rentrez... C'est difficile hein... quand on va chez les
82 gens. Je pense que là il y a un échange quand même important avec l'infirmière. Et puis il

83 y a un truc qui n'est pas un réseau, mais que moi je ressens vraiment comme un réseau...
84 c'est l'HAD. Parce qu'on est complètement partie prenante, on a notre mot à dire, on est
85 pas du tout mis à l'écart... et voilà. C'est tout.»

86 B6 : « Ca dépend... Les médecins sûrement... Les infirmiers c'est moins... Disons qu'on
87 nous laisse les miettes quoi. Pour pas dire qu'on est évincé.»

88 B9 : « Ben c'est-à-dire qu'on nous donne des horaires... c'est 6h, 15h et 23h ! Alors nous
89 on choisit 8h... Mais ça marche maintenant. Ça marche mieux qu'avant, maintenant on a le
90 choix, on arrive à... donner un peu notre avis. »

91 B6 : « C'est pas la même vision ! »

92 B9 : « Ce que j'aime bien dans REDIVHOM, c'est les réunions qu'on fait une fois par an
93 (*B6 acquiesce*), on a contact avec les infirmières pour les pansements, choses qu'on ne
94 faisait pas avant... mais si on ne fait pas la démarche, on ne l'a pas. Moi je connais bien
95 l'infirmière qui y travaille, donc ça fait qu'on peut échanger. Quand les gens sortent
96 d'hospitalisation, on est prévenu et à la limite... enfin ce n'est pas REDIVHOM, C'est le
97 service de diabéto, enfin REDIVHOM c'est la diabéto ! (*Sourire général*) C'est un des
98 rares services où on est prévenu des sorties ou des pansements. Par contre, nous on a des
99 soucis au niveau des pansements, c'est-à-dire qu'à partir du moment où ils étaient pris en
100 charge par le réseau, donc par REDIVHOM ou par le diabéto, enfin c'est vrai que je fais
101 l'amalgame, eh bien on ne les voyait plus, on les voyait une fois, deux fois, trois fois par
102 semaine, mais à chaque fois, ils les revoient eux et ça sert à rien. Et même quand c'est fini,
103 ils arrivent à gratter je ne sais pas où... »

104 B4 : « Oui, ils refont des plaies ! »

105 B9 : « Bon d'un autre côté c'est bien pour nous, ça nous fait travailler, mais bon, ça coûte
106 cher ! Bon et il est vrai que REDIVHOM, c'est le Dr J. Et quand il a décidé de faire
107 quelque chose, quand il a décidé de prendre les gens, nous on est averti à la dernière
108 minute qu'ils vont faire un bilan par exemple... quand on a fait une prise de sang juste
109 avant ! Le réseau à proprement parler, c'est pas mal au niveau des réunions, des
110 informations. Mais dans nos patients, on n'est pas au courant de qui appartient au réseau,
111 on sait qu'ils vont en diabéto, mais on ne sait pas s'ils appartiennent au réseau ou pas.
112 Alors que pour ICALOR on sait parce qu'il y a le classeur. »

113 B7 : « Pour REDIVHOM il y a un classeur aussi mais il est peut-être moins évident, moins
114 apparent »

115 B9 : « Oui, nous on suppose que ceux qui sont diabéto sont REDIVHOM et puis voilà ! »

116 B8 : « Y'a encore les classeurs pour REDIVHOM ? Non ? Je ne sais pas, je demande... »

117 B9 : « J'en ai jamais vu »

118 B3 : « Moi non plus, je ne savais même pas qu'il y avait un classeur »

119 B9 : « Pour le réseau Age et Santé, on n'a pas trop de patients pris en charge... Ça se
120 raréfie on va dire. Il y en a eu beaucoup au début, maintenant, je ne sais pas si c'est les
121 médecins qui ... Parce que le problème, le médecin généraliste doit être adhérent au réseau
122 pour que les gens soient pris en charge alors que les médecins n'ont pas forcément envie de
123 faire toutes les démarches administratives, et la personne aurait peut-être bien envie
124 d'avoir des informations amenées par le réseau ... »

125 B1 : « Je crois que ça avait été corrigé dans les statuts, maintenant ils demandent la
126 permission au médecin traitant, s'il désire que son patient... »

127 B9 : « Moi, en tant qu'infirmière, je ne sais toujours pas si je peux... »

128 B4 : « Oui, vous pouvez être personne signalante directement au réseau »

129 B9 : « Et comme ça fait longtemps que je n'ai pas eu contact avec le réseau Age et Santé,
130 je ne sais pas trop ce qu'ils peuvent amener vraiment à l'heure d'aujourd'hui..., je ne sais
131 pas trop ce que les gens peuvent avoir grâce au réseau... Et le meilleur du top des réseaux
132 pour nous, évidemment, c'est ICALOR ! (*Rire général*) Vu qu'il a réussi à mettre en avant

133 le rôle de l'infirmière. L'infirmière, elle va à domicile, on peut voir l'alimentation ou la
134 sous-alimentation, le mode de vie : s'ils vivent seuls, en couple, tout l'entourage en fait ! »
135 B7 : « Et vous faites des rapports au réseau ? »
136 B9 : « Oui, donc grâce au système informatique Diatelec, on a un code, on accède et on
137 rentre nos informations... et si vous leur téléphonez, il y a toujours quelqu'un pour vous
138 répondre »
139 B4 : « Et puis il y a le système des alertes. On peut envoyer des alertes soit directement au
140 cardiologue, soit au médecin traitant... »
141 B9 : « En fait, quand on a pris toutes nos constantes, on rentre les données et on nous
142 suggère d'envoyer une alerte, soit au médecin traitant, soit au cardiologue, ... ou pas, et
143 après c'est à nous de juger. Et pareil, leur formation est très très bien. Et j'ai aussi adhéré
144 au réseau LORSEP, mais à part participer à des réunions, des AG... j'ai pas trop eu de ... »
145 B1 : « Moi j'appartiens à 2 réseaux, REDIVHOM et Age et Santé. Pour moi je vais dire
146 « c'est le pied », enfin on reconnaît et on connaît la podologie. Sinon, le reproche qu'on
147 peut faire, c'est que ce n'est pas un réseau ville-hôpital... c'est plutôt un réseau hôpital -
148 hôpital ! (B4 sourit) la ville là-dedans n'intervient pas beaucoup. Ce qui est intéressant,
149 c'est les réunions de formation, c'est de soigner des gens qui ne se faisaient pas soigner
150 avant. Avec le réseau REDIVHOM, on prend en charge les patients grade 2-3, avec Age et
151 Santé, c'est des soins gratuits pour tout le monde. Et puis on peut organiser des réunions
152 avec des patients, avec d'autres membres du réseau. Pour Age et Santé, c'est vrai qu'il y a
153 un classeur qui est assez pratique, qui est au domicile, il est sur la table et souvent il est
154 bien documenté. Ce qui est un peu différent pour REDIVHOM, c'est que les patients se
155 déplacent à mon cabinet. »
156 B8 : « Non mais c'est important l'histoire des classeurs. J'ai l'impression que le classeur
157 ICALOR, tout le monde s'en sert quand même. Il y a une page pour nous, on peut écrire,
158 une page pour vous (*Aux infirmières*), une page pour les spécialistes. On peut
159 communiquer avec ça. Et puis surtout quand les gens vont à l'hôpital, ils ramènent leur
160 truc. J'ai l'impression que les classeurs qui existent pour le réseau diabète, jamais ils ne les
161 demandent à l'hôpital... donc il n'y a que nous qui écrivons dedans donc je ne vois pas à
162 quoi ça sert. » (*Sourire B4*)
163 B4 : « J'rigole parce que souvent les classeurs disparaissent... »
164 B7 : « J'ai remarqué aussi »
165 B6 : « Enfin, on confond beaucoup réseau et le service de diabétologie »
166 B4 : « Non mais le patient était bien « réseau » »
167 B6 : « Ah oui, d'accord »
168 B9 : « Non, mais je ne sais pas si ça apporte quelque chose de plus qu'il soit au réseau ou
169 non ; il est en diabéto, point »
170 B4 : « Dans ces cas-là, le patient lui-même, il ne parle pas de réseau, il parle de diabéto ;
171 « je vais voir Dr J ». Ah bon, il a du temps à vous consacrer à vous et pas à nous ! (*Rires*)
172 Au final, on apprend que c'est le Dr B... »
173 B2 : « Alors... Moi, il y a une question que j'aimerais vous poser ; c'est la distance que
174 vous avez par rapport à Bar le Duc, parce que moi je suis la plus loin ? Vous êtes tous
175 implantés... ? »
176 B3, B4, B6, B7, B8 et B9 acquiescent
177 B2 : « Ben non, moi j'ai adhéré au réseau par philosophie ; au point de vue traitements, je
178 ne voyais pas trop ce que ça m'apporterait, ou point de vue biologie, etc. ... et puis, je me
179 suis aperçue, effectivement, que je n'ai jamais sollicité aucun des réseaux sauf ICALOR.
180 ICALOR, peut-être que l'avantage, il est dans l'informatisation du dossier qu'ils ont ; c'est
181 vrai que c'est le seul truc... effectivement, le classeur je le vois, bon j'écris dedans, mais le
182 côté informatique des choses a été beaucoup plus intéressant à exploiter. Voir des

183 infirmières au domicile des patients quand moi je ne peux pas passer, effectivement, ça
184 apporte un plus à mes patients qui fait que, du coup, ils se sentent beaucoup plus suivis,
185 beaucoup plus surveillés, sachant que effectivement, j'ai reçu plusieurs fois des alertes
186 directement sur mon ordinateur, comme quoi il faut que je retéléphone etc... Je pense que
187 cette interactivité assez rapide fait que peut-être ça a été un petit peu plus loin que... Le
188 réseau diabéto, nous, c'est vrai qu'on l'a très peu sollicité voire pas du tout étant donné
189 qu'on est une zone très frontalière et que pour les quelques pour cents qui restaient sur Bar le
190 Duc, pour nous, vu... Rares sont ceux qui étaient jusqu'alors suivis sur Bar le Duc jusqu'à
191 ce que... Le patient, je ne sais pas s'il est ou non dans le réseau ; on ne m'a jamais sollicité
192 de classeur et je ne pense pas que ça ait apporté quelque chose. Le réseau Age et Santé, ça
193 m'intéressait le côté social là où nous on a plus de mal d'aller parce qu'on n'a pas le temps
194 et qu'on n'est pas forcément au courant de tout etc... Et puis finalement, je ne sais pas si
195 c'est particulier à notre secteur aussi, mais on a beaucoup de communication avec nos
196 infirmières libérales, avec qui on a monté des espèces de réseaux virtuels je pense, on a
197 beaucoup écouté comment les autres travaillaient, donc nous, mettre en place des tas de
198 choses à domicile où tout le monde se laisse des petits mots, ça on fait ; les pansements, les
199 choses comme ça, on se donne rendez-vous, on s'appelle, on se voit au domicile du
200 patient ; donc, cette espèce de réseau a fait que même dans les impacts à caractère un peu
201 social où on avait besoin, y en a toujours un de nous, ou les infirmières, qui va appeler une
202 assistante sociale, ou qui va se débrouiller, ou qui connaît quelqu'un de la famille, pour
203 prendre la relève quand toi tu commences à t'essouffler parce que la prise en charge
204 devient trop sociale ou faisant appel à trop de choses APA etc... et c'est vrai qu'on a
205 l'impression de fonctionner assez bien avec nos correspondants locaux. Peut-être un petit
206 bémol depuis que j'ai entendu le podologue... Moi j'avais entendu qu'ils avaient droit à
207 une fois par an au podologue, réseau ou pas réseau d'ailleurs »

208 B1 : « Ils ont droit une fois par an à un bilan ; pas de soin »

209 B2 : « Ah, pas de soin ! D'accord, mais moi, bon une fois par an, j'arrivais quand même à
210 les envoyer chez le podologue. Un petit bémol pour la prise en charge des pieds ; mais,
211 bon, on n'a pas une grosse culture du réseau sur Commercy... ICALOR, oui, parce qu'on
212 les voit passer et on a quand même une montée en charge de nos patients Icalor. La
213 question du ressenti par rapport aux réseaux qui existent, là du coup, je me pose la
214 question : pourquoi je ne les ai pas activés... Est-ce que je n'en ai pas eu besoin ? Est-ce
215 que j'ai eu une méfiance vis-à-vis des... Oui c'est sûr que nous, il y a une question de
216 distance... Mais bon, à partir du moment où les infirmières prennent en charge, la
217 distance. »

218 B9 : « ICALOR c'est Nancy, donc la distance,... »

219 B2 : « Oui mais voilà, ... »

220 B9 : « C'est l'infirmière sur le plan local, qui prend en charge, et le médecin... Y a
221 une personne d'ICALOR qui ... qui visite en fait. C'est délégué... »

222 B2 : « Le problème d'ICALOR, c'est que ça apporte vraiment un plus au patient ; dans une
223 pathologie où superviser le patient, y aller régulièrement, le sensibiliser à certaines choses
224 se faisait peut-être, mal certainement, et qu'on n'avait pas le temps, qu'on ne les revoyait
225 pas assez souvent pour une prise en charge. Le diabétique, j'ai pas l'impression que ça a
226 changé grand-chose puisque voilà, ou il était sous insuline et vous passiez déjà, ou il
227 n'était pas sous insuline et il y avait un traitement oral et le suivi, nous on le faisait. Si y
228 avait pas de problème de peau, y avait pas de problème de peau... J'ai pas l'impression
229 que ça a apporté un plus à la prise en charge du patient ; c'est peut-être ça la petite nuance
230 avec ICALOR, il est arrivé dans un domaine où l'infirmière n'avait jusqu'à présent
231 quasiment aucun rôle. Dans l'insuffisance cardiaque, vous n'étiez pas présentes jusque-là

232 et tout à coup, oui ... Nous, pouvoir vous voir passer régulièrement au chevet du malade,
233 y avait un intérêt... »

234 B9 : « En dehors d'un soin... »

235 B2 : « Oui, en dehors d'un soin ; on est bien d'accord... »

236 B9 : « Oui, en dehors d'un soin... »

237 B2 : « Oui voilà, c'était un plus »

238 B9 : « L'insuline, on vient pour un soin et on ne va pas... »

239 B4 : « Ce qui est reconnu professionnellement, et y compris le patient, ils ont enfin réussi à
240 mettre un temps pour l'éducation, la prévention, et en fait, tous les autres réseaux n'ont pas
241 ça ; et ICALOR fait fort la dessus parce que ça permet... et l'infirmière va ouvrir la porte
242 de chez lui ; ça inclut forcément le passage d'une infirmière et donc forcément le patient
243 est vu ; on va lui accorder du temps au patient ; au début, il est peut-être un peu
244 réfractaire... »

245 B2 : « Par rapport à la diabéto, vous passez... »

246 B4 : « On n'a pas de temps donné... »

247 B9 : « Alors, ça existe au niveau de la sécu, mais il faut que le patient ait plus de 75 ans »

248 B4 : « Il faut qu'il ait plus de 75 ans, il faut qu'il soit insulino dépendant, il faut qu'il y ait
249 une prescription de son médecin traitant et il faut que le patient soit d'accord ; et il faut que
250 le patient téléphone à l'infirmière pour ça... »

251 B8 : « Et il faut déjà que le médecin traitant connaisse ; parce que moi, je ne connais
252 pas... »

253 B9 : « Les patients et les médecins traitants ne connaissent pas la nomenclature
254 infirmière »

255 B2 : « Et c'est une fois tous les quoi, trimestres ? »

256 B4 : « Non, c'est une fois par semaine »

257 B8 : « Ça ne risque pas d'être prescrit si on ne connaît pas » (*Rire B7*)

258 B4 : « De toute façon, il faut qu'il y ait déjà une demande d'entente préalable, des tas de
259 paperasses ; vous savez, notre nomenclature... »

260 B2 : « Tout à coup, c'est de l'éducation thérapeutique, chez le patient, à domicile ; ce qui
261 n'est pas fait, forcément en diabéto... Parce qu'on ne prend pas le temps... »

262 B8 : « Pas du tout ; en diabéto, il n'y en a pas du tout »

263 B2 : « C'est pas forcément le fait que l'infirmière vienne chez toi, parce que les
264 pansements dans le diabète, elles viennent, mais c'est le fait que tout à coup, effectivement,
265 on n'est pas dans le soin, on se pose et on se dit que voilà, on vient là rien que pour
266 discuter et que c'est une façon de faire de l'éducation thérapeutique individuelle qui
267 n'existe pas pour l'instant dans les autres prises en charge »

268 B9 : « On peut leur parler, mais ils ne captent pas parce qu'il y a le soin ; ce n'est pas la
269 même chose »

270 B7 : « Dans le diabète, il y en a beaucoup qui ont 45, 50, 55 ans ; je ne sais pas si la visite
271 de quelqu'un au domicile... Ce n'est pas ancré, ils viennent au cabinet médical, ils vont
272 faire leurs examens, consultation d'ophtalmo, tout ça ; ils se déplacent très facilement et je
273 pense que c'est plus difficile d'organiser une visite de suivi avec formation d'infirmière
274 spécialisée et tout ça, au domicile des patients pour expliquer comment il faut prendre leur
275 cachet de Metformine... Ça me paraît plus compliqué... »

276 B2 : « On pourrait imaginer qu'on ait le même temps en diabéto qu'ICALOR ; là on
277 pourrait se dire la diététicienne passe à domicile une fois tous les 3 mois, pour revoir un
278 peu avec eux leurs placards et regarder avec eux comment y font, etc... Ca ça serait
279 différent... »

280 B7 : « Oui, mais c'est plus le même budget... »

281 B2 : « On peut imaginer payer l'infirmière, que tu payes effectivement... »

282 B9 : « Nous on est à 24 € par ICALOR »

283 B4 : « Par unité d'une demi-heure on est à 24 € et pour la saisie quand la personne a un

284 INR, ou un changement de traitement... Dans ce cas-là c'est l'infirmière qui va en être

285 informée et c'est l'infirmière qui va récupérer ces données, qui va les rentrer sur

286 l'informatique pour prévenir ICALOR,... C'est bien segmenté ; on va dire il y a le temps

287 thérapeutique et le temps de la saisie »

288 B9 : « C'est 21 et quelque pour la visite et 2 euros je ne sais pas quoi pour... ça fait 24

289 euros »

290 B7 : « Dans le diabète il y en a quand même 50% qui sont actifs, et la visite de l'infirmière,

291 ça me paraît plus compliqué... J'essaie d'imaginer... »

292 B9 : « On peut faire différemment En groupe... Il y a quand même une visite qui est

293 intéressante pour les diabétiques, c'est de savoir comment ils vivent, savoir si un patient est

294 veuf, ou je ne sais pas quoi ; des fois t'ouvres le frigo, y a rien... Moi j'ai une dame, elle

295 fait tartines de confiture, elle mange que ça... »

296 B7 : « Une visite à domicile pour ces personnes-là, une visite à domicile une fois ou deux

297 dans l'année pour faire le bilan ou le point des conditions de vie »

298 B9 : « Il y a la visite médicale, faite par le médecin, et la visite, comme à ICALOR, où on

299 regarde autre chose, l'environnement,... Et les gens, ils nous parlent d'autre chose dont ils

300 ne parleraient pas au médecin ; des fois, ils ne montrent même pas leurs pieds alors que

301 nous... »

302 B3 : « Pour nous pharmaciens, c'est toujours un petit peu difficile, parce que ça reste

303 relativement... Moi je fais partie de 2 réseaux donc REDIVHOM et Age et Santé ; jusqu'il

304 y a 6 mois j'ignorais qu'ICALOR existait ; c'est lors de la formation d'ETP que j'ai appris

305 qu'ICALOR existait ; je ne sais pas ce qu'ils font... Je rebondis sur la communication, ça

306 c'est valable, de mon point de vue en tous cas... Pour REDIVHOM, ce que j'apprécie,

307 c'est ces soirées où on est toutes professions confondues ; c'est différent par rapport à une

308 assemblée de pharmaciens ou une assemblée de médecins ; le discours est différent et ça

309 permet une cohérence par rapport au discours que chacun va tenir. Pour le réseau Age et

310 Santé, j'ai participé à quelques formations ; je ne peux en dire ni du bien ni du mal, mais

311 faut voir que nous, on est un petit peu dans nos officines ; faut voir que quand quelqu'un

312 rentre en HAD.»

313 B6 : « Oui, là vous n'avez plus rien » (*Approbaton générale*)

314 B3 : « Mais au-delà du... J'ai un patient qui en est sorti a priori aujourd'hui, mais je ne

315 savais pas... officiellement... C'est sa femme qui est venue, alors je lui ai dit « ça y est, il

316 est sorti de l'hôpital ? » Elle m'a répondu « oui, il est en HAD ».»

317 B6 : « C'est pareil pour nous »

318 B3 : « Après, la place qu'on a trouvé, c'est dans la prévention, dans l'observance... (*B7,*

319 *B8 et B9 acquiescent*). Là aussi, pour certains médicaments, il faut apprendre aux patients

320 à quoi ils servent, à quel moment les prendre... et on ne peut pas franchement dire que

321 c'est une réussite complète. Je ne veux pas être méchant, mais je pense qu'il y aurait plus

322 de choses à faire avec nous (*B7 acquiesce*). Parce que vous, enfin nos patients, on les revoit

323 tous les mois, et on a peut-être nous un contact différent avec eux, on parle de choses

324 différentes. Et d'une manière plus générale, en sortant des réseaux, on aura peut-être des

325 choses à vous apprendre, mais ça pose le problème de la communication. Comment

326 communiquer ?

327 M : « Sur le classeur REDIVHOM, il y avait une page pour le pharmacien sur

328 l'observance... »

329 B7 : « Oui, il y a une page jaune où on pouvait marquer s'il y avait une consultation du

330 pharmacien. Oui, mais le pharmacien ignore que le patient est dans le réseau... »

331 B3 : « Je n'ai jamais vu de classeur... »

332 B7 : « Est-ce qu'il faudrait un tampon « adhérent réseau » sur l'ordonnance ? C'est sûr
333 qu'il y a un problème majeur de communication entre les professionnels de santé. Qui
334 adhère ? Qui n'adhère pas ? Et le patient ne sait pas non plus qui adhère au réseau. Quand
335 tu vois un patient diabétique du réseau, tu peux peut-être le diriger vers un pharmacien-
336 réseau qui pourra lui transmettre les informations qu'il a reçues dans le cadre du réseau.
337 Voilà, ça sert à ça, enfin moi je voyais ça comme ça... »

338 B4 : « Il faudrait mettre sur la porte d'entrée une étiquette adhérent à tel réseau... »

339 B3 : « Et il faudrait que nous on arrive à relayer complètement le discours, et ce n'est pas
340 évident non plus... C'est compliqué et puis encore une fois, nous à la pharmacie on est 7,
341 ils peuvent tomber en 7 mois sur une personne différente à chaque fois, alors que quand ils
342 viennent dans votre cabinet, ou quand une infirmière vient à domicile, c'est la même
343 personne à chaque fois. »

344 B2 : « Pour nous sur Commercy, les pharmacies sont plus petites, c'est sûr que c'est
345 toujours le même message pour le même patient, par les mêmes personnes. Il y a moins de
346 gens qui gravitent autour, c'est sûr ! »

347 B4 : « Alors moi, je participe aux 3 réseaux, j'en ai voulu au départ, j'étais motivée ! Je ne
348 vais pas redire ce qui s'est déjà dit, je vais essayer d'aller encore plus loin. Moi et ma
349 collègue, on travaille pour 90% avec le même médecin, on communique beaucoup... Donc
350 les réseaux, honnêtement, et ben... Le réseau Age et Santé, on les a appelés au secours une
351 fois ou deux, mais maintenant voilà, délai d'intervention de 3 mois, pour une situation
352 d'urgence... Quand ils sont arrivés, finalement on avait trouvé la solution avec le médecin
353 traitant. Le réseau Age et Santé est bien dans la mesure où c'est un réseau qui nous
354 contacte, qui nous appelle, qui nous dit : « Coucou, voilà, on existe, pour untel on va
355 passer, ça serait bien qu'on se voie, qu'on se parle... » et puis la suite... on n'a pas de
356 suivi. C'est-à-dire que si le réseau Age et Santé passe après chez le patient, il ne va pas
357 nous dire « Tiens on enverra le pédicure, l'ergo ou il va passer tel jour, si vous voulez
358 discuter avec lui venez tel jour... » Non, on n'a pas ce suivi-là, ou en tout cas, on n'a pas
359 ce retour d'information. Du coup, on va perdre de la crédibilité auprès de nos patients.
360 Parce que bien souvent, au départ, quand on introduit le patient dans le réseau, que ce soit
361 par le médecin ou par notre biais, on leur dit « Vous allez voir, ça va être génial, il y a du
362 monde qui va venir vous prendre en charge, on est tous là pour vous aider. Et puis quand
363 les gens sont passés, ils nous disent « Alors, vous avez eu des réponses ? » et pff... On met
364 en avant quelque chose et puis ça nous retombe dessus parce qu'il n'y a pas de retour et du
365 coup ça nous discrédite fortement auprès de la population. Pour le réseau ICALOR, il y a
366 un effet panique sur le réseau je trouve. C'est-à-dire qu'on apeure énormément nos
367 patients. A partir du moment où il y avait le médecin et l'infirmière qui intervenaient,
368 même si l'infirmière n'intervenait pas régulièrement, ça allait encore, le patient avait
369 l'impression de gérer sa maladie. A partir du moment où on les met dans un réseau, ça y
370 est, il est complètement paniqué. Sur les personnes âgées et fragiles que je suis, qui n'ont
371 plus tout à fait leur tête, ça a des effets délétères. Ils nous appellent tous les 3 jours pour
372 savoir « Vous venez pour le pansement ou pour la visite ? Vous venez pour la prise de sang
373 ou pour l'éducation ?... » Voilà, il y a un effet panique, qu'on met beaucoup de temps
374 derrière à planifier. Peut-être parce que l'introduction s'est mal faite, peut-être parce
375 que... »

376 B9 : « Ah oui, parce que moi ça ne m'arrive jamais ça ! »

377 B4 : « Avec le réseau REDIVHOM, on n'a jamais le droit à la parole. Techniquement, sur
378 les soins, c'est eux qui ont raison, et nous on est là pour faire le boulot ! On n'a pas de
379 moyen de communication, si ce n'est à un moment, si on apporte les preuves de ce qu'on
380 avance. »

381 B9 : « Ce que je disais tout à l'heure, c'est que ça change quand même. A moins que ce
382 soit parce que je la connais, je ne sais pas... Mais maintenant, les patients amènent leurs
383 propres pansements, parce que l'hôpital a des contrats avec certains labos... »

384 B4 : « Ce que je trouve dommage, c'est que ça met le patient pendant un moment à contre-
385 pied. Pour le patient, c'est terrible : il a une infirmière qui lui dit qu'il faut mettre tel
386 produit, et quand il va dans le réseau, ou au service de diabéto, on lui dit « Non, surtout pas
387 ça, on n'a pas ce produit-là, ça coûte trop cher pour l'hôpital ! » et du coup derrière on
388 rame pour convaincre le patient que ce qu'on fait c'est bien... ou c'est de la merde ! Mais
389 de toute façon, le patient doit prendre position et devenir acteur de sa santé. Et quand le
390 patient n'est pas prêt à devenir acteur de sa santé, et que nous on y va tous les jours, des
391 fois ça amène à des scènes difficiles. »

392 B9 : « Moi, je suis déjà venue, il y a un moment maintenant, ici avec... »

393 B4 : « Ça m'est arrivé d'accompagner les patients. Je les prends par la main et je leur dis
394 « Allez maintenant on y monte ensemble et on va aller résoudre le problème. ». Ça s'est
395 fini comme ça, il a fallu mettre le poing sur la table, avec les photos, etc., mais c'est
396 dommage d'en arriver là. »

397 B9 : « Mais là on parle de la diabéto... C'est difficile de faire le... la différence avec le
398 réseau. »

399 B4 : « On a peu de retour dans l'ensemble des 3 réseaux, peu de valorisation, pas tant
400 financière parce que ça à la rigueur je m'en fous complètement, mais plutôt sur le fait
401 qu'on a un diplôme, mais il faut encore qu'on arrive à le prouver, à démontrer que ce
402 qu'on dit c'est crédible. Et ça à la fin, ça a tendance à m'agacer fortement. D'autre part,
403 certaines professions, notamment les pharmaciens, je pense qu'on n'a pas à faire leur
404 boulot chez ICALOR. Le suivi du traitement et la saisie du traitement, j'estime que ce
405 n'est pas à nous de le faire. ICALOR pourrait intégrer le pharmacien pour remplir la fiche
406 traitement. Je trouve ça trop facile, sous prétexte d'une petite rémunération, d'aller
407 déléguer un travail qui entraîne une responsabilité »

408 B8 : « Dans les réseaux, il faudrait que chaque patient ait un carnet qui soit à la disposition
409 du médecin, de l'infirmière, du pharmacien... »

410 B4 : « Une dernière chose sur les réseaux, quand les gens viennent à domicile, y'a pas de
411 problème, mais quand il faut se déplacer, aller en consultation mémoire ou autre chose, les
412 patients s'épuisent un petit peu, c'est difficile de les motiver pour se déplacer. »

413 B5 : « Ben je crois qu'il y a une erreur de casting ! J'ai un peu de mal à en parler, parce
414 que... »

415 M : « B5 vient de découvrir qu'il appartenait à un réseau » (*Rires*)

416 B5 : « Tout à fait... Effectivement, j'ai 2 ou 3 patients dans le réseau ICALOR, 0 en Age
417 et Santé, 0 en REDIVHOM, 0 partout (*Rires*) donc je vais pas trop parler puisque j'ai pas
418 trop d'expérience... »

419 B2 : « Oui, mais justement, pourquoi t'as pas trop d'expérience... »

420 B5 : « Oui alors pourquoi... J'ai beaucoup entendu parler du réseau REDIVHOM, par mes
421 collègues, aussi bien B8 que M. Donc pourquoi je ne suis pas intéressé par les réseaux,
422 c'est parce que ... Bon tout d'abord, j'éprouve le besoin, naturellement, d'être entouré et
423 de faire partie d'un réseau... Le problème, c'est que faire partie d'un réseau, c'est
424 quasiment perdre ma possibilité de maîtriser les traitements. Là, je conteste presque tout,
425 presque tout ce que fait le Dr J., évidemment, entrer dans un réseau pour me faire
426 manipuler et me mettre au service d'un ... Au niveau ICALOR, j'ai un sentiment d'être
427 obligé de me soumettre à tout ça... j'ai beau analyser, mais ce n'est pas un problème
428 d'orgueil en fait, mais très souvent, on conteste forcément... Si on pousse les choses à
429 l'extrême, vu la multiplication de la prise en charge des maladies chroniques, il faudrait
430 multiplier... et tu perds encore plus la maîtrise des choses. Je ressens plus le besoin d'un

431 réseau unique, un réseau qui me permettrait à moi, les infirmiers... Pour moi, y entrer,
432 c'est ma fin en quelque sorte ; par contre pour moi, être dans un réseau où j'ai une adresse,
433 où je peux contacter quelqu'un, où je peux faire que les patients, ils sont plus
434 responsabilisés dans un système différent... J'ai toujours eu l'impression que les réseaux
435 étaient des espèces d'émanations hospitalières, ou de structures qui pouvaient s'organiser
436 en réseaux. Les réseaux tu multiplies les pathologies, tu perds les patients ; t'as des
437 diabétiques, t'as des insuffisants respiratoires, ...tu ne sais pas non plus quels sont les
438 résultats possibles. Un réseau comme REDIVHOM, les dépenses ça doit être faramineux »
439 B2 : « LORSEP, On les a fait intervenir sur... J'ai eu un besoin ponctuel sur un problème
440 bien précis, qui a été super bien géré par le réseau, et j'ai pas eu cette impression qu'ils la
441 recontactent, qu'ils sont repassés la voir, etc... on a parfois ce sentiment qu'ils... »
442 B9 : « Oui mais c'est parce qu'ils ne sont pas sur place, ce ne sont pas des locaux ;
443 REDIVHOM, c'est ici... »
444 B2 : « Oui, voilà, mais plus tu fais appel sur un problème bien précis, parce qu'à un
445 moment donné j'avais un problème et que le reste, je pouvais le résoudre avec mes
446 infirmières locales ; tu te sens... pouvoir sonner à une porte, ils gèrent un problème
447 particulier, dans une pathologie bien particulière, ils sont intervenus sur un besoin ponctuel
448 sans m'embêter, sans me prendre en charge complètement le patient ; je sais que si jamais
449 j'ai à nouveau à solliciter pour cette pathologie particulière, je n'hésiterai pas... Autant
450 pour une pathologie bien particulière insuffisance cardiaque, diabète, néphro, t'as
451 l'impression qu'ils se marchent un petit peu dessus et que ..., je ne vois pas comment dans
452 un réseau territorial, tu peux faire appel à une infirmière hyperspécialisée comme dans la
453 SEP par exemple ou en addiction... »
454 M : « Est-ce qu'on ne pourrait pas imaginer le réseau comme une courroie de transmission
455 entre nous et les réseaux spécialisés ? »
456 B7 : « Faudrait déjà qu'on sache ce qu'est un réseau territorial »
457 M : « On va y venir »
458 B5 : « Quand tu fais des séminaires, t'apprends quand même... Tant qu'on ne valorise pas
459 ta pratique, qu'on ne te permet pas de faire ton travail »
460 B2 : « Je le vis pas comme ça à un moment donné t'es quand même obligé de faire appel,
461 c'est pas forcément un manque de temps et j'avoue que, même dans l'éducation
462 thérapeutique, dans une prise en charge globale d'un patient, c'est vrai que l'intervention
463 d'une tierce personne qui arrive avec d'autres façons, si toi t'as pas réussi, si t'as essayé
464 pendant une semaine, 15 jours, avec toute ta bonne volonté et toute ton équipe autour de
465 toi, si ça passe pas, c'est qu'y a quelque chose qu'on a raté et de faire venir une tierce
466 personne dans cette communication avec le patient, ça va peut-être apporter quelque chose
467 que tu pouvais pas lui apporter à ce moment-là »
468 B5 : « Entièrement d'accord avec toi, ce n'est pas incompatible, mais la question est : faut-
469 il créer un réseau pour ça ? Faut-il créer un gros réseau thématique pour cela ? Prenons
470 l'exemple de REDIVHOM, REDIVHOM s'est quand même créé sur un vide, mais en fait
471 REDIVHOM est quand même une exagération monstrueuse ... On peut peut-être s'y
472 retrouver si on est infirmière... »
473 B6 : « Non, non » (*Désapprobation des infirmières*)
474 B5 : « Ou si on est pédicure podologue... »
475 B2 : « On n'a pas les mêmes besoins, on est parti sur des réseaux où on n'avait pas de
476 besoins »
477 B8 : « Je reviens juste en arrière sur ce que tu as dit : faire appel à un réseau pour des
478 problèmes ponctuels, alors apparemment c'est possible avec LORSEP, mais je n'imagine
479 pas possible ni avec Age et Santé, ni avec REDIVHOM, parce que quand tu demandes un
480 avis... On peut parler du service diabétologie comme on peut parler du réseau car je ne

481 vois pas la différence, ou même avec la gériatrie, délai pour avoir un rendez-vous, c'est au
482 moins 3 mois, minimum, et pourquoi c'est aussi long, parce qu'à partir du moment où ils
483 ont le premier rendez-vous, ils ont toute une cascade d'autres rendez-vous qui ne se
484 termine pas ; moi j'en n'ai pas besoin de ça ; j'ai besoin une fois d'un rendez-vous par
485 exemple d'un rendez-vous de diabète, et après je gère ou j'ai besoin d'un RV de
486 gériatrie et après je gère, d'autant qu'en gériatrie c'est souvent pour pouvoir
487 prescrire certaines molécules qu'on ne peut pas prescrire et que la réponse c'est, de toute
488 façon, on ne peut pas conclure après une seule consultation et il faut le revoir dans 3 mois
489 ou dans 6 mois, ce qui fait 6 mois de perdus, ce qui n'est pas grave parce que ça sert à
490 rien... En fait il manque de pouvoir utiliser un réseau pour un avis ponctuel ; quand tu fais
491 appel à des spécialistes qui sont dans le réseau, ils ne savent pas donner un rendez-vous
492 ponctuel ; c'est systématiquement : je reverrai ton patient dans 3 mois, sauf objection de ta
493 part... »

494 B2 : « Si tu veux, à mon avis le problème il vient que, et on va en débattre dans la
495 deuxième partie, les réseaux ont été créés par des gens qui n'étaient pas forcément des gens
496 de terrain, donc des hospitaliers ou des spécialistes qui ont dit : tiens, on va faire ça pour
497 eux. La grosse erreur, c'est comme dans l'ETP, c'est qu'à un moment donné, il faudra bien
498 que ce soit nous, professionnels de santé, qui disions : on va définir ce que nous, on a
499 besoin et là effectivement peut-être que le réseau sera beaucoup plus... Moi le réseau Age
500 et Santé, quand on me l'a présenté, j'y ai vu, moi, quelques intérêts : ça c'est intéressant, ça
501 c'est intéressant ; je n'ai, en fait, jamais eu besoin d'actionner les 2 leviers que j'estimais
502 intéressants, le reste ne m'intéressait pas ; et dans le réseau diabète, ben voilà, il a un ou
503 deux trucs qui me semblaient intéressants en me disant ça pourrait être intéressant qu'on
504 mette à la disposition des patients, du généraliste, ça ou ça, ça va être bien ; le reste
505 m'intéressait pas, ce qui fait que, au moment où tu as envie d'activer le réseau, c'est le
506 moment où toi tu as eu besoin de quelque chose et le réseau te rends pas forcément ; il va
507 falloir reconstruire les réseaux à mon sens à partir de ce que nous, on a besoin et pas de ce
508 que eux, pensaient qu'on aurait besoin. »

509

510 *5 minutes de pause*

511

512 M : « On passe à la deuxième question : qu'attendez-vous du nouveau réseau de
513 santé populationnel ? Avez-vous dans votre pratique actuelle des difficultés qu'un réseau
514 pourrait vous aider à résoudre ? »

515 B9 : « Au lieu de parler de réseau, on pourrait déjà parler dans l'idéal, de comment
516 travailler ensemble ; à partir de ce moment-là, le réseau va en découler ; comment nous on
517 voudrait travailler ensemble, ce serait déjà plus logique, et comment on pourrait intégrer le
518 patient dans tout ça. »

519 B5 : « Chez nous, à Dammarie, nous allons essayer de créer une maison médicale, une
520 petite maison de santé avec mon voisin et les infirmiers du Bouchon et ... Nous
521 fonctionnerions dans un pôle de santé ; avec Lisle en Rigault, et en fait toute la
522 problématique euh... l'intérêt, c'est de quadriller un secteur idéalement, ça aurait été
523 mieux de travailler avec Ligny, mais rien ne se fait à Ligny. »

524 B9 : « Mais pourquoi... Moi ce que je regrette, c'est qu'on soit obligé d'avoir un pôle de
525 santé ou une maison de santé pour travailler ensemble. C'est pas euh... »

526 B5 : « Je voulais juste situer... Donc après, pour travailler ensemble, il faut du temps, il
527 faut pouvoir se rencontrer, donc ça fait avoir un lieu qui peut être virtuel, et avoir des
528 pratiques communes, et en plus euh... ce qui me plaît, ce serait d'avoir un interlocuteur,
529 dans on va dire une nouvelle structure quelqu'un à qui je puisse demander... Tu décroches,
530 voilà, j'ai un problème avec telle personne, et cette personne, dans un réseau, va m'aider,

531 ou elle-même est formée à aller piocher à un endroit une réponse à ma problématique
532 ponctuelle. Voilà : des psychologues, des pédicures, des pharmaciens, des infirmières, un
533 ensemble de personnes qui pourraient, à un moment donné, débarquer... A eux de
534 déterminer l'espace, ... Il faut que je me dépatouille dans une consultation : il faut que je
535 téléphone, à l'hôpital : il est 8h15, y a personne, il est 8h30, y a personne, il est 9h15, y a
536 personne ; il faudrait quelqu'un qui m'aide à résoudre ce problème ; c'est un peu dans cet
537 esprit-là. »

538 B2 : « Alors, ce qui existe et que moi j'aime beaucoup et auquel j'adhère et qui s'est
539 construit comme ça, c'est dans le nord meusien pour les ados ; c'est un parent, ou toi
540 médecin, ou maire du village parce que tu as un souci avec un des gamins qui a un
541 problème ; tu as un numéro de téléphone unique et c'est cette personne-là qui dit on le fait
542 voir plutôt par un psychologue, ou est-ce qu'on met un éducateur en route, ou on fait une
543 déclaration au juge en cas de violences, etc., etc. ; ça c'est un réseau qui a été construit sur
544 des besoins qu'avaient des familles qui n'avaient pas d'interlocuteur, et des villes qui
545 savaient pas comment faire, des médecins qu'étaient paumés face à des ados en crise dans
546 les collèges... et c'est un mode d'entrée où tout le monde peut appeler ce numéro unique et
547 celui qui est embauché ne fait que dire : je prends en charge le dossier, j'accueille... Et ça
548 serait bien de pouvoir s'axer sur les entrées et sorties de l'hôpital. Ça c'est un truc euh...
549 Tu peux effectivement là, avoir une infirmière dans le pôle de santé qui sera
550 quotidiennement au courant de l'état de santé des patients et si y a besoin de le ré-adresser
551 à l'hôpital, c'est elle qui se dépatouille, c'est elle qui accompagne le malade. »

552 B9 : « Et, l'infirmière qui s'occuperait de ça... »

553 B2 : « Et elle serait embauchée par le pôle de santé. »

554 B9 : « Ah d'accord, c'est pas encore fait. »

555 B2 : « Ben c'est une réflexion déjà très très avancée. Ça c'est vraiment un truc qui, à mon
556 avis, sera intéressant. A l'inverse, l'infirmière, également numéro unique, la personne elle
557 sort de l'hôpital, le spécialiste appelle pour ramener le patient à domicile pour être sûre que
558 tout est fait, qu'elle sera prise en charge, qu'elle rentre pas un samedi à 9h du soir, etc..
559 C'est une coordination qui est en train de se créer entre l'hôpital et le pôle de santé qui
560 vraiment va répondre, si ça se passe bien, à une problématique. Donc là, l'infirmière est
561 bien positionnée, c'est un boulot d'infirmière de veiller à ce que les ordonnances soient
562 faites... sur cet axe-là, l'infirmière peut vraiment... Dans un réseau, la communication
563 c'est important. »

564 B5 : « Je prends l'exemple de REDIVHOM, comment dialoguer, j'ai bien compris que ça
565 disparaîtra, mais comment ... il faut qu'on ait un certain pouvoir, une certaine capacité de
566 modifier un peu le système... Il y a une logique hospitalière mais malgré tout, il faut des
567 personnes qui vont dire certaines choses à des hospitaliers. »

568 B2 : « Pour l'instant, moi je ne voyais que cette entrée et sortie d'hôpital, ou si tu veux un
569 INR un samedi soir à je ne sais pas combien, etc... »

570 B4 : « Non mais même... »

571 B2 : « Je finis juste, je te laisse parler après... Maintenant de là à aller discuter avec tel ou
572 tel chef de service... L'unique pouvoir qu'aura la ville, c'est de boycotter l'hôpital.
573 L'intervenant que vous avez face à vous qui vous pose parfois souci, à partir du moment
574 où la ville est assez costaud pour dire on le met pas là puisqu'on ne peut pas discuter, on le
575 mettra ailleurs, ils vont commencer à baisser en entrées puisqu'on n'aura plus cette prise
576 directe par le réseau tel qu'il est et que ce sera la ville qui dira : moi j'ai besoin... je pense
577 que la donne sera différente. Plutôt qu'un réseau qui aura été fabriqué par un hospitalier,
578 ou par un universitaire, qui phagocyte toute la prise en charge du patient. Donc je pense
579 que si le réseau est organisé différemment, ça ne se passera plus du tout pareil »

580 B5 : « Il faudra que les libéraux soient les dépositaires de tout le monde. »

581 B9 : « Et dans le réseau, il faut qu'il y ait l'hôpital et la ville, on ne peut pas dissocier les
582 deux. Ce n'est pas la ville contre l'hôpital, enfin je dis la ville... C'est les libéraux qui
583 travaillent avec l'hôpital. Alors à l'heure actuelle on a peut-être l'hôpital qui a plus de
584 pouvoir par rapport à la ville mais, nous, ce qu'il faudrait c'est qu'on trouve comment
585 échanger pour travailler ensemble. On ne peut pas travailler non plus... On travaille tous
586 ensemble non, on n'est pas en guerre contre l'un ou l'autre ! »

587 B2 : « Pour répondre à la question « Comment discuter ? », c'est-à-dire qu'à un moment il
588 n'y aura pas besoin de discuter ! »

589 B9 : « Ca dépend de l'Homme auquel on a affaire, parce qu'avec certains médecins ça se
590 passe très bien, et il y a des médecins hospitaliers avec lesquels vous ne pouvez même pas
591 dire... euh. Il y a des médecins de ville à Ligny, on travaille ensemble, chacun donne son
592 avis... mais je sais que dans certaines villes ou villages, c'est pas du tout comme ça. C'est
593 moi je suis médecin et je sais tout, toi infirmière tu exécutes ! Ça existe encore alors qu'il y
594 a des endroits où ça marche très bien. »

595 B4 : « Mais ça restera avant tout le choix du patient »

596 B9 : « Ben voilà. »

597 B4 : « Et si le patient est attaché à son médecin ou à son infirmière... Moi je suis souvent
598 amenée à être en consultation avec (*En insistant sur le mot « avec »*) le médecin. Ben des
599 fois, on passe chez le patient pour un pansement, on voit que le patient est pas bien alors on
600 appelle le médecin pour lui dire « Ça serait bien que tu passes », je suis là, j'avance le
601 travail, je prépare le dossier parce que je sens l'hospit arriver. Et le médecin est là en train
602 d'expliquer à la famille pourquoi le papy va partir à l'hôpital, il explique aux enfants et en
603 même temps il regarde le dossier, il commence à faire son courrier et pis... ben qui prend
604 le téléphone ? Je m'y colle et j'appelle le service des Urgences ou j'appelle tel ou tel
605 service hospitalier parce qu'il va rentrer dans tel service et là on me dit « Mais vous êtes
606 qui ? » je réponds « Je suis l'infirmière libérale et j'appelle de la part du médecin traitant
607 parce que le médecin est en train d'expliquer à la famille et de préparer le courrier et qu'il
608 ne peut pas tout faire en même temps donc j'appelle de sa part... » et on me raccroche au
609 nez ! »

610 B2 : « Non mais ça n'existera plus ça... »

611 B4 : « Mais ne rêvez pas ! »

612 B9 : « Mais ça n'existera plus... De toute façon maintenant faut passer par les Urgences
613 quand on envoie quelqu'un. »

614 *Brouhaha...*

615 B5 : « Effectivement... Moi je ne veux pas dresser la ville contre l'hôpital, y'a... Mais il y
616 aura toujours des médecins, des infirmiers, des podologues... à caractère euh... spécial.
617 Mais en termes de puissance de moyens on n'est rien ! »

618 B9 : « Moi je ne suis pas d'accord »

619 B2 : « Ah ben moi, je suis moins pessimiste que vous ! Je pense qu'on a plus de pouvoir
620 que ce que vous pensez... » (*B9 acquiesce*)

621 B9 : « Les médecins font quand même pas mal de choses euh... je ne sais pas moi. On peut
622 prendre en charge beaucoup de choses à domicile, enfin je ne suis pas docteur mais...
623 heureusement qu'on n'envoie pas tout le monde à l'hôpital ! »

624 B4 : « Mais que ce soit pour une consultation de spécialiste, que ce soit pour un transport
625 ou... Voilà, j'appelle au nom du médecin qui est à côté et qui ne peut pas le faire parce que
626 voilà... mais je suis désolée, ma crédibilité... »

627 B2 : « Alors je pense que dans cette réflexion de réseau, je pense qu'à partir du moment où
628 l'infirmière... Comme l'infirmière d'ICALOR ou je ne sais pas quoi qui nous appelle... A
629 partir du moment où elle a été investie d'un pouvoir dans un réseau, je n'imagine pas que
630 l'on puisse s'opposer à son autorité... »

631 B4 : « A condition que cela soit formalisé ! »

632 B7 : « Tout à fait ! »

633 B9 : « Moi, personnellement, je n'ai jamais eu de soucis... j'ai toujours des internes, des
634 médecins... qui me répondaient, le chirurgien même des fois... pas toujours dans la minute
635 mais enfin j'ai toujours eu une réponse. Moi je n'ai jamais eu de problème, alors je ne sais
636 pas pourquoi... »

637 B4 : « Parce qu'il n'y a pas d'officialisation de ce poste-là... Ce poste doit être officialisé,
638 c'est-à-dire que quelle que soit la profession, après tout, ça peut être un pédicure, une
639 infirmière, ou peut-être quelqu'un qui a fait une formation supplémentaire ne serait-ce que
640 pour apprendre les différents partenaires de santé tout simplement, savoir quelles sont les
641 limites de chaque profession,... Et pourquoi ne pas créer un diplôme, un poste mais avec
642 une référence législa... légale. Que personne ne puisse contester. »

643 B5 : « Dans le réseau, il va y avoir une charte. Et c'est dans la loi HPST, qui va discerner
644 la fonction de chaque profession. »

645 M : « Pour les rapports ville-hôpital, est-ce que vous avez d'autres idées sur ce que
646 constituerait le noyau du réseau ? Est-ce qu'il faut qu'il y ait du monde ? Ou est-ce qu'il
647 suffirait finalement de peu de personnes ? »

648 B7 : « Ben moi le réseau territorial, pour le moment, je ne le vois pas du tout... Il faudrait
649 un minimum de tissage. A quoi ça pourrait éventuellement correspondre ? »

650 B2 : « Mais justement... ce qu'on te demande, c'est de quoi tu aurais besoin ! »

651 B7 : « J'aurais besoin d'un réseau pour mes insuffisants rénaux, parce que j'en ai plein et
652 que j'ai un néphrologue de référence et point barre ! Que c'est 3 à 6 mois de délai de
653 consultation... »

654 B2 : « Qu'est-ce que t'appelles réseau néphro ? De quoi t'as besoin ? »

655 B7 : « Alors, de quoi j'ai besoin ? A Ancerville ? Bonne question ! Ben moi, je dis comme
656 le néphro, hein, boire de l'eau, manger moins de sel, manger moins de viande, d'accord...
657 Les échographies, les ECBU tout ça je sais faire. Mais que de temps en temps, il y ait des
658 gens qui viennent voir ce qu'ils mangent comme sel, etc., ça, ça me manque dans
659 l'insuffisance rénale. Je suis dépourvu. »

660 B9 : « On en revient à l'éducation thérapeutique du patient. »

661 M : « Et ça tu penses que ça pourrait être fait par une infirmière formée ? »

662 B7 : « Oh ben oui, probablement. Mais alors après... il y aurait une structure centralisée ou
663 bien ... ? Je ne sais pas moi ! »

664 B9 : « Alors moi je ne suis pas d'accord pour que ce ne soit que l'infirmière parce que dans
665 l'éducation thérapeutique du patient, ça peut être l'infirmière, le pharmacien, ... »

666 B7 : « le relais... »

667 B9 : « C'est celui qui a suivi une formation qui peut lancer... Ça peut être l'infirmière avec
668 le médecin... »

669 B7 : « Moi, ce que je veux savoir c'est : « Est-ce qu'il y aura une structure ? Une maison
670 dans laquelle il y aura 10 téléphones ? Un pour le réseau rein, l'autre pour le réseau ado...
671 Pour moi, c'est de la théorie pure ! Moi j'aime bien avoir un minimum de base au départ
672 pour pouvoir donner des idées. »

673 B2 : « Ben y'a rien de construit, justement ! Mais de quoi tu as besoin ?! A ton avis à toi !
674 Bon moi je suis d'accord avec toi, dans la thérapeutique, on n'a besoin de personne j'veux
675 dire... Mais en temps d'éducation thérapeutique pour telle ou telle maladie, ça oui ! On n'a
676 pas le temps, nous, de voir ce qu'ils mangent. Une diététicienne dans les réseaux diabéto,
677 qui passe tous les 3 mois pour voir ce qu'ils mangent un petit peu... »

678 B7 : « Oui, une diététicienne, voilà »

679 B2 : « Voilà, une diététicienne à domicile ! Ce n'est pas que les patients aillent à l'hôpital
680 voir la diététicienne, parce que ça serait trop facile. Parce que par rapport à tout ce que l'on

681 voit nous en libéral, ce qui serait intéressant, ce serait qu'elle vienne, qu'elle vienne voir à
682 domicile... »

683 B7 : « Ou qu'il y ait les deux : des réunions de groupe prévues pour les adhérents du réseau
684 et des visites à domicile »

685 B2 : « Oui, qu'il y ait du domicile, ça c'est intéressant parce qu'effectivement, tu peux
686 aller voir comment ils se nourrissent, ce qu'ils achètent... Du temps d'éducation
687 thérapeutique, c'est ce qu'il nous manque le plus. T'as plus besoin à mon avis de
688 structures... »

689 B7 : « Et puis peut-être aussi pour ce qui n'est pas bien pris en charge, je prends l'exemple
690 typique du podologue. Pour un diabétique de type 2 qui vient de démarrer son diabète, qui
691 a 2 ans d'évolution de son diabète on va dire, et qui veut aller voir le pédicure : Rien !
692 Alors que dans le cadre du réseau, t'as un bilan podologique annuel gratuit, je dis bien un
693 bilan, pas un soin, parce qu'après, les soins, c'est autre chose. Et ben ça c'est quelque
694 chose qui est bien. »

695 B2 : « Ca il faut que ça reste. »

696 B7 : « Et d'ailleurs ce n'est pas normal que ça ne soit pas pris en charge. Depuis toujours
697 on nous dit que le pied du diabétique c'est quelque chose de très important... Et on ne
698 rembourse pas un bilan podologique alors qu'on prend en charge 36 hémoglobines
699 glyquées ! » (*B1 acquiesce*)

700 B2 : « Ça c'est revoir aussi comment on prend en charge de façon globale dans certaines
701 pathologies les paramédicaux non pris en charge : la diététicienne, la psychologue,... »

702 B7 : « Ah oui, la psychologue ! »

703 B5 : « Oui, la psychologue c'est vrai que c'est un problème »

704 B4 : « La psychologue c'est important aussi »

705 B7 : « Pas forcément dans la fréquence, mais au moins qu'il y ait un accès. Ça serait ça le
706 réseau, avoir l'accès à des structures qui ne sont peut-être pas actuellement prises en
707 charge mais qui pourraient l'être. Quand on dit aux gens qui font une dépression et qui
708 commencent un petit peu à perdre pied, vous pouvez voir un psy, alors là n'en parlons
709 même pas, mais au moins un suivi psychologique... Et quand on dit aux gens c'est 50
710 euros la séance, ils y vont 1 fois, mais pas 2 ! »

711 B2 : « Pas 2, ah oui, tout à fait ! »

712 B7 : « Après, si dans le cadre d'un réseau, on peut avoir un suivi psychologique à raison
713 d'une fois tous les 3 mois, ne serait-ce que pour un suivi, pour avoir mis le pied dedans
714 simplement. Ça c'est un besoin aussi un peu ! Mais il y en aurait d'autres, mais je ne les ai
715 pas listés. »

716 B5 : « Mais les réseaux, par rapport à la continuité des soins, la prise en charge des
717 maladies chroniques, c'est quand même... tu peux les multiplier à l'infini. L'essentiel ce
718 serait d'imaginer que tu as un suivi relativement facile. Le suivi ne pourrait se faire qu'au
719 niveau d'un centre de soins. Et après il pourrait y avoir un appel vers la structure pour
720 avoir accès à des spécialistes, diététiciennes,... On pourrait organiser des réunions de
721 groupe où tout le monde serait là, où on dirait quel message faire passer aux malades. La
722 même chose pourrait se réaliser au niveau de l'insuffisance rénale, au niveau de de... de
723 n'importe quoi ! »

724 B7 : « Un besoin que j'aurais aussi par exemple, c'est pour un patient diabétique, où t'es
725 au taquet avec les A.D.O., et il serait temps de passer à l'insuline. Autant c'est facile en
726 théorie, autant en pratique... S'il y avait une infirmière spécialisée qui pourrait nous aider
727 à convaincre le patient que c'est bien, sans pour autant shunter une consultation
728 hospitalière, mais pour gagner un peu de temps. Mais une infirmière qui pourrait mettre en
729 route une insulinothérapie en une injection, apprendre au patient le contrôle de la glycémie,

730 ça serait gagnant-gagnant. Pour nous, dans un cabinet médical, on n'a pas forcément le
731 temps de sortir le pseudo-flacon de Lantus, lui montrer comment faire... »

732 B5 : « Pour l'asthme c'est pareil ! »

733 B7 : « Voilà, pour l'asthme c'est pareil ! Voilà. Cas pratique, si on met en place une
734 inhalation, quelle qu'elle soit,... Bon bien souvent ils n'y arrivent pas. Bon on a pas
735 toujours le temps, faudrait qu'ils amènent leurs chambres d'inhalation etc... Mais est-ce
736 que la même infirmière pourrait faire plusieurs... »

737 B9 : « Super-infirmière ! » (*Rires B6*)

738 B7 : « Mais aussi pour rebondir parce que je t'entends parler de pôles, de maisons, de
739 structures et de trucs comme ça... Bon... (*Embarrassé*) Le Dr B. m'a envoyé une
740 charmante future médecin qui fait sa thèse sur ça... Il me l'a envoyée parce qu'il savait
741 que j'étais un peu contre les maisons de santé... Je fais un petit aparté parce qu'on avait
742 l'air de faire un amalgame entre euh... maison de santé, il fallait avoir une structure de
743 type maison de santé pour développer un réseau... Moi ça ne me paraît pas évident ! Ce
744 que je voulais dire c'est que pour moi, notre campagne meusienne... Pour moi, la maison
745 de santé c'est l'antithèse du respect de la ruralité de la médecine. Ça veut dire quoi ? Ça
746 veut dire qu'on nous industrialise la médecine, on nous fait un pôle ! Alors les patients ils
747 avaient un médecin de famille et maintenant ils ont une maison médicale ! C'est X, Y ou Z
748 qui est là et qui veut bien te prendre etc., t'as des horaires etc... Pour moi c'est une usine.
749 Pour moi la maison de santé c'est une usine. En ville... bon en ville on sait bien qu'il n'y a
750 jamais eu trop de fidélisation de la patientèle encore que... bon. Mais moi je serais
751 malheureux de prendre le patient d'untel parce que je ne le connais pas. Pour moi c'est la
752 destruction de la médecine de famille. Et deuxièmement c'est la disparition de l'accès aux
753 soins. Admettons, tu vas faire une maison médicale. Le Dr D. va venir à Stainville, qui va
754 faire 25 km pour venir te voir ? Pour aller à Saudrupt ? Moi j'ai pas envie d'aller à
755 Saudrupt ! Qu'est-ce que j'irais foutre à Saudrupt ? Alors que... Normalement, je vais à
756 l'encontre de toutes les... de tous les programmes actuellement où on dit « Faut créer des
757 maisons médicales à tire-larigot pour attirer des jeunes médecins »... parce que c'est ça,
758 c'est juste pour attirer des jeunes médecins ! Alors que la santé globale de notre population
759 ne va rien y gagner, ou même y perdre. Parce que moi je pense qu'actuellement il faudrait
760 favoriser des implantations multiples de médecins dans des villages plutôt que de faire des
761 pôles, des machins qui se rencontrent... etc. On a 10 médecins, 15 infirmières, 4 kinés...
762 C'est génial, c'est une petite usine, un mini-hôpital... A quoi ça sert ? Autant aller à
763 l'hôpital ! Moi je ne vois pas l'intérêt. Mais si tu mets un médecin à Cousances, à
764 Morley... ben là il y a de l'accès aux soins. Pourquoi vouloir toujours tout regrouper ?
765 Pour améliorer la santé dans nos villages ? Moi j'y crois pas. Moi je ne me sentirais pas
766 bien du tout dans une maison médicale ! Enfin, je m'excuse, ce n'était pas le sujet de ce
767 soir mais comme on a fait un peu tout à l'heure le parallèle entre maison de santé et
768 réseau... Je ne voyais pas trop par quel biais... Je me suis permis de dire ça parce que... »

769 *Brouhaha*

770 B7 : « Quand tu prends une carte de la Meuse et que tu dis alors il faut faire comme ça,
771 comme ça et comme ça... Est-ce que tu améliores la santé de tes patients ? »

772 B2 : « Oui, mais là on sort du... »

773 B7 : « Non, mais tu peux faire aussi un réseau de cabinets médicaux. Quand on tisse et
774 qu'on met des cabinets médicaux un peu partout, on crée un réseau ! »

775 B2 : « D'accord... Mais là le réseau, là où on l'entend ce soir, c'est vraiment nous
776 généralistes, nous infirmières, podologues... on a besoin d'autre chose. Comme tu le disais
777 tout à l'heure, moi, actuellement, pour mettre en route une insulinothérapie, j'en ai fait à
778 domicile, j'appelle l'infirmière, je lui dis on va démarrer ça, tu m'appelles... A partir du

779 moment où tu connais ton équipe, tu connais tes infirmières et tu sais avec qui tu peux
780 bosser... »

781 B9 : « Là, c'est s'il est déjà pris en charge par l'infirmière... »

782 B2 : « Il est pris en charge par l'infirmière mais admettons quelqu'un qui ne serait pas pris
783 en charge par l'infirmière, si tu démarres une insulinothérapie, t'es bien obligé de démarrer
784 par l'infirmière. Au début, faut lui apprendre, introduire une insulinothérapie, ça me
785 semble... il faut un mois pour apprendre au patient, après on n'y va plus qu'une fois par
786 semaine ; on a fait nous comme ça beaucoup d'insulinothérapie en démarrage, donc si tu
787 veux, moi, le réseau, j'ai pas les mêmes besoins, les mêmes attentes. Il est pas franchement
788 pour moi... J'ai besoin d'une interface entre moi et l'hôpital parce que j'ai pas le temps,
789 parce que justement l'hôpital bouffe du temps entre le téléphone, le bon de transport, le
790 machin, le truc. Joindre... je parle pas de la communication entre spécialistes, déjà l'entrée
791 et la sortie de l'hôpital, c'est vrai que moi ça me pose problème, même CAV, même CHU,
792 ... ils sont pris en charge au CAV, ils reviennent le samedi après-midi, le lundi ils
793 appellent, tu sais pas ce qu'ils ont eu : vous avez eu ma NF, ben non ; ben pourtant ils
794 m'ont dit de vous appeler vous... la NF elle est repartie au CAV parce que c'est le service
795 qui l'a demandée, enfin ça c'est problématique... si t'avais quelqu'un qui soit au courant
796 de ce qu'on fait en dehors de l'hôpital, qui veille à la sortie que tout est bien en ordre, que
797 les bons de transport sont faits, que l'ordonnance est bien mise en double au médecin
798 traitant, qu'on n'aura pas de problème, le jour où tu ré-hospitalises cette personne là parce
799 qu'elle a une pathologie chronique ou parce qu'en t'en as besoin, faire appel à telle
800 infirmière ou à tel interlocuteur, c'est vrai qu'une infirmière c'est plus facile mais tel
801 interlocuteur qui sait la dernière fois qu'il a été hospitalisé, qui l'a vu, qui l'a laissé sortir et
802 qui peut re-communiquer avec l'intervenant en disant je suis venu la chercher la semaine et
803 je vous la ré-hospitalise etc... c'est vrai que ça je trouve que ça peut être intéressant. La
804 communication, pour arriver à la communication qui est peut-être le deuxième volet de
805 l'intérêt d'un réseau, il y a 2 communications, soit c'est de la com entre nous, entre
806 professionnels de santé du territoire local , enfin du village et des villages à coté, ça c'est
807 vrai que le pôle de santé, en se réunissant entre professionnels, en créant une association
808 loi 1901 où tout le monde met un petit peu d'argent là-dedans, ou peut-être un jour les
809 ARS viendront donner de l'argent et que cette association dise en ce moment, je ne sais pas
810 pourquoi, on a tous nos insuffisants cardiaques qui vont mal, vous allez faire une tournée
811 générale des insuffisants cardiaques tous les 3 jours, on vous rémunèrera pour ça, oui,
812 l'association locale va pouvoir déterminer des besoins locaux, si tel ou tel médecin a un
813 gros problème parce qu'il y a une grosse dépression, suite à un deuil et que la psychologue,
814 il en a besoin peut-être tous les jours pendant 15 jours, eh ben l'assoc dira OK on va se
815 passer de la psychologue à tel endroit et on va plutôt la mettre à cet endroit-là ; donc ça
816 nécessite de communiquer entre professionnels, alors par quel biais... est-ce qu'on
817 informatise, est-ce qu'on fait des feuilles aussi, est-ce qu'on fait des cahiers, moi le
818 problème des pôles de santé, je veux bien en créer,... le faire de façon orale, de façon
819 ...mais on va tomber dans la lourdeur des réseaux qu'on a connus ; c'est comment
820 communiquer entre nous. Avant le volet communication avec les professionnels
821 hospitaliers... il faut d'abord qu'on développe le volet informatique entre nous, avoir des
822 boîtes aux lettres mail où on puisse se joindre ou mettre un message à n'importe quel
823 hospitalier ou l'infirmière si ce n'est pas urgent car sinon on prend le téléphone, mais que
824 tu puisses communiquer comme ça en disant tu me rappelles quand tu peux ... Nous par ex
825 la dermato à Commercy, je lui mets des mails parce que je prends des photos, parce qu'elle
826 est en RV en juillet, je lui dis là je galère, voilà la photo, le gros plan, le zoom, je lui dis :
827 qu'est-ce que je fais ; je pense que l'informatique est encore très peu utilisée entre nous ;
828 alors, est-ce que dans un réseau territorial, tout le monde a une adresse mail parce qu'il y

829 aura un problème de confidentialité, toutes les adresses mail, un peu comme dans les
830 lycées, tu cliques sur celui à qui tu veux laisser un message... communiquer sur le dossier
831 d'un patient, à part les classeurs et les feuilles, moi je veux bien leur faire des clés USB,
832 non mais c'est vrai, c'est génial parce qu'il sort de ton cabinet, après il va chez le
833 pharmacien, tu mets la clé USB, c'est instantané : tu mets n'oubliez pas... ou j'ai modifié
834 tel traitement, parce que des fois ils arrivent à la pharmacie ils disent ben je comprends pas,
835 vous aviez du Monotildiem 300, il faut expliquer au patient ; bon le pharmacien il n'a peut-
836 être pas osé, il se dit je vais peut-être aller derrière, des fois le patient dit ben non, j'ai
837 oublié, etc... la clé USB je trouve que c'est génial, c'est plus un classeur comme ICALOR,
838 mais c'est une clé que les gens mettent à leur trousseau... c'est une des pistes au niveau
839 communication. »

840 B5 : « On peut discuter en vidéo on va mettre en contact, tous ensemble, à une certaine
841 heure... on reçoit un message, comment on met en contact ce professionnel-là lui-même...
842 C'est à lui aussi de s'occuper de ça, d'être bon en communication et de se servir de la
843 communication existante pour mettre en contact... »

844 B4 : « Moi ce dont j'ai besoin c'est quelque chose qui me permette... la maladie
845 chronique, quand elle leur tombe dessus, quand le diagnostic est posé, y a peut-être une
846 meilleure réponse, y a peut-être plus de facilité de l'apprendre, mais depuis que je suis en
847 Meuse, je suis effarée et j'en suis fortement malheureuse, peut-être parce que j'ai pas la
848 mentalité meusienne, j'ai quand même beaucoup de mal à rendre mes patients tout
849 simplement acteurs de leur santé, et je me dis que là encore ce soir, finalement, les
850 intéressés ne sont pas là ; il y a quelque chose là-dedans qui me gêne, on essaie d'élaborer
851 un produit ou un projet, ou une nouvelle façon de travailler pour demain, et finalement, la
852 première personne concernée n'est pas là. »

853 B9 : « Nous on est tous potentiellement des patients. »

854 B4 : « Non non, moi ce soir je suis là en tant qu'infirmière, en tant que professionnelle
855 (*S'important*) ; peut-être dans la mentalité qu'on a, dans la façon de voir notre patient, une
856 jeune thésarde qui aujourd'hui est capable de préparer une thèse en disant j'invite tous les
857 professionnels de santé parce qu'il y a une nouvelle réforme de la santé en France et qui
858 pense pas au patient, qui pense pas à inviter le patient, moi rien que là, y a un truc-là qui
859 me gêne. »

860 *Intervention de l'observateur : Le parti a été pris de ne pas faire intervenir les hospitaliers*
861 *ni les patients, c'est une réunion de libéraux, pour savoir ce qu'on attendrait d'un réseau.*
862 *On ne veut pas fabriquer un réseau sans s'occuper du patient. Il y avait 3 options : c'était*
863 *uniquement les libéraux, ou des libéraux et des hospitaliers car c'est quand même un lien*
864 *ville hôpital, ou encore ville-hôpital-patients ... et techniquement c'était impossible.*

865 *Brouhaha*

866 B4 : « Pour rendre le patient beaucoup plus acteur, beaucoup plus autonome et beaucoup
867 plus responsable de sa propre santé. »

868 *Brouhaha...*

869 B9 : « C'est la définition de l'éducation thérapeutique ! »

870 B4 : « Dans le sud de la France, on a les mêmes armes aujourd'hui ; allez exercer dans le
871 sud de la France, où là les gens, peut-être parce qu'il y a une dimension plus aisée
872 financièrement, plus aisée dans le contexte social humain, plus aisée dans le monde du
873 travail, les gens se prennent beaucoup plus facilement par la main, ils ont le même
874 diagnostic, ils ont les mêmes moyens de soins qu'ici... »

875 B2 : « Mais ce n'est pas le même niveau socio-économique »

876 B4 : « C'est peut être une région plus difficile, plus désertée, j'arrive mal à l'exprimer,
877 mais toujours est-il qu'on a les mêmes moyens et ben moi j'ai besoin de ça, de quelque

878 chose qui me dise le patient y va se prendre un peu plus en charge, sans pour autant que ça
879 passe par de l'éducation »

880 B2 : « On peut dire la même chose pour les professionnels de santé ; quand je dis moi, j'ai
881 besoin d'une psychologue etc., c'est parce que mon patient va mal, et que moi je sais que
882 potentiellement ça, ça lui ferait du bien, donc je me suis mise à la place du patient et que je
883 me suis dit : tiens, c'est ça qu'il lui faut et je sais que si je pouvais lui offrir ça
884 j'améliorerais sa vie et son confort donc quand je dis j'ai besoin de, c'est pas moi
885 personnellement, c'est pour mon patient, je me positionne dans les besoins de mon patient.
886 A l'inverse, je te ferai exactement la même réflexion, et je me permets de te tutoyer
887 pardon, peut-être que dans le sud de la France les patients se prennent un peu plus en
888 charge, ils sont peut-être plus acteurs de leur maladie, parce que leurs médecins traitants
889 sont peut-être beaucoup moins investis sur leurs malades. Nous on les a tellement à mon
890 avis chouchoutés, on les a tellement, et c'est peut-être un choix aussi, on fait du rural en
891 médecine générale parce qu'on s'est pas implanté dans une ville, et qu'après en vieillissant
892 tu te dis finalement pourquoi je suis venue là ? Parce que j'aimais ça. À un moment donné,
893 tes patients, t'as l'envie de les chouchouter, de leur apporter un maximum de choses, de
894 t'occuper d'eux ... donc maintenant on nous dit il faut qu'ils s'occupent tous seuls, peut-
895 être, mais moi j'étais venue là parce que je me suis dit voilà, ils ont besoin de choses.
896 Quand tu t'installes en ville, tu dis, ben qu'ils se débrouillent, qu'ils viennent... il y a peut-
897 être une mentalité du médecin généraliste rural qui n'est peut-être pas la même du médecin
898 généraliste en ville et peut-être que les patients, nous ils ont tellement l'habitude qu'on
899 prenne notre téléphone, qu'on appelle les infirmières, qu'on se débrouille avec le SSIAD,
900 ... Docteur vous ne pouvez pas me poster ma lettre... Forcément on en a fait peut-être
901 entre guillemets des plus assistés que d'autres et peut-être que dans le sud le médecin il dit
902 mais démerdez vous... On s'est installé peut-être parce qu'on avait des envies, un besoin
903 de communiquer avec nos patients différent, moi c'est vrai que je les chouchoute, que je
904 dépose volontiers l'ordonnance chez le pharmacien, alors après c'est vrai que quand on dit
905 au patient écoutez, y faudrait peut-être que vous téléphoniez au pharmacien. ça fait 4 ans
906 que je téléphone chez le pharmacien, si un matin je lui dis débrouillez-vous, il va être
907 paumé, le pauvre, il va dire ben qu'est-ce qu'elle a, elle est en colère, elle est pas bien ce
908 matin... donc, je reviens à l'éducation thérapeutique ; tout doucement, je suis en train de
909 prendre conscience aussi que, oui peut-être, y va falloir, puisque j'ai de moins en moins de
910 temps, puisqu'on a de moins en moins de moyens, y va falloir qu'ils se débrouillent un peu
911 tous seuls, que je leur redonne la main, mais plus parce que j'ai pas le temps... »

912 B7 : « Eh ben voilà... »

913 B2 : « je leur redonne la main, parce que moi j'aimais bien m'occuper d'eux quand
914 même »

915 B5 : « Il y a aussi l'idée du patient en fait... Dès que... Enfin, en médecine... Quand on va
916 en séminaire, le patient est tout le temps au centre de tout. C'est facile, on met le patient et
917 c'est mécanique, autour du patient tu fais bouger tout le monde ; les choses sont
918 relativement intégrées sauf qu'en pratique c'est pas du tout ça, y a les médecines
919 spécialisées, y a la médecine hospitalière, y a plein d'informations qui circulent... et la
920 patient il est pas au milieu quoi. Au départ on va créer quelque chose pour du patient, et
921 dans la réalité, dans le plan initial, le patient il était au milieu de tout, et puis le résultat,
922 c'est qu'il a été complètement détourné. Moi je voudrais bien avoir des relations
923 particulières avec un patient, et qu'on fonctionne... comment il gèrerait le doute
924 permanent d'une problématique médicale où on est carrément toujours dans le doute... les
925 patients vont voir forcément des infos sur le web.»

926 B3 : « Moi j'ai un peu de mal à nous situer, nous pharmaciens, dans la communication. La
927 communication n'est pas toujours facile... mais après est-ce que c'est le réseau qui doit
928 faire ça ? »

929 M : « Il y aura peut-être le Dossier Médical Personnel un jour... Faudrait-il travailler
930 autour de ça ? »

931 B2 : « L'ETP aussi, les pharmaciens ont une grosse part aussi... »

932 B3 : « Alors il faudra... Il y a peut-être des choses... Sur les sorties d'hospitalisation... les
933 entrées ça nous concerne peut-être un petit peu moins, mais pour les sorties... Pareil, est-ce
934 que le réseau sud meusien il gèrerait des hospitalisations à Nancy et des ... je ne sais pas,
935 j'ai vraiment du mal à imaginer ce que va être ce réseau... » (*Rire général*)

936 B2 : « c'est pour ça qu'on est là »

937 M : « On voit bien que la première partie est toujours plus prolifique que la seconde ! »

938 B3 : « Déjà qu'on se sentait un peu exclu, le problème c'est que plus ça grossit, plus ça va
939 être difficile... »

940 B9 : « Pour les sorties d'hospit... Oui enfin s'ils sortent de Nancy... »

941 B2 : « On peut très bien demander que toute sortie d'hôpital de tout patient habitant le sud
942 meusien... doit être... enfin le réseau doit être tenu au courant de toute sortie
943 hospitalière »

944 B5 : « Sinon il sort pas ! » (*Amusé*)

945 B2 : « Non mais tu peux mettre ça comme contrainte au réseau. »

946 B9 : « Du lundi au samedi... »

947 B8 : « Oui mais ils peuvent aussi venir de Reims, de St Dizier... »

948 *Brouhaha... tout le monde réagit.*

949 B2 : « moi on me demande ce que je veux... à eux de se débrouiller pour que toute sortie
950 d'hospitalisation, tout patient qui rentre dans le sud meusien chez lui, l'infirmière du sud
951 meusien doit être en connaissance du fait qu'il sort ; ça peut être des sorties non
952 problématiques ; des fois on va peut-être appeler l'infirmière en disant demain y sort y a
953 rien de particulier, c'est du suivi, y a juste un pansement à faire lundi... C'est fini, le coup
954 de fil est terminé ; s'il sort du CAV et que c'est un peu plus compliqué, elle appelle le
955 pharmacien, etc... elle gère, mais moi on me demande ce que je veux, ça c'est super
956 important . »

957 B3 : « oui ça c'est super important »

958 B2 : « que l'ARS se débrouille, après elle gère... pour mettre en route une infirmière, ou 2
959 infirmières s'il y a beaucoup de sorties et que les appels au numéro unique gonflent... »

960 B3 : « Mais même pour un pansement, des fois ça pose problème une sortie d'hôpital... »

961 B6 : « Y va falloir des infirmières... » (*Rire de B9*)

962 B9 : « Et de l'argent ! »

963 B2 : « L'argent... si on propose quelque chose d'intéressant, quand on mettra en commun
964 le budget d'ICALOR, le budget de REDIVHOM... »

965 B7 : « Oh là, ça fait du lourd » (*B6 acquiesce*)

966 B2 : « Donc faites vos propositions donc l'important c'est de dire ce que nous on a
967 besoin. »

968 B7 : « Il faudrait lister... »

969 B2 : «Oui et puis il va falloir au fur et à mesure réfléchir... »

970 B7 : «Voilà, lister et puis que chacun puisse donner sa solution ou sa proposition mais pas
971 obligatoirement dans le cadre de... dans le cadre d'une thèse. Par exemple voilà, nous
972 avons listé 10 problèmes qui pourraient intéresser un réseau de soins, et puis quel serait...
973 enfin comment on pourrait... enfin voilà chacun pourrait...»

974 B2 : « Bon là y a la problématique de la thèse, mais je pense que dans la vraie vie, y a
975 vraiment ce réseau qui est en train de se construire ; et je pense que plus on dira on a

976 besoin de ça et de ça aux ARS directement, c'est des choses concrètes qui vont arriver à
977 l'ARS et on pourra leur dire voilà ce dont on a besoin, réfléchissez sur tout ce qu'on vous
978 propose et on verra ; ça ne coûte pas énormément en budget ... »
979 B5 : « Y'a que comme ça qu'on peut influencer sur... »
980 B2 : « Tout à fait ! »
981 B5 : « Sur les sorties, mais tout seul, non... »
982 B3 : « Mais pour nous, la solution serait relativement simple... Quand on sait que c'est un
983 produit qui va être compliqué ou sensible... il suffirait qu'on nous passe un coup de fil
984 avant la sortie... »
985 B5 : « Mais même en réfléchissant on n'arrivera pas à lister tous les points, il faut que la
986 structure se crée et de son fonctionnement euh... forcément... »
987 M : « La structure se crée, c'est demain l'AG du rassemblement des réseaux. »
988 B5 : « Mais qui s'en occupera de ce réseau ? Il va y avoir des salariés, ou des
989 libéraux... ? Il y aura une secrétaire ? Ce n'est pas nécessaire de rajouter une nouvelle
990 structure tentaculaire... »
991 B2 : « Ça peut être, utiliser ce qui existe et qui n'est pas remboursé par la sécu...
992 diététicienne, pédicure... euh »
993 B7 : « Entre autres, par exemple »
994 B8 : « Ce qui me plaît beaucoup dans l'idée de faire un réseau comme ça, un réseau
995 territorial, c'est de réhabiliter le couple, mais même pas le couple, le trio ou tous ceux qui
996 peuvent intervenir et qui sont déjà là et en général, dans les réseaux, on essaie toujours de
997 créer de nouveaux intervenants : des nouveaux médecins qui chapeautent tout, des
998 nouvelles infirmières qui viennent... mais c'est les professionnels de terrain qu'il faut
999 utiliser mais pour que ça fonctionne, à mon avis la première question, avant de savoir ce
1000 qu'on peut y faire, c'est de savoir comment on pourra communiquer dans le réseau parce
1001 que ce qui fera le succès d'un réseau, ce sera le moyen de communiquer . Ou le moyen de
1002 communiquer est facile et, ça peut marcher, ou alors c'est difficile et, ça ne peut pas
1003 marcher. Si on veut utiliser le fax, moi je veux bien mais ça fait un moment que j'ai
1004 balancé le fax et quelque part, on a maintenant un outil que tout le monde utilise c'est
1005 l'ordinateur. Nos ordonnances sont sur informatique, qu'on imprime, et les gens les
1006 prennent, vont chez le pharmacien, qui les réenregistre ; tu parles de clé USB, il y a
1007 plusieurs moyens de communiquer mais le seul moyen qui sera à mon avis valable, c'est le
1008 moyen qui permettra, même si c'est paumé, parce que la clé USB, une fois qu'on l'a mise,
1009 même si le patient la paume, t'as toujours moyen de retrouver les informations et tout le
1010 monde pourra communiquer avec ça. Si on peut communiquer, le réseau il peut
1011 fonctionner ; si on ne peut pas communiquer, ou si on communique mal... et puis alors, ça
1012 ne peut surtout pas être le téléphone, parce que le téléphone... »
1013 B7 : « Ça peut quand même dépanner... »
1014 B8 : « Ok à condition que ce soit dans l'urgence. Oui non mais attends ! Moi je souris
1015 toujours, j'aime bien quand les hospitaliers nous appellent pour nous donner des nouvelles
1016 de patients etc... mais ils réalisent absolument pas. En pleine consultation, pendant un
1017 quart d'heure, t'as une consultation de gérontologie... non tu peux pas, c'est ... ou alors
1018 on envoie un message en disant on peut essayer de se rappeler à tel moment, peut-être,
1019 mais c'est le moyen de communication, ça sera vraiment important, j'insiste la dessus. Il
1020 ne faut pas forcément d'autres intervenants qui finalement on ne sait pas bien à quoi ils
1021 servent... C'est vrai, on invente des trucs qui servent à rien en maison de retraite, les
1022 coordinateurs, ça sert à rien chez nous y en a pas et ça marche très bien, par contre on nous
1023 demande de signer des chartes pour communiquer avec ce médecin qui n'existe pas ; donc
1024 prenons ce qui existe déjà sur le terrain ; y a pas besoin d'en créer de nouveaux, et
1025 facilitons leur moyen de rentrer en contact l'un avec l'autre et je pense que pourraient

1026 adhérer au réseau tous ceux qui ont envie de participer et qu'on puisse dire ben voilà, y a
1027 une diététicienne dans le réseau, pour tel patient on a besoin d'une diététicienne, et bien on
1028 peut la faire intervenir ; cette infirmière, elle a besoin d'un truc un peu plus pointu pour je
1029 sais pas une dialyse péritonéale, eh bien, il y a une infirmière qui a cette formation, et qui
1030 va venir, montrer un petit peu le coup de main au début pour ce genre de chose (B9
1031 *acquiesce*) et même à la limite pour nous les généralistes, avoir un généraliste qui soit un
1032 peu plus... en gérontologie ou en... et qui va pouvoir donner un coup de main pour initier
1033 un traitement ou quelque chose comme ça. »

1034 B2 : « Je suis d'accord avec toi »

1035 B7 : « Comme par exemple pour les soins palliatifs avoir un référent... »

1036 B8 : « Si t'as une liste de 20 infirmières dans le réseau, de 20 généralistes, et que tu sais
1037 que telle infirmière... bon déjà, c'est l'infirmière habituelle du patient... »

1038 B7 : « On devrait pouvoir passer par une structure centralisée ; toi t'as pas besoin de
1039 connaître les 30 noms ; il devrait y avoir un responsable qui lui dispatche... j'ai besoin
1040 de... ou j'aurais besoin de... »

1041 B2 : « T'as pas besoin de passer par quelqu'un si t'as la liste... »

1042 B2 : « Mais alors ça demande de connaître... »

1043 B8 : « Mais notre patient il a son infirmière et l'infirmière en question, soit elle se sent tout
1044 à fait capable de le faire, soit elle se dit : Tiens, pour ça, j'aimerais bien avoir une
1045 infirmière qui soit un peu plus... elle va voir dans le réseau et elle se dit : Tiens untel peut
1046 me donner le ... »

1047 B2 : « qui est untel ? parce que même si tu imagines que les ... imagine le réseau sud
1048 meusien ; même si moi mon infirmière de Gondrecourt, tout en bas, elle est hyper pointue
1049 sur la pompe HB machin en chimiothérapie, comment veux-tu que l'infirmière de BLD qui
1050 tout à coup voit la liste des 30 infirmières du réseau se dit bon alors laquelle on va
1051 prendre... c'est là où il faut quelqu'un qui gère ça c'est-à-dire que l'infirmière de BLD elle
1052 appelle le réseau, elle dit bon, j'ai une pompe HB machin qui va rentrer demain à domicile,
1053 envoyez-moi l'infirmière qui connaît... Ok je m'en occupe, je vous l'envoie demain à
1054 10H... il faut quelqu'un dans ce réseau... moi c'est comme ça que j'imaginai le réseau,
1055 c'est-à-dire notre réseau à nous, nos pôles de santé, nos intervenants locaux, ça c'est un
1056 étage qui me paraît indispensable, nous entre nous on se connaît bien, on sait ce qu'on peut
1057 faire, et puis le jour où on a besoin du réseau de territoire, c'est ce qu'on n'a pas sous la
1058 main, qui est un peu plus spécialisé, où là le réseau va te l'offrir : vous voulez telle ou telle
1059 infirmière qui sait utiliser telle ou telle pompe à chimio et moi je sais pas faire ; vous avez
1060 besoin d'une hospitalisation, d'un soin palliatif, tu veux un généraliste il dit j'ai un patient
1061 cancéreux qui rentre avec telle chimiothérapie ... OK, ben je vous envoie... il faudrait que
1062 quelqu'un centralise dans ce réseau ces hyper spécialisés en tel ou tel truc que lui a
1063 référencé ; que le réseau de territoire te met à ta disposition... »

1064 B8 : « tu peux avoir les deux choses : tu peux avoir un annuaire de tous ceux qui
1065 participent au réseau et les appeler si tu les connais et tu peux aussi si tu ne sais pas auprès
1066 de qui demander une aide, demander au réseau de te fournir cette aide... »

1067 B2 : « voilà, tout à fait »

1068 B8 : « je pense que ça c'est important ; et puis en ce qui concerne les entrées et les sorties
1069 d'hôpital, c'est quand même assez marrant que quand on veut hospitaliser quelqu'un, on
1070 nous dise surtout n'hospitalisez pas sans nous téléphoner, pour savoir pourquoi vous
1071 hospitalisez, etc... mais pour sortir, ils ne nous demandent pas. »

1072 B2 : « ben non puisqu'il va bien... »

1073 B8 : « il faut que ça soit à double sens, ce n'est pas une critique de l'hôpital, simplement
1074 c'est normal l'hôpital il a besoin avant qu'on leur envoie des gens de savoir où ils vont les
1075 mettre, est-ce qu'ils peuvent les accueillir aujourd'hui, est-ce que ça ne peut pas être remis

1076 à dans quelques jours et prévoir plutôt une hospitalisation de jour plutôt qu'une vraie
1077 hospitalisation ; je le conçois bien, mais dans l'autre sens aussi »

1078 B7 : « Ça c'est pareil, c'est faire appel au réseau, quand on hospitalise quelqu'un, ce n'est
1079 pas à nous de faire les démarches, il faut appeler le service machin, l'hôpital machin si y a
1080 de la place là »

1081 B8 : « et peut-être que faire appel au réseau, ça éviterait une hospitalisation en disant, après
1082 en avoir référé au service compétent, on pourrait faire déjà une biologie, ceci cela, et ils
1083 nous le prennent dans 3 4 jours, en hospitalisation de jour »

1084 B5 : « là il faut un coordinateur de toute façon, parce que la plupart des hospitalisations, on
1085 les fait parce qu'on n'a pas le temps de faire l'ensemble des examens ou parce qu'on est
1086 incompetent et en fait on n'a pas besoin d'hospitalisation ; on a besoin de consultation
1087 hospitalière, de prise en charge hospitalière ponctuelle, mais... ben non on le prend pas...
1088 parce que les hospitalisations qui sont nécessaires, c'est une minorité
1089 d'hospitalisations... »

1090 B8 : « est-ce que je résume mal en disant finalement, ce qu'on aimerait avoir, c'est une
1091 plate-forme, plutôt que d'avoir des médecins, des infirmières, des machins, c'est avoir une
1092 plate-forme administrative, qui soit là pour dire : Ben écoutez, vous avez besoin dans telle
1093 situation d'un professionnel qui ait telle compétence, on va voir comment on peut vous le
1094 fournir, vous avez besoin de faire hospitaliser quelqu'un dans tel service, on va se mettre
1095 en communication avec le service et on va voir si l'hospitalisation est la solution qui est la
1096 meilleure ou pas. »

1097 B4 : « et cela sans qu'il y ait la notion de kilomètres hôpital-domicile, parce que moi
1098 personnellement on est dans une zone où le SSIAD, ... Enfin c'est hors réseau mais c'est
1099 une histoire d'organisation type... Parce qu'on est hors secteur pour le SSIAD et on a 15
1100 km² non couverts... On est trop loin de Verdun, on est trop loin de Bar le Duc, on est trop
1101 loin de Saint-Dizier, et on a une zone où... »

1102 B7 : « un no man's land... le triangle des Bermudes... »

1103 B4 : « et ben voilà, c'est ça : le SSIAD ne veut pas intervenir, l'HAD ne veut pas
1104 intervenir, les réseaux Age et Santé ont du mal à aller jusque-là parce que sur une journée,
1105 ben, se taper 40 km, ils préfèrent venir à 20 km ... c'est pour ça que je précise bien que,
1106 sur cette plate-forme, il faut qu'il y ait une équité sur les kilométrages, qu'il n'y ait pas de
1107 différence notable si on est à l'extrémité, ou si on est en plein milieu, ou si on est en plein
1108 nord ou en plein sud de son propre réseau ; dans le sud meusien, et c'est pour tout le
1109 monde pareil... »

1110 B8 : « Et dans l'autre sens les hospitaliers pourraient utiliser la plate-forme en disant nous
1111 projetons de faire sortir untel tel jour, est-ce que vous pouvez contacter son infirmier, son
1112 médecin, son pharmacien... etc.»

1113 B7 : « Bravo Nicolas » (*Approbaton et rire généraux*)

1114 B8 : « Mais on n'a pas besoin là-dedans d'avoir des médecins, des infirmières, ... »

1115 B4 : « On le fait demain »

1116 B7 : « On est invité tous à la thèse ? »

1117 B4 : « On va à l'ARS tout de suite... » (*Rire*)

1118 B8 : « C'est peut-être plus facile quand on parle à la fin et qu'on a écouté les autres parce
1119 qu'au début, je n'aurais pas su quoi dire, mais je me rends compte que ce n'est pas d'un
1120 spécialiste dont j'ai besoin... »

1121 B2 : « Si à un certain moment on a besoin d'un spécialiste, mais c'est pas à toi de le
1122 trouver, et c'est au réseau de te le fournir. »

1123 B7 : « Quand on le voit sous cet angle là, ça change complètement... je dois dire qu'au
1124 départ on ne sait pas trop et maintenant qu'on en parle comme ça on voit une foultitude
1125 d'options, de possibilités. » (*Rire B7 et B9*)

1126 B2 : « Si on a besoin de quelqu'un de spécialisé dans la SEP, ils téléphoneront à LORSEP,
1127 parce que LORSEP restera »

1128 B8 : « Est-ce que pour les pharmaciens ça peut être utile par exemple de dire j'ai tel
1129 patient, je viens d'apprendre que dans 24 h il sort du CAV et qu'il a besoin de tel et tel
1130 produit, moi je connais les autres pharmaciens du réseau et je les contacte pour savoir s'ils
1131 ont le produit... si vous, vous ne l'avez pas, est-ce que ça, ça peut être utile par
1132 exemple... »

1133 B3 : « Bien sûr, dans la demi-journée, a priori, on a le médicament, après, il peut y avoir ...
1134 oui, ça peut être une utilité du réseau pour nous par exemple de savoir si, en cas d'urgence,
1135 si y a un pharmacien qui a le produit ; souvent, nous comme on est situé, c'est plutôt vers
1136 chez nous que ça vient... Mais le pharmacien qui doit commencer à se taper la liste de
1137 l'annuaire, c'est long... il peut passer une heure à appeler toutes les pharmacies pour
1138 chercher un médicament... si quelqu'un peut le faire... »

1139 B7 : « Si vous avez sur votre bécane quelqu'un qui vient du CAV puisque c'est le CAV qui
1140 pose problème apparemment... le patient il doit sortir à 15 H. Vous recevez, vous, à
1141 14h30 sur votre bécane à la pharmacie l'ordonnance qu'il va avoir à la sortie, est-ce que ça
1142 ne va pas vous faire gagner du temps »

1143 B3 : « Il faut qu'on l'ait avant midi »

1144 B7 : « Ça veut dire qu'il faut éduquer l'hospitalier en lui disant : Bien, ce patient peut
1145 bénéficier du réseau, il habite en Meuse dans le sud meusien, s'il vous plaît, contactez la
1146 veille de la sortie le réseau, la structure du réseau numéro machin, qui va organiser sa
1147 sortie, et par là-même, le pharmacien reçoit l'ordonnance, le médecin est au courant que le
1148 patient sort, l'infirmière va pouvoir l'accueillir etc... »

1149 B3 : « C'est génial parce que, vous avez quelqu'un qui sort de chimio, on a pris cet
1150 exemple-là, souvent la première cure ça va, mais à partir de la 4^e, souvent ça va quand
1151 même beaucoup moins bien, on leur inflige déjà de venir chez nous ... alors après, on fait à
1152 l'inverse, on est surpris déjà à la première chimio, on essaie d'anticiper sur les chimio
1153 suivantes en leur donnant le portable au cas où ça serait vraiment très short pour avoir le
1154 produit quand y vient à la pharmacie ou vraiment dans des cas très particuliers qu'on aille
1155 lui livrer, mais c'est sûr qu'on est toujours dans une course contre la montre qui est de mon
1156 point de vue inutile, alors qu'il suffit d'un fax... »

1157 B7 : « Oui, mettons, le patient y sort de sa chimio et il y retourne la semaine d'après, il va
1158 peut-être venir à la pharmacie la veille de sa chimio alors que si l'hospitalier, l'infirmière
1159 ou le médecin qui a pratiqué sa chimio lui fait l'ordonnance pour la chimio d'après et qu'il
1160 la communique immédiatement au pharmacien,... »

1161 B3 : « Oui, alors c'est quand même des choses qu'on voit de plus en plus, mais là je parle
1162 des produits qui sont onéreux et sensibles, notamment à la chaleur, où là on travaille sans
1163 filet. Si nous on a commandé le produit et que... sur le plan financier, excusez-moi, mais...
1164 On peut rien en faire ; c'est 1000 € qu'on laisse au frigo en attendant qu'il... Ça pose un
1165 problème de responsabilité ; faut quand même garantir la chaîne du froid... »

1166 B8 : « Oui enfin entre vous vous pouvez quand même vous la garantir... j'imagine que
1167 vous pourriez accepter ce qui vient d'un pharmacien ; ce qui vient d'un patient par contre,
1168 on peut prendre l'exemple tout simple du vaccin ; moi je comprends que quand un patient
1169 vous ramène un vaccin vous disiez j'en veux pas, même si c'est moi qui vous le ramène
1170 parce que vous ne pouvez pas savoir ce que j'en ai fait... »

1171 B3 : « Moi je suis équipé de sondes qui mesurent la température du frigo qui envoient des
1172 sms si jamais y a... et je peux garantir 24 sur 24, 7 jours sur 7 une température de 2° »

1173 (*Rire collectif*)

1174 BM : « Juste un tout petit mot sur les formations... Est-ce que le réseau peut être aussi ... »

1175 B5 : « Faut prévoir un petit garde-fou, s'il y a des médecins, des infirmières, ... il faudra
1176 peut-être des gens professionnels, des infirmiers, ... quand on est à la tête d'une structure
1177 quelle qu'elle soit on oublie le patient et il faudrait des... pharmaciens de terrain... »
1178 B8 : « Pour rebondir sur ce que tu voulais dire à B2, un des rôles du réseau sera de nous
1179 former sur les moyens de communiquer entre nous ; quelles formations peut nous apporter
1180 le réseau... communiquer entre nous c'est simplement... moi je savais pas, enfin je savais
1181 pas... j'ai pas été regarder qu'avec ICALOR, y avait moyen de communiquer par
1182 informatique ; moi les gens ils m'amènent leur gros classeur, je remplis le classeur et puis
1183 basta... »
1184 B7 : « Ce sont des gens que t'as pas fait rentrer toi... »
1185 B6 : « Parce qu'il ne gagne pas 2,40 euros à remplir... »
1186 B8 : « Non mais dans ce cas-là ça peut être très bien de rentrer dans l'ordinateur ... »
1187 B2 : « Mais ils sont payés les médecins quand ils rentrent... »
1188 B6 : « Plus que nous même... »
1189 B2 : « Il y a les 2 volets, donc l'ETP on en a un peu parlé... je sais pas qui a fait les
1190 formations d'ETP (B3, B4, B6, B8 et B9 lèvent le doigt)... ah ben on est pas mal
1191 finalement... c'est quelque chose qui a été super, et puis je trouve que c'était la première
1192 fois qu'on faisait des formations multi... avec les paramédicaux et tu vois, c'était très
1193 intéressant. Bon par la dessus, le réseau, je le vois toujours en espèces d'étages, donc
1194 l'ETP je pense qu'on en fait nous un peu, qu'on en fera encore mieux si on a des pôles de
1195 santé entre nous avec des infirmières... Le réseau territorial pourrait nous apporter des
1196 compétences qu'on n'a pas dans nos pôles de santé quand tout d'un coup y a un enfant qui
1197 a une maladie ou dans telle maladie qu'on a exceptionnellement dans nos bureaux. L'ETP,
1198 on est tellement en train de la positionner au niveau des professionnels de terrain que on
1199 aura peut-être pas tellement besoin du réseau ; sauf que restera des cas particuliers sur des
1200 pathologies bien particulières. Pour le deuxième volet, qui est un peu plus dans mon
1201 domaine aussi, qui est la formation, c'est marrant et c'est super, parce que tous, vous avez
1202 dit, ce qui est bien, c'est leurs réunions ; on a appris des choses ; nos infirmières, quand
1203 elles montent au CAV, c'est pareil, elles nous disent c'est génial, ... la formation reste
1204 quelque chose d'intéressant, à condition qu'elle soit faite, de plus en plus en
1205 pluridisciplinarité, des réunions où tout le monde est là et où tout le monde entend la même
1206 chose, c'est bien. Après, le rôle du réseau de territoire dans la formation, je pense qu'il est
1207 à définir, c'est-à-dire qu'il faudrait que ça reste quelque chose à laquelle on puisse faire
1208 appel le jour où on veut faire dans nos pôles de santé parce que tout à coup on s'est aperçu
1209 avec telle ou telle infirmière que ça serait bien qu'on refasse une formation sur les
1210 pansements... le pôle de santé peut demander à la dermato du coin « Reviens nous faire un
1211 topo sur les pansements » et on se réunit tous etc... et puis y a peut-être des formations où
1212 on ferait appel au réseau du territoire en disant bon ben voilà, on a un besoin particulier,
1213 qu'il soit infirmier ou multi disciplinaire... »
1214 B9 : « On avait avant, quand la clinique du parc était en bas, on avait des réunions
1215 médecins-infirmières où des chirurgiens de Nancy venaient et c'était très intéressant tout
1216 ça... »
1217 B2 : « A charge pour ces associations que ce soit des associations de pharmaciens,
1218 d'infirmiers, etc... de communiquer maintenant ensemble et à charge après que ces
1219 associations proposent leurs services au réseau de territoire »
1220 B9 : « Au niveau des formations, il faut qu'elles soient agréées, donc il faudrait aussi que
1221 le réseau ou la plate-forme du réseau puisse agréer des formations communes et pas
1222 seulement que infirmières ... »
1223 B2 : « Les associations de formation sont forcément agréées. »

1224 B9 : « Nous, les formations agréées par la sécu, par l'URSSAF, on a des thèmes bien
1225 précis et ... »

1226 B2 : « Voilà c'est des associations qui existent et qui proposent des choses, nous on a
1227 aussi, on réfléchit à des plannings, on réfléchit à des dates et puis après on vous les
1228 soumet ; mais je pense que cette association qui existe, comme on a dit tout à l'heure ne
1229 pas refaire et reconstruire des choses qui existent déjà, à charge pour ces associations
1230 d'aller dire au réseau territoire, ben nous on existe, on a déjà un savoir-faire, une façon de
1231 travailler, si vous avez besoin d'organiser quelque chose... »

1232 B9 : « Nous ce n'est pas des associations, on a une liste de définie par... c'est l'URSSAF,
1233 c'est quoi ? »

1234 B4 : « On est libre de choisir les formations sur lesquelles on va être pris en charge. »

1235 B2 : « Nous c'est pareil, mais on n'est pas pris en charge du tout, nous c'est sur notre
1236 temps libre, ... »

1237 B8 : « Dans la FMC, y a des actions qui sont rémunérées, sur des thèmes en promotion par
1238 la sécu ; ils sont d'accord pour nous former sur l'HTA et le diabète, mais ils ne sont pas
1239 d'accord pour nous former sur la maladie de Lyme! »

1240 B2 : « On est bien d'accord donc tout ce qui est rémunéré pour nous, médecins, si on prend
1241 des journées complètes où on est rémunéré, c'est des thèmes qui sont effectivement...
1242 moyennement intéressants ou intéressants vis-à-vis de l'ARS. »

1243 B9 : « Oui des formations mais en avoir des communes... »

1244 B1 : « Oui, il faudrait mettre en commun... »

1245 B4 : « Globaliser les formations pour qu'elles soient validantes pour tous les
1246 professionnels de santé. »

1247 B2 : « Nous sur Commercy quand j'organise en pluri une fois par an »

1248 B5 : « Les formations les plus efficaces sont soit celles qui ébranlent les participants dans
1249 leurs convictions... soit les groupes d'échanges entre pairs où on confronte les pratiques
1250 où le groupe va, en fait, trouver une position commune en partant de recommandations et
1251 en les déclinant à sa pratique... »

1252 B9 : « On avait fait une réunion ici avec un médecin, je ne sais plus,... sur la douleur,
1253 c'était très bien... »

1254 B8 : « C'était le Dr G., avec Age et Santé »

1255 B9 : « C'était bien »

1256 B8 : « Tout le monde pouvait entendre le même discours. Il y a eu la même chose sur la
1257 iatrogénie avec le Pr G. ; je pense que c'était pas mal, donc il peut y avoir aussi des
1258 réunions communes... c'est des choses qui sont complémentaires ; la dernière chose que je
1259 voudrais rajouter, c'est que vous les infirmiers, vous êtes comme nous, vous ne pouvez pas
1260 être multi spécialistes, vous êtes omnipraticiens, et y a des domaines, comme la dialyse
1261 péritonéale, ou... »

1262 B4 : « Non, la dialyse péritonéale c'est pas le bon exemple parce que c'est une des choses
1263 qu'on peut faire en libéral... »

1264 B9 : « À chaque fois qu'on a un patient qui est pris en charge, on a une formation, on part,
1265 là c'était à Verdun, pendant 2 jours, ... »

1266 B8 : « Alors pour un patient comme ça, vous ne pourriez pas continuer à être son
1267 infirmière pour les plaies, etc, ... parce que nous on a aussi la possibilité dans notre
1268 nomenclature de faire des visites ou des consultations conjointes avec un autre généraliste,
1269 chose qu'on ne fait absolument pas, il y a des actes qui peuvent être cotés comme ça. »

1270 B4 : « Non parce que nous la sécurité sociale, elle essaie de grouper au maximum les
1271 soins... »

1272 B8 : « Oui mais dans le cadre d'un réseau ça pourrait être proposé quand même. »

1273 B9 : « 2 actes, le 3è gratuit... » (*Sourire*)

1274 B2 : « Nous on n'est pas spécialistes en tout donc on va faire appel à quelqu'un qui va
1275 nous aider ou nous éclairer sur quelque chose ; il me semble à moi très difficile que moi je
1276 passe juste pour prendre la tension et soigner l'angine et quelqu'un d'autre passe derrière
1277 moi pour la douleur. »
1278 B8 : « Non, c'est pas ça. »
1279 B2 : « Si, c'est un peu ça... la dialyse et le pansement... »
1280 *Brouhaha des infirmières*
1281 B9 : « Nous, on est formé en plus, on est formé en chimio, en dialyse, ... »
1282 B8 : « Ecoutez, en ce moment j'ai un patient qui a un cancer du rein, et c'est un organisme
1283 spécialisé qui vient pour lui poser les perfusions de Zometa. »
1284 B4 : « Alors que non, y'a pas besoin ! »
1285 B9 : « Non, on a déjà eu des infirmières de Nancy nous ramener la cassette ou la poche de
1286 chimio et c'est nous qui branchions, alors je dis ça sert à rien, mais elle dit « si si, moi je
1287 suis que... Voilà j'amène... » Donc elle venait de Nancy... »
1288 B2 : « Par contre toutes ces petites choses-là pourraient être collectées...des fois j'entends
1289 des trucs... amener une poche de Nancy... tous les dysfonctionnements comme ça
1290 devraient être notés à un moment donné dans des cahiers de doléances à la fin de l'année
1291 parce que moi j'entends aussi qu'on rentre en HAD un gamin pour une IM de Rocéphine. »
1292 B6 : « Pour une IM de Rocéphine ou pour un Lovenox ! »
1293 B2 : « Moi je ne suis pas sûre que... »
1294 B9 : « Quand on sait le prix que ça coûte une HAD alors que les filles avant elles faisaient
1295 une IM de Rocéphine »
1296 B2 : « Et si je peux interpellier une dernière fois le pharmacien qui est à ma... gauche ! »
1297 B8 : « Tu peux le tutoyer tu sais... »
1298 B2 (*En riant*) : « Non, pas les pharmaciens ! (*Rire général*) Dans la loi HPST il était quand
1299 même convenu et c'est écrit noir sur blanc que vous pouviez avoir un rôle maintenant
1300 beaucoup plus important que je n'ai pas entendu ce soir qui est de prescrire et de
1301 renouveler les traitements de maladies chroniques à condition qu'il y ait eu un contrat
1302 passé avec le généraliste... »
1303 B3 : « C'est la loi Fourcade ? »
1304 B2 : « C'est la loi HPST. Donc le pharmacien a le droit maintenant, sous couvert d'un
1305 contrat passé entre le patient, le généraliste et le pharmacien, de renouveler jusque 6 mois
1306 un an... »
1307 B7 : « Moi je vais laisser mon ordonnancier à la pharmacie ! »
1308 B9 : « C'est comme pour nous les pansements. »
1309 B5 : « Et la pilule aussi. »
1310 *Brouhaha*
1311 B2 : « Le pharmacien a le droit de renouveler le traitement 6 mois un an, selon ce que lui a
1312 autorisé le généraliste, avec par exemple pour les diabétiques, le traitement peut être
1313 modulé en fonction des examens complémentaires... Grosso modo, je peux avec mon
1314 pharmacien dire pendant un an tu vas t'occuper de mon diabétique, tu fais un HbA1c tous
1315 les 3 mois ; s'il est au-dessus de ça, ou en dessous de ça, tu augmentes la Metformine... ça
1316 c'est la loi HPST »
1317 B7 : « ouais... » (*Rires et brouhaha*)
1318 B2 : « Je voulais l'avis du pharmacien... c'est sous couvert de la responsabilité du
1319 généraliste puisque c'est toi qui a fait le contrat ; c'est ça qui est important, parce que
1320 quand on dit la place du pharmacien... Avec les infirmières, pour nous, la délégation de
1321 tâches est quand même plus simple ; elles ont l'habitude depuis des années de travailler
1322 plus en collaboration avec nous... c'est vrai qu'on a plus de facilité d'imaginer travailler
1323 avec des infirmières, de moduler des choses, téléphoner, adapter l'insuline, etc... Le

1324 pharmacien, c'est quelque chose qu'on n'a pas pris l'habitude... dans cette nouvelle loi
1325 HPST ils ont une place que pour l'instant je ne les entends pas trop revendiquer, je sais pas
1326 s'il dit moi j'ai pas de place, de temps... »
1327 B4 : « Ah ben et je les comprends ! » (*En riant*)
1328 B9 : « Ils ont déjà l'ETP, si maintenant il faut qu'ils prennent en charge, maintenant... »
1329 B2 : « Oui mais l'ETP prendra plus de temps que renouveler un traitement. »
1330 B3 : « Alors, y a renouveler un traitement, et après y a faire évoluer un traitement. Faire
1331 évoluer un traitement, moi euh... pff je n'ai pas appris à faire... »
1332 *Brouhaha*
1333 B8 : « Tu ne crois pas que les parlementaires ils yoyotent là... qu'ils prévoient que les
1334 pharmaciens modifient les ordonnances des diabétiques et que nous on les voie une fois par
1335 an ; je laisse mon ordonnancier à la pharmacie... »
1336 B2 : « Non c'est pas marqué ça, c'est marqué la même chose qu'on fait, la même chose
1337 qu'on fait avec nos infirmières ; c'est-à-dire l'insulinothérapie, quand t'as un patient qui a
1338 une insulinothérapie à la maison, tu mets bien : si au-dessus d'1g 60, augmenter de 2
1339 doses »
1340 B9 : « Un protocole quoi... »
1341 B2 : « Voilà ! C'est exactement la même chose avec le pharmacien, tu peux créer un
1342 protocole, évidemment il faut que le patient soit d'accord, que le médecin soit d'accord, et
1343 dans ce protocole, tu peux marquer ce que tu veux... »
1344 B4 : « Excusez-moi, et le médecin généraliste a le droit de faire un protocole diabéto ? »
1345 B6 : « Ben oui hein ! »
1346 B4 : « Attends, je voudrais la réponse d'un médecin... »
1347 B5 : « Ben oui ! »
1348 B7 : « Ben oui, c'est notre rôle ! »
1349 B4 : « Je suis bien d'accord que c'est votre rôle, je suis entièrement d'accord, sauf que
1350 quand votre patient est en réseau diabéto, et que du coup le réseau refuse de faire un
1351 protocole, ça freine le médecin et du coup le médecin ne prend pas la responsabilité de
1352 faire le protocole. Le médecin il signe le cahier pour montrer qu'il l'a vu ; nous on baisse
1353 d'une unité quand il y a eu une hypoglycémie, etc, mais par contre, mais nous on n'a
1354 pas... »
1355 B2 : « C'est peut-être un oubli ... »
1356 B9 : « quand on n'a pas on demande... » (*Rire*)
1357 *Brouhaha*
1358 M : « Vous voulez vraiment encore rester ? »
1359 *Rires*
1360 B8 : « Ben on est bien là ! »
1361 B7 : « Le modérateur il nous embête ! »
1362 *Rire général*

Transcription Focus Group C du 07.06.2011

7 participants :

C1 : Médecin généraliste, participe aux réseaux ICALOR et Age et Santé

C2 : Pharmacien libéral, participe aux réseaux Age et Santé et REDIVHOM

C3 : Médecin généraliste, participe aux réseaux ICALOR, Age et Santé et REDIVHOM

C4 : Médecin généraliste, participe aux réseaux Age et Santé et REDIVHOM

C5 : Médecin généraliste, participe au réseau Age et Santé

C6 : Pharmacienne libérale, participe aux réseaux Age et Santé et REDIVHOM

C7 : Médecin généraliste, participe au réseau Age et Santé

Durée : 1h37

- 1 M : « On commence ? Première question : Quel bilan feriez-vous des réseaux de santé
2 thématiques auxquels vous avez jusque-là participé ? On fait un tour de table ? »
3 C5 : « Alors moi, je suis adhérent à deux réseaux, REDIVHOM et Age et Santé. Le réseau
4 REDIVHOM, je crois que je n'ai pas été très assidu, enfin j'étais assidu au départ et puis
5 après au bout de 1 an ou 2 ans, j'ai laissé tomber un petit peu le réseau parce qu'il ne
6 répondait pas tout à fait à mes attentes. J'ai eu l'impression que mes malades étaient
7 vampirisés par le service de diabétologie ! (*Rires*)
8 C1 : « Mais même sans faire partie du réseau, ils sont quand même vampirisés ! »
9 C5 : « Oui, et puis les gens que tu envoyais pour des examens, et ben on se demandait
10 pourquoi ils allaient faire des examens, Pour faire des fonds d'œil à la caméra mydriatique...
11 Euh Pff (l'air embarrassé) donc voilà ! Mes patients ont été vampirisés et ça s'est terminé
12 comme ça ! En ce qui concerne le réseau Age et Santé, moi j'étais content du réseau tant que
13 le Dr G. s'en occupait parce qu'il y avait des réunions régulières, on savait un petit peu de
14 quoi il en retournait avec nos patients, et depuis qu'elle est partie, il y a moins de réunions, on
15 est moins sollicité. »
16 M : « Tu parles des réunions avec l'infirmière, le médecin... ? »
17 C5 : « Ouais ouais... Je crois que depuis le début de l'année, j'ai dû faire une seule réunion,
18 ce qui n'était pas le cas les années précédentes. Moi j'ai inscrit plein de patients dans le réseau
19 Age et Santé. Voilà. »
20 C6 : « Moi je fais partie des réseaux Age et Santé et ANTIBIOLOR. Effectivement, Age et
21 Santé, on avait assisté à beaucoup de réunions et je trouvais que pour nous, en tant que
22 pharmacien, sur le terrain, ça ne présente aucun intérêt puisqu'on est... enfin on ne participe à
23 aucune réunion, on ne sait pas si nos malades sont dans le réseau, on a l'impression qu'on est
24 totalement à côté (*C7 acquiesce*) alors que je pense qu'on aurait pu avoir un rôle à jouer.
25 Donc ça, je trouve que c'est un petit peu dommage. Et le réseau ANTIBIOLOR, je trouve
26 qu'ils ont des plaquettes tout à fait intéressantes, en tant que formation. On n'a pas toujours le
27 temps de se former et ils font des points intéressants avec des plaquettes. Bon, c'est bien fait,
28 c'est accessible et tout... C'est vrai qu'Age et Santé, j'ai laissé tomber parce que ... enfin
29 bon, je cotise et tout mais je trouve qu'on est trop en dehors. »
30 M : « En tant que pharmacien, vous ne trouvez pas votre place ? »
31 C6 : « Ben on n'a jamais été invité à participer aux réunions non pas... bon pour parler
32 iatrogénie, pour parler médicaments... Mais il peut être aussi intéressant d'avoir notre avis.
33 Mais à l'époque, la DDASS, la DRASS... ou je ne sais pas qui, ils avaient dit qu'on servait à
34 rien, donc on est parti ! (*C3 sourit*) »

35 C7 : « Alors moi, je ne fais partie d'aucun réseau. Je suppose que j'étais sur la liste Age et
36 Santé parce que j'ai quelques patients inscrits à Age et Santé. J'avoue que je n'avais pas voulu
37 faire partie des réseaux parce que je ne voulais pas avoir des réunions qui se multipliaient et
38 puis des tas de paperasse à remplir. J'suis un peu anti-réseau, surtout si c'est des réseaux
39 multiples comme ça. Par contre si c'est un réseau qui regroupe plusieurs pathologies, qui est
40 comme tu l'as dit, au service d'une population, je pense que ça sera plus intéressant mais
41 bon... Moi j'avais trouvé que c'était une surcharge de travail et d'administratif qui ne
42 m'intéressait pas donc voilà ! Je ne suis pas le bon exemple ici. »

43 M : « Il n'y a pas de bon ni de mauvais exemple ! »

44 C7 : « En revanche, je reçois aussi les fiches d'ANTIBIOLOR, qui sont bien faites. »

45 C5 : « Moi aussi j'ai les fiches ANTIBIOLOR, j'ai oublié de le dire ! » (*Rire C7*)

46 C1 : « Le réseau diabétologie, je n'étais même pas au courant qu'il existait, j'ai su au fur et à
47 mesure, mais on ne m'en a jamais parlé, je n'ai jamais été sollicitée. Mais il est vrai aussi que
48 je recevais régulièrement des invitations de diabétologie où je ne suis jamais allée, donc c'est
49 peut-être à cette occasion qu'on aurait pu m'en parler. Le réseau Age et Santé, j'y ai adhéré.
50 C'est vrai qu'au départ les réunions étaient intéressantes, on avait l'impression de faire partie
51 d'un projet... Et puis ensuite, j'ai des patients qui font partie d'Age et Santé, je remplis la
52 paperasserie, et après je ne sais pas ce qui est fait avec eux. Fait ou pas fait, je n'ai pas de
53 suivi particulier. Sauf pour certains patients, on me dit il faut faire une réunion pour faire le
54 point, on me dit voilà ça va durer une demie heure et ça dure une heure et demie... (*Sourire*)
55 et puis ça ne sert à rien mais on a fait une réunion d'une heure et demie sur le patient dans ma
56 salle d'attente pour discuter. Bon j'ai l'impression sur les différents cas que ça n'a pas fait
57 avancer le schmilblick ! (*Rire C3*) mais bon... Ça fait du bien de faire des réunions, surtout
58 quand on n'a pas le temps de passer une heure et demie, mais qu'à l'hôpital, a priori, en
59 dehors de leur hôpital, ben passer une heure et demie sur un patient ça ne leur pose pas de
60 souci, voilà ! Après, je fais partie aussi d'ICALOR, donc la paperasse, je remplis... Pareil, je
61 ne sais pas ce qu'ils font avec mes patients. Je sais qu'une infirmière passe de temps en temps,
62 sauf qu'une fois, ma patiente a eu une douleur thoracique qu'elle a signalée à l'infirmière et
63 apparemment il n'y a pas eu de suivi. Alors je me suis dit mince, à quoi ça sert ? Est-ce que la
64 patiente dit la réalité des choses, ou est-ce qu'elle m'a raconté autre chose... Mais disons que
65 le suivi ne m'a pas semblé spectaculairement efficace. LORSEP, j'ai rempli aussi de la
66 paperasse... J'ai un patient qui était pris en charge et là j'ai trouvé que c'était bien parce que
67 je ne maîtrisais pas tout à fait le sujet et ... disons qu'on remplit un dossier administratif et
68 après la prise en charge est faite directement avec le patient après, on ne revoit plus forcément
69 le patient après. »

70 C4 : « C'est quoi LORSEP ? »

71 C1 : « C'est pour la sclérose en plaques, c'est sur Nancy. Bon, faut avoir des patients qui ont
72 une sclérose en plaques ! »

73 C7 : « Ça peut être intéressant ça ! »

74 C1 : « Vis-à-vis du patient, ça pouvait être très intéressant. Bon c'est les côtés un peu négatifs
75 que je dis au départ... mais après je dirais peut-être des choses positives ! (*Rire*) »

76 C2 : « Donc a priori (*Rires*) on fait partie de 2 réseaux, Age et Santé et REDIVHOM. Je dis a
77 priori parce qu'en fait on ne sait pas trop de quoi on fait partie (*Sourire*) et quand est-ce qu'on
78 a commencé à en faire partie. Alors le réseau diabète, nous, en tant que pharmacien, ce qu'on
79 a vu surtout, c'était la possibilité d'assister à des soirées thématiques, c'était un intérêt vis-à-
80 vis de nous... Vis-à-vis du patient, moi je n'ai pas vu la place pour mes patients de ce réseau,
81 je ne savais pas si je pouvais les adresser... Nous les pharmaciens, on ne sait pas comment se
82 servir de ces réseaux autrement que en recevant... en ayant la possibilité de recevoir de
83 l'information. Bon... ça c'est pour le réseau diabète. Et en ce qui concerne le réseau Age et
84 Santé, ben là encore, j'ai reçu un courrier une fois (*Sourire*) disant qu'un de nos patients était

85 rentré dans le réseau Age et Santé mais voilà. Je savais qu'il faisait partie du réseau mais je ne
86 savais pas du tout ce que ça pouvait lui apporter, ce qu'ils allaient faire avec lui. C'était juste
87 à titre informatif. Et à part ça, pour moi, je n'ai jamais assisté à des réunions du réseau Age et
88 Santé, et encore une fois, je ne savais pas quoi faire avec ce réseau pour mes patients. Donc
89 voilà ! »

90 C3 : « Je suis adhérent à deux réseaux : le réseau Age et Santé et le réseau ICALOR. Alors,
91 avec une assiduité tout à fait modeste pour l'un comme pour l'autre. J'ai d'ailleurs vu avec
92 soulagement... J'ai reçu aujourd'hui un courrier d'ICALOR qui m'expliquait que j'étais
93 adhérent au réseau, donc je le suis toujours, mais qu'il convenait de distinguer des membres
94 actifs et des membres associés. Je me suis donc tout de suite rangé dans la 2^{ème} catégorie des
95 membres associés (*Rire*) mais j'ai quand même répondu que je restais membre associé ! Mais
96 effectivement, pour rejoindre ce que disait C7, il y a quand même une lourdeur administrative
97 au moins initiale, notamment avec ICALOR quand on rédige le dossier d'entrée du patient
98 dans le réseau. C'est quand même une tâche lourde et assez fastidieuse (*C7 acquiesce*). Bon
99 après, j'estime que le patient est quand même pris en charge de façon plus soutenue que si
100 c'était son seul médecin généraliste qui s'occupait de lui, et que, effectivement, il y a des
101 intervenants tels que l'infirmière, qui sont là pour tirer une sonnette d'alarme, mais à
102 condition effectivement que l'alarme finisse par retentir auprès du médecin. C'est vrai que
103 l'infirmière est capable, enfin elle est capable, bien sûr qu'elle est capable, mais elle est
104 susceptible de passer un coup de fil pour signaler que le patient a pris du poids de façon
105 imprévue, que ça s'accompagne d'un œdème de cheville, de signes de sub-OAP... et donc ça
106 incite le passage du médecin plus rapidement que la visite qui était prévue un mois plus tard.
107 Donc il y a quand même un côté intéressant pour la prise en charge du patient, et la lourdeur
108 administrative semble beaucoup moins importante que ce qu'il faut fournir comme travail
109 initial. Pour le réseau Age et Santé, j'ai effectivement un plus grand nombre de patients pris
110 en charge parce que les cas se sont présentés de façon plus fréquente. J'avoue que le réseau
111 apporte une certaine aide, notamment pour ce qui est de la prise en charge sur le plan médico-
112 social. »

113 C1 : « Ça c'est vrai, oui. »

114 C3 : « Intervention des assistantes sociales pour faire bénéficier aux patients de telle ou telle
115 prestation à laquelle il a le droit, intervention aussi de ceux qui s'occupent de l'ergonomie de
116 la maison... Savoir s'il faut mettre une rampe d'escalier ou pas... Bon là j'avoue que c'est
117 quelque chose qui nous échappe totalement ! Sollicitation des professionnels pharmaciens et
118 fournisseurs de matériel médical pour ce qui est de l'installation d'un lit médicalisé, d'une
119 potence, d'une chaise garde-robe... Bon là, le réseau rend service. Bon, les réunions, là
120 j'avoue que je n'ai jamais vraiment participé à beaucoup de réunions. C'est logique qu'un
121 réseau vive avec des réunions, à condition de s'astreindre à y participer. Bon, je dirais que ma
122 réponse est quand même plutôt positive sachant que je ne suis quand même pas d'une
123 assiduité considérable auprès de l'un et de l'autre. Mais je pense qu'il faudra envisager une
124 fusion des réseaux, enfin ça sera peut-être la deuxième partie de la discussion... pour
125 simplifier la prise en charge administrative qui reste quand même un petit peu le problème
126 numéro 1, la tâche administrative est quand même assez lourde. »

127 C4 : « Le problème chez moi, c'est que je suis à cheval sur deux régions, et je travaille 1/3
128 avec l'hôpital de Bar le Duc, 2/3 avec l'hôpital de Saint-Dizier... Les réseaux là-dedans, c'est
129 un peu compliqué parce que les patients suivis par l'hôpital de Saint-Dizier, s'ils se retrouvent
130 dans un réseau de Bar le Duc, on s'emmêle un peu les pédales ! Alors je fais partie de deux
131 réseaux. L'un, REDIVHOM, dont j'étais avec M l'un des membres formateurs avec le Dr J. ;
132 et l'autre, Age et Santé. Le réseau de cardiologie, je ne connaissais même pas son existence,
133 je n'ai pas dû être sollicité. Age et Santé, je n'ai pas eu beaucoup recours à ce réseau puisque
134 je n'ai eu que deux ou trois patients, dont un qui est décédé quelques mois après son

135 admission dans le réseau... Les deux autres, à part une réunion d'une heure, une heure et
136 demie dans la salle d'attente où on cause beaucoup et où ma foi, il ne s'ensuivait pas grand-
137 chose euh... je ne vois pas ce qu'il m'a apporté. Les réunions, je n'y suis pas allé parce que...
138 il y a trop de réunions. L'autre, c'est le réseau de diabétologie. Alors là, les réunions, j'y allais
139 toujours au début, et je n'y vais plus là parce qu'elles ont lieu les jeudis et moi je suis de garde
140 tous les jeudis ! Et concernant ce réseau-là, il y a beaucoup à dire ! Déjà, c'est un réseau pour
141 lequel j'étais intéressé au départ, je pensais que c'était un réseau qui allait aller vers les
142 médecins généralistes pour leur apporter des facilités et une aide ; et en fait je me suis rendu
143 compte à l'usage que c'est plutôt un réseau qui favorise le rayonnement du service de
144 diabétologie et qui sert de recrutement aussi pour ce service. Donc les patients qui y vont nous
145 échappent quasiment totalement après (C1, C5 et C7 acquiescent). On n'est plus maître des
146 prescriptions, on est même obligé de signer à contre cœur des prescriptions pour lesquelles
147 on n'est pas d'accord... »

148 C1 : « Tout à fait oui. »

149 C4 : « ça arrive même fréquemment. Et on est donc « pieds et poings liés » à ce réseau. Ça
150 pourrait avoir un intérêt, mais vu la façon dont il est géré... on en reparlera peut-être après...
151 fait qu'on le subit plus qu'on ne le maîtrise. Bon maintenant, il y a un 3^{ème} problème,
152 lorsqu'on a un patient qui a un certain âge, il va être dans un réseau, il est cardiaque, il
153 dépendra du réseau de cardio, il est diabétique, il dépendra du réseau de diabéto... il y a de
154 multiples réseaux, on va remplir des papiers, des cartons... »

155 C7 : « Oui, voilà ! »

156 C4 : « on remplit des trucs partout, on ne sait plus à qui s'adresser, ce que c'est. Ça c'est un
157 problème. Le réseau de diabétologie, au départ ils avaient créé un magnifique classeur qui
158 coûtait une petite fortune... »

159 C2 et C6 : « On n'en a jamais vu ! » (Rire C3)

160 C4 : « et il y avait des pages et des pages et des pages avec des items à remplir par le
161 pharmacien, par l'infirmière, par le laboratoire, le généraliste, le spécialiste, il n'y avait pas le
162 coiffeur (Rire)... il y avait le podologue encore dedans ! Et ces carnets n'ont jamais été
163 remplis par personne je crois, aucun médecin, aucun pharmacien, on ne les voit pas. Ils
164 devaient marquer dedans si l'appareil glucomètre marchait bien, si la personne avait bien
165 compris, etc. Mais personne ne le voit jamais, de toute façon il est trop gros, il est trop
166 encombrant, les gens ne viennent pas avec, donc il n'y a pas de lien direct entre le médecin
167 généraliste, les autres partenaires, et le service de diabétologie. Donc ça a été une chose déjà à
168 l'eau, parce qu'il était trop compliqué ce bouquin. Deuxième chose, on devait également
169 remplir chaque année un formulaire de mise au point avec des tas de pages, des tas d'items
170 évidemment très compliqués à remplir, qui prenaient beaucoup de temps. Je l'ai fait pendant
171 trois ans, je ne l'ai plus fait cette année... Faut reconnaître que c'était payé, et c'était
172 correctement payé même ! Mais c'était trop compliqué à remplir et on ne voyait même plus
173 l'intérêt de ce truc à la fin. Le réseau, j'ai l'impression qu'il vit sur les acquis des premières
174 années, et puis une fois que ça roule, ça roule, et puis une fois que les gens nous échappent ils
175 sont convoqués par le service de diabétologie, on reçoit les lettres deux mois, trois mois après
176 parfois, avec les comptes rendus, alors qu'on les a vus entre temps, y'a des doublons parce
177 qu'on fait des HbA1c mais elles ont été faites 15j avant ou 15j après par le service... Bon
178 voilà en gros le résultat de tout ça... Bon, ces réseaux, pour suivre l'air du temps, j'y ai adhéré
179 mais j'avoue qu'à la longue, ça paraît plus une contrainte avec des obligations qui sont un peu
180 embêtantes et qui ne semblent pas nous apporter grand-chose. »

181 C1 : « J'ai juste une petite question, si moi, mon patient ne fait pas partie du réseau de
182 diabétologie, quelle est la différence entre... ? »

183 C7 : « C'est pareil ! »

184 C1 : « Voilà, c'est ça, si d'autres intervenants n'interviennent dans le réseau, il n'y a que la
185 relation médecin traitant/ spécialiste donc c'est la même chose qu'il fasse partie ou pas du
186 réseau. »

187 C7 : « Le patient est phagocyté de toute façon ! »

188 C4 : « Alors normalement, à corps défendant de ce réseau, il était acquis quand même que les
189 médecins qui faisaient partie de ce réseau pouvaient disposer d'un accès plus particulier pour
190 des soins plus particuliers, par exemple pour des soins de podologie, ou aller faire par
191 exemple un fond d'œil avec la caméra mydriatique, ou... Sans subir tout le bataclan de
192 l'hospitalisation ou de la journée d'hospitalisation. Mais dans la réalité, ... ou parfois des
193 prises de sang, ou je ne sais pas quoi, des choses particulières... »

194 C7 : « Ou des pansements de plaie, des « consultations plaie »... »

195 C1 : « Mais moi, ils en font mes patients, ils ont ça. »

196 C4 : « Voilà... mais dans la réalité, je n'ai jamais profité de ça, ça me semblait bien
197 compliqué à obtenir, et je ne sais pas si d'autres collègues en ont plus profité... Donc voilà où
198 ça en est, je n'ai pas plus à dire. Bon, je n'ai pas... pour Age et Santé je dois avoir trois
199 personnes, pour le réseau diabète, ça doit être dix huit ou vingt personnes. (*Silence*) Alors
200 tout à l'heure on parlait d'ANTIBIOLOR, ça je ne le considère pas vraiment comme un
201 réseau, c'est autre chose, c'est plutôt une référence. Effectivement, on a des fascicules, on les
202 trouve aussi bien sur Internet que sur un fascicule dans un petit classeur qui est extrêmement
203 bien fait, et qui là sont d'un intérêt... »

204 C1 : « Oui, c'est différent, c'est de l'information. »

205 C4 : « Oui, ça fonctionne différemment, on n'y inscrit pas de patient, c'est nous qui sommes
206 en correspondance avec le réseau, donc je le mets à part celui-là. Voilà ce que j'avais à dire
207 sur les réseaux. »

208 M : « A la lumière de ce que les uns et les autres ont dit, est-ce que quelqu'un a quelque chose
209 à rajouter ? Sur votre expérience ? Est-ce que dans le suivi des patients vous avez
210 l'impression que ça vous a apporté quelque chose ? »

211 C1 : « Moi je rejoindrai C3, pour Age et Santé, c'est surtout le côté social qui apportait, c'est-
212 à-dire l'assistante sociale, et toutes les démarches que je ne maîtrise pas et que je n'ai pas le
213 temps de faire ; et en plus l'équipement du domicile, l'ergothérapie je crois que ça s'appelle...
214 voir là où on doit mettre les choses pour que les gens ne tombent pas, aient des facilités, ça
215 c'est très utile. Après, des fois ils passent au domicile et on ne le sait pas, le retour n'est pas
216 toujours là et j'ai trouvé que les réunions que... Moi, avec les patients Alzheimer, la réunion
217 d'une heure et demie... , bon ça m'a un petit peu marqué cette réunion là..., à laquelle on
218 convoque la famille, voilà, tout le monde est dans ma salle d'attente... selon moi c'était une
219 heure et demie de blabla, c'était même moi qui modérais je trouve la réunion parce que...
220 rien n'est ressorti. Il y avait quelques éléments, points importants mais concrètement, deux ou
221 trois mois après quand j'ai revu la patiente, rien n'avait changé donc j'ai l'impression que
222 c'est un petit peu du vent. Voilà... »

223 M : « Dans le cadre du réseau, il était prévu qu'il puisse y avoir des consultations diététiques,
224 de podologie qui n'étaient pas prises en charge en dehors... Vous n'avez pas l'impression
225 que ça a bénéficié particulièrement aux patients ? »

226 C4 : « C'est-à-dire qu'en fait, ce genre de consultations, à l'intérieur du réseau, quand on
227 envoyait un patient qui n'était pas vu par le service avant, uniquement pour un problème
228 diététique, il était accaparé et puis en fait on l'intégrait pour une journée d'hospitalisation etc.,
229 donc c'était pas le but recherché. Dans ce que tu dis C1 sur le réseau Age et Santé,
230 effectivement, je pense que, enfin je pense comme mes collègues, ce qu'on voulait c'était une
231 aide sur le plan médico-social, sur l'ergonomie du logement, sur les différentes aides dont
232 peut bénéficier le patient etc. Mais bon, je n'ai pas suffisamment d'expérience dans ce
233 domaine-là pour juger de l'efficacité mais je crois que la distance joue aussi parce qu'ils

234 semblaient hésiter à venir, les crédits ont dû baisser et ils ne se déplaçaient plus dans les
235 provinces lointaines, ça pose des problèmes. Moi j'ai des patients que j'ai inscrits qui n'ont
236 jamais vu personne. »

237 C1 : « Au niveau social, je trouve qu'ils sont toujours présents, au niveau ergonomie, je pense
238 que les patients n'ont pas eu de choses bouleversées dans leur appartement ou leur maison
239 mais c'était une aide précieuse quand même, mais par contre, au niveau médical c'était un peu
240 moins... évident. »

241 C5 : « Moi au niveau social, je suis tout à fait d'accord avec vous. Mais il y a une chose qui
242 m'a un peu déçu aussi c'est le suivi des patients, enfin le devenir des patients une fois qu'ils
243 ne pouvaient plus rester à domicile, pour leur faire intégrer une institution. Je pensais que ça
244 allait être facile avec le réseau Age et Santé et en fait ça a été le même problème qu'avec des
245 patients lambda. On a des patients âgés, on a besoin de les mettre en institution, et ben
246 finalement il n'y a pas de gain par rapport à un patient âgé qu'on voudrait faire rentrer en
247 institution rapidement sans qu'il soit adhérent au réseau Age et Santé, et on le fait partir à
248 l'hôpital, par le service des Urgences (*C7 acquiesce*). »

249 C1 : « Pareil, moi j'ai une patiente qui fait partie du réseau (Age et Santé), j'ai appris par sa
250 famille qu'elle était tombée, qu'elle est allée aux Urgences, qu'elle avait eu un traitement
251 pour une infection urinaire... »

252 C7 : « Et t'as pas été prévenue ! »

253 C1 : « J'ai été prévenue par la famille une semaine après, parce qu'il manquait quelque chose
254 sur l'ordonnance mais je n'étais... Déjà je pense que les Urgences n'étaient pas au courant
255 qu'elle faisait partie du réseau, les Urgences ne préviennent pas toujours que nos patients
256 âgés, même Alzheimer sont allés aux Urgences donc ça pose soucis parce que si la famille
257 n'est pas là, on ne l'aurait jamais su. Donc de ce côté-là, je trouve que le patient ne profite
258 pas... Au début on nous avait dit qu'il devait y avoir une démarche particulière pour qu'il n'y
259 ait pas justement ce... »

260 C5 : « Oui, pour qu'il n'y ait pas de problème d'intégration dans une institution... »

261 C1 : « de coordination... »

262 C5 : « Oui, et puis finalement, c'est coup de téléphone sur coup de téléphone parce qu'au bout
263 du compte, c'est les Urgences donc heu... »

264 C1 : « ICALOR, oui, moi j'ai trouvé que c'est de la paperasse, et puis, bon l'infirmière pour
265 l'information du patient avec... faire attention au sel, le contrôle du poids etc. mais bon, à part
266 ça, ma patiente a quand même été hospitalisée plusieurs fois... Est-ce qu'elle l'aurait été
267 davantage si elle n'avait pas bénéficié de l'éducation... ? Mais bon, c'est pareil, sur quelques
268 patients, on ne peut pas juger de l'efficacité ou pas. Bon au départ, ils nous avaient promis
269 qu'un patient avec de l'éducation, devait être moins hospitalisé, mieux pris en charge... Bon
270 c'était ça le but, ils ont leurs statistiques et c'était ça le but au départ. »

271 C4 : « ICALOR, c'est où ? C'est Bar le Duc ? »

272 C1, C2, C5 en chœur : « Nancy ! »

273 C1 : « Pareil, ils nous envoient des statuts, de la paperasse, ils ont des budgets assez ... Je ne
274 sais plus ... 600 000 euros »

275 C3 : « Oui, très important ! »

276 C1 : « Enfin ils ont un très gros budget, et puis nous, ils vont nous rémunérer 23 euros pour
277 un truc, voilà, c'est... On a l'impression qu'on est des petits sous-fifres pour remplir la
278 paperasse donc voilà, je ne sais pas... »

279 M : « Il n'y a pas d'infirmières ce soir mais les infirmières ont l'air d'y trouver un peu plus
280 leur compte puisque c'était rémunéré correctement pour passer régulièrement. »

281 C7 : « C'est des infirmières libérales qui interviennent dans ICALOR ? »

282 M : « Oui, ça s'appuie sur l'environnement du patient, ce n'est pas des gens d'ICALOR qui
283 viennent... »

284 C1 : « Mais moi, personnellement, l'infirmière ne m'a jamais contacté. »
285 C2 : « Sauf pour l'éducation, c'est une infirmière d'ICALOR qui tourne chez les patients. »
286 M : « qui fait de l'éducation uniquement. »
287 C7 : « Pour l'éducation, oui, d'accord. »
288 M : « Au niveau des pharmaciens, vous disiez que vous n'aviez pas réussi à trouver votre
289 place. Vous n'avez pas l'impression que ça vous a retiré quelque chose de votre pratique ? Je
290 dis ça parce qu'au départ, dans le réseau diabète, il y avait les biologistes, les cardiologues...
291 qui sont venus aux premières réunions, et puis qui ont rapidement compris en fait que bon,
292 tout se faisait à l'hôpital et ne se faisait plus chez eux quoi ! Donc au niveau pharmacien,
293 vous, ça ne vous a pas changé de... »
294 C6 : « Non mais... »
295 C7 : « Peut-être que si, les lecteurs de glycémie, ce n'était pas les diabéto qui ... »
296 C6 : « Le sujet est un petit peu difficile... »
297 C2 : « C'est un sujet difficile puisque... enfin ça va mieux maintenant. Il y a eu une grande
298 période, une longue période où, en fait, on ne délivrait plus de lecteurs de glycémie, par
299 contre, vers qui se tourne le patient dès qu'il a un problème avec son lecteur de glycémie ?
300 Son pharmacien ! Donc on passait un temps... »
301 C1 : « Pourquoi vous ne délivriez plus ? Qui le donnait alors ? »
302 C2 : « C'était donné dans les services, directement. »
303 C7 : « Ah oui, en diabéto, ils en donnaient. »
304 C2 : « Donc, non, mais bon, je ne sais pas... Le problème a l'air de se résoudre maintenant.
305 Mais c'est vrai que c'est normal, moi si je vends un produit, si je délivre un produit, d'assurer
306 le service après-vente de ce produit et de s'assurer que le patient s'en serve correctement etc.
307 Maintenant, c'est vrai que ça faisait un petit peu mal quand même de passer ce temps là quand
308 derrière on ne délivrait pas de produit... Je ne fais pas payer de consultation au patient pour
309 lui expliquer comment se servir de son lecteur de glycémie. »
310 C1 : « Ce qui est censé être fait soit par le réseau, soit par les infirmières... »
311 C6 : « On est vraiment... On ne se sent pas intégré. C'est un petit peu dommage. »
312 C1 : « Mais en tant que médecin, je ne fais pas partie du réseau diabétologie, mais avec les
313 diabétologues, je ne me sens pas du tout intégrée non plus, moi. Mes patients, les
314 prescriptions sont complètement bouleversées par certains médecins, et après on se rend
315 compte que... et les patients aussi se rendent compte que même si le traitement ne
316 correspondait pas aux normes officielles et à ce que pensaient les médecins spécialistes, eh
317 ben c'était en fait le traitement que le patient supportait... parce que nous on connaissait déjà
318 aussi le patient depuis un certain temps... Et le traitement est changé, on se rend compte que
319 ça ne va pas mieux, et on rechange à nouveau le traitement ! Bon, les patients s'en
320 aperçoivent quand même ! C'est au détriment du patient dans ce cas. »
321 C7 : « Sans compter les désaccords entre cardiologue et diabétologue ! »
322 C5 : « Et sans compter sur le retrait des glitazones et... »
323 C1 : « Alors moi, j'ai un patient diabétique sous insuline, un cas très compliqué, insuffisant
324 rénal etc. mais sa tension artérielle n'est pas correcte. Mais le diabétologue renvoie au
325 cardiologue et le cardiologue ne veut pas changer un truc sans l'avis du diabéto donc après
326 heu... on ne sait pas. Alors ce n'est pas moi qui vais changer le traitement ! C'est un peu
327 délicat, parfois on voit qu'il y a un manque de coordination, de dialogue. Mais ce n'est pas
328 dans le cadre du réseau, c'est plus le service de diabéto. »
329 C7 : « Oui, c'est plus le service. »
330 C1 : « Moi, je n'ai jamais appelé le service de diabéto. Je l'ai appelé une fois cette année pour
331 avoir un rdv un petit peu plus rapide pour un de mes patients, Mr B. –parce que le rdv était
332 auprès de Mr J. mais j'ai eu Mr B. au téléphone- m'a clairement dit que je m'inquiétais pour
333 rien et que le patient serait vu en temps voulu par Mr J. comme c'était convenu. Donc je n'ai

334 eu... même avec un interlocuteur sympa au téléphone, même en tant que médecin, on m'a
335 envoyé balader quoi, faut être clair ! (Rire) Donc je ne sais pas si en faisant partie du réseau
336 on aurait été moins envoyé balader mais... »

337 M : « Une petite question, pour ceux qui y ont participé, sur les formations qu'on a eues aussi
338 bien pour Age et Santé, que des formations, en soirée, multidisciplinaires. Est-ce que vous y
339 avez participé un peu ? On a parlé de la iatrogénie, Age et Santé avait fait une soirée sur ce
340 thème-là, il y a eu des réunions en diabétologie... Vous y avez trouvé quelque chose ? »

341 C1 : « Au départ, pour Age et Santé, j'allais aux réunions, après j'ai un peu loupé le fil
342 mais... c'était intéressant les sujets, c'est vrai. Bon la diabétologie, je ne fais pas partie du
343 réseau mais c'est vrai que les sujets présentés sur l'insulinothérapie etc. bon, je ne voyais pas
344 pourquoi j'irais passer deux heures sur le sujet là, ça ne... A part par curiosité, après dans ma
345 pratique, ça n'allait pas spécialement m'être utile. Je ne sais pas si c'est les mêmes réunions
346 auxquelles vous assistez vous, que celles qui sont proposées une fois par an au mois
347 d'avril... »

348 M : « Tu parles du service de diabète qui fait la soirée à Fains... »

349 C4 : « Ca ce n'est pas le réseau, c'est indépendant du réseau. »

350 C1 : « Ah oui, mais comme je n'en fais pas partie, je ne sais pas... »

351 C4 : « Non, le réseau, les réunions étaient en général tous les deux ou trois mois. Pendant la
352 réunion, il y a tout le monde, il y a un exposé qui est fait sur un point particulier du diabète...
353 Bon cette année, je ne vais plus aux réunions donc je ne sais pas mais quand j'y allais, les
354 sujets étaient parfois intéressants, un peu académiques parfois, un peu pas très concrets, pas
355 très utiles pour nous mais... »

356 C1 : « Est-ce qu'en faisant partie du réseau, vous avez un meilleur contact avec les médecins
357 du service de diabétologie ? Quand vous appelez est-ce que vous... (Rires C1, C5, C7 et M) »

358 C4 : « Moi il m'est arrivé d'appeler pour avoir, un peu comme toi, pour que quelqu'un soit vu
359 plus tôt... mais ça n'est pas arrivé souvent, et il y a eu du répondant. Mais est-ce que c'était
360 parce que je faisais partie du réseau ou pas ? Ca je ne sais pas. »

361 C2 : « Moi je trouve que si on les appelle pour accorder nos violons, pour savoir ce qui doit
362 être dit au patient, quand faire sa glycémie ? Après son repas ? C'est toujours des grandes
363 questions ! Je trouve que justement, dans le service, ils sont assez répondeurs quand on les
364 appelle pour leur demander. De ce point de vue-là, c'est ... Moi j'ai trouvé ça plutôt positif
365 quoi ! Moi ça m'est arrivé plusieurs fois... Alors c'est vrai que j'ai l'impression qu'ils sont
366 beaucoup, en ce moment, dans le service, ou dans le réseau, je ne sais pas comment je dois
367 dire (Rire), très axés sur l'éducation thérapeutique et j'ai l'impression que l'état d'esprit est en
368 train de changer aussi. Disons que demain, ça serait bien d'imaginer le réseau pour pouvoir
369 accorder nos violons sur la manière dont parler au patient, que ce soit plus axé sur le patient.
370 Parce que là, pour nous, pour le moment l'intérêt, je parle en tant que pharmacien, c'était
371 d'assister à des réunions de formation. »

372 C4 : « Ce qui est pas mal, c'est un aspect dont je n'ai pas parlé tout à l'heure, dans le réseau
373 diabète, c'était de demander aux médecins d'organiser dans leur région, leur village, des
374 réunions rassemblant des diabétiques faisant partie du réseau sur un thème particulier. C'était
375 la diététique, ou la glycémie, ... Alors là j'ai participé à quelques réunions, où la diététicienne
376 est venue, à chaque fois il y a avait une dizaine ou une douzaine de patients qui y allaient, qui
377 étaient entre eux, qui posaient des questions. Ça c'était bien ressenti, les gens ont beaucoup
378 apprécié (Approbation de C1 et C2), ça les a un petit peu décomplexés, vis-à-vis des autres ils
379 ont appris des choses, c'était un aspect assez intéressant. »

380 C1 : « Oui, d'accord, ça peut être bien. »

381 C4 : « Il y a eu cinq ou six réunions comme ça, sur des thèmes différents. Je ne sais pas s'il y
382 en a eu l'année dernière... On m'avait demandé d'en faire et je n'ai pas eu le temps. Je ne sais
383 pas s'il y en a eu sur Bar le Duc... »

384 M : « On a essayé, il y a eu deux personnes ! »
385 C4 : « Ce qu'il y a, c'est que c'est un peu redondant parce que si c'est les mêmes, 2 ans après
386 on refait une réunion sur la diététique... Bon, on peut rabâcher les choses mais les gens se
387 lassent. »
388 C1 : « Surtout qu'ils voient aussi la diététicienne quand ils vont en consultation, et qu'elle
389 redit ses conseils. »
390 C4 : « Et puis ils font aussi tous les ans à Issoncourt, le repas où ils invitent tous les gens du
391 réseau pratiquement avec un chef cuisinier qui explique aux gens, je n'y suis jamais allé mais
392 j'ai quelques patients qui y sont allés. Ca les intéressait mais le problème c'est que c'est le
393 soir, c'est loin donc heu... Les diabétiques, souvent c'est des gens qui n'ont pas les moyens
394 de se véhiculer tous seuls ou qui n'ont personne... »
395 M : « Encore une petite question... Quelqu'un parlait tout à l'heure des contraintes
396 administratives. Ça vous a semblé être beaucoup de papiers ? de... »
397 C1 : « Déjà le réseau Age et Santé, on doit payer une cotisation... Bon on la paye mais bon...
398 j'me dis pourquoi ? (*Rire*) Bon voilà ! Après, les premiers documents sont un peu longs à
399 remplir mais après ce n'est pas trop prenant. Leurs réunions, quand j'y allais, étaient
400 intéressantes. Par contre pour ICALOR, je trouve qu'il y a beaucoup de paperasserie pour pas
401 beaucoup d'échange, voilà. Au niveau rémunération, je ne sais pas, je ne fais pas trop
402 attention, mais je crois que ce n'est pas trop intéressant... »
403 M : « ICALOR ? Je n'ai pas trop participé, mais je crois que les inclusions c'était 40 euros et
404 ça vient d'être baissé de moitié, donc environ 20 euros je pense »
405 C1 : « Oui, 23 euros, non ? Le prix d'une consult je crois... Donc bon, je ne sais pas. »
406 M : « L'indemnisation, c'est important ? »
407 C1 : « Ben, temps de travail, temps de paperasse, donc indemnisation, qu'on s'y retrouve
408 quoi, qu'on ne fasse pas ça, qu'on ne devienne pas secrétaire quoi ! »
409 C5 : Oui, parce que tu fais : inscription à Age et Santé, ensuite APA, et puis tu fais MDPH...
410 (*Rire*) »
411 C4 : « Et puis tu fais 2^{ème} réseau dans la foulée ! »
412 C7 : « Et puis quelques papiers pour l'assurance ! »
413 C5 : « Oui, probablement... (*Rire*) »
414 C1 : « Si on fait partie d'un réseau, que les patients bénéficient de quelque chose
415 d'intéressant, que nous on a un retour intéressant qui nous facilite la vie et qu'on a un retour
416 de ce qui est fait exactement, qu'on soit correctement rémunéré pour remplir ces paperasses,
417 on peut s'y retrouver... Après, ce n'est pas toujours évident. Au départ, ça paraît bien, et puis
418 après... On ne s'y retrouve pas toujours. C'est mon point de vue. Ce que j'attends d'un
419 réseau, c'est que les patients soient aidés pour des tâches qu'on ne peut pas réaliser tout seul,
420 que ça nous aide pour notre pratique mais qu'en même temps, si on doit remplir des choses,
421 bon ben, on prend un temps de travail pour faire ça donc c'est logique qu'on soit rémunéré en
422 conséquence, surtout qu'a priori, des budgets assez conséquents sont donnés aux professeurs
423 ou autres administratifs du réseau et que nous on fait aussi partie de cette chaîne !
424 M : « Dernier petit mot pour la première partie, sur la communication. On vous a entendu dire
425 qu'on recevait des courriers tardifs souvent, qu'on n'était pas au courant de si quelqu'un est
426 entré à l'hôpital ou même s'il est adhérent au réseau. ICALOR avait une façon un peu
427 différente de communiquer avec l'informatique, avec des alertes informatiques... Est-ce que
428 vous avez reçu des alertes ? »
429 C1 : « Moi je n'utilise pas ce système. Je reçois tout par courrier uniquement. »
430 C3 : « Moi non plus. »
431 C2 : Moi, par exemple, pour le réseau diabète, si un patient fait partie, est inclus dans le
432 réseau diabète, on ne le sait pas, absolument pas... Donc au niveau communication sur

433 l'inclusion des patients euh... pfft. C'est vrai que ce soit l'un ou l'autre réseau, on ne sait pas
434 trop comment ils fonctionnent, ce n'est pas trop transparent. »

435 C1 : « C'est vrai. »

436 C2 : « Mais, je ne sais pas si ... entre guillemets, je ne sais pas s'ils le savent eux-mêmes ! Je
437 ne sais pas comment ça fonctionne. »

438 C4 : « Enfin, sur le réseau diabète, normalement comme je disais au début, c'est les gens qui
439 étaient censés informer le pharmacien qu'ils en faisaient partie, justement en présentant à
440 chaque contact leur classeur, monumental d'ailleurs... (*Sourire*) et vous étiez censés mettre
441 un mot, en prendre connaissance. Mais ça, ça devait venir au départ du patient, c'est eux qui
442 devaient montrer... Mais il est tellement encombrant, ça ne tient pas dans un sac, il faudrait
443 une pochette comme ça (*En montrant un cartable*)... euh, les gens ont vite fait... même nous
444 on ne les voit pas ! »

445 C1 : « Est-ce que les médecins diabétologues du réseau regardent ce classeur ? (*Rire général*)
446 C'est ça aussi la question parce que si personne ne le regarde ! »

447 C4 : « je ne sais pas... »

448 C5 : « Moi j'ai l'impression qu'ils les regardaient. »

449 C4 : « Par ailleurs, j'ai l'impression que ça ne les intéresse pas beaucoup de savoir ce que le
450 médecin correspondant, donc généraliste, a fait. Parce que moi, indépendamment de ce
451 classeur, qui est vraiment trop compliqué à remplir, j'ai toujours l'ancien carnet de santé,
452 petits carnets format chèque, que les patients ont, où je marque systématiquement ce que je
453 fais : il y a la dernière HbA1c, le dernier fond d'œil, les notes particulières, ... mais ce carnet
454 n'est jamais regardé dans les services, ils s'en foutent, ils ne regardent pas. »

455 C2 : « Au niveau communication, ce qui est dommage... Moi les réseaux, j'imagine ça
456 comme une sorte de club où il y a le patient au milieu, l'hôpital, et les professionnels de santé
457 libéraux. Et l'idée ce serait que comme tout le monde fait partie du même club, on puisse
458 communiquer plus facilement. Et ce qui serait bien, ce qui aurait été bien que le réseau
459 permette, ce serait que tout le monde s'identifie et sache qui fait partie du club pour pouvoir
460 s'appeler plus facilement, faire se rencontrer les gens, faire se connaître les gens pour qu'il
461 n'y ait pas ce frein pour communiquer. Il y a effectivement un vrai effort à faire peut-être à ce
462 niveau-là pour que soient identifiés les gens qui sont dans une démarche de réseau. Le cœur
463 de ça c'est cette communication entre la couche « hôpital » et... »

464 C1 : « Mais est-ce que le réseau service-hôpital a envie de communiquer vraiment? Est-ce que
465 ce n'est pas justement, le fait de faire un réseau, c'est attirer des patients vers eux et d'avoir
466 davantage de patients dans le service ? »

467 C2 : « Je ne pense... L'idée c'est de maintenir (*Rire*) enfin, que les gens restent le plus
468 longtemps chez eux, que l'arrivée à l'hôpital ça soit peut-être... »

469 C4 : « Mais enfin, le réseau, comme on disait, le réseau diabète a un fonctionnement tout à
470 fait atypique par rapport aux réseaux normaux... alors il ne faut pas le comparer à Age et
471 Santé ou à votre réseau cardio. C'est un réseau qui est franchement hospitalier. Nous on est
472 des recruteurs, et ça s'arrête à peu près là ! »

473 C6 : « Voilà, parce qu'ailleurs il y a d'autres expériences, dans d'autres régions de France, où
474 il y a un partage de l'information pour éviter les erreurs, pour une prise en charge totale du
475 patient et qu'il y ait un plus pour lui. C'est vrai qu'ici, localement, on n'a pas ce sentiment-là.
476 L'intérêt, c'est le partage de l'information pour une meilleure qualité de vie du patient. Mais
477 je crois qu'il faudrait réussir à dépasser ce stade local, départemental pour qu'il y ait un
478 véritable partage et une économie à tous les niveaux. »

479 C4 : « Ce réseau nous coupe un petit peu l'herbe sous les pieds parce que, par exemple, nous
480 même, moi ça fait 35 ans que j'exerce, des mises sous insuline, j'en ai fait, des suivis j'en ai
481 fait mais je dirais que maintenant je n'en fais plus. Bon, ça peut se comprendre, c'est plus
482 intéressant de mettre en route à l'hôpital, ils auront l'éducation thérapeutique, ils auront tout

483 ce qui va... C'est vrai, c'est mieux. Mais on est très gêné parce qu'on nous a obligés à faire
484 certaines choses. Par exemple, ne prenons pas l'insuline mais prenons la Lantus. Ce genre de
485 choses qui permettent justement de surseoir à la mise sous Insuline directement en passant par
486 une hospitalisation : on sent une opposition nette du service. Les glitazones, qui ont été
487 prescrites *larga manu* par le service, pour lesquelles je ne suis personnellement pas d'accord et
488 qui ont été retirées pour certaines vu les complications qu'il y a pu y avoir... Moi je sais que
489 j'en ai arrêté, elles ont été remises par le service, puis de nouveau arrêtées parce qu'elles ont
490 officiellement été arrêtées. On peut ajouter à cela d'autres choses... »
491 C1 : « Mais comment se fait-il que toi, faisant partie du réseau diabéto, tu n'as pas pu mieux
492 communiquer avec les diabéto ? »
493 C4 : « Parce qu'il y a un blocage aux réunions... Pour appeler un chat un chat, Mr J. c'est un
494 grand universitaire que l'on ne contredit pas ! (*Sourire C2*) »
495 C6 : « Oui, bon, il y a un contexte local... »
496 C4 : « Voilà, c'est ça. On est resté aux fibrates systématiquement chez les diabétiques alors
497 qu'il y a unanimité parmi les références pour les mettre sous statines. On est coincé, on est
498 embêté (*Rires C5 et C7*). Moi j'ai des patients qui sont sous fibrates et qui ne devraient pas
499 l'être, voilà ! On est un peu à contre-courant, on fait des prescriptions à contrecœur parce
500 qu'il est suivi par le service donc je ne vais pas arrêter le fibrate et mettre une statine, comme
501 le dictent les recommandations officielles de la HAS ou autre. Pour ne pas me mettre à dos le
502 service je continue à mettre des fibrates, et comme ça pour plusieurs choses, c'est vrai que
503 c'est agaçant. »
504 C6 : « Alors que le réseau ça devrait être un partage ! »
505 C1 : « Surtout que les patients nous confient des choses, même au pharmacien je suppose (*C6*
506 *acquiesce*), en disant je ne prends pas mon traitement parce que ceci... mais après devant Mr
507 J., parce qu'il a un tempérament un peu particulier d'après ce qu'on me dit, bon ben ils ne
508 disent rien. Nous ils nous disent on m'a mis sous 3g de Metformine mais je n'en prends que
509 2g parce que je ne le supporte pas au niveau digestif... Alors on est obligé de naviguer entre
510 les susceptibilités de chacun... Ça devient un peu compliqué. »
511 C6 : « Mais ce qui est dommage, c'est que le patient, je veux dire, il n'a pas à... Quelque part,
512 on doute qu'il ait le traitement qu'il faut au moment où il faut. En fait, le but du réseau, c'est
513 que le patient ait le meilleur traitement possible au meilleur moment. C'est quand même
514 dommage... »
515 C4 : « Mais ce réseau- là... ça dévie un peu la conversation qui devrait être sur les réseaux en
516 général. On parle d'un réseau un peu particulier qui est un peu dévoyé par rapport à la
517 philosophie des réseaux... C'est un réseau de recrutement, où on applique sa philosophie, il
518 n'est pas question d'en découdre, on se heurte à des personnalités... »
519 C1 : « C'est peut-être aussi ça le problème des réseaux... »
520 C2 : « De toute façon, demain, les réseaux tels qu'ils existent là, du moins les réseaux qui ne
521 sont pas régionaux... leur avenir heu, la messe est dite quoi ! C'est vrai que c'est l'occasion
522 de repartir peut-être sur quelque chose... »
523 C6 : « de différent ! »
524 C4 : « Un réseau, tel que je le pensais, c'était... »
525 C2 : « Quelque chose qui réponde mieux aux attentes de tout le monde. »
526 C4 : « Avant d'en faire partie, pour moi c'était de permettre aux gens de bénéficier
527 d'avantages, notamment qu'ils auraient autrement qu'à l'hôpital, tout en restant chez eux, et
528 en bénéficiant d'un suivi, éventuellement ponctuel sur telle ou telle chose qui pose
529 problème... »
530 C1 : « Et une mise en alerte des participants s'il y a problème. »
531 C4 : « Voilà, sans être obligé... Mais là c'est un réseau de recrutement. La personne untel,
532 oui, il va venir, on lui donne rendez-vous, il passe 3 jours à l'hôpital, il est reconvoqué tous

533 les 6 mois et puis voilà ! Nous, on n'a plus qu'à entériner. A la limite, on ne se sent même
534 plus responsable du patient. »

535 C6 : « Exactement ! »

536 C5 : « Je suis d'accord. »

537 C1 : « On est tous d'accord ! »

538

539 *Pause de 5 minutes*

540

541 M : « Deuxième question : Qu'attendez-vous du nouveau réseau de santé populationnel?
542 Avez-vous dans votre pratique actuelle des difficultés qu'un réseau pourrait vous aider à
543 résoudre ? »

544 C4 : « Moi ce que j'attendrais d'un réseau, ce serait peut-être une aide pour pallier à mes
545 lacunes culturelles d'une part et d'autre part l'impossibilité de choses à réaliser sans
546 partenariat, sans aide, notamment pour les problèmes sociaux etc. Alors, j'attendrais du
547 réseau, premièrement, qu'il donne les moyens et la partition à tout le monde, que tout le
548 monde ait le même langage. Dans le diabète par exemple, que tout le monde dise la même
549 chose, que les uns ne disent pas à leurs patients « il ne faut plus manger du tout de sucre », un
550 autre « mais si vous pouvez en manger », le troisième etc. Que tout le monde ait le même
551 langage, notamment sur les objectifs en termes de glycémie, d'HbA1c, de cholestérol... Ça
552 serait déjà donner les partitions à tout le monde. Ensuite, ce serait donner les moyens. Alors
553 les moyens, ce n'est pas forcément ceux de l'hôpital, comme on le disait tout à l'heure, on
554 veut s'écarter de ça... Mais donner les moyens à chacun, dans son entité personnelle, ça peut
555 être le cabinet de groupe de Revigny, ça peut être un cabinet plus modeste ailleurs... de
556 pouvoir instituer par exemple une insulinothérapie, ou ... Prendre en charge disons, sans
557 mettre en route tout le bataclan d'un service. Donc donner des moyens à chacun, l'aider sans
558 accaparer. Et enfin, en 3^{ème}, tu parlais de la communication, là pour la communication, il
559 faudrait trouver un système, ça peut être un système informatique, un site ou je ne sais pas
560 quoi... où l'on pourrait soit poser nos questions et avoir une réponse dans les heures qui
561 suivent ou dans la journée heu... parce qu'évidemment, le partenaire n'est pas toujours
562 disponible, il peut être occupé... Ça pourrait être sur ce mode-là. D'ailleurs je crois qu'ils le
563 font sur ANTIBIOLOR... je ne l'ai jamais utilisé mais je sais qu'il y a un numéro de
564 téléphone. Donc il pourrait y avoir éventuellement un site internet où l'on puisse débattre...
565 pas un genre de forum parce que sinon ça serait un peu la foire d'empoigne mais un endroit
566 où l'on puisse poser des questions et avoir des réponses. Bon, voilà en gros ce que je peux
567 dire. »

568 C : « Et la formation ? »

569 C4 : « Ah ben la formation, tel que ça avait voulu être fait par le réseau REDIVHOM c'était
570 pas mal au départ. Mais qu'il y ait des formations sur des mises au point sur des nouvelles
571 thérapeutiques, des nouveaux objectifs, des nouvelles prises en charge etc. Mais il ne faut pas
572 tomber non plus dans la réunionnisme (*Approbation C7*) parce que ça devient vite... »

573 C3 : « Fastidieux ! »

574 C4 : « Fastidieux, pénible et redondant. »

575 C3 : « Que dire de plus ! (*C5 rit*) Ce que j'attendrais, c'est une simplification de l'exercice
576 quotidien et je crains que ça ne soit le contraire (*Sourire*) mais peut-être parce que je
577 n'imagine pas encore comment peuvent s'articuler les différentes missions du réseau. J'avoue
578 que... peut-être que c'est l'ancienneté qui fait qu'on a été préparé à d'autres modes

579 d'exercice, on a toujours connu la relation privilégiée unique du médecin avec son patient et
580 ça bouleverse les habitudes de vouloir fonctionner avec plusieurs intervenants. Pour moi, c'est
581 encore un peu une nébuleuse, et j'ai déjà bien du mal à m'intégrer dans un réseau donné, par
582 exemple le réseau Age et Santé, alors la fusion des différents réseaux entre eux est peut-être
583 effectivement un objectif logique mais je me demande un peu sur le plan pratique comment ça
584 va se passer (*C7 hoche de la tête en signe d'accord*) et si ça sera vraiment une simplification
585 de l'exercice mais ... donc voilà, mon expérience étant réduite, je ne propose aucune solution
586 et j'attends au contraire que l'on m'en fournisse (*Rires*) ! Ce que j'attends du réseau, c'est
587 surtout une simplification de l'exercice et pour le moment, je n'en perçois pas trop la lumière.
588 Donc autrement dit, ma contribution est assez modeste !

589 C2 : (*Moue dubitative et rire des autres participants*) « Eh bien, ... non, c'est vrai que... Je
590 serai beaucoup moins prolix que tout à l'heure ! »

591 C4 : « La critique est facile, l'art est difficile. »

592 C2 : « Je suis complètement contaminé par ce pessimisme... (*Rire général*) Ça paraît difficile
593 de monter quelque ch... Dans l'idéal, moi, j'attends surtout de ce réseau de permettre une
594 meilleure communication entre l'hôpital et la ville, et au sein de la ville entre les différents
595 intervenants autour du patient. Et des choses toutes bêtes... On est toujours nous en train de
596 courir, au téléphone, à l'hôpital, parce que le patient sort de l'hôpital avec une prescription
597 hospitalière (*Rire C3*). Alors quid du traitement qu'il avait quand il voyait son médecin
598 généraliste et alors nous on est là, et on patauge parce que le patient, eh ben c'est le
599 commissionnaire qui est là, et on ne sait pas, il ramène le pilulier, les 50000 boîtes de
600 médicaments qui sont là... Enfin voilà, moi ça m'aiderait que ce genre de situation n'arrive
601 plus, surtout le samedi après-midi à 5h... (*Rires C6, C7*) Donc voilà, si le réseau pouvait
602 éviter ça, ça serait... »

603 C3 : « Mais ça c'est vrai que c'est un point très important, la discordance entre les traitements
604 à la sortie de l'hôpital et le traitement habituel... »

605 C7 : « Ah les traitements... ! »

606 C3 : « C'est vrai que ça gêne tout le monde. En premier lieu, sans doute les pharmaciens qui
607 délivrent les produits, en second lieu le médecin qui est obligé de faire correspondre les deux
608 prescriptions, l'ancienne et la nouvelle. »

609 C6 : « C'est juste plus ou à la place de... C'est juste un problème de signe ! »

610 C2 : « Voilà ! Et puis vous, comme on délivre l'ordonnance de sortie, vous ne revoyez pas le
611 patient avant 2 ou 3 semaines, et... »

612 C7 : « Et on n'a pas la lettre avant deux ou trois mois ! »

613 C1 : « Ou jamais ! »

614 C2 : « et vous n'avez pas le courrier donc c'est vrai que... Alors, l'histoire de l'éducation
615 thérapeutique, sur Bar le Duc, le problème est un peu particulier parce qu'autant on disait, sur
616 les petites communes, enfin non, dans la majorité des communes de Meuse, sont en train de se
617 monter des pôles de santé et apparemment vous faites bien parce que ça va permettre de
618 pérenniser et de favoriser la venue de professionnels de santé divers, et du coup vous allez
619 pouvoir mettre en place de l'éducation thérapeutique pour vos patients, et c'est génial parce
620 que sur Bar le Duc et Verdun, je pense que ça va prendre encore un paquet de temps (rire) et
621 c'est dommage... »

622 M : « Il suffit d'un leader ! »

623 C2 : « C'est vrai que ça serait bien que ça se fasse et, mais c'est dommage parce que dans
624 l'idée, l'éducation thérapeutique, je trouve ça très très bien et ça à l'air super pour le patient,
625 et le réseau ça aurait pu être un vivier de bonnes pratiques et de canevas pour faire après
626 localement de l'éducation thérapeutique en parlant tous le même langage et que chacun s'y
627 retrouve. Donc ça c'est vrai que de la part du réseau populationnel, ça serait bien d'avoir, si

628 l'éducation thérapeutique se met en place, que le canevas vienne du réseau, comme ça que les
629 mêmes normes soient appliquées partout. »

630 C1 : « Moi je vais reprendre tout ce qui a été dit avant. Moi je voulais surtout la
631 simplification, pas d'excès de paperasse, pas que l'hôpital... bon parce que pour moi pour
632 l'instant, hôpital égal réseau, me dit « on va faire une réunion d'une heure et demie... Bon,
633 certes il faut que quelqu'un donne l'initiative mais il faut quand même vraiment que tous les
634 acteurs soient au même niveau hein. C'est pas que l'hôpital dise on va faire une réunion d'une
635 heure et demie parce qu'il y en a besoin alors que nous on pense qu'on n'a pas spécialement
636 besoin de faire une réunion d'une heure et demie (*Rire*), mais comme on ne peut pas dire non
637 parce qu'on est poli... heu voilà ! Donc que l'on puisse discuter entre nous mais de manière
638 égale, c'est à dire que l'infirmière peut nous appeler, moi je peux appeler la pharmacie...
639 enfin, c'est ce qu'on fait d'habitude de façon naturelle, mais que l'on fait peut-être moins
640 parce que l'on connaît moins les interlocuteurs... Ce serait privilégier le dialogue, pour que
641 justement, il n'y ait pas de couac avec les traitements, que l'on dise la même chose au niveau
642 de l'éducation, ... C'est comme quand je suis allée accoucher : 3 sages-femmes, 3 solutions
643 différentes pour allaiter, donc à la fin j'ai fait comme je pensais! (*Rire général*) Mais les
644 patients, pour le diabète, ça doit être pareil, ils voient la diététicienne n°1, ils ont vu une autre
645 diététicienne ailleurs qui ne disait pas la même chose, le gastro qui les suit dit ça, le diabéto
646 dit ça... donc »

647 C7 : « Et sur Internet, ils ont vu encore autre chose sur Wikipédia ! »

648 C1 : « Donc après je comprends que quand on vient mettre notre dernier grain de sel, ils
649 disent « je ne veux plus rien savoir ! », on les embête et ça devient compliqué. Simplifier
650 parce que si on nous rajoute de la paperasse, des réunions, des trucs... Bon on ne peut pas !
651 Euh... de la prévention pour que le patient ait... Comme on dit, l'éducation thérapeutique
652 c'est à la mode mais je trouve que c'est quand même très important. »

653 C2 : « Oui, ça nous fait gagner.... »

654 C1 : « Au niveau social, comme tu as dit, ce n'est pas des choses que je maîtrise totalement et
655 ça aide beaucoup les patients. Parce que des fois on est complètement coincé par ça. Et puis
656 surtout l'interactivité entre nous, mais comme on le ferait avec un téléphone, mais là peut-être
657 avec un truc internet... »

658 C2 : « Avec un annuaire ! Ne serait-ce que si on avait un annuaire... Eh ! Trouver le numéro
659 de téléphone de tout le petit monde qu'on veut appeler... Quand vous regardez les pages
660 jaunes et machin, c'est impossible. »

661 C1 : « Alors je ne dis pas que tout le monde doit être charmant dans le réseau, mais faisant
662 partie du réseau, on devrait avoir une meilleure... un meilleur dialogue (*C7 acquiesce*). Voilà,
663 c'est ça le but. Alors ça c'est l'idéal. Après j'ai bien peur qu'un nouveau réseau ce soit des
664 nouveaux statuts compliqués, des paperasses, que nous on soit toujours en dernier maillon,
665 que le réseau prenne le dessus et que les patients soient pris dans le réseau et puis nous on
666 remplira notre paperasse, on demandera au patient « c'est bon, vous avez été vu ? » et puis
667 voilà, et qu'à la limite ça échappe quoi. Et puis comme ça va être local, le budget va être
668 donné, donc ceux qui donnent l'argent vont axer ... Parce que nous on nous demande notre
669 avis, mais je crois que c'est surtout ceux qui donnent l'argent qui vont dire ce que l'on va
670 faire avec l'argent. Hein, il ne faut pas se leurrer. On ne va pas nous donner une enveloppe en
671 nous disant, faites ce que vous avez envie pour le patient. Ça va être orienté je pense (*Rire*),
672 après il y aura des priorités. Après si on a plus envie d'avoir des psychologues, ou je ne sais
673 pas moi... eh ben si ça n'est pas la priorité, ça va être d'autres spécialités qui vont être mises
674 en évidence. Est-ce qu'on aura notre mot à dire ? »

675 C2 : « En tout cas, il faudra le dire ! »

676 C1 : « C'est tout ! (*Rire*) »

677 M : « c'est bien, c'est déjà plein de choses. »

678 C7 : « Plus ça va, moins y'a de choses à dire. Surtout que moi, ne faisant pas partie d'un
679 réseau actuellement, du coup, j'ai moins d'idées que vous... Je voudrais que le réseau m'aide
680 surtout sur le côté social, éducatif, pour les patients, et peut-être aussi du côté Age et Santé
681 pour les familles aussi, pour les aides dans les démarches pour obtenir des aides financières...
682 Au fait, il n'y a pas un réseau Alzheimer aussi ? »

683 C1 : « Dans Age et Santé, il y a quand même beaucoup de patients Alzheimer qui en font
684 partie. »

685 C7 : « Enfin, bref, c'est quand même un gros problème »

686 C3 : « Il y a quand même une unité Alzheimer à Ancerville. »

687 C4 : « Ce n'est pas un réseau. »

688 C1 : « C'est un accueil de jour, qui peut être subventionné par le Conseil Général. »

689 C7 : « Donc je pense que le réseau pourrait aider les patients à connaître tout ce qui pourrait
690 aider à solutionner leurs pathologies, ou à pallier à leurs pathologies. Sinon je voudrais que ça
691 ne soit pas trop complexe, que les réunions ne soient pas exponentielles, qu'il y ait une équité
692 entre l'hôpital et les libéraux quels qu'ils soient. Mais ça ne va pas être évident à mettre en
693 route surtout si effectivement entre les maisons de santé telles que les vôtres (A C3 et C6)...

694 C3 : « C'est sûr qu'il va y avoir une superposition des compétences, des gens d'influence... »

695 C6 : « C'est vrai que... »

696 C3 : « C'est vrai qu'on ne sait pas trop comment tout ça pourrait s'articuler ! »

697 C1 : « Je rajouterai, puisque le réseau, le but c'est d'aider le patient, quelque chose qui ne
698 ressemble pas trop à l'hôpital parce que bon, le patient il est vu à l'hôpital, il faudrait quelque
699 chose de plus « ludique », de plus abordable pour le patient, que le patient ait envie de
700 participer, pas que ce soit une contrainte... »

701 C7 : Un peu comme un club, ou une association quoi... »

702 C1 : « Mais pareil, l'Alzheiméuse café, moi quand je le propose à mes patients, peut-être
703 qu'ils sont un peu... voilà, mais aux familles d'accompagnants Alzheimer d'aller au
704 Alzheiméuse café, je n'ai jamais eu quelqu'un qui m'a dit « Oui, je vais y aller ! », ils m'ont
705 tous dit « Non, je n'ai pas le temps, je ne veux pas... ». Donc je ne sais pas si au café il y a
706 des personnes mais... »

707 C7 : « Oui, mais les associations de malades ça marche bien. Les associations de polyarthrite
708 rhumatoïde, de Parkinson et je ne sais pas quoi... Ils sont très contents de faire partie
709 d'associations nationales qui leur donnent des trucs... »

710 C1 : « Des conseils. »

711 C7 : « Les Parkinson, sur une certaine forme de kiné qui fait du bien, ou les blocs, je ne sais
712 pas trop... Ils aiment bien les patients. »

713 C6 : « Ben moi, je ne vois pas trop la place d'un réseau qui va absorber tous les réseaux par
714 rapport à ce qu'on fait sur Revigny (*Accord C3*). A l'heure actuelle ça me semble un double
715 emploi... alors à moins qu'on ne lui donne une autre fonction, mais a priori... Bon alors, par
716 rapport aux maisons de santé, aux pôles de santé qui se sont faits de manière locale, c'est un
717 mini-réseau ! »

718 C3 : « Ben oui ! »

719 C6 : « Parce qu'il y a partage de l'information, il y a éducation thérapeutique, il y a
720 transmission de plein de choses donc heu...donc ce qui devrait être un réseau, ça va être
721 localisé. Alors un super réseau, il va, je veux dire il va faire quoi à part que c'est... Moi j'ai
722 un peu peur que si tu veux... Nous, par rapport à ce qu'on va faire localement, et ce qui va
723 être fait dans d'autres endroits, un super-réseau alors ils vont avoir des sommes allouées
724 pour... »

725 C1 : « Pour des choses qui ne vont peut-être pas être très utiles. »

726 C2 : « Oui mais C6, imagine... Là, t'as un pôle de santé à Revigny, vous mettez en place de
727 l'éducation thérapeutique, vous décidez des thèmes et vous faites vos propres formations

728 d'ETP. Dans un pôle ailleurs, ils vont avoir la même démarche. L'idée ça serait d'économiser
729 ça et de donner des outils... Parce que de monter des programmes d'ETP, ça a l'air euh
730 (*Siffle*) coton quoi ! »

731 C6 : « Oui, alors effectivement, si c'est un réseau qui coordonne, mais alors à ce moment-là,
732 ça ne sera plus un réseau avec le malade. »

733 C2 : « Alors voilà ! »

734 C6 : « Alors voilà, quelle définition ? Est-ce qu'on donne des lignes de conduite et je dirais
735 des lignes politiques, standardisées à tous les professionnels, et alors à ce moment-là, le
736 patient il vient à l'intérieur du petit réseau (= maison/pôle de santé). »

737 C2 : « Oui, nan mais voilà, je suis d'accord... »

738 C6 : « Mais je suis d'accord avec toi, il faut qu'on ait tous le même discours, pas pour qu'on
739 ait le malade qui arrive pour nous dire « C'est vrai ce qu'il m'a dit ? » (*Rires C3, C4, C7*). Et
740 il vous a dit quoi ? Pff... Non, c'est bon, ça fait 25 ans qu'on répond à la question, ça y est,
741 c'est fini. Mais effectivement, l'éducation elle passe par un discours commun entre nous, que
742 ce soit le médecin, le pharmacien, l'infirmier, les systèmes de soins à domicile et tout...
743 Effectivement, il faut que ce soit standardisé. »

744 C2 : « Mais c'est pareil, dans l'idée où, dans le pôle de santé, pour gérer les psychologues, les
745 assistantes sociales, l'idée ce serait peut-être que ce réseau de santé du sud meusien serait
746 plein de ressources. Il pourrait y avoir un pool de psychologues temps plein qui pourraient se
747 détacher etc... »

748 C6 : « Oui, mais je pense qu'à ce moment-là, il faudrait qu'on soit très partie prenante parce
749 que j'ai peur que ce soit un outil d'état, un outil de fonctionnaire. Il faudrait que les différents
750 professionnels de santé prennent leur place (accord de C1), qu'il y ait des démonstrations « de
751 force » du libéral parce que sinon j'ai peur que ça devienne un outil « de fonctionnaire » sans
752 vouloir froisser qui que ce soit... (*Rire C5*) »

753 C1 : « Oui, moi je pense qu'il faudrait faire quelque chose d'un peu mixte, c'est-à-dire garder
754 les réseaux locaux qui connaissent bien leurs patients, qui voient ce qu'il faut adapter... en
755 ville et à la campagne, on a peut-être pas besoin des mêmes choses... »

756 C6 : « Oui, tout à fait ! » (*Approbaton générale*)

757 C1 : « et puis pour des choses plus importantes et plus redondantes comme l'éducation, la
758 formation, qu'on mette en commun. Mais qu'on garde les petites choses locales qui pourront
759 être plus adaptées et qui correspondront aux médecins locaux. Parce que ce qui correspond au
760 médecin de Bar-le-Duc ne correspondra peut-être pas au médecin de Revigny, parce que ça
761 n'est pas tout à fait la même population, la même structure, ... donc on garde notre
762 indépendance à ce niveau-là mais qu'en même temps, si à Bar-le-Duc, Ligny, Revigny, ils
763 font une réunion de prévention sur tel sujet, eh pour ne pas faire trois réunions sur le sujet,
764 mettre en commun les choses pour que ce soit moins cher, plus efficace, et qu'on ait le même
765 discours. »

766 C6 : « Oui, et puis que pour nous ce soit... Quand on a une question à poser, qu'on ait une
767 réponse, une véritable réponse, et que cette réponse soit commune, qu'on ne cherche pas,
768 qu'on ne tâtonne pas... Au final, il faut qu'il y ait un plus pour la Santé publique, il faut
769 vraiment que ça amène un plus, et pour le malade, et pour le maintien à domicile du malade.
770 Qu'on ait des informations de manière immédiate, cohérente... »

771 C1 : « Hum, ça c'est pas gagné... »

772 C6 : « Ce qu'on n'a jamais... Souvent on perd du temps et de l'énergie pour rien. »

773 C5 : « Ben j'ai peur que ce soit une usine à gaz ce truc là... »

774 M : « On est là pour faire de la psychothérapie aussi, tu as le droit de parler de tes peurs...
775 (*Rire général*) »

776 C5 : « C'est beau sur le papier mais... (*Approbaton C2*). J'ai... A mon avis ça va être des
777 réunions, des trucs comme ça... »

778 C4 : « Je voudrais juste ajouter quelque chose... Qui dit réseau dit financement. Qui dit
779 financement, dit bailleur de fonds. Le bailleur de fonds, il va vouloir une évaluation ! »

780 C6 : « Ah oui, bien sûr. »

781 C4 : « Qui dit évaluation dit compte à rendre, paperasserie... C'est ce qui est arrivé avec le
782 réseau REDIVHOM où on avait tous les ans la feuille jaune, tu te souviens ? (à CM) avec des
783 innombrables cases à remplir... cette feuille, personne ne la lisait, le but c'était que
784 l'évaluateur prenne les feuilles et voie si d'une année à l'autre il y avait une amélioration des
785 résultats : est-ce que les HbA1c sont faites plus souvent ? Est-ce qu'il y a eu moins de
786 complications ? Quels sont les suivis... ? Donc on n'échappera pas avec un réseau à
787 l'évaluation, donc à la paperasserie ! »

788 C6 : « Oui, mais on peut peut-être la simplifier. Ça c'est un peu normal que... C'est de
789 l'argent public, c'est de l'argent de l'état, donc je trouve normal que l'on ait des comptes à
790 rendre (*Accord de C7*). Alors effectivement, qu'ils ne nous fassent pas des dossiers comme ça
791 à remplir ! Mais qu'on ait des comptes à rendre... je veux dire, ça fait partie de la
792 transparence. Et puis il faut quand même évaluer si on est sur le bon chemin. Il y a un
793 moment, il faut aussi se remettre en cause et... »

794 C3 : « Oui mais c'est sûr qu'on ne peut pas laisser libre cours... »

795 C1 : « C'est vrai que c'est un peu vague. Est-ce qu'il n'y a pas d'autres expériences déjà en
796 France, où dans d'autres pays... ? »

797 C2 : « Non, on est les premiers ! » (*Rire*)

798 C1 : « Non, mais non... Il doit exister des choses ailleurs qui fonctionnent, qui ne sont pas des
799 usines à gaz... Pourquoi ne pas s'en inspirer plutôt que d'inventer tout depuis le départ. »

800 C2 : « Non, mais en France, je ne sais pas s'il y a déjà comme ça des réseaux
801 populationnels... »

802 C6 : « Non, mais le but c'est que la prévention doit à terme être une économie, donc ils se
803 sont inspirés d'études... »

804 C2 : « Le but, c'est d'augmenter l'espérance de vie en Meuse de 30 ans ! (*Rires C2, C3, C5 et*
805 *C7*) »

806 C4 : « Non, ce n'est pas d'augmenter l'espérance de vie... »

807 C1 : « La qualité de vie aussi. »

808 C4 : « Le but c'est quand même, à financement égal, d'avoir des meilleurs résultats. C'est
809 optimiser les résultats, c'est ça le but d'un réseau. Alors on peut l'interpréter comme on
810 veut... sur la qualité de vie du patient, sur le travail des médecins... »

811 C5 : « Mais quelles sont les pathologies qui seront prises en compte alors ? »

812 C3 : « Ah ben toutes ! »

813 M : « Les réseaux ça s'adresse essentiellement aux pathologies chroniques d'habitude. Mais
814 rien n'empêche de développer autre chose. »

815 C5 : « Mais parce que la sclérose en plaque par exemple... »

816 C2 : « Ben ça, ça peut rester de la prérogative du réseau régional puisque l'inclusion... le pool
817 de patients, il a un sens parce qu'il est régional. C'est vrai que sur le sud-meusien, il y a peut-
818 être, je ne sais pas moi... quinze patients ? Ce n'est peut-être pas du ressort du réseau local
819 sud meusien. »

820 C6 : « Je pense aussi que c'est difficile de se mettre en place... Il y a une différence de
821 générations. Nous on a été habitué... On a toujours fonctionné en libéral pur et dur, en libéral
822 individuel... C'est vrai que c'est quand même un changement de mentalité (*C3 acquiesce*).
823 On n'a pas été formaté dans ce sens-là. »

824 C1 : « C'est vrai aussi... »

825 C6 : « On était des individualistes purs et durs. Il faudra qu'on ait une autre politique... »

826 C2 : « Ben, pendant mai 68, c'était quand même... »

827 C6 : « Non, mai 68 c'est nous, vous c'est bien après ! »

828 C2 : « Oui, justement vous étiez... »

829 C6 : « Bon, il va falloir qu'on partage. Je pense qu'on a aussi toute une démarche à faire, ça
830 ne va pas être évident. »

831 C1 : « C'est pour ça aussi que le réseau doit être quelque chose d'approprié au médecin, et pas
832 d'imposé (*Accord C6*). Parce que moi, j'ai mal vécu qu'on me dise « Tiens, on suit Mme
833 Untel, il faut qu'on se voie tel jour pour une réunion d'une heure et demie! ». Donc... »

834 C7 : « Mais toi, t'as de la chance, ils sont venus chez toi. Moi, la seule réunion que j'ai faite,
835 il a fallu que j'aille à l'hôpital ! »

836 C1 : « Voilà, je me suis dit... Au début ça devait durer une demi-heure mais on a fait une
837 heure et demie. Heureusement que j'avais prévu un créneau horaire dans mes visites ! Mais
838 eux, ça ne les a pas dérangés, avec la famille, de discuter une heure et demie dans ma salle
839 d'attente, moi je coachais un peu pour que ça aille plus vite. Je me suis dit, ils ne se rendent
840 pas compte, moi je passe une heure et demie pour un truc qui ne sert strictement à rien, parce
841 que concrètement, ça n'a servi à rien. Mais tout le monde était content, la famille était
842 contente, la femme Age et Santé était contente, l'infirmière était contente, bon voilà... Ils
843 étaient passés en plus avant à domicile, ils avaient regardé dans le frigo... Et à la fin ils
844 reprochent à la famille qu'il y a une boîte de conserve dans le frigo,... » (*Rires C3, C2, C5 et*
845 *C6*)

846 C7 : « Pff... »

847 C1 : « et à la fin... deux mois après on demande si la patiente a été mise sous tutelle, la
848 famille hésite. »

849 C5 : « Non, mais c'est... (*Rire*) »

850 C1 : « Est-ce qu'il y a une aide à la maison ? Ben non parce que la belle-fille va peut-être le
851 faire mais bon voilà... Donc à la fin, concrètement, ça n'a servi à rien. »

852 C3 : « Donc à la fin, il faut se réunir encore une fois pour... »

853 C6 : « Oui, mais il y a une vraie différence de mentalité ! Je veux dire, nous, quand on se lève
854 le matin, quand on est en libéral, rien n'est gagné. Eux... »

855 C1 : « Voilà, donc je suis restée polie, mais à la fin je me suis dit qu'eux ça ne les gêne pas de
856 partir de leur hôpital, de passer une heure et demie... »

857 C7 : « Oui, et puis après ils ne vont pas y retourner parce qu'après une heure et demie, ça ne
858 vaut pas le coup... (*Rire*) »

859 C6 : « Oh ça c'est mauvais ! Ce n'est pas éteint (*En montrant le dictaphone*). »

860 C1 : « Oui, et puis toi tu subis le truc ! Il faut aussi que ce soit adapté à notre fonctionnement »

861 C4 : « Ce qu'il y a maintenant, c'est qu'il y a une certaine philosophie comme vous disiez...
862 d'échange, de travail en équipe etc. Mais ça devient aussi presque une obligation si on veut
863 être dans le vent, même si ça ne débouche que sur du vent, du baratin... (*Approbaton C3 et*
864 *C6*) Parce que c'est vrai qu'on a besoin de concret, mais on n'a pas besoin de se disperser en
865 un réseau diabéto, un réseau cardio, un réseau Alzheimer, un réseau SEP... un réseau je ne
866 sais pas quoi moi, qu'est-ce qu'on peut inventer encore ? »

867 C7 : « Un réseau dépression, pour nous ! (*Rires C6 et C7*) »

868 C4 : « On se perd un peu dans tous ces réseaux parce qu'on a un patient qui appartient à trois
869 réseaux parce qu'il a trois pathologies, et puis nous, on ne sait même plus à quel réseau il
870 appartient ! C'est très difficile à gérer tout ça alors que finalement,... Comme vous dites, on
871 est une génération qui a appris à travailler seule, d'ailleurs on en a souffert. »

872 C6 : « Oui, mais on s'est habitué quand même. »

873 C3 : « Oui mais n'empêche que ce travail d'équipe ne supprime pas pour autant la notion de
874 responsabilité. Mais alors, le problème, c'est que comme dans tout travail d'équipe, il va y
875 avoir une dilution de la responsabilité, mais au bout du compte, en fin de chaîne, il faut quand
876 même qu'il y ait une décision qui soit prise dans l'intérêt du patient, et qui va être tenu pour
877 responsable des conséquences de cette décision ? Euh... Le problème se pose. »

878 C1 : « Oui, voilà, on fait partie du réseau, donc c'est un truc collectif, mais à la fin, ça va être
879 nous, pour notre pomme si il y a quelque chose qui cloche ! »

880 C3 : « Il y aura toujours un dernier prescripteur, donc à la fin... »

881 C2 : « Mais l'idée n'est peut-être pas qu'il y ait toujours une espèce de collégialité pour toutes
882 les décisions, mais plus que tout le monde ait eu l'information qu'il devait avoir. Voilà ! Mais
883 je veux dire, je ne sais pas si l'idée c'est que pour chaque patient, on se réunisse et qu'on fasse
884 une grande messe etc. L'idée c'est que l'information circule. C'est vrai qu'il faut qu'on
885 essaye, et ça va marcher, on arrivera à vendre le produit à tout le monde si les choses que l'on
886 prévoit de faire ne sont pas trop ambitieuses. »

887 C1 : « Mais je pense qu'il y a beaucoup de choses. Le réseau, c'est une espèce de pêle-mêle...
888 Il y a de l'information, il y a de l'interaction, le patient au milieu et puis... Bon, peut-être que
889 certains auront juste envie que l'assistante sociale du réseau passe et qu'ils n'aient pas
890 besoin d'autre chose, les patients on leur dira « Faites de la prévention » mais ils s'en
891 ficheront et n'iront à aucune réunion parce qu'ils n'ont pas envie de nous entendre sur ce sujet
892 et ils ne se déplaceront pas... Après, certains ne voudront pas discuter entre eux... Ça va être
893 horrible ! (*Rire*) En fait, PAS de réseau ! »

894 C2 : « Ça serait peut-être juste que le réseau soit juste une ressource... Enfin, un moyen de
895 communication et une ressource où les gens, et notamment vous médecins, puissiez piocher
896 de ce que vous avez besoin (*Approbaton C3*). Je ne sais pas, vous les médecins, vous parlez
897 du côté médico-social. Si dans le réseau il y a un pool de... je ne sais pas, d'assistantes
898 sociales... »

899 C1 : « Mais alors, pourquoi faire un réseau, parce qu'à la limite on fait déjà ça entre
900 collègues ! »

901 C2 : « Ben oui... ! »

902 C1 : « Bon c'est vrai qu'au niveau médico-social, là ça pêche un peu parce que je n'ai pas le
903 numéro de téléphone de l'assistante sociale dans les poches mais je veux dire, à part ça, on se
904 téléphone entre nous quand ça ne va pas, je téléphone à ma pharmacienne, je téléphone au
905 spécialiste avec lequel je travaille... Donc on fait déjà ça... bon sauf avec les Urgences parce
906 que là c'est un peu particulier, on n'a pas trop de communication (*Rire*). »

907 C6 : « Mais ce qui me fait un peu peur... Est-ce que dans ce réseau il ne va pas y avoir un
908 phagocytage du libéral ? »

909 C3 : « Oh, moi je ne pense pas parce que le législateur prévoit quand même de faire cette
910 réforme-là dans le but de faire intervenir plus le secteur libéral que le secteur public, qui est
911 par définition plus dépensier que le secteur privé. »

912 C7 : « Ah bon, c'est ça le but du législateur ? »

913 C6 : « Moi je rejoindrais C2, il faut que ce soit un partage de l'information. Après,
914 effectivement, est-ce qu'il est indispensable de réunir tout le monde pour dire qu'il faut mettre
915 une barre de douche ? »

916 C3 : « Voilà, oui c'est sûr. »

917 C6 : « Voilà, on envoie l'ergothérapeute ou l'assistante sociale. Il ne faudra pas... »

918 C1 : « Donc en fait il suffit de faire un annuaire ! (*Rire*) »

919 C6 : « Voilà, mais aussi un partage de l'information parce que... »

920 C2 : « Des I-Phones pour tout le monde ! (*Rire général*) »

921 C5 : « Comme ANTIBIOLOR quoi... »

922 C6 : « Comme ANTIBIOLOR, des fois on peut buter sur des choses, parce qu'on n'a pas
923 toujours le temps de se former ou... »

924 C1 : « Oui, et puis des formations ponctuelles. Au final, ça me paraît beaucoup compliqué ! »

925 C5 : « C'est une usine à gaz... »

926 M : « C'est peut-être difficile pour nous, individuellement d'imaginer le réseau... »

927 C3 : « Oui, on a du mal à l'imaginer, ça c'est sûr. »

928 C1 : « A chaque fois que quelqu'un nous en a présenté un, on a trouvé que c'était... enfin moi
929 j'étais partante et puis au final, c'est comme un soufflé, ça retombe. »

930 C6 : « On essaie encore une fois ? »

931 M : « Peut-être essayer de partir de ce qui nous pose problème dans notre pratique actuelle et
932 de voir si un réseau pourrait répondre à ça... Bon, les relations avec l'hôpital, les entrées-
933 sorties, visiblement c'est un point assez important, avec les autres groupes, on en a déjà pas
934 mal parlé, les discours sont toujours les mêmes. Les pharmaciens disent qu'ils sont mis devant
935 le fait accompli de la sortie avec des produits qu'ils n'ont pas forcément... L'idée qui avait
936 été émise par les autres groupes, ce serait par exemple une sorte d'infirmière de coordination,
937 qui pourrait être mise au courant de toutes les sorties de nos patients la veille, qui puisse
938 prévenir le médecin traitant, l'IDE, le pharmacien... quelque chose qui nous rendrait service
939 au quotidien. »

940 C4 : « Mais ça, ça ne relève pas vraiment du réseau. Normalement, l'hôpital devrait
941 fonctionner sur ce mode-là. Quand ils font sortir quelqu'un, ils devraient s'assurer qu'il y
942 aura possibilité d'avoir un suivi pour l'ordonnance... »

943 C1 : « Oui, c'est vrai mais ce n'est pas fait ! »

944 C3 : « Les hôpitaux et les cliniques nous ont déjà envoyé des questionnaires de satisfaction,
945 pour savoir si on était content ou pas de la coordination à tous les niveaux. Il semblerait
946 qu'ils n'ont pas lu toutes les réponses. »

947 C6 : « Ça s'améliore quand même je trouve un peu. »

948 C2 : « Oui mais le fait est que ça n'est pas fait donc ... »

949 C6 : « Oui, on est... on est souvent... on ne sait pas si c'est en plus ou à la place. »

950 C2 : « si un budget était alloué pour ça au sein du réseau, pourquoi pas ! »

951 M : « C'est par exemple le genre de piste qui pourrait se discuter... l'annuaire, pour connaître
952 toutes les structures sociales ou médico-sociales... »

953 C6 : « Ça c'est important, super important. »

954 C3 : « Oui, c'est ça, il faudrait que le réseau soit une banque de données de toutes sortes,
955 données théoriques, pratiques, des données sur les différents intervenants possibles... »

956 C6 : « Effectivement, on est dans un terrain... je dirais de campagne, même Bar le Duc, c'est
957 quand même assez petit. Parce que la formation des réseaux, ça va être sur toute la France, je
958 me dis dans les grandes villes, Lyon, Bordeaux... »

959 M : « C'est peut-être notre chance aussi ! »

960 C6 : « Notre chance c'est qu'il y ait un partage. On se connaît déjà. »

961 C7 : « Est-ce qu'il y aurait des salariés dans le réseau ? Uniquement du réseau ? Il faudrait
962 une assistante sociale, faudrait... »

963 C1 : « Oui, mais il faut les trouver ! »

964 M : « Alors, est-ce qu'il faut des médicaux et paramédicaux ? Est-ce qu'il faut des
965 administratifs qui puissent mettre en contact les professionnels ? »

966 C1 : « Pareil, s'il y a des kinés, mais que le kiné dit rdv dans 3 semaines ou un mois, réseau
967 ou pas réseau, il ne pourra pas les prendre avant même s'il fait partie du réseau. Pour les
968 psychologues c'est pareil. »

969 C4 : « Le réseau n'embauchera pas un kiné, n'embauchera pas une psychologue... »

970 C1 : « Ben Age et Santé te faisait quand même voir un podologue, une psychologue... »

971 C4 : « C'était un peu différent, oui. Mais enfin, on déboucherait après sur des conflits
972 d'intérêt. »

973 C7 : « Voilà ! »

974 C6 : « Non, il faut un administratif qui gère, qui coordonne... »

975 C2 : « Le réseau serait une sorte d'aiguilleur. »

976 M : « Ou une sorte de plateforme. »

977 C6 : « Oui, voilà. »

978 C1 : « Moi, à la fin, je me demande en fait, qu'est-ce que c'est exactement un réseau ? (*Rires*
979 *C7 et C3*). J'ai l'impression qu'on y met plein de choses... je ne vois plus trop. »
980 C7 : « Ben on ne sait pas, c'est ça ! »
981 C2 : « C'est vrai qu'après, on peut se poser la question, est-ce que les pôles de santé ne
982 peuvent pas suffire ? »
983 C1 : « Mais tout le monde ne sera pas en pôle de santé. »
984 C2 : « Et tout le monde ne sera pas dans le réseau non plus ! »
985 C7 : « Est-ce que ça sera obligatoire... ? »
986 C3 : « C'est sûr que ce qui est difficile à saisir, c'est que finalement il s'agit de mettre en
987 œuvre toutes sortes de choses que l'on propose déjà à nos patients. Alors voilà... Est-ce qu'il
988 y aura une amélioration du service rendu à partir du moment où on aura trouvé un moyen de
989 faire une articulation entre les différents professionnels de santé. Pour l'instant, toutes les
990 questions qui se sont posées sur le plan pratique, on est amené à les résoudre toutes les unes
991 après les autres individuellement. Alors on propose peut-être un exercice un peu plus collectif
992 pour simplifier la vie du patient et du professionnel de santé. Mais on peut dire aussi que c'est
993 l'histoire du chat qui se mord la queue et qu'on essaie de trouver des solutions à des
994 problèmes qui en ont déjà... Donc effectivement, on a un peu de mal à concevoir ce que va
995 apporter le réseau, et comment va-t-il se superposer à des structures existantes comme les
996 pôles de santé. »

Transcription Focus Group D du 16.06.2011

5 participants :

D1 : Pharmacien, participe aux réseaux ICALOR et Age et Santé

D2 : Infirmière libérale, participe aux réseaux Age et Santé, REDIVHOM et ICALOR

D3 : Orthophoniste, participe au réseau Age et Santé

D4 : Médecin généraliste, participe aux réseaux Age et Santé et REDIVHOM

D5 : Médecin généraliste, participe aux réseaux Age et Santé, REDIVHOM et ICALOR

2 absents non excusés

1 absent qui s'est désisté le matin même de la réunion

Durée : 1h42

- 1 M : « Première question : Quel bilan feriez-vous des réseaux de santé thématiques auxquels
2 vous avez jusque-là participé ? On fait un tour de table ? D4 tu commences ? »
- 3 D4 : « Ben disons, dans les réseaux, ce qu'il faudrait déjà, c'est qu'on n'ait pas trop de choses
4 administratives, de papiers à remplir, de tas de choses. Il faudrait qu'on s'adresse à quelqu'un
5 du réseau, on donne notre accord... Parce que dans chaque réseau, il faut s'inscrire, il faut un
6 tas de choses,... ça, ça me freine déjà. Tout ce qui est obligatoire à faire, tout ce qui est
7 volontaire... Je m'inscris... Quand un malade a un besoin, par la force des choses, pour
8 rendre service au malade je m'inscris au réseau, parce que ...voilà, c'est pour rendre service
9 au malade. Mais voilà, si ça pouvait se faire de vive voix, ou contacter par téléphone, et
10 quelqu'un d'administratif du réseau remplit tout... et après s'il faut signer je signe ! Mais pas
11 qu'il n'y ait pas des formulaires, qu'on ne passe pas un temps fou. Pour moi, c'est l'intérêt du
12 malade, bon moi mon intérêt... voilà. Je veux bien faire ça dans l'intérêt du malade, mais je
13 ne veux pas que ce soit long. Je me suis inscrit à REDIVHOM parce que ... au début et puis
14 après j'ai laissé tomber. Il y avait des carnets et tout un tas de choses, au début hein... j'ai des
15 tas de carnets chez moi mais maintenant ça y est, c'est tombé à l'eau. Age et Santé, c'est
16 quand il y a un besoin, alors je suis souvent obligé de me réinscrire parce que je n'ai pas suivi,
17 de même pour les réunions, parce qu'après c'est trop lourd aussi. Voilà, c'est plutôt le côté...
18 Si ce n'est pas pour nous recharger d'autres choses... c'est plutôt le côté administratif mais
19 l'intérêt... oui, moi je trouve que c'est bien les réseaux quand ça rapporte, surtout Age et
20 Santé, quand ils viennent voir du côté du malade. J'adhérerai d'autant plus s'il n'y a pas de
21 partie administrative, ou alors réduite au minimum, à une signature pour donner mon accord
22 de principe. »
- 23 D5 : « Moi j'ai adhéré à différents réseaux, en particulier au réseau Age et Santé depuis son
24 commencement, et d'ailleurs j'en ai fait partie avec d'autres ici autour de la table peut-être,
25 avec notre présidente initiale le Dr G. Voilà, en faisant partie du conseil d'administration à
26 une époque, on a mis ça en place... Pourquoi ? Parce que j'y ai trouvé au départ un intérêt,
27 qui ne s'est pas démenti par la suite. Évidemment, seul à la campagne, on avait beaucoup de
28 choses à gérer en ce qui concerne le 3^{ème} âge, le 4^{ème} âge, en particulier tout le côté
29 environnemental de la patiente, du patient. Et j'ai trouvé que finalement, c'était une bonne
30 solution, je l'ai pas regretté, et je m'en sers toujours d'ailleurs pour différentes interventions
31 au domicile, dans le cadre du maintien à domicile. À l'époque, on en parlait beaucoup, on en
32 parle toujours encore. Donc l'intervention de l'ergothérapeute, de l'assistante sociale, de la
33 psychologue... parce que les gens à la campagne sont souvent seuls, ont besoin
34 d'intervention, d'écoute. Il y a aussi le côté formation qui ne m'a pas déplu, on avait fait un
35 truc sur la iatrogénie, ça c'était vraiment important. La paperasserie, moi je n'ai pas trouvé ça

36 très lourd. Il y a l'adhésion du patient, il y a la lettre d'information à faire signer et puis des
37 documents que vous connaissez sans doute tous, qui sont simples, à l'intention du médecin du
38 réseau, à remplir. Ensuite, il y a les visites régulières, les ... des visites à 6 mois, à 1 an. Au
39 départ c'était pas mal, d'autant qu'avec le Dr G. on se connaît, on avait des relations
40 particulières avec l'infirmière ou... voilà. Donc ça se passait au cabinet médical chez moi, le
41 matin, un petit-déjeuner avec un petit croissant... Et par la suite, ça s'est un peu transformé et
42 finalement les visites de suivi, d'année en année, comme j'ai un peu moins de temps peut-
43 être, je les regroupe pour l'ensemble de mes patients, une partie de matinée, un mercredi à
44 l'hôpital, au réseau. Là je rencontre l'infirmière, le médecin éventuellement et on fait le point
45 de l'ensemble de mes patients : celui-ci il faut le réévaluer, celui-ci il a besoin de telle ou
46 telle intervention... Voilà comment je fonctionne... J'ai un certain nombre de patients,
47 toujours à peu près pareil, une douzaine ou une quinzaine. Pour ce qui est du réseau diabéto,
48 je rejoins un peu ce qu'a dit D4, ça me semblait un peu lourd, difficile de gérer l'ensemble de
49 la paperasse. Bon, ça me semblait un petit peu lourd, je n'ai pas vraiment adhéré. Bon j'ai
50 assisté à un certain nombre de réunions au départ et puis voilà... En revanche, mes patients,
51 tout en faisant partie du réseau quand même, en bénéficient. Au départ, je trouvais que
52 finalement, notre activité étant un peu difficile, au niveau du temps on est un petit peu pris. Et
53 on sait ce qu'est une consultation de diabétique, hypertendu, avec différentes pathologies
54 annexes, c'est une consultation qui est longue... et je trouve que la consultation dans le
55 réseau, l'hospitalisation de jour dans le réseau, c'est ce que j'attendais, les gens sont bien
56 suivis du point de vue métabolisme, trophique, les pieds, cardio, ophtalmo aussi.
57 Maintenant... je ne suis pas le seul certainement, à regretter que ce réseau prenne une
58 orientation un peu étouffante pour les confrères, pour les médecins du sud meusien, je veux
59 dire par là que... on s'est étendu au niveau des prises en charge. Ça a été le vasculaire, après
60 l'obésité... bon après pourquoi pas ! Et puis maintenant c'est la thyroïde etc. Bon, voilà...
61 c'est un fait quoi ! D'autres réseaux... Je travaille aussi avec ICALOR, alors là c'est Nancy.
62 Alors là ce n'est pas de la paperasse mais c'est de l'informatique et moi, ça me freine ! Tu
63 vois (*A D4*), toi c'est la paperasse, moi c'est l'informatique (*Rire*). Ce n'est pas évident. Je me
64 suis rendu compte que ce n'est pas évident de communiquer avec ICALOR par
65 l'informatique. Et en plus de ça, je ne sais pas si ça vous est arrivé, on vous envoie des alertes,
66 qui sont provoquées par les infirmières (*D2 acquiesce*) ou par Nancy. Et alors, qu'est-ce
67 qu'on fait ? Aïe aïe aïe... Ce patient semble avoir une poussée d'insuffisance cardiaque... il
68 faut y aller. L'alerte arrive à 14h, moi je consulte jusqu'à 19h, 20h, c'est bien chargé... Et j'y
69 vais quand ? Après ma consultation à 20h30-21h... la maison risque d'être fermée. Ou alors
70 je quitte ma consultation... c'est une consultation sur rendez-vous et ce n'est pas facile. Je
71 n'ai pas beaucoup de patients, j'en ai 2 ou 3 chez ICALOR, et je trouve que ce n'est pas facile
72 de travailler pour moi de cette façon-là. Et puis le réseau LORSEP, j'ai une patiente qui en
73 bénéficie, mais là c'est de façon ponctuelle. Par exemple, j'ai eu besoin de la faire adresser
74 dans un centre spécialisé en France. C'est une patiente qui est grabataire maintenant mais il y
75 a 2 ans elle est allée au Centre Germaine Revel, à côté de Lyon pour une prise en charge
76 globale, et voir si on pouvait changer un peu les choses, et pour changer aussi un peu de la
77 routine de la prise en charge chez elle. »

78 D1 : « Maintenant, le pharmacien. Le pharmacien que je suis... j'assiste aux réunions
79 REDIVHOM, je suis allé aussi à une réunion d'Age et Santé, mais une seule, et je suis allé
80 aussi à des réunions ANTIBIOLOR, mais là c'est plus de la formation, et c'est très
81 intéressant. Qu'est-ce qu'on attend de nous les pharmaciens dans les réseaux ? D'après ce que
82 j'ai compris, c'est surtout l'éducation thérapeutique du patient, ou de groupe de patients aussi
83 puisque ça arrive de... alors pas en ce qui me concerne mais j'ai des collègues qui font des
84 interventions dans des groupes de patients à l'hôpital en diabéto. Pour nous, ça nous a surtout
85 apporté une meilleure compréhension des traitements, et j'espère que ça s'est ressenti après au

86 niveau des patients. Ça nous a aussi permis d'échanger sur des problématiques que vous
87 médecins, vous n'appréhendez pas sur le terrain. Par exemple on a des gros problèmes avec
88 des ruptures de médicaments. Vous savez qu'il y a des quotas, il y a souvent des médicaments
89 qu'on n'arrive pas à avoir... que ce soit des produits de cardiologie, ou ça peut être des
90 vaccins... ça peut-être des antidépresseurs... On a pu échanger sur des problématiques et ça
91 peut empoisonner le quotidien, et c'est pour ça qu'on décroche le téléphone pour ce genre de
92 problèmes. Ça a permis aussi d'échanger sur les génériques. On est coincé entre l'ONDAM,
93 la sécu avec une maîtrise des dépenses, et de l'autre côté l'intérêt du patient... et ça nous a
94 permis d'appréhender des problématiques d'effets secondaires rencontrés sur des génériques,
95 ou des difficultés pour les malades d'identifier leurs produits. Ça a permis de décaler la
96 population « apte au génériques » d'un certain âge. Bon, le pharmacien dans le réseau, c'est
97 tout neuf, on ne sait pas trop ce qu'il va falloir faire. On a une loi HPST qui va être appliquée
98 au pharmacien, on ne sait pas trop ce qu'on attend de nous. Bon, il y a un vaste programme de
99 prévention, le problème c'est que ça va mobiliser énormément de temps. Quel est l'avenir
100 pour le pharmacien ? A priori, on attend du pharmacien qu'il reste surtout un dispensateur, par
101 contre le rôle d'acteur, on ne sait pas trop. On ne sait pas trop aujourd'hui, c'est... je mets des
102 grands points d'interrogation parce qu'on ne sait pas où on va. Il y a certains réseaux où je
103 sais qu'ils fonctionnent, où le pharmacien fait du dépistage, sur Revigny, je sais qu'il fait du
104 dépistage, ils sont subventionnés par l'ARS pour certains actes, alors que nous, pour le
105 moment c'est du bénévolat ! On peut passer beaucoup de temps avec les patients, ça prend
106 beaucoup de temps. Déjà ordinairement on passe beaucoup de temps. Moi, j'ai une
107 problématique un peu différente aussi que mes collègues de campagne. Bon, la pharmacie de
108 campagne, c'est un rôle central important. Si un jour il n'y a plus de médecins à Cousances,
109 s'il n'y a plus de médecins à Cousances, c'est... c'est très important. Nous en pharmacie c'est
110 un peu différent. Nous par contre on a un rôle central, mais c'est un rôle social très important.
111 Mais ça échappe un peu à la philosophie du réseau. C'était pour fixer un peu la problématique
112 de la pharmacie actuelle. »

113 M : « Juste un mot sur Revigny et le pharmacien qui participe au dépistage... Là c'est dans le
114 cadre du pôle de santé, ce n'est pas le réseau. Ils ont fait un pôle de santé sur Revigny et ils
115 ont obtenu des fonds, avec les nouveaux modes de rémunération, qui permettent de mener
116 des actions « sponsorisées » par l'ARS. »

117 D1 : « Mais c'est très local »

118 D2 : « Moi je fais partie des trois réseaux. REDIVHOM, au départ je suis allée aux réunions,
119 mais c'est vrai que les réunions sont quand même un peu fréquentes ! (*Rire*) Sinon les
120 patients, c'est vrai que dans le cadre des journées en diabète, il y a un suivi intéressant pour le
121 patient. Après, je fais partie également du réseau Age et Santé, c'est vrai qu'à la campagne, je
122 rejoins D5, à la campagne c'est vraiment important pour essayer d'accompagner les personnes
123 à leur domicile le mieux possible, et c'est bien fait en général. Après, la visite où on rencontre
124 le généraliste, l'équipe d'Age et Santé, c'est pas mal aussi, il y a un bon échange et ça permet
125 d'avancer. Et je fais aussi partie d'ICALOR où j'ai quelques patients. Alors là effectivement,
126 c'est informatique (*Rire*) et ce n'est même pas nous forcément qui déclenchons les alertes
127 (*Rire*) »

128 D5 : « Ca peut ! »

129 D2 : « Si on a une TA élevée, paf, ça déclenche une alerte... et on nous pose la question,
130 voulez-vous déclencher une alerte pour prévenir le généraliste? Bon c'est vrai maintenant
131 qu'on coche. Et aussi, j'ai eu un mail récemment d'ICALOR, me disant qu'une patiente avait
132 des paramètres inquiétants et j'ai renvoyé un mail disant que le médecin généraliste était
133 passé la veille et qu'on n'avait pas déclenché l'alerte du coup. Mais c'est vrai que moi j'ai
134 déjà décroché le téléphone, appelé le médecin généraliste, c'est vrai que quand il reçoit une
135 alerte, il doit un peu... il peut se demander ce qu'il se passe. Tandis que si on échange par

136 téléphone, c'est peut-être plus simple. Et c'est vrai que les réunions REDIVHOM, ICALOR,
137 Age et Santé... ça fait un paquet de réunions... ce n'est pas possible quoi ! On ne ferait que
138 ça. Donc j'y vais de temps en temps mais pas très souvent. Pourtant il y a des formations qui
139 doivent être intéressantes mais c'est vrai que ce n'est pas facile, quand on est pas mal prise, ce
140 n'est pas évident. »

141 M : « Même sans y aller souvent, vous avez l'impression d'être informé ? »

142 D2 : « Ah oui, on est bien informé. Pour ICALOR, on a reçu tous un dossier il n'y a pas
143 longtemps sur des formations... qui doivent être intéressantes hein ! Mais quand on n'a pas
144 trop le temps, il faut faire des choix ! Voilà ! »

145 D3 : « Alors moi je fais partie du réseau Age et Santé, ... et je suis un peu atypique et hors
146 statistique sur toute la ligne ! Moi, je trouve que c'est intéressant. Pour moi c'est rassurant de
147 savoir que je peux avoir des renseignements locaux et bien concrets rapidement. J'ai toujours
148 eu des réponses téléphoniques rapides et efficaces. Je ne fais pour l'instant partie d'aucun
149 autre réseau. Je ne me suis pas inscrite au réseau LORSEP parce qu'effectivement j'ai fait des
150 choix et qu'en terme de disponibilité par rapport à ma clientèle, je me suis dit que la priorité
151 c'était Age et Santé. Ce qui est intéressant c'est de savoir que, par rapport à des patients
152 notamment Alzheimer, c'est assez rassurant de savoir que l'on n'est pas seul parce que
153 parfois... je pense notamment à 2 patients, à des stades avancés de la maladie, on est vraiment
154 sur la brèche, on jongle pour arriver à les maintenir le plus loin possible à domicile et c'est
155 rassurant de savoir qu'on a un relai possible rapidement. »

156 M : « Au niveau du réseau Age et Santé alors, comment ça prend forme ? C'est le réseau Age
157 et Santé qui vous contacte ? »

158 D3 : « Alors moi je suis vraiment atypique parce que je travaillais au CHU de Lille en
159 gériatrie, et en fait je connais bien le Dr M., donc ce qui m'intéressait au départ c'était de
160 connaître les fonctionnements locaux et les personnes localement et de savoir qui appeler, à
161 partir de quel moment et de savoir comment ça fonctionne parce que c'est très différent ici, de
162 grands centres comme Lille. »

163 M : « Mais je veux dire, votre rôle dans le réseau et vos relations avec le réseau... ? C'est
164 plutôt les patients que vous suivez déjà et qui rentrent dans le réseau ? Ou bien des patients du
165 réseau qui vous sont adressés ? »

166 D3 : « C'est les deux. Alors, souvent... enfin souvent... Plusieurs fois, le Dr M. m'a envoyé
167 des patients Alzheimer qui étaient justement... qui commençaient à poser problème dans leur
168 vie quotidienne et dans leur maintien à domicile. Alors on essaie, c'est un peu quitte ou
169 double ! On essaie de gagner un peu de temps. De travailler aussi avec l'accompagnant, avec
170 le conjoint, pour qu'il y ait un peu de... un lieu de communication, de relai par rapport à
171 l'hôpital, qui soit peut-être un intermédiaire entre le domicile et l'hôpital. »

172 M : « Et votre prestation ? C'est une prescription du médecin traitant ? C'est une intervention
173 qui vous est payée par le réseau ? »

174 D3 : « Ah non, pas du tout. Non, je travaille sur prescription uniquement, et donc c'est
175 souvent une prescription du généraliste. »

176 M : « Non, je demande ça parce qu'il y a des diététiciennes, des pédicures qui font partie des
177 réseaux aussi, mais eux, ce sont des prestations non prises en charge par la sécurité sociale, et
178 c'est le réseau qui les prend en charge. »

179 D3 : « Alors on avait évoqué à un moment donné des prises en charge de groupe parce que
180 moi j'avais fait ça en gériatrie au CHU de Lille, mais j'ai un problème de local parce que pour
181 l'instant mon bureau... enfin il y a des escaliers donc ça complique les choses souvent, d'une
182 part. Et d'autre part, je ne souhaitais pas forcément être seule avec des patients Alzheimer à
183 un stade avancé, donc concrètement on n'a pas réussi à mettre ça sur pied. Ce qui fait que
184 pour l'instant je n'en suis qu'à des prises en charge individuelles. »

185 M : « On avait listé quelques points... Sur ce qu'on ressent du suivi du patient... Ca semblait
186 pour vous être intéressant ? »
187 D4 : « Oui, moi je vois la population qui vieillit, qui a des pathologies de plus en plus lourdes,
188 et les réseaux ça permet quand même de ... parce qu'on manque de temps, donc d'avoir les
189 moyens supplémentaires pour nous libérer des pathologies les plus lourdes, où il y a beaucoup
190 de temps à passer... voilà c'est quand même une aide importante, sur le plan pratique ! Parce
191 qu'il y a le plan administratif ! »
192 M : « Ça c'est la ligne suivante ! »
193 D4 : « C'est pour aider, ce n'est pas pour perdre trop de temps en... Ça prend du temps, que
194 ce soit des réunions... C'est pour nous aider, gagner du temps et ne pas en perdre. »
195 D5 : « Moi je vais même aller plus loin. C'est sûr qu'une consultation d'un diabétique,
196 hypertendu, artérielle... ça prend beaucoup de temps et c'est une heure quoi ! Et je suis
197 désolé mais une heure égal 23 euros, ce n'est pas rentable quoi ! Donc, tant qu'on sera
198 rémunéré à l'acte, on ne pourra pas prendre en charge correctement le diabétique dans sa
199 globalité à moins que... aujourd'hui on va prendre en charge son problème d'équilibre
200 métabolique, demain on va voir son problème cardio-vasculaire... mais bon, ça ne se fait
201 pas. »
202 M : « Pour ce qui est du suivi du patient... ICALOR, vous avez un ressenti positif du fait que
203 vous passez souvent ? (À D2) »
204 D2 : « Oui, en fait, c'est souvent qu'ils sont rentrés dans le cadre d'ICALOR mais ils sont
205 aussi diabétiques et donc ils sont vus matin et soir de toute façon... on y passe peut-être un
206 peu plus de temps mais... »
207 M : « On avait notion de temps de ..., d'après les groupes précédents, de temps qui n'était pas
208 du soin, mais qui était de la prévention, de l'éducation... par ICALOR »
209 D2 : « Mais ça, de toute façon on fait quasiment tous les jours. Quand on a un patient qui a
210 3,5g de glycémie, on va faire une enquête, savoir qu'est-ce qui se passe. Donc voilà, c'est
211 quasiment quotidien quand-même. Bon mais c'est vrai que le suivi... ICALOR est pas mal
212 quand même. Après c'est toutes les semaines, puis tous les 15 jours,... Et ça permet... une
213 patiente, je me suis aperçue... en fait elle a des problèmes d'insuffisance rénale, et je me suis
214 aperçue que ça faisait longtemps qu'elle n'avait pas eu de bilan sanguin. Donc, elle doit aller
215 en visite, j'ai dit à sa fille, posez leur la question... »
216 M : « Après, on pensait parler de la formation des professionnels... Ça vous en avez parlé.
217 C'est un des lieux où ça nous a permis de nous retrouver en interprofession... »
218 D2 : « Oui, ça avec Age et Santé c'est pas mal... »
219 M : « Mais c'est le problème du temps pour y assister... L'implication de chaque catégorie de
220 professionnels... Les pharmaciens (A D1), à part les formations, vous n'avez pas l'impression
221 d'être... Dans le réseau diabète, dans ces fameux classeurs, il y avait une page pour chaque
222 profession, il y avait une page pour le pharmacien... »
223 D1 : « Le problème, c'est que souvent le classeur ne nous est pas présenté... Le classeur je ne
224 l'ai vu qu'une fois. Ou alors faut discuter avec le patient et il vous dit « si si je l'ai à la maison
225 mais je ne l'amène pas parce que ceci ou cela »... Alors que pour nous c'est facile, on a
226 l'informatique, on peut sortir la liste des médicaments délivrés, même aussi un tableau de
227 posologie et c'est facile de... Nous ça ne nous prend pas de temps ça. »
228 D4 : « Alors que nous ça nous prenait du temps, de rentrer tous les paramètres biologiques
229 dans le classeur... »
230 D5 : « Mais alors quel classeur ? Le classeur de REDIVHOM ? Le classeur du réseau ...
231 Parfois on se retrouve avec des patients qui ont 3 classeurs... (Rire général) avec des feuillets
232 plastifiés, qui sont pas faciles d'ailleurs les feuillets plastifiés, il faut rentrer les feuilles
233 dedans..., plus encore le petit carnet jaune dans lequel moi je note, surtout pour les patients à
234 domicile qui ne se déplacent pas. Il y a aussi l'ADMR, moi j'aime bien lire aussi les notes des

235 aides-soignantes ou des infirmières, savoir le problème des téguments, les plis, les fesses
236 rouges... et je mets des notes sur ces pages dédiées aux aides-soignantes. Et puis à côté de ça
237 il y a le dossier REDIVHOM, il y a le dossier Age et Santé des fois... Bon, à la conjonction
238 de tout ça, il y en a au moins deux de trop ! »
239 M : « Il faut essayer de synthétiser tout ça ! »
240 D5 : « C'est peut-être l'avenir ! »
241 D4 : « Un dossier unique »
242 D5 : « Oui, un dossier unique, un dossier commun... »
243 D4 : « Comme le pôle emploi ! *(Rire D2)* Moi demain, je vais aller chez une personne
244 Alzheimer, grabataire, végétatif... Je vais arriver pour le renouvellement, la porte sera
245 ouverte, il n'y aura personne. Je ne peux pas poser de questions. Et le carnet des aides-
246 soignantes des soins à domicile, j'ai des petits mots, des trucs comme ça... parce
247 qu'autrement il n'y a personne pour me répondre parce que personne n'est là. Chacun passe,
248 mais à des heures... Il y a des carnets qui sont plus utiles que d'autres. Il faudrait un
249 formulaire unique. »
250 M : « L'indemnisation des professionnels... Est-ce que vous vous souvenez avoir été réglés
251 de quelque chose ? Est-ce que c'est motivant ? »
252 D4 : « ICALOR... »
253 M : « ICALOR pour les visites d'inclusion de patients, pour les médecins généralistes en tout
254 cas. »
255 D5 : « Dans le réseau Age et Santé je suis rémunéré aussi, pour les inclusions et pour les
256 réunions. Quand je viens à Bar le Duc une fois par an, je suis rémunéré. Et j'ai l'impression
257 que... il y a peut-être un petit relâchement, peut-être un suivi moins strict... Il faudrait que je
258 revoie ça mais je crois que j'ai des patients qui n'ont pas été réévalués depuis plus d'un an.
259 Affaire à suivre. »
260 M : « Pour les réunions, vous arrivez à trouver le créneau pour réunir médecin, infirmière... »
261 D2 : « Des fois dans leurs horaires... *(Rire)* La dernière fois je les sentais... à 13h30... moi
262 j'avais à peine fini de travailler. Ils ne peuvent pas se mettre à la portée de tout le monde, ça
263 c'est sûr. »
264 M : « Sinon, vous êtes indemnisés pour ces réunions de synthèse... »
265 D2 : « Oui. »
266 M : « et chez ICALOR ? »
267 D2 : « Oui, à chaque fois qu'on fait une fiche de suivi et qu'on retranscrit sur Diatelic... »
268 M : « Pour vos collègues, ça avait l'air satisfaisant... »
269 D2 : « Oui, ça va, c'est 24 euros. Oui, ça ne prend quand même pas un temps fou. Bon ça
270 prend du temps hein mais... Et quand on n'a pas le temps d'aller sur informatique, je leur ai
271 faxé moi l'autre jour. Et je me suis rendue compte qu'ils règlent un peu moins *(Rire)*, ça m'a
272 fait rire ! »
273 M : « Au niveau des formations auxquelles vous avez participé, vous avez été rémunérée ? »
274 D5 : « Oui oui, chez REDIVHOM... mais ça fait longtemps que je n'y suis pas allée. » *(D1*
275 *fait non de la tête)*
276 D2 : « Chez Age et Santé aussi... »
277 M : « Dans les points négatifs, on avait listé les contraintes administratives...vous en avez
278 parlé. L'hospitalocentrisme... »
279 D5 : « Il y a un certain réseau... effectivement. »
280 M : « Pour ceux qui ne savent pas... »
281 D2 : « Pour les non-initiés ! *(En s'adressant à D3 puis rire)* »
282 D4 : « Un réseau sucré ! »
283 M : « Le ressenti local de ce réseau diabète, c'est qu'on a du mal à faire la différence entre le
284 réseau et l'hôpital. Ce qui est ressenti c'est que tout patient qui est inscrit dans le réseau est

285 automatiquement « attrapé » par l'hôpital, re-convoqué, et avec une prise en charge complète.
286 Alors que quand je suis allé aux réunions à l'ARS des réseaux au niveau régional, beaucoup
287 tombaient des nues en disant « notre réseau il ne prescrit pas, il n'hospitalise pas, c'est de
288 l'accompagnement, de la diététique... mais il ne remplace pas le médecin généraliste. »
289 D3 : « Mais qui est dans la bonne démarche ? Ici ou ailleurs ? »
290 M : « Je ne sais pas s'il y a une bonne démarche... Après l'esprit du réseau, c'est un lien entre
291 la ville et l'hôpital. Alors si un réseau est vraiment hospitalier, on n'est plus dans la même
292 logique du réseau. »
293 D3 : « Parce que par exemple dans le Nord, on a un réseau Alzheimer c'est très hôpital aussi,
294 très protocole, très statistique... Enfin c'est sur Lille. Je ne sais pas ici comment ça
295 fonctionne. Le chapeau, le sommet du réseau, c'est le centre expert et la démarche c'est des
296 chiffres et des statistiques. »
297 M : « C'est la preuve qu'il y a plusieurs façons de faire fonctionner un réseau ! »
298 D5 : « Je crois ce qui fait la caractéristique de ce réseau, c'est la façon dont il a été initié,
299 fondé au départ. Si on a un hospitalier qui a un charisme, une personnalité forte, chef de
300 service de surcroît... ça ne sera pas du tout la même chose que s'il y a une participation égale
301 des médecins généralistes, des médecins de terrain. Ce n'est pas le même esprit qui règnera
302 dans ces 2 réseaux. »
303 D3 : « C'est sûr que l'idée c'est sûrement qu'il y ait un maximum de gens qui adhèrent, que
304 ce soit au plus près du terrain. Après peut-être que les lignes de conduite diffèrent selon qu'il
305 y a beaucoup d'adhérents ou moins d'adhérents. »
306 D4 : « Ce qui diffère, c'est si le réseau sert à recruter pour l'hôpital par exemple, ce qui n'est
307 pas le but initial. Il y a une déviation habillée qui... qui fait que ça démotive ceux qui font
308 partie du réseau parce que ce n'est pas du tout ça. »
309 M : « Dernier petit point avant de passer à la deuxième partie... La communication à
310 l'intérieur du réseau, aussi bien entre professionnels qu'entre la structure du réseau et les
311 différents professionnels. Est-ce que vous avez des problèmes de communication ? Est-ce que
312 le réseau a apporté quelque chose dans ce domaine-là ou est-ce qu'on communiquait déjà
313 avant... Avec le réseau Age et Santé, tu disais dès que j'ai un problème je les contacte... (À
314 D5) Est-ce que tu les joins facilement ? »
315 D5 : « Ah oui, très facilement ! J'ai la secrétaire, qui transmet ou éventuellement me passe
316 l'infirmière, le responsable, le médecin éventuellement... »
317 D4 : « Avec la population vieillissante en Meuse, c'est peut-être le réseau Age et Santé qui
318 correspond le plus à nos besoins, qui est le plus utile pour nous. Parce que c'est lourd de gérer
319 une personne âgée, seule dépendante, la famille est loin... On sait que quand on les contacte
320 ils vont tout mettre en route, il y aura un suivi, ça nous apporte beaucoup. »
321 M : « Peut-être aussi parce qu'il n'y a pas que du médical dans ce réseau ? »
322 D4 : « Oui, c'est sûr. Quand il faut s'occuper du lit médicalisé, l'infirmière est débordée
323 aussi... Et ça répond à un besoin qui va aller en grandissant. Plus que le diabète ou ICALOR
324 si je devais mettre... C'est plutôt Age et Santé. Pour le diabète, si on a un problème aigu, on
325 hospitalise. Par contre, pour une personne âgée, l'hôpital est complet, on ne sait pas où les
326 mettre, l'hôpital n'est pas friand de personnes âgées donc le maintien à domicile avec Age et
327 Santé, ça profite à tout le monde : au praticien, au malade et à l'hôpital. Si ça n'existait pas, il
328 faudrait l'inventer ! »
329 M : « Ça sera noté ! » (*Rires*)
330 D4 : « Alors que les autres... C'est peut-être pour ça qu'ils sont obligés de faire de la
331 publicité. L'hôpital ne cherche pas les personnes âgées alors qu'ils cherchent peut-être les
332 diabétiques ! Ça change d'esprit ! (*Rire*) Quand ils vont faire à Auchan du dépistage de
333 diabète à n'importe quelle heure de la journée... Il y a des malades qui n'apprécient pas... »
334 M : « Oui, enfin ça peut faire partie des politiques de santé publique aussi... »

335 *Pause de 5 minutes environ*

336

337 M : « On passe à la deuxième partie ? Qu'attendez-vous du nouveau réseau de
338 santé populationnel ? Avez-vous dans votre pratique actuelle des difficultés qu'un réseau
339 pourrait vous aider à résoudre ? »

340 D3 : « Moi je pense qu'il y a 2 ou 3 pistes... Je pense que quand on parle de problèmes
341 comme le diabète, par exemple, il y a sûrement... bon je parle sans savoir rien du tout de ce
342 qui se fait ici, mais il y a sûrement un gros problème d'éducation... Ça ne doit pas être une
343 trouvaille quand je dis ça... Bon, je ne sais pas ce qui se fait ici... Est-ce qu'il y a des cours
344 de cuisine ? »

345 D2 : « Si... comment ils appellent ça au niveau de REDIVHOM ? »

346 D4 : « Diabète et santé, quelque chose comme ça, non... »

347 D2 : « Ils peuvent aller cuisiner... »

348 D4 : « À Issoncourt »

349 D2 : « Voilà, c'est ça. »

350 M : « C'est une fois par an... »

351 D3 : « C'est une fois par an seulement ? Ah, je croyais que c'était plus que ça... Bon le
352 diabète ce n'est pas trop mon créneau... »

353 M : « Justement, dans votre créneau... »

354 D3 : « Moi, ce qui me pose problème au quotidien, c'est de trouver une collaboratrice, mais
355 ça... Non, sur la population, je pense que ce qui serait... Ce qui se fait par exemple à Lille,
356 pour vous donner la différence, c'est que, enfin il y a trois ans en tous cas quand j'ai quitté, ils
357 envisageaient de faire une évaluation cognitive aux patients qui étaient âgés et qui étaient
358 admis aux urgences, ce qui était je trouve une idée pas mal... Bon, ça je trouve que c'était des
359 idées intéressantes mais après, il faut voir ce qu'on fait du repérage de patients suspects, et
360 puis quel relai, quelle information, etc... Parce que c'est sûr que si on tient compte des
361 données démographiques, qu'on n'a pas arrêté pratiquement d'évoquer depuis tout à l'heure,
362 que ça soit au sein de la population médicale ou des patients, le vieillissement de la population
363 en France est quand même un paramètre qui va devenir très prépondérant au niveau
364 économique, au niveau social, enfin à tous les niveaux, qu'il va falloir gérer d'une façon ou
365 d'une autre. Moi ce qui me paraît intéressant ici, c'est qu'en effet je trouve que c'est quand
366 même un peu plus facile, alors faudrait après essayer de préciser pourquoi, mais ça me
367 semble un peu plus facile de maintenir plus longtemps les gens à leur domicile qu'en secteur
368 urbain... Ça semble plus facile à mettre sur pied et peut-être un petit peu plus longtemps
369 qu'en centres urbains... Peut-être parce que justement il y a déjà, au niveau des quartiers...
370 Peut-être parce que les gens se connaissent bien dans les villages, etc... Mais ça paraît plus
371 facile à mettre sur pied. Moi, quand je rêve complètement, je me dis que par exemple on
372 pourrait faire une sorte d'information, ou d'éducation entre guillemets des conjoints ... je ne
373 sais pas, chez les plus de 65 ou 70 ans... Déjà faire une information, voire des formations,
374 pour que les personnes puissent envisager de rester le plus longtemps possible à domicile. Je
375 pense que ça pourrait faire un bon alliage entre l'éducation et la santé, plus spécifiquement
376 pour les populations âgées et je pense qu'ici, dans les secteurs ruraux, ça pourrait être une
377 piste intéressante, parce que l'inconvénient, c'est que les gens sont très éloignés, voire très

378 isolés, en géographie, mais l'avantage, c'est aussi qu'ils se connaissent et qu'il y a des choses,
379 plus de bon sens, qui ont l'air de se passer pas trop mal ici. »

380 D2 : « Les difficultés... Je vais vous parler de difficultés... En sortie d'hospitalisation, je vais
381 vous citer un exemple, avant-hier, j'ai une personne qui est sortie de diabète sur Saint Dizier,
382 j'ai pas été prévenue, c'est le pharmacien qui m'a prévenue, et il manquait des aiguilles pour
383 mettre au bout du stylo de Lantus et ça par contre, est-ce que c'est lié à Redivhom, j'en sais
384 rien, mais c'est vrai que quand ils prennent en charge des patients, on a quand même un
385 dossier très très détaillé et bien mené... Enfin, nous derrière, on a plus facile... Ça c'est le
386 côté avantageux... Alors, peut-être ça n'a rien à voir avec le réseau *Redivhom*, je ne sais pas,
387 mais c'est vrai que j'ai fait la différence encore avant-hier. À Saint Dizier, ce n'est pas ça... »

388 M : « Les sorties d'hospitalisation, ça peut être un souci ? »

389 D2 : « Oui, oui... Sinon, j'ai eu aussi une fois une patiente par l'intermédiaire du réseau
390 LORSEP, une dame qui faisait une poussée et qui avait des perfusions à domicile prescrites,
391 et par l'intermédiaire du réseau, on a eu vraiment une bonne prise en charge et un matériel
392 vraiment performant pour travailler dans de très très bonnes conditions à domicile, parce
393 qu'on a quand même souvent le problème... Alors là par exemple ils ont déremboursé les sets
394 à pansements par exemple, eh bien c'est dommageable je trouve... »

395 D1 : « Alors... Ce n'est pas tout à fait vrai... C'est-à-dire que les prescriptions, vous devez les
396 détailler maintenant. C'est-à-dire qu'au lieu de mettre un soin avec pansement sec, il faudrait
397 mettre tout ce qui se trouve à l'intérieur du set et là c'est pris en charge... C'est extrêmement
398 compliqué... »

399 D2 : « Ça va être compliqué pour le prescripteur... »

400 D1 : « C'est ce qui était fait avant, quand les sets n'existaient pas, il fallait tout détailler »

401 D2 : « Mais enfin, c'était quand même bien pratique... »

402 D1 : « Ah oui, c'était super pratique pour tout le monde, oui... Alors, peut-être à partir d'un
403 réseau, on pourrait bâtir des... On pourrait bâtir des ordonnances préétablies pour le
404 pansement sec, le pansement gras, les soins post opératoires, le retrait des agrafes... Ça
405 pourrait être un travail... qui pourrait être un brainstorming... »

406 D2 : « Oui... C'est vrai qu'il y a plein de choses à faire pour améliorer... »

407 D1 : « Le réseau, pour le pharmacien... Moi je retourne plutôt la question... Qu'est-ce que
408 vous attendez du pharmacien ? »

409 M : « La réflexion qui avait été menée dans les groupes précédents, c'était plutôt au niveau de
410 chaque profession, ce qu'on imaginait que le réseau pouvait apporter ; je prends un exemple
411 pour les pharmaciens, ce qui a souvent été mis en avant, c'est la personne qui sort de l'hôpital
412 le soir, avec la prescription de produits qu'on n'a pas... Une idée qui avait été évoquée, c'est
413 qu'on puisse avoir une infirmière de coordination du réseau qui soit systématiquement avertie
414 par exemple la veille de la sortie d'hospitalisation, et qu'elle puisse avertir l'infirmière, le
415 pharmacien... »

416 D1 : « Une difficulté qui m'arrive à l'esprit, c'est que souvent on a du mal à contacter le
417 prescripteur, parce qu'on tombe souvent sur un secrétariat déporté et on n'arrive pas à le
418 joindre, et pourtant on a le malade en face de nous ... On a un problème et il faut le résoudre
419 tout de suite, on ne peut pas le faire revenir le lendemain ; ça c'est un gros problème... Donc
420 souvent on a des secrétariats déportés, ou souvent, on hésite quand on a le numéro de
421 portable... bon j'en ai quelques-uns... on hésite franchement à décoincer le problème en

422 contactant directement le prescripteur... mais on a un problème quand même pour contacter le
423 médecin rapidement... Ça arrive, par exemple, on a une prescription et on sait que la personne
424 est allergique à son antibiotique. Donc la personne est là, il faut qu'on trouve... Il faut qu'elle
425 reparte avec le bon traitement, et qu'on arrive à le contacter. On a aussi cette histoire de
426 médicament qui n'existe plus... Donc il faut le remplacer. Ou alors, il y a ce problème de
427 quota : soit les laboratoires arrêtent la fabrication de leur produit, soit le produit a déjà été
428 vendu sur le marché européen, donc il n'y en a plus pour la France, donc, il faut... Par
429 exemple l'Hytacand, j'en ai plus, qu'est-ce qu'on fait ? »

430 D4 : « Ah bon c'est comme ça ? Qui est-ce qui impose ça ? »

431 D1 : « Ah oui, c'est terrible... À longueur de journées... Bon les vaccins, ce n'est pas encore
432 trop grave, on peut les décaler, sauf la personne qui doit partir immédiatement en Afrique...
433 Là ça peut poser problème... On a eu des ruptures par exemple sur Revaxis ; c'était les
434 vaccins qui portaient dans des campagnes de vaccination sur les pays exotiques, donc là on
435 avait des ruptures, on savait pourquoi... Les stocks étaient affectés principalement sur
436 l'Afrique et donc il y en avait très très peu pour la France. Et ensuite, on a vu aussi arriver le
437 souci, c'est que le médicament n'est pas cher en France, donc les grossistes, pour gagner des
438 sous, ont tendance à aller vendre le stock sur le marché européen donc il n'y en a plus pour la
439 France. Les laboratoires, quand ils voient ça, ils ferment le robinet et ils ne livrent plus les
440 grossistes... C'est un jeu totalement imbécile et c'est nous qui sommes coincés au final parce
441 qu'on a le patient en face de nous et vous vous avez fait votre prescription et il faut qu'on
442 l'honore donc là ça pose de réels problèmes et actuellement on a des listes... On doit avoir
443 trois pages A4 de ruptures actuellement... Quand c'est du Xanax par exemple, bon le malade
444 ne veut absolument pas de l'Alprazolam... Ça ne peut rien lui faire mais bon... Parfois, on
445 peut avoir des ruptures plus gênantes, par exemple par un moment, il y avait du Cellcept qui
446 manquait ou tous les produits de cardio qui peuvent manquer... Et puis en plus vous avez la
447 pharmacovigilance : le laboratoire fabrique un lot qui n'est pas conforme, tout part à la
448 poubelle et donc on n'en a plus pendant quelques jours, le temps qu'ils refabriquent... Et les
449 stocks sont de plus en plus tendus en pharmacie... Avant, on avait un mois de stock, mais
450 maintenant, tout le monde fait tourner les stocks très très vite... Et encore plus sur les boîtes
451 de 90 comprimés... On a très peu de stocks là-dessus, donc s'il y a une rupture, ça se voit tout
452 de suite... Donc on a ce problème de communication avec le prescripteur et ça ce n'est pas
453 pour vous embêter... On a besoin d'avoir une réponse relativement rapide... »

454 D4 : « On comprend bien votre situation... »

455 D1 : « On peut avoir aussi des urgences... On peut avoir des personnes qui ont un problème
456 de santé important, et on aurait besoin de trouver un répondant pour l'envoyer. Ça ne justifie
457 pas de l'envoyer aux urgences... En général, ça se termine aux urgences, mais on sait qu'il y
458 aura trois heures d'attente... Il faudrait qu'on puisse avoir un contact pour vous envoyer des
459 urgences... C'est plus de la « bobologie ». On est entre la « bobologie » et l'urgence vraie...
460 C'est l'infection urinaire, avec des problèmes aigus... Je ne vous parle même pas de
461 l'ophtalmologie, c'est un sacré problème... »

462 D5 : « Même pour nous... »

463 M : « L'idée d'une espèce d'annuaire des professionnels du réseau, avec des numéros de
464 portable éventuellement ? »

465 D1 : « Il faudrait en discuter, mais le problème c'est qu'il faudrait que le cercle soit beaucoup
466 plus large... Il faudrait que l'ensemble de la profession santé se réunisse pour échanger là-
467 dessus... Le réseau pourrait collecter l'annuaire des professionnels... »

468 D5 : « Pour rebondir sur ton interrogation, Médigarde ne serait pas une solution pour
469 contacter un médecin du secteur ? »

470 D1 : « On a eu le cas comme ça de Médigarde, et on a vu des choses totalement aberrantes,
471 c'est-à-dire que je voyais arriver des gens avec une infection urinaire et la personne me dit : il
472 me faut un Monuril. Ah bon ? Vous avez vu un médecin ? Ah non... Mais comment vous
473 savez qu'il faut prendre un Monuril ? J'ai téléphoné au 15, et puis j'ai eu une personne au
474 bout du fil, un médecin... Il m'a dit vous allez en pharmacie et vous demandez un Monuril.
475 Ah ! Non Madame, ça ne se passe pas comme ça... Ordonnance, papier bitte... Alors, moi je
476 ne me démonte pas, je téléphone au régulateur ; je ne me démonte jamais, s'il faut l'engueuler
477 je l'engueule... Et je lui dis : alors maintenant on fait les prescriptions par télépathie ? Ah
478 bon, parce que vous ne pouvez pas donner le Monuril comme ça ? Je ne savais pas... Bon
479 alors comment on peut faire ? Bon, je vous envoie un fax... Je lui dis : ce n'est pas tout à fait
480 la bonne solution, mais bon... Pour solutionner le problème de la patiente... Il m'envoie un
481 fax : une page blanche, marquée Monuril, et une signature... Non, mais j'ai même pas l'en-
482 tête. Donc rebigophone au médecin régulateur généraliste, et je lui dis : c'est pas une
483 ordonnance... Une ordonnance, y a des mentions légales dessus : il faut l'identité du
484 prescripteur, l'identité du malade, il me faut la date... Voilà comment ça se passe... Ça c'est
485 souvent le dimanche de garde, la personne elle vient... Oui c'est le régulateur... Alors, y a
486 une réglementation qui est passée où on va pouvoir recevoir par un moyen... soit fax soit
487 internet une prescription qui viendra d'un médecin à distance... Il y aura sûrement un revers à
488 la médaille... »

489 D5 : « Et le médecin fera probablement aussi une consultation à distance... »

490 D1 : « On devrait avoir de plus en plus de prescriptions de la régulation »

491 D5 : « D'où ce que je disais tout à l'heure, donc le médecin effecteur périphérique, donc le
492 médecin d'astreinte, ne voit plus ces patients-là... »

493 D1 : « On le voit déjà actuellement ; quand on est de garde, plus des $\frac{3}{4}$, je dirais 80%, c'est
494 l'hôpital qui gère ; c'est la régulation qui gère avec l'hôpital ; la régulation ne gère pas avec le
495 médecin généraliste de permanence ; c'est clair, c'est clair et net... D'ailleurs, quand on est de
496 garde, si c'est un médecin de Bar le Duc qu'on connaît, il vient pendant la garde... Alors t'as
497 du boulot ? Oui, nous on a fait 80 personnes... Ah bon... On ne m'a appelé que 2 fois ! »

498 D5 : « Pour ce qui est des différents points, des thèmes de réflexion, euh... personnellement,
499 j'ai comme les confrères des problèmes de délais de rendez-vous auprès des spécialistes, en
500 particulier les ophtalmos, ça c'est connu, les cardio, mais maintenant les rhumato, et
501 pratiquement tous les spécialistes. Quand il y a un problème d'urgence, comme un corps
502 étranger dans l'œil, on a un rendez-vous rapide quand même chez les ophtalmos. Je téléphone
503 à la clinique ophtalmo et la secrétaire me dit qu'il vienne tout de suite... »

504 D4 : « Oui mais si c'est à 22 H ? »

505 D5 : « Ça c'est dans la journée... Moi à 22 H... Ou quand je suis de garde... »

506 D4 : « Qui contactes-tu ? Aux urgences, t'as pas d'ophtalmo... T'envoies à Nancy, tu ne sais
507 pas qui contacter... Dans la journée ce n'est pas un problème, on solutionne ; tu téléphones au
508 spécialiste, au cardiologue... »

509 D5 : « Je ne me souviens pas avoir eu un problème ophtalmo de nuit... »
510 D4 : « Si vous (A DI) pouvez pas contacter le médecin, nous on peut pas contacter le
511 spécialiste »
512 D1 : « Par contre, nous on les voit les urgences de nuit ; le type qui a soudé à l'arc et qui vient
513 nous voir à 11 H du soir et qui tient plus. Donc là de toute façon ça passe par les urgences,
514 mais ça arrive souvent qu'ils passent nous voir en premier. »
515 D5 : « Les délais de rendez-vous chez le spécialiste sont importants ; pourquoi ? Parce que
516 nous, on fait la lettre pour que le patient prenne rendez-vous chez le cardio par exemple et
517 assez régulièrement, le patient nous téléphone : « Ben écoutez, je n'ai pas pu avoir un rendez-
518 vous avant 3 mois, mais c'est à vous à appeler pour avancer le rendez-vous ». »
519 D4 : « Voilà... »
520 D5 : « Donc c'est à nous maintenant à prendre rendez-vous pour les patients... Ben non, on
521 ne fait pas bien sûr, puis à la limite, ce n'est pas urgent ; si ça avait été urgent, j'aurais
522 téléphoné parce qu'on a tous des spécialistes référents... Quand je veux avoir un cardio
523 rapidement, je l'ai, ou alors le patient est orienté directement à l'hôpital quand ça me semble
524 une urgence, voilà... Sinon, ben oui, c'est vrai qu'à la campagne, on peut certainement
525 garder les gens à domicile plus facilement parce qu'il y a encore malgré tout le réseau familial
526 qui existe peut-être moins facilement en ville, même avec les familles éclatées, même avec les
527 enfants qui, du fait de leur profession, vont à gauche, à droite. Bon c'est vrai qu'à la
528 campagne on bénéficie encore assez souvent des aides familiales ; c'est le fils qui habite dans
529 le village, ou la fille pas très loin qui peut passer régulièrement chez la parente pour savoir ce
530 qui se passe, faire le point, assurer les prises médicamenteuses, ; là aussi c'est problématique
531 et on peut quand même assez souvent compter sur la famille pour voir ce qui se passe au
532 niveau du semainier, du pilulier, pour voir si c'est bien pris, le remplir régulièrement... Ça
533 c'est peut-être encore un atout de nos campagnes ; on peut compter sur la présence des aidants
534 naturels. Pour ce qui est de la formation auprès des personnes âgées dans notre secteur, je ne
535 sais pas si c'est spécifique du secteur, il y a ce qu'on appelle la semaine bleue qui est au mois
536 d'octobre. Sur le sud meusien, il y a une journée qui est dédiée à l'information des personnes
537 âgées. Moi je me souviens, à une époque, Mme F. intervenait pour faire de la diététique et
538 moi j'en ai fait aussi, sur plusieurs années, ça m'est arrivé, sur Ancerville, dans la salle
539 polyvalente, d'avoir 200 personnes, 300 personnes âgées du canton d'Ancerville et je me
540 souviens avoir fait un après-midi de prévention de l'accident domestique ; ça avait intéressé
541 les gens manifestement ; l'année suivante, j'avais fait un truc sur la diététique, sur
542 l'hyperlipémie, sur la prostate, aussi. Voilà, je pense que ça existe toujours... La semaine
543 bleue, ça vous dit quelque chose ? »
544 D4 : « La semaine rose ou le mois rose pour le cancer du sein, oui... »
545 M : « ça pourrait être une idée de communication avec les patients... »
546 D5 : « Oui, que le réseau intervienne... Sinon, ben le problème des classeurs... Faudrait, dans
547 le cadre d'un réseau unique, uniformiser, avoir un classeur... Est-ce que ça pourrait être
548 possible ? Pourquoi pas, en y réfléchissant... »
549 M : « En attendant le dossier médical personnel... Qui a l'air de démarrer... »
550 D4 : « À la fin du tour de table, je ne sais plus où j'en suis... est-ce qu'on parle chacun de nos
551 problèmes personnels ou est-ce qu'on parle des réseaux ? Alors au niveau des réseaux, bon le
552 réseau diabétique c'est bien mais quand on va chez les gens, qu'on voit comme ils vivent,

553 comme ils s'alimentent, etc... Donc il faudrait plutôt un référent général qui s'occupe de
554 l'ensemble... Au niveau de l'éducation, ça fait un moment que je me dis, que ce soit le
555 diabète, que ce soit le tabac, la femme me dit « Docteur, vous savez, il ne fait pas son
556 régime », des tas de choses comme ça, donc je crois plus... Il faut de l'éducation, mais il faut
557 faire beaucoup pour obtenir peu ; les gens ne sont pas toujours motivés... Ils prennent leurs
558 médicaments pour se désucrier, pour se dégraisser... C'est ce qu'ils nous disent et après, c'est
559 notre problème, ce n'est pas le leur, donc il y a du chemin à faire... Donc moi je verrais plutôt
560 un réseau généraliste, plutôt que quelque chose de trop spécialisé, que ce soit diabète, que ce
561 soit ICALOR ... où je pense que dans une hygiène de vie, le mode de vie, le lieu où ils
562 habitent, l'hygiène corporelle ou alimentaire, on obtiendrait peut-être plus que sur une
563 pathologie où on a l'impression que les gens parfois c'est pour nous faire plaisir qu'ils
564 prennent leurs médicaments mais à côté ils ne font pas ce qu'il faut... Donc il faudrait peut-
565 être qu'ils prennent en compte leur corps, pour un peu les faire évoluer, et ce n'est pas un
566 réseau spécialisé... Un genre d'assistante sociale du réseau qui viendrait voir les besoins ; en
567 demander peu mais que ça soit fait... On va chez des gens, c'est un peu triste... Ils sont à
568 mille lieues des réseaux ; alors parfois, faire un petit peu, c'est bien, quand c'est bien
569 compris... Il faut les amener doucement pour certains... C'est un peu comme les personnes
570 âgées qui ne veulent pas d'aide à domicile pour leur toilette et tout puis à force de persuasion,
571 ça y est... On est dans la Meuse hein... Je ne parle pas de la ville, mais à la campagne, c'est
572 dur... Les réseaux, oui, mais y aller à petits pas, pour que ça soit plus durable. »

573 M : « En matière d'éducation des patients, la place du réseau, de plus en plus en Meuse, il va
574 y avoir des structures locales, les maisons de santé, les pôles de santé, il va y avoir des efforts
575 d'éducation qui vont être faits au plan local »

576 D4 : « Voilà, des assistantes sociales de santé, ou des officiers de santé, qui viennent voir un
577 peu les besoins... Faut pas que ce soit des enquêtes, mais voir pour les besoins et s'adapter
578 aux besoins de chacun et voir ce que chacun désire parce qu'il y a des gens, si tu les forces...
579 C'est les cas les plus difficiles qui méritent d'être les plus aidés... Y a des diabétiques qui
580 vont avoir une glycémie tous les 8 jours, qui vont chez Dr J. en permanence, alors que c'est
581 super bien, l'hémoglobine glyquée est à 5... Et puis t'en as d'autres, l'hémoglobine glyquée
582 est à 12%... C'est ce que je reprocherais au réseau REDIVHOM, c'est que des gens qui sont
583 très mal équilibrés, ben finalement ne veulent plus voir le Dr J., parce qu'ils sont fâchés, parce
584 que je ne sais trop quoi, et c'est là que j'aurais besoin... Donc il y a beaucoup de gens pour
585 qui je n'ai pas besoin de lui et qu'il convoque, et d'autres dont j'aurais besoin, qu'il laisse
586 tomber, et ça me gêne... Un avec un Lipanthyl 75 qu'il revoit tous les 3 mois, je me dis il n'a
587 rien d'autre à faire... Et puis d'autres qui vraiment... Parce que ça a coïncé... Il le sait, je lui
588 ai déjà dit, mais... Là on ne se sent pas aidé... »

589 M : « On est un peu revenu sur la première partie... On n'avait encore que 10 pages sur les
590 doléances au sujet de REDIVHOM »

591 D4 : « ... Nos besoins sont pas forcément les mêmes que ceux du malade... C'est plutôt à ce
592 niveau là où on aurait besoin d'être aidé et où on ne l'est pas parce que les portes sont
593 fermées... Par le malade déjà... »

594 D5 : « On a bien compris que l'esprit de l'ARS, c'est d'éviter les réseaux hospitaliers... On
595 veut éviter que le réseau se confonde avec une pratique hospitalière quasiment exclusive ; on
596 a compris ça... Donc quid du réseau REDIVHOM... »

597 D4 : « Il faudrait que le réseau soit plus généraliste... »
598 D5 : « Le réseau REDIVHOM est condamné... Sauf que je considère que l'esprit du réseau
599 Age et Santé est conservé, et il n'y a pas eu dénaturation de l'esprit du réseau, je trouve... Et
600 justement, dans ce réseau Age et Santé, il y a l'équipe mobile, ça veut bien dire ce que ça veut
601 dire, avec un véhicule dédié d'ailleurs, et puis dans cette équipe mobile, il y a soit le médecin
602 avec une psychologue, soit l'infirmière et l'ergothérapeute, ... En fonction de chaque cas, de
603 chaque besoin, de chaque personne âgée... Je trouve que c'est bien de se déplacer, et là ils
604 faisaient notre travail car moi je me souviens, avant, c'était lourd, il fallait contacter les
605 aidants, la famille. « Ecoutez, votre maman, il y a besoin d'aménager sa maison, il faut
606 éventuellement penser à faire un plain-pied, qu'elle n'ait plus cet escalier dangereux,
607 aménager sa salle d'eau... Il faut démonter sa baignoire et mettre une douche italienne, mettre
608 des poignées, des rehausseurs, etc. ». Voilà, c'était notre travail avant, ça prenait énormément
609 de temps... Ça c'est fait par le réseau Age et Santé... »
610 D4 : « Ça c'est moins spécialisé, c'est plus global... »
611 D5 : « Donc ça serait dommage que ça disparaisse et que ça se fonde dans un réseau global et
612 qu'on perde un peu ce qu'il nous apporte à nous et surtout au patient... »
613 D4 : « Ça serait plus cette image là le réseau... Le diabète, si ça ne va pas on hospitalise... »
614 M : « Une question qui va vite se poser, c'est savoir quel personnel il faut dans le réseau...
615 Est-ce que c'est simplement une plateforme téléphonique que les professionnels pourraient
616 appeler avec quelqu'un qui essaierait de dispatcher... »
617 D4 : « D'aller voir les besoins ... »
618 D5 : « Oui, oui... »
619 M : « Ou est-ce qu'on voit ça comme un regroupement de professionnels qui prennent en
620 charge certaines choses... Les formations pour nous professionnels, ça vous semble à
621 continuer ? »
622 D5 : « Le réseau... Pourquoi pas créer un réseau de correspondants ; ça peut aider à trouver le
623 bon correspondant »
624 D4 : « Il pourrait y avoir un référent, qu'on pourrait avoir au téléphone, lui dire d'aller voir
625 telle personne qui pose problème et puis avoir une personne spécialisée qui puisse nous
626 décharger en temps... Auprès d'une personne qui n'a pas de famille... »
627 M : « En dehors du problème du maintien à domicile, vous voyez d'autres domaines où un
628 coup de fil à une structure pourrait nous aider... »
629 D4 : « C'est surtout le maintien à domicile le plus important... Dès que t'hospitalises, t'as
630 plus besoin de... »
631 M : « Justement, pour les hospitalisations... Est-ce qu'on est satisfait de la façon dont on
632 hospitalise les gens ? »
633 D4 : « Non, parce qu'il n'y a pas de place ; on est obligé d'attendre ; on est obligé de pleurer
634 pour hospitaliser quelqu'un... Les urgences, tu te fais appeler Arthur, ça m'est déjà arrivé
635 aussi, parce que j'en avais marre de téléphoner ; j'ai envoyé aux urgences... Bon c'est tout,
636 j'ai pris le téléphone et je l'ai mis loin de mon oreille... Ah là là, c'est un problème ça... »
637 M : « Les problèmes de sorties d'hôpital, ça concerne surtout les pharmaciens et les
638 infirmières, les problèmes d'entrée, ça concerne plus les médecins généralistes... »
639 D4 : « C'est urgent ? Qu'est-ce qu'il a ? Qu'est-ce qu'on a fait ?... Mais si je demande tel
640 examen je vais l'avoir dans huit jours... »

641 M : « On n'a pas accès à des examens qui pourraient nous permettre d'éviter l'hospitalisation,
642 et quand on veut hospitaliser il n'y a pas de place... donc souvent on les envoie aux
643 urgences. »

644 D5 : « On botte en touche ça s'appelle ! »

645 M : « Parce qu'on sait que quand on les envoie aux Urgences, on sait qu'ils finiront quand
646 même à leur trouver une place. »

647 D4 : « Même si c'est à Saint Mihiel, à Commercy ou à Saint Dizier ! »

648 D5 : « Ou Verdun ! »

649 D4 : « Nous c'est là notre problème. Après c'est chacun son souci ! »

650 M : « Quel rôle le réseau pourrait-il jouer dans la communication et la coordination entre
651 professionnels ? »

652 D5 : « Je vois la communication entre pairs, entre médecins... C'est en fait le même problème
653 que les médecins qui travaillent ensemble ou qui travaillent à proximité, quand on se fait
654 remplacer, il faut qu'il y ait une communication, une transmission... »

655 D4 : « La transmission c'est le dossier partagé. »

656 D5 : « Mais pour le moment, c'est le téléphone, des petits mots laissés chez le patient...
657 Encore ce matin, Charles est en congés le jeudi, donc ce matin je suis allé chez une de ses
658 patientes, âgée, hypertendue, avec une polyarthrite rhumatoïde... elle s'était fait une plaie de
659 jambe, de type érysipèle et donc je lui ai laissé un mot... Il a mon mot, il a ma transmission.
660 Voilà comment on fonctionne tous les deux et c'est réciproque. »

661 D4 : « Et tu gagnes du temps. Tu reçois aussi les courriers des spécialistes et tout ça... Ben
662 moi, j'imprime tous les courriers des spécialistes et je les laisse chez le patient, comme ça
663 c'est bien écrit, et même moi, je peux les utiliser. Et puis c'est aussi pour ceux du dimanche
664 qui seraient amenés à venir... »

665 D5 : « Tu soulèves un point important, c'est vrai qu'on voit de moins en moins de gens
666 pendant nos gardes, mais on voit les patients de nos confrères, là il n'y a pas de dossier, tu
667 n'as pas les antécédents, t'as du mal à retrouver les traitements, les ordonnances... Là il y a
668 certainement la place du réseau. »

669 D1 : « La réponse à ça, c'est que normalement vous aurez la dernière ordonnance, les
670 traitements, dans la carte vitale, encore faut-il que le patient soit d'accord. »

671 D4 : « Mais quand on est chez les gens... on n'a pas accès... »

672 D1 : « Ben là vous pourrez avoir un lecteur de carte portatif et consulter tout de suite sans
673 avoir besoin de se connecter à un ordinateur. »

674 M : « Et ça, ça pourrait se faire... »

675 D1 : « Ben c'est une obligation le dossier pharmaceutique, par contre, le patient peut dire
676 non. »

677 D5 : « C'est dans l'intérêt du malade que le médecin puisse savoir leurs traitements... »
678 *(Accord D4)*

679 D1 : « Je pense que les personnes âgées, y'a pas de souci, c'est les plus jeunes qui... qui ne
680 veulent pas d'intrusion dans... »

681 D4 : « Oui c'est sûr, pour l'emploi, pour un tas de choses »

682 D1 : « Ils ont peur, ils ne veulent pas que ce soit exploité quelque part... »

683 D4 : « Oui, bien sûr, les épileptiques, le gars qui a un anticoagulant, qui... pour l'employeur
684 ou pour n'importe quoi... »

685 D1 : « Oui, c'est ça ! C'est sûr. »

686 *Silence*

687 D4 : « Enfin la population vieillit, il en faudra des réseaux, ça va être de plus en plus lourd, on
688 ne pourra pas... »

689 D3 : « Il faut faire des télésièges pour qu'ils arrivent directement à l'hôpital ! (*Rire*) »

690 D1 : « Et certainement avec de nouvelles professions intermédiaires. »

691 D4 : « Il faut que ce soit léger mais efficace ! Plutôt que spécialisé... Et il faut que ce soit
692 évolutif. Vous voyez déjà les télésièges (*A D3 qui rit*) ? Et puis il y a le crematorium là ! Mais
693 n'oubliez pas que dans 20 ou 25 ans, le télésiège il sera pour nous ! (*Rire collectif*) On arrive
694 en bas de la piste, il va falloir reprendre le télésiège ! »

695 D3 : « Alors justement, il va falloir s'activer ! »

696 M : « Vous avez dit tout ce que vous aviez envie de dire ? Qu'on puisse vous libérer... »

Entretien IDE 25.11.2011

Durée : 25 minutes

- 1 M : « Quel bilan feriez-vous des réseaux de santé thématiques auxquels vous avez jusque-là
2 participé ? »
- 3 E1 : « Pour moi c'est juste euh... Pour moi je suis contre les réseaux. Euh parce que pour moi
4 c'est juste des trucs à statistiques et c'est tout. Quand on a besoin d'eux ils sont absents. Ça
5 c'est clair. Une fois j'ai téléphoné parce que j'avais un patient qui n'était pas bien, je n'avais
6 pas de cardiologue... Ah oui mais comment on va faire ? C'était l'été, il n'y avait pas de
7 cardiologue, pas de médecin traitant. J'ai dit « Débrouillez-vous mais trouvez-moi un rendez-
8 vous auprès d'un cardiologue. » et « Ah ben oui mais non, nous on récupère juste les
9 données... » Voilà ce que vous entendez. Alors pour vous entendre dire ça, moi euh pfft !
10 Vous faites un bilan tous les mois, après vous y retournez tous les trois mois... Votre patient
11 bien entendu fait son problème entre les deux et non pas le jour où vous arrivez... Je suis
12 contre... et mes collègues aussi entre parenthèses. Pour nous ça ne sert à rien. Enfin si, la
13 formation qu'ils vont nous donner une fois par an, oui, on apprend des choses. Mais le réseau
14 pour le patient pfft... (*Silence*) »
- 15 M : « Selon vous, pour le patient ça n'a pas d'intérêt ? »
- 16 E1 : « Je ne trouve pas. Qu'il soit intégré dans ce réseau... Dans la mesure où on nous fait
17 passer au départ une fois par semaine, après une fois tous les quinze jours, après une fois par
18 mois... Euh non ça ne va pas. Le patient est systématiquement... il fait le problème en dehors
19 de votre passage et il ne vous appelle pas quand ça ne va pas. Pour eux c'est une visite, ils
20 sont contents.»
- 21 M : « Et vous parliez des formations. Les formations au sein des réseaux c'est quelque chose
22 que vous avez apprécié ? »
- 23 E1 : « Ah ça oui, ça par contre on apprend quelque chose. » (*Silence*)
- 24 M : « Et les formations auxquelles vous avez participé étaient pluri professionnelles ? »
- 25 E1 : « Oui, que des professionnels de santé. Médecins et infirmières. »
- 26 M : « Et ça, c'est quelque chose qui vous a plu ? »
- 27 E1 : « Oui. »
- 28 M : « Et au niveau des réseaux, vous étiez rémunérée ? Vous êtes satisfaite de ces
29 rémunérations ? »
- 30 E1 : « Euh, oui... C'est toujours mieux que de se déplacer pour rien, soyons honnêtes.
31 (*Silence*) Mais quand vous voyez qu'on cherche à éduquer les patients et qu'invariablement
32 ils ne comprendront pas qu'un bol fait 300 ml et qu'ils ne doivent pas boire tant, que les
33 diabétiques, moi je m'en fous je préfère manger et mourir plus jeune mais manger ce que je
34 veux... La personne âgée n'est pas facile... Donc on se heurte très très souvent à des murs et
35 moi j'ai l'impression que je me déplace pour rien, pour rien. Ceux qui veulent se prendre en
36 charge en savent autant que nous sur la restriction hydrique, sur le diabète et tout ça... Donc
37 pour moi, non, c'est une perte d'argent ! C'est clair, pour moi et mes collègues. C'est pas ça
38 qui fait, c'est pas la visite à rendre au patient, non. C'est comme le suivi du diabétique une
39 fois par semaine que nous avons largement abandonné. Euh le peser le machin, nan mais c'est

40 n'importe quoi. C'est n'importe quoi, c'est pas ça. Nous on est sur le terrain et on ne ressent
41 pas les choses de la même façon. Mais attention, moi je suis en clientèle rurale hein ! »

42 M : « Ça change les choses vous pensez ? »

43 E1 : « Ah oui, ça change les choses parce que moi, mes petits vieux ils n'en font qu'à leur
44 tête. Sous Previscan, ils mangeront du chou parce que c'est la période du chou. Ils ne veulent
45 pas le savoir hein. On a beau leur expliquer qu'il ne faut pas, que c'est une vitamine K, ils ne
46 veulent pas le savoir. C'est l'époque, on a planté des choux et on mange des choux ! Alors
47 qu'est-ce que vous voulez faire avec la restriction ? Il fait froid, on mange la soupe, on boit le
48 café le matin et dans la journée... Et quand aux gâteaux, c'est toujours un anniversaire, un
49 machin. Et puis on ne va pas jeter les fruits donc on mange tout. Allez faire de l'éducation
50 chez des gens qui ont connu la guerre et qui ont eu faim. On ne peut pas, on ne peut pas. »

51 M : « Dans le cadre du réseau diabète par exemple, il y avait des actes non pris en charge par
52 la Sécurité Sociale qui l'étaient par l'intermédiaire du réseau, notamment les soins de
53 pédicure... »

54 E1 : « Oui ça je sais, et c'était très intéressant pour les patients. Très très bien parce qu'ils ne
55 se rendent pas compte le pied, l'importance que ça a donc ça c'est très bien. »

56 M : « On avait listé quelques points négatifs des réseaux, et notamment les contraintes
57 administratives... »

58 E1 : « C'est gênant. Tout ce qui est contraintes administratives en général. (*Silence*) »

59 M : « Il y avait beaucoup de papiers à remplir ? »

60 E1 : « Euh, chez ICALOR, une fois qu'on a fait le dossier, ça va très vite sur internet... ça va
61 très vite. Chez les diabétiques, le suivi hebdomadaire c'était pénible. (*Silence*) »

62 M : « Il a également été évoqué l'hospitalo-centrisme des réseaux »

63 E1 : « Le ? »

64 M : « L'hospitalo-centrisme ! »

65 E1 : « Ah la diabéto, mais c'est la personnalité de Mr J. Ça c'est dû à la personnalité de Mr J.
66 Pour Mr J., les libéraux sont des nuls, sont des lavasses, et sont des serpillières. Ce sont ses
67 propres termes ! Ah ben C'est comme ça, c'est très particulier... Et en libéral, nous on ne sait
68 pas travailler. Hier encore, quelqu'un sort de Gentilly avec des redons et la patiente a
69 demandé si on savait s'occuper des redons. Faudrait peut-être comprendre qu'on s'occupe des
70 pompes et des seringues électriques depuis des années alors les Baxter et les redons on sait les
71 faire ! Mais on a l'impression qu'on est sous-estimé. C'est-à-dire qu'ils ne se rendent pas
72 compte qu'on est polyvalent et qu'on fait beaucoup de choses. Et donc on doit être très
73 technique et très ouvert à tout... et donc on fait des formations et ça les services comme le
74 service de la diabéto... de Bar le Duc je précise, pas celle de Nancy, la diabéto de Bar le Duc
75 nous fait bien ressentir que nous on ne sait pas. Mais ça c'est particulier à Bar le Duc hein !
76 Les gens qui vont à Nancy on n'a aucun souci. On en revient toujours au même, la différence
77 campagne ville hein ! »

78 M : « Et au niveau de la communication avec les réseaux, comment ça se passe ? »

79 E1 : « Ben on n'a pas de retour... »

80 M : « Et vous communiquez comment avec les réseaux ? »

81 E1 : « Par téléphone »

82 M : « Avec le réseau ICALOR, il y a le système internet vous disiez, est-ce que c'est
83 pratique ? »

84 E1 : « Oui, ça c'est très pratique ça. »

85 M : « Vous l'utilisez régulièrement ? »

86 E1 : « Oui, et c'est pour ça que pour moi c'est le seul réseau qui serait val... Enfin, ce n'est
87 pas qu'il est valable en soi pour le suivi des patients mais euh on peut donner les coordonnées
88 rapidement. Bon, il faut savoir aussi une chose, là je vais peut-être vous étonner ! J'ai encore
89 des médecins qui n'ont pas internet. Donc quand on doit donner le dossier à ces médecins-là
90 ben on ne peut pas. Si on fait une alerte, on ne peut pas parce qu'ils n'ont pas internet... On
91 est à la campagne ! J'ai encore les gros dossiers papier chez certains médecins qui ne se
92 mettront pas à Internet de toute façon vu qu'en 2014 j'en ai 5 qui seront en retraite ! »

93 M : « Et dans l'avenir, qu'attendez-vous du nouveau réseau de santé populationnel ? Qu'est-
94 ce qu'il pourrait vous apporter ? »

95 E1 : « Plus de contact avec nous. C'est le contact qui manque. Ce n'est pas des formations à
96 20h30 à 50 km qui nous arrangent. À 20h30 on est encore sur la route et on n'a pas fini et 50
97 km, qu'est-ce que vous voulez qu'on y aille. Par contre Nancy, pour ICALOR fait ses
98 formations la journée c'est quand-même mieux, au moins une de nous trois peut y aller. »

99 M : « Et pour les formations, le côté pluri-professionnel vous m'avez dit que vous avez trouvé
100 ça intéressant c'est ça ? »

101 E1 : « Oui, parce qu'on a tendance à considérer une pathologie et non pas une personne. Et le
102 problème c'est qu'en gériatrie, il faut considérer une personne qui a de multiples pathologies
103 et non pas il est cardiaque, il est diabétique... Non c'est un ensemble et ça on ne sait pas faire
104 ça en France. En médecine chinoise, on regarde l'ensemble de la personne. En médecine
105 française, on va regarder une pathologie. Combien de fois mes patients me disent « Eh ben il
106 ne s'est occupé que de mon cœur alors que je lui ai expliqué que... » On va voir le
107 cardiologue (*En insistant sur le mot « le »*). Je sais bien il faut cibler mais la personne c'est un
108 ensemble et c'est pour ça que si on avait un réseau pluridisciplinaire ça serait mieux. »

109 M : « Pour ce futur réseau, est-ce qu'il y aurait des choses à améliorer par exemple pour les
110 entrées et sorties d'hospitalisation ? »

111 E1 : « Ben si on est au courant c'est bien. Euh... il avait été dit qu'on devait nous faire des
112 courriers systématiquement à la sortie d'hospitalisation des patients. Si on a déjà un coup de
113 téléphone on est content hein ! En général, c'est les patients qui arrivent ou qui nous passent
114 un coup de téléphone « Ben on est rentré, faut passer ! » Ah bon, vous avez eu quoi ? « Ah
115 ben je ne sais pas, il faut que vous passiez. » Ça serait bien qu'on nous dise ce qui se passe.
116 Là moi j'ai une patiente envoyée en diabéto parce qu'elle s'est fait déboucher les artères et ça
117 n'allait pas du tout. Ils me l'ont gardée alors que je l'avais envoyée en consultation
118 pansement. Ils me l'ont gardée. Elle sort, l'infirmière me dit « Ben voilà, elle a de la Calci 0,5
119 ml x2 » oui mais au niveau des pansements on met... Non. On met ça ça et ça et on aimerait
120 le savoir. »

121 M : « Et quel rôle le réseau pourrait jouer là-dedans ? »

122 E1 : « Intermédiaire. C'est-à-dire que quand quelqu'un sort et qu'il est pris en charge par le
123 réseau, nous adresser un courrier. »

124 M : « Donc plutôt de l'écrit ? »

125 E1 : « Oui, plutôt sous forme écrite. On n'a rien. On a déjà du mal à avoir en oral mais alors
126 on n'a rien du tout d'écrit. Les médecins ont ça mais pas nous. Mais qui est-ce qui prend en
127 charge le patient ? C'est nous. On ne sait pas ce qui s'est passé. Moi j'ai un patient qui est
128 suivi par ICALOR mais c'est quand même malheureux... Il a fait un AVC et je l'ai pas su, je
129 l'ai pas su, je l'ai su par le « qu'en dira-t-on » du village. Vous trouvez-ça normal ? Moi pas.
130 Alors qu'il y a un réseau, qu'il est pris en charge par ICALOR. Je n'ai jamais été au courant
131 qu'il avait fait un AVC. C'est pas bien. C'est pour ça que je dis que c'est une perte de temps

132 et d'argent parce que euh pour le patient je n'ai pas l'impression que ça ait changé grand-
133 chose. »

134 M : « Et quel rôle pourrait jouer le réseau dans l'aide au maintien à domicile, des personnes
135 âgées notamment ? »

136 E1 : « Ben il faudrait qu'ils s'investissent plus. Si quand on leur demande un conseil ou qu'on
137 leur demande quelque chose... qu'ils puissent nous répondre. Si j'ai besoin d'une
138 hospitalisation qu'ils puissent dire je vous rappelle, je trouve une chambre et je vous appelle.
139 On est à la campagne, je n'ai pas de médecin. Moi à partir de 19h, et ça je pense que c'est
140 pareil en ville, même 18h, on n'arrive plus à avoir quelqu'un, on y arrive plus. »

141 M : « Quand vous dites « Contacter quelqu'un », qui mettriez-vous à cette place ? Une
142 infirmière ? Un médecin ? Du personnel administratif ? Comment vous voyez les choses ? »

143 E1 : « Un médecin. J'aimerais bien qu'on puisse avoir un médecin qu'on puisse appeler et
144 suggérer, dire ce qu'on pense. Nous on vit avec les patients, c'est ce que je me suis tuée à dire
145 au Dr T. des soins palliatifs de Bar le Duc. On vit, on sait on sait quand ils préparent le
146 problème. On le sait, c'est du feeling, c'est pas... c'est pas autre chose. Alors on voudrait
147 pouvoir le dire à quelqu'un qui puisse prendre en charge notre patient en temps et lieu. Et
148 qu'on appelle le réseau, qu'il puisse nous rendre service. Si j'appelle la journée parce que je
149 n'ai pas de médecin, parce qu'il est en vacances, parce que je n'ai pas de cardiologue, parce
150 que c'est le mois d'août... Euh comment je fais quand j'ai un patient qui ne va pas ? »

151 M : « Et dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient, quel rôle le réseau pourrait
152 jouer ? »

153 E1 : « Il aurait peut-être plus de poids que nous parce que nous nous les connaissons bien et...
154 Il faudrait que ça se fasse avant la sortie d'hôpital. C'est-à-dire qu'il soit vu et revu et re-revu
155 par les diététiciennes, par ces gens-là pour la prise en charge oui ça serait mieux que ça se
156 fasse en dehors de la maison parce qu'une fois qu'ils sont rentrés euh nous pffft on n'a pas de
157 poids. Ils nous écoutent mais je vous ai expliqué. Il faut manger, faut manger les tomates, on
158 mange les fruits, il ne faut pas perdre. »

159 M : « Et quels professionnels pourraient participer à l'éducation thérapeutique ? »

160 E1 : « Les diététiciens notamment, très important pour nous ! »

161 M : « Et les pharmaciens ? »

162 E1 : (*Hésite*) « Oui, oui, oui le pharmacien représente quelque chose d'important pour nos
163 patients. L'avis c'est quelque chose d'important de la part du pharmacien. Si le pharmacien a
164 dit, en général ils écoutent... »

165 M : « Vous avez l'impression qu'ils ont plus de poids que vous ? »

166 E1 : « Ah le pharmacien oui ! Oui. Nous c'est parce qu'on les voit tous les jours ! »

167 M : « Et quel rôle le réseau pourrait jouer dans l'élaboration de protocoles de pratique ? »

168 E1 : « Alors pourquoi pas... Certains protocoles sont respectés, d'autres sur le terrain on se
169 rend compte que ça ne va pas mais pourquoi pas... avoir une base, oui, ça serait intéressant.
170 Mais malheureusement, comme je dis toujours, eux ils sont derrière leurs bureaux et nous on
171 est sur le terrain et ça serait bien de faire participer des gens qui sont sur le terrain. Eux ils n'y
172 sont pas, ils ne sont pas à la maison. Ils sont ou dans des bureaux ou à l'hôpital. Une fois
173 rentré, on n'est plus dans le même monde. Et ça, ça serait bien que nous on puisse participer à
174 l'élaboration, c'est sûr. »

175 M : « Et vous disiez tout à l'heure qu'il n'y avait pas de communication, quel rôle le réseau
176 pourrait-il jouer dans la communication entre la ville et l'hôpital ? »

177 E1 : « Nous faire parvenir directement des courriers ou nous téléphoner. Remplacer puisque
178 ça ne se fait pas. »

179 M : « Et un dossier médical partagé... Ça serait intéressant pour vous ? Sous quelle forme ça
180 pourrait se présenter ? »

181 E1 : Alors le dossier médical partagé, la Sécurité Sociale nous a envoyé un dossier, bon il faut
182 que le patient ait signé, il faut que le patient soit d'accord, il faut que et il faut que alors
183 poubelle ! Le DMP euh c'est pas... Ca ça sera comme le carnet de santé, ça... euh c'est pas, il
184 y a trop de contraintes administratives pour qu'il soit mis en place facilement. Il faut que... il
185 faut que le patient soit d'accord et il faut que alors faut qu'on arrête hein ! Le patient, à 80
186 ans, il est incapable de dire s'il a un DMP ! Moi je vois bien, ils ne savent pas, ils sont perdus,
187 ils ne connaissent même pas leurs pathologies. « Je suis malade du cœur et basta ! » Ah oui,
188 vous avez quoi ? « Ben j'suis malade du cœur ! » Bon, on ne sait rien. Le laboratoire
189 maintenant, pour l'accréditation, nous a demandé de noter les pathologies des patients, de
190 noter tout ce qu'on sait. C'est bien gentil mais les trois quarts du temps on ne sait pas ! Donc
191 le DMP, s'il n'y avait pas toutes ces contraintes administratives ça serait peut-être valable.
192 Mais alors il faut qu'on ait un code d'accès, il faut qu'on ait ceci, il faut qu'on ait cela et ça
193 semble difficile. »

194 M : « Dans les réseaux REDIVHOM et ICALOR il y avait un classeur, est-ce que vous les
195 avez utilisés ? »

196 E1 : « Tout le temps, c'est très bien, ça c'est très bien. Pour les gens qui sont en
197 chimiothérapie, porteurs de cathéters, de pompes à morphine et tout ce qui s'ensuit on a les
198 cahiers et ça on a une traçabilité et c'est très important ! Nous le problème on en revient
199 toujours c'est qu'on n'a rien, on n'a aucun écrit. Ce qu'on voudrait nous les libéraux, c'est
200 des écrits. C'est-à-dire qu'on ne sait pas, on ne sait pas, on ne sait jamais rien. Alors que
201 quand on a un classeur en cancérologie ou alors en diabéto ou tout ça, euh pardon, euh en
202 ICALOR, c'est suivi, tout est écrit et là du fait qu'on a une traçabilité c'est bien. »

203 M : « Mais ça reste un classeur par pathologie »

204 E1 : « Voilà, je suis bien d'accord, c'est un classeur par pathologie, je suis bien d'accord. »

205 M : « Alors on peut envisager un classeur unique ? Vous avez des idées ? »

206 E1 : « Un j'ai pas d'idée, deux ça serait une bonne chose un classeur unique mais il ne faut
207 pas non plus qu'on soit noyé dans les papiers donc il faudrait déjà euh ça se fait dans les
208 pansements dans le centre Alexis Vautrin pour les pansements pour l'évolution des
209 pansements de certaines pathologies et de certains sarcomes, c'est très très bien fait. Euh là on
210 coche. Nous ça nous suffirait de cocher. Ça va beaucoup plus vite que d'écrire, ça c'est bien.
211 Mais pour plusieurs pathologies, on pourrait le mettre dans le même classeur mais pas qu'on
212 fasse des pages d'écriture. »

213 M : « Vous préféreriez plutôt un système de classeur ? Plutôt un système informatique ? »

214 E1 : « Alors le truc informatique c'est très bien mais je ne vais pas trimbaler mon ordinateur
215 avec moi chez tous les patients ! Et le problème c'est que nous notre cabinet, on est trois à
216 intervenir, à Commercy ils sont cinq... Donc l'ordinateur euh... moi chez les patients, je n'ai
217 pas de réseau pour brancher l'ADSL hein ! »

218 M : « Chez ICALOR, vous rentrez les données informatiques sur l'ordinateur le soir en
219 rentrant »

220 E1 : « Voilà, voilà, mais ce qui veut dire que les bilans ICALOR je les fais les jours où je ne
221 suis pas de grosse tournée pour pouvoir les rentrer après. Ce qui fait que si un jour il y a un
222 ratage et ben je les mets 15 jours après ! D'où... d'où c'est pour ça que le réseau ça peut être

223 bien mais ce n'est pas ce qu'on en attend. Il n'a pas le rôle que l'on pourrait espérer. Moi le
224 rôle que je demande à un réseau c'est justement de... de comment, de faire un lien entre les
225 hôpitaux et la ville, de faire des formations parce que ça c'est très important et de voir les
226 patients avant leur sortie. Ce n'est pas un rôle de médiateur mais c'est un rôle de... de... de
227 lien. Parce qu'on n'a pas de lien, on ne sait pas. Moi j'ai une patiente qui est sortie avec 28
228 jours de Rocéphine en intraveineux, j'ai demandé à Homeperf qui s'en occupait « Est-ce que
229 c'est pour une maladie de Lyme ? » « Ah ben le médecin ne me l'a pas dit » Bon donc c'est
230 bien, la patiente n'est pas beubeu elle m'a dit on suspecte une maladie de Lyme c'est bien
231 mais c'est parce que c'est une ancienne institutrice et qu'elle n'est pas âgée sinon je ne saurais
232 pas. Ce n'est pas normal que je mette 28 jours 2 g de Rocéphine sans savoir. Eh ben je n'ai
233 toujours pas su. Rien, rien, que dalle ! Pour vous dire que ça ne va pas, en plus on vous colle
234 des ordonnances à 100% alors que la patiente n'y est pas et une maladie de Lyme, ça n'a pas
235 un 100%. C'est tout des détails qui font qu'on voit ce manque de communication. Le réseau
236 devrait non pas être là en train de récupérer les données... Non mais franchement pour moi
237 c'est des statistiques mais mettre un truc de lien, nous expliquer, nous envoyer un courrier
238 euh... je ne sais pas, la moindre des choses... »

239 M : « Et est-ce que l'élaboration d'un annuaire des ressources par exemple par le réseau ça
240 serait quelque chose d'intéressant pour vous ? »

241 E1 : « Oui parce que par exemple ça nous donnerait une référence. Oui. »

242 M : « D'accord, très bien. Vous auriez d'autres choses à dire ? D'autres remarques ? »

243 E1 : « Euh non, juste que j'espère que je ne vous ai pas trop démoralisée ! (*Rire*) On en avait
244 parlé avec mes collègues de votre appel et par exemple ma collègue Mme L., elle refuse
245 systématiquement de faire les bilans ICALOR, elle ne veut pas. Si elle le fait, elle me le
246 donne à rentrer parce que pour elle c'est un truc à statistiques. On n'a pas de retour on n'a
247 rien, on ne sait même pas. On en revient toujours au même problème, la communication. À
248 l'heure d'internet c'est gênant ! »

Entretien F du 26.11.2011

Durée : 22 minutes

- 1 M : « Quel bilan feriez-vous des réseaux de santé thématiques auxquels vous avez jusque-là
2 participé ? »
- 3 F1 : « Euh... Alors c'est vrai que... Alors je voulais revenir sur euh... Alors moi c'est vrai
4 que je ne travaille pas forcément avec beaucoup de réseaux non plus hein puisque je travaille
5 juste avec le réseau Age et Santé à l'heure actuelle sur le secteur donc heu... Donc c'est vrai
6 que pour le moment au niveau heu... Enfin avec ce réseau là au niveau heu on va dire entre la
7 ville euh l'hôpital, le relai entre la ville et l'hôpital se fait super bien. Euh mais par contre on a
8 d'autres réseaux au niveau du sud meusien où euh enfin je trouve que ça ne se fait pas très
9 bien. Donc après donc bon heu, au niveau du bilan c'est vrai que j'ai l'expérience d'un réseau
10 avec qui ça se passe bien mais sinon on n'a pas vraiment euh de... enfin je trouve de lien
11 forcément avec d'autres réseaux quoi ! »
- 12 M : « Quand vous dites d'autres réseaux... »
- 13 F1 : « Ben essentiellement on a le REDIVHOM... Hein, bon ben clairement, en tant que
14 diététicienne on va dire que je suis exclue parce qu'ils ne font travailler que l'hôpital. Euh bon
15 après il y a ICALOR quand même sur heu sur Nancy mais c'est vrai qu'ICALOR ce n'est pas
16 encore trop mis en route... Enfin c'est mis en route au niveau des infirmiers sur le secteur sud
17 meusien mais enfin nous, enfin je veux dire j'ai fait ma formation d'éducation thérapeutique
18 là pour pouvoir après on va dire faire des animations avec ICALOR mais ce n'est pas encore
19 mis en route alors bon pour l'instant je n'ai pas encore non plus d'expérience avec eux quoi.
20 Voilà. »
- 21 M : « Quels sont selon vous les points positifs des réseaux qu'il faudrait pérenniser ou
22 développer ? »
- 23 F1 : « Sur le réseau actuel avec lequel je travaille ? »
- 24 M : « Oui »
- 25 F1 : « Le point positif c'est sûr que pour nous, enfin moi ça me permet d'élargir mon activité
26 parce que je me retrouve à aller à domicile, chose que je ne faisais pas forcément parce que je
27 reçois au cabinet. Et c'est vrai qu'on a vraiment un contact qui est différent avec les gens
28 aussi. Le fait de rentrer malgré tout chez eux, on est accueilli différemment et en les voyant
29 vivre réellement... Alors moi c'est vrai qu'au niveau de l'alimentation, c'est vrai qu'on peut
30 aller ouvrir les frigos, euh voilà on va vraiment être dans leur quotidien et c'est vrai que
31 l'action du coup est plus efficace peut-être parce qu'on voit vraiment les vraies choses qu'au
32 cabinet voilà, si on donne des conseils bon ce n'est pas forcément toujours adapté. Donc c'est
33 vrai que c'est un point positif, en tout cas avec le réseau Age et Santé. »
- 34 M : « Est-ce que vous trouvez que du coup les patients sont mieux suivis ? »
- 35 F1 : « En allant à domicile euh... Oui, je pense que c'est forcément mieux suivi. Bon après je
36 pense qu'au niveau des liaisons, des transmissions c'est sûr qu'il y a des réunions de
37 coordination qui se font donc là c'est vrai que les messages passent bien avec le réseau même.
38 Par contre, quand il y a plusieurs intermédiaires heu type... heu l'ADMR, les relais heu je ne
39 sais plus le nom mais des fois des relais où il y aura des fois plusieurs relais d'infirmières des
40 choses comme ça, des aides-soignantes... Après dès qu'on a plusieurs pôles c'est plus

41 compliqué alors là les messages et les infos ne passent pas très bien. Donc c'est vrai que là ce
42 n'est pas évident, là il y a un problème (*Rire*) je pense de relai entre les aides à domicile et le
43 réseau même. »

44 M : « Dans les points positifs, on avait pensé aussi aux formations des professionnels. Est-ce
45 que vous y avez participé ? »

46 F1 : « Euh j'en ai fait. Alors j'en ai fait une où on a justement fait une formation avec les
47 aides à domicile parce que c'est souvent elles qui vont cuisiner dans ce cadre-là pour les
48 personnes âgées donc là on avait revu toute l'alimentation de la personne âgée et on avait fait
49 une formation. Mais je n'en ai fait qu'une. Mais oui, forcément, c'était hyper positif. Bon il
50 n'y avait pas assez de monde à mon goût (*Rire*) mais bon c'est vrai qu'ils ont eu du mal à
51 détacher du ... du personnel pour venir à la formation mais je pense que c'était vraiment
52 positif et il devrait y en avoir beaucoup plus. »

53 M : « Et vous aviez participé à des réunions de formations pluri-professionnelles avec des
54 médecins ou des infirmiers... ? »

55 F1 : « Euh pas vraiment, non on n'a pas fait ça sur le secteur. J'en ai fait une avec ICALOR
56 donc heu... Mais non pas avec le réseau Age et Santé, il n'y avait rien de fait spécialement. »

57 M : « Et est-ce qu'au niveau du réseau vous étiez indemnisée ? Est-ce que c'est quelque chose
58 d'intéressant pour vous ? »

59 F1 : « Oui, ben pour moi au niveau des visites à domicile heu il n'y a pas de problème, on a
60 réussi à trouver un créneau je veux dire par rapport à mes consultations au cabinet donc ça me
61 convenait. Et au niveau des formations c'est pareil, c'est moi qui avais un peu établi mon
62 devis au départ et c'est passé donc c'est vrai que je n'ai pas eu de soucis là-dessus. »

63 M : « Est-ce qu'il y a des points négatifs des réseaux qui pourraient être corrigés ? »

64 F1 : « Bon, sur le réseau actuel avec lequel je travaille bon je trouve que ça se passe plutôt
65 bien. On va dire que le point négatif à mon niveau c'est que c'est vrai qu'il n'y a pas
66 forcément beaucoup de personnel formé à l'éducation thérapeutique et c'est vrai que
67 l'éducation dans les réseaux c'est quand même à l'heure actuelle on va dire la base. Donc ça il
68 n'y a pas vraiment de dossier mis en place réellement sur des objectifs thérapeutiques. Sinon
69 les liens passent quand même bien autrement. Par contre avec d'autres réseaux, bon je parle
70 du REDIVHOM, c'est vrai qu'on a un gros problème je trouve entre la ville et l'hôpital. Donc
71 ça c'est vrai que de faire des réseaux pour moi au départ c'était de faire travailler peut-être un
72 peu plus la ville pour décharger un peu des fois le milieu hospitalier et là on se retrouve où...
73 il y a un passage qui ne se fait pas. Donc voilà c'est dommage. Ça c'est les points négatifs et
74 ça à mon avis il va falloir les travailler ultérieurement surtout si les réseaux se regroupent et là
75 je ne sais pas du tout comment ça va se passer. »

76 M : « Il n'y a pas assez de communication vous trouvez ? »

77 F1 : « On n'en a même pas nous hein. Hum hum. »

78 M : « Et dans le réseau Age et Santé que vous connaissez, est-ce qu'il y a des contraintes
79 administratives ? »

80 F1 : « Pas du tout, non moi je n'ai pas de contraintes. Heu je renvoie un courrier au médecin
81 traitant et au réseau Age et Santé suite à ma visite. C'est tout. Je n'ai pas de contraintes. Je
82 n'ai pas à intervenir sur leurs logiciels. En fait j'envoie au secrétariat et après c'est la
83 secrétaire qui s'occupe de remettre dans le dossier patient donc non je n'ai pas du tout de
84 soucis là-dessus. »

85 M : « Sur les réseaux tels qu'ils existaient jusque-là, vous avez d'autres choses à ajouter ? Des
86 remarques ? »

87 F1 : « Pas spécialement (*Rire*). Non, c'est pour ça que je... Bon je n'ai malgré tout pas
88 beaucoup d'expérience parce qu'il n'y a que celui-là avec lequel je travaille donc heu...
89 Comme j'ai été dès le départ en fait quasiment dès la création du réseau, heu bon le point
90 négatif mais c'est du réseau même hein, ce n'est pas mon lien à moi, c'est que ça a... Enfin, il
91 y a eu beaucoup de médecins heu on va dire coordinateurs qui ont eu heu... qui ont changé et
92 heu pour le coup ça n'avance plus aussi bien. Voilà. Au départ on avait un médecin
93 coordinateur qui était vraiment entreprenant, dans l'action etc. et les médecins qui passent
94 après au fur et à mesure n'ont pas forcément la même façon de faire et bon voilà, après le
95 temps de tout réorganiser à chaque fois je trouve qu'on perd du temps. Mais bon, c'est le
96 problème du réseau même, ce n'est pas directement en lien avec nous. »
97 M : « Ce sont des problèmes d'organisation du réseau en lui-même ? »
98 F1 : « Oui oui hum ».
99 M : « Et cette personne qui gère le réseau elle est importante ? »
100 F1 : « Ah oui, franchement je pense que oui parce que je pense que le médecin coordinateur
101 est quand-même à la base on va dire des réunions de coordination donc avec la ville et le
102 réseau, que s'il peut y avoir heu... Enfin je ne vais pas dire une mauvaise entente mais s'il n'y
103 a pas une volonté réellement de vouloir faire correctement les choses, ça ne passera pas quoi,
104 je pense que... Il faut forcément quand même que ce soit une personne qui ait envie de faire
105 travailler la ville et pouvoir se mettre au niveau... enfin je parle surtout au niveau des
106 médecins généralistes parce que c'est quand même souvent eux qui reçoivent derrière, on va
107 dire qu'ils sont peut-être plus contraints que moi diététicienne... et c'est vrai que si le
108 médecin coordinateur a plus envie de faire travailler les choses au centre de soins c'est plus
109 difficile. Alors on en a eu qui étaient comme ça et il y en a eu qui faisaient vraiment bien
110 travailler la ville donc heu... Donc ça se joue forcément en fonction des gens qui dirigent hein
111 ça c'est sûr. »
112 M : « Et vous disiez le coordinateur c'est un médecin, est-ce que c'est forcément un
113 médecin ? Est-ce que ça peut être une infirmière ? »
114 F1 : « Euh oui, enfin il me semble heu. Enfin je ne sais pas si c'est obligatoire mais nous on a
115 un médecin coordinateur et une infirmière coordinatrice. Donc même si l'infirmière a un relai
116 sur beaucoup beaucoup de choses, c'est quand même toujours le médecin qui va décider
117 derrière ».
118 M : « On passe à la 2^{ème} question ? »
119 F1 : « Oui ! »
120 M : « Qu'attendez-vous du nouveau réseau de santé populationnel ? »
121 F1 : « Bonne question ! (*Rire*) J'appréhende beaucoup la façon dont ça va se passer. Euh
122 parce que moi je serais plutôt d'avis à garder ce système vraiment d'aller à domicile, de
123 pouvoir se déplacer parce que je trouve que c'est quand même vraiment positif dans le ... on
124 va dire dans le fonctionnement. Et j'ai vraiment peur, enfin nous sur le sud-meusien que si les
125 réseaux se regroupent, est-ce que ça va se passer comme ça je n'en ai aucune idée. J'ai peur
126 en fait voilà que tout se regroupe à l'hôpital et que nous on n'ait plus vraiment de place sur le
127 secteur après à domicile. Parce que je ne sais pas après qui va diriger. Bon après voilà, c'est
128 toujours le problème de qui va être à la tête du réseau quoi. »
129 M : « Vous pensez qu'en fonction du leader... »
130 F1 : « Oui, enfin je pense en tout cas avec les deux... Enfin on va dire qu'il n'y en a que deux
131 pour nous sur le secteur de Bar le Duc. On va dire que si REDIVHOM et Age et Santé
132 fusionnent parce qu'il y a l'air d'avoir dans l'air du temps, heu c'est vrai que même eux ne

133 savent pas encore... On essaie d'avoir des infos mais on ne sait pas. Est-ce que c'est les
134 diététiciennes de l'hôpital qui vont reprendre du coup les dossiers Age et Santé, est-ce que
135 c'est finalement moi qui vais prendre aussi un peu des réseaux enfin des dossiers diabétiques
136 je n'en sais rien ! Donc voilà ça c'est un gros point d'interrogation. Donc à la fois ça peut
137 être une très bonne chose si ça se regroupe pour être vraiment efficace et qu'on fait jouer la
138 ville mais ça peut être aussi négatif. Le fait de tout regrouper peut être aussi des fois euh... Ça
139 peut être bien pour l'hôpital pour pouvoir gérer plus de choses mais après s'il y a euh... C'est
140 ça le problème. Enfin je pense que ça peut être vraiment efficace mais il faut que ce soit...
141 que ce soit vraiment pluridisciplinaire. On verra bien ! Point d'interrogation, on verra bien ! »
142 M : « Et est-ce que vous avez des difficultés dans votre pratique actuelle qu'un réseau pourrait
143 vous aider à résoudre ? »
144 F1 : « Euh ouais, alors c'est vrai que dans notre secteur on n'a pas de réseau... enfin il y en a
145 un sur le nord meusien mais ici on n'a pas de réseau réellement d'obésité, en tout cas surtout
146 pour les enfants obèses. C'est vrai que ces réseaux là pour nous hum... Je sais que nous on
147 aimerait bien développer actuellement des... même pour faire des petits cours de cuisine, des
148 ateliers vraiment pratiques dans le cadre de réseaux comme ça ou même pouvoir faire des
149 sorties supermarché... Voilà, des choses qu'on ne peut pas vraiment faire toute seule au
150 cabinet. Et ça je pense que c'est vrai que ça manque sur le secteur. Et ça il me semble que sur
151 le nord-meusien il y a un réseau obésité donc ça c'est vrai que c'est quelque chose qui
152 manque. »
153 M : « Et au niveau des formations, est-ce que vous pensez que le réseau devrait jouer un rôle
154 plus important ? Quel rôle ? Est-ce que vous y participeriez ? »
155 F1 : « Oui, moi très volontiers. C'est vrai que je suis toujours à la demande de ça. Pour ça oui
156 c'est vrai que je suis toujours partante. On en apprend toujours donc oui ça c'est vrai qu'il
157 faudrait qu'il y en ait plus. C'est évident. Même si sur des petits thèmes des choses comme ça.
158 Bon on n'a pas toujours la possibilité de se libérer en fonction des créneaux mais en tout cas,
159 je pense que c'est bienvenu. Donc oui oui je pense qu'il faudrait qu'il y en ait un peu plus.
160 Mais pour se tenir informé des actualités, on va dire que nous dans notre domaine on a des
161 actualités mais je veux dire au niveau du réseau diabète ou au niveau du réseau Age et Santé il
162 y a forcément des actualités au niveau de la médecine, ça serait quand même bien que nous,
163 même sur ces formations là au niveau médical qu'on soit informé. Ça serait une bonne
164 chose. »
165 M : « Et pour vous, quel rôle le réseau pourrait jouer sur la communication et la coordination
166 entre la ville et l'hôpital ? »
167 F1 : « Heu... » (*Long soupir*)
168 M : « Bonne question ? »
169 F1 : (*Rire*) « Euh je ne sais pas. C'est vrai qu'à l'heure actuelle le réseau... Enfin je ne sais
170 pas trop comment ça fonctionne ailleurs mais le souci c'est que... Je ne sais pas. Je ne sais
171 pas du tout au niveau de la communication ça pourrait... Euh je pense que c'est à eux de se
172 déplacer forcément au départ peut-être un peu plus pour au départ faire connaître le réseau,
173 regrouper éventuellement les différents corps de métiers. Après entre nous, c'est vrai qu'on
174 repasse toujours par le réseau quoi. C'est-à-dire que... A part moi voilà je vais renvoyer un
175 courrier au médecin traitant mais souvent si le médecin a besoin de je ne sais pas moi de diet
176 ou de pédicure ou autre, il appelle directement le réseau donc en fait on se relie toujours au
177 réseau donc c'est euh... Vous voyez, au niveau de la communication c'est toujours une
178 communication quasiment toujours téléphonique ou par mail, ça marche bien comme ça à

179 l'heure actuelle mais qu'est-ce qu'il pourrait y avoir d'autre ? Peut-être je ne sais pas de la
180 publicité peut-être même au niveau de la ville, pourquoi pas, même se faire connaître au
181 niveau des particuliers quoi, pourquoi pas ? Ca ça pourrait être bien, au niveau des habitants.
182 Je ne pense pas que les habitants connaissent. »

183 M : « Au niveau communication entre professionnels, pour le réseau Age et Santé il y avait le
184 classeur à la maison où chacun peut écrire un mot... »

185 F1 (*Soupir*) : « Ouais... Pff. Ben oui alors il y avait le classeur, je trouvais ça bien mais
186 personne ne le remplit. Moi je le remplissais toujours mais personne ne le remplit et il me
187 semble qu'aux dernières nouvelles du coup ils ne le donnent plus donc voilà ! Comme ça... »

188 M : « Est-ce qu'un dossier médical partagé ça serait intéressant pour vous ? »

189 F1 : « Sur ordinateur après ? »

190 M : « la réponse est libre ! »

191 F1 (*Rire*) : « Oui c'est sûr que s'il y avait quelque chose par Internet, c'est vrai que chacun de
192 son ordinateur peut se connecter et c'est sûr que ce serait vraiment super, ça serait l'idéal,
193 chacun peut se connecter avec des codes sécurisés, c'est vrai que ce serait bien. Je pense que
194 ça ça serait euh l'idéal. Après le dossier papier c'est toujours pareil, c'est un bon support
195 parce que ça reste mais il faut que tout le monde s'y mette quoi... Donc c'est vrai que dossier
196 partagé bon c'est vrai que euh ouais je pense mais plutôt informatique oui. C'est vrai que ça
197 pourrait être pas mal. Ben on a éventuellement ... Parce qu'il va y avoir une maison médicale
198 qui va se faire à Lisle en Rigault, c'est vrai que dans le projet il y a euh... On est en train de
199 parler de dossier médical partagé pour voir entre professionnels de la maison de santé. Alors
200 ce n'est pas fait encore mais c'est à voir, à voir si en effet c'est intéressant. »

201 M : « Alors il est prévu depuis plusieurs années déjà le DMP, dossier médical partagé sur la
202 Carte Vitale... »

203 F1 : « Ouais mais alors le souci c'est que nous en tant que paramédical on n'y a pas accès, on
204 ne prend pas la Carte Vitale. Donc du coup on n'a pas... Je sais que moi je suis obligée pour
205 avoir les données on va dire du patient... Bon c'est vrai qu'on a l'habitude maintenant avec le
206 réseau, par mail, elle me renvoie les antécédents, enfin elle me fait une petite fiche
207 récapitulative parce que sinon on n'a pas d'accès direct nous aux données médicales. »

208 M : « Et est-ce qu'un annuaire des ressources médico-sociales libérales et hospitalières ce
209 serait quelque chose d'intéressant pour vous ? »

210 F1 : « Ah oui, ah oui oui oui, ça serait quelque chose de positif ça, tout à fait. »

211 M : « Après il y avait les problèmes d'entrées et sorties d'hospitalisation, les rendez-vous
212 chez les spécialistes et la permanence des soins, les urgences... mais je pense que ça vous
213 concerne moins... Quoique les sorties d'hospitalisations... »

214 F1 : « Ben moi c'est vrai que je suis informée si vous voulez quand il y a la réunion de
215 coordination une fois par semaine au réseau Age et Santé. Euh c'est vrai qu'on a chaque
216 patient qui est heu... On va dire en fonction de ce qui s'est passé dans la semaine il y a un
217 petit topo et moi j'ai le compte rendu par e-mail. Donc moi je sais dès le départ s'il y aura une
218 visite diététique à prévoir en fonction de la sortie, s'il est hospitalisé... C'est vrai que je suis
219 au courant donc c'est vrai qu'au niveau de la communication par rapport au réseau j'ai une
220 fois par semaine mon compte rendu donc j'ai ... Voilà, là-dessus ça fonctionne bien, ouais ça
221 marche bien. »

222 M : « Et peut-être juste encore le dernier point... Vous parliez d'éducation thérapeutique tout
223 à l'heure. Quel rôle le réseau pourrait jouer dans l'éducation thérapeutique ? Qu'est-ce qu'il
224 pourrait apporter ? »

225 F1 : « Alors là oui, avec un grand oui parce que du coup il n'y a rien de mis en place, surtout
226 au niveau du réseau Age et Santé, il y a quand même des pathologies chroniques alors c'est
227 vrai qu'après ça dépend des personnes parce qu'il y a quand même beaucoup de personnes
228 âgées ou vraiment très âgées où on pourra plus agir au niveau de la famille donc là c'est vrai
229 que c'est souvent plus délicat mais sur certains... Bon c'est vrai qu'on reprend le diabète, des
230 classiques... c'est vrai que même parfois des personnes âgées, je les fais rencontrer des
231 diabétiques qui ne sont pas dans le réseau diabète et c'est vrai qu'on pourrait faire de
232 l'éducation thérapeutique aussi. Alors moi à mon niveau c'est sûr qu'on a vraiment un rôle à
233 jouer parce que c'est sûr que dans l'alimentation dans tout ça il y a vraiment beaucoup de
234 choses à voir sur l'éducation mais après j'imagine que même dans d'autres corps de métiers il
235 pourrait y avoir effectivement de l'éducation à faire... Les infirmiers, les ergothérapeutes,
236 enfin voilà. Mais le souci c'est que personne n'est vraiment, enfin dans ces réseaux, je ne
237 pense pas qu'il y ait grand monde formé quoi. Donc on n'applique pas les règles réelles de
238 l'éducation thérapeutique. On ne met pas en place de cette façon-là. On en fait indirectement
239 mais ce n'est pas valorisé. »

240 M : « Et le réseau là-dedans ? »

241 F1 : « Ben ça nous permettrait de faire le dossier dès le départ d'éducation thérapeutique.
242 Enfin moi je pense qu'on pourrait... Il nous faut quand même en effet un médecin pour
243 valider le dossier d'éducation. C'est vrai que quand il y a les réunions de coordination,
244 comme tout le monde se réunit ça pourrait permettre de valider les objectifs à atteindre avec
245 chaque patient. Ce qui se fait un peu mais ce n'est pas formalisé quoi. Ça permettrait peut-être
246 de mettre un peu noir sur blanc et que chacun ait un peu plus des objectifs à atteindre et que
247 ça prenne quelques séances d'éducation. C'est-à-dire que si pour l'alimentation on va avoir...
248 C'est vrai que là en ce moment c'est un peu moi qui fais en fonction des visites. Je vais y aller
249 une fois, deux fois je vais voir en fonction d'eux mais on n'a pas mis en place de dire « Bon
250 on fait quatre séances de diabète et à chaque séance on se dit on va essayer de ne travailler
251 que sur un point ». Voilà, ça on ne le met pas en place pour le moment et ça pourrait être
252 vraiment un plus mais il y a je pense énormément de travail là-dessus. »

253 M : « Très bien. D'autres choses à rajouter ? »

254 F1 : « Non, pas spécialement. »

ANNEXE 5 : Extrait de la grille de codage

Codes	Définitions	+/-	Verbatims
Accessibilité	Accessibilité aux professionnels du réseau par les PDS libéraux		<p>« j'aurais voulu qu'on puisse avoir directement accès aux diététiciennes, et ça il n'en a pas été question » A7, l. 307</p> <p>« qu'il y a une assistante sociale(...), une diététicienne(...), ça c'est bien... si on peut s'adresser à une seule personne » A1, l. 595</p> <p>« Pas forcément dans la fréquence, mais au moins qu'il y ait un accès » B7, l. 618</p> <p>« il était acquis quand même que les médecins qui faisaient partie de ce réseau pouvait disposer d'un accès plus particulier pour des soins plus particuliers » C4, l. 165</p>
Accessibilité	Accessibilité du réseau pour les patients		<p>« quels pourraient être les critères d'inclusion après » A2, l. 409</p> <p>« Moi je voudrais déjà savoir qui c'est qu'on va faire rentrer dans ces réseaux ? Toutes les pathologies chroniques ? » A7, l. 647</p> <p>« c'est l'hôpital (...) qui se met au niveau de la personne, et qui demande à la personne ce qu'elle veut » B8, l. 60</p>
Actif	Nécessité d'être actif au sein d'un réseau		<p>« Si on s'intègre à un réseau, il faut qu'on soit actif. » A1, l. 654</p> <p>« les gens qui participent au réseau, il faut qu'on montre de la bonne volonté en allant se former aux formations internes au réseau » A5, l. 913</p> <p>« je pense que pourraient adhérer au réseau tous ceux qui ont envie de participer » B8, l. 899</p> <p>« je crois que je n'ai pas été très assidu » C5, l. 4</p> <p>« on avait l'impression de faire partie d'un projet... » C1, l. 45</p> <p>« avec une assiduité tout à fait modeste pour l'un comme pour l'autre » C3, l. 80</p> <p>« j'avoue que je n'ai jamais vraiment participé à beaucoup de réunions » C3, l. 106</p> <p>« C'est logique qu'un réseau vive avec des réunions, à condition de s'astreindre à y participer » C3, l. 106</p>
Activation	Rôle du réseau dans l'activation de certaines démarches		<p>« Ben des fois ça fait activer un peu certaines démarches que les gens ne peuvent pas faire » A1, l. 194</p> <p>« on peut le faire aller en consultation chez le Dr L., c'est très rapide » A5, l. 659</p> <p>« L'avantage, c'est qu'ils ont des rdv un peu plus vite chez l'ophtalmo, chez le pédicure... » B8, l. 56</p> <p>« Ce que j'attends d'un réseau, c'est que les patients soient aidés pour des tâches qu'on ne peut pas réaliser tous seuls » C1, l. 370</p> <p>« On sait que quand on les contacte ils vont tout mettre en route, il y aura un suivi, ça nous apporte beaucoup » D4, l. 282</p>
Adhésion	Adhésion aux réseaux		<p>« Des patients venaient me faire remplir des papiers (...) je ne voyais pas vraiment où ça menait » A7, l. 49</p> <p>« mais après si y'a un seul réseau pour plusieurs pathologies, y'aura plus besoin d'adhérer au réseau, ils seront adhérents automatiquement » A4, l. 497</p> <p>« Moi je voudrais déjà savoir qui c'est qu'on va faire rentrer dans ces réseaux ? Toutes les pathologies chroniques ? » A7, l. 647</p> <p>« je pense que pourraient adhérer au réseau tous ceux qui ont envie de participer » B8, l. 899</p>

			<p>« Moi j'ai inscrit plein de patients dans le réseau Age et Santé » C5, l. 17</p> <p>« je ne savais pas si je pouvais les adresser... » C2, l. 72</p> <p>« on doit payer une cotisation... Bon on la paye mais bon... j'me dis pourquoi ? » C1, l. 351</p> <p>« Mais quelles sont les pathologies qui seront prises en compte alors ? » C5, l. 721</p> <p>« pour rendre service au malade je m'inscris au réseau, parce que ...voilà, c'est pour rendre service au malade » D4, l. 8</p> <p>« si ça pouvait se faire de vive voix, ou contacter par téléphone, et quelqu'un d'administratif du réseau remplit tout... et après s'il faut signer je signe » D4, l. 9</p>
Alertes	Transmission d'alertes par les IDE aux médecins		<p>« Ben ils nous proposent des alertes, et nous on sélectionne pour les transmettre au médecin généraliste, au cardiologue... ou à ICALOR » A5, l. 101</p> <p>« Bon ça prend un peu de temps pour relever ça le soir mais bon c'est bien. » A 1, l. 106</p> <p>« On peut envoyer des alertes soit directement au cardiologue, soit au médecin traitant... » B4, l. 123</p> <p>« j'ai reçu plusieurs fois des alertes directement sur mon ordinateur, comme quoi il faut que je retéléphone etc. » B2, l. 164</p> <p>« il y a des intervenants tels que l'infirmière, qui sont là pour tirer une sonnette d'alarme » C3, l. 89</p> <p>« et une mise en alerte des participants s'il y a problème » C1, l. 472</p> <p>« on vous envoie des alertes, qui sont provoquées par les infirmières (D2 acquiesce) ou par Nancy. Et alors, qu'est-ce qu'on fait ? Aie aie aie... » D5, l. 58</p> <p>« c'est vrai que moi j'ai déjà décroché le téléphone, appelé le médecin généraliste, c'est vrai que quand il reçoit une alerte, il doit un peu... il peut se demander ce qu'il se passe » D2, l. 116</p>
Annuaire	Annuaire des différents acteurs des réseaux de santé	+	<p>« tu peux avoir un annuaire de tous ceux qui participent au réseau et les appeler si tu les connais » B8, l. 932</p> <p>« Avec un annuaire ! Ne serait-ce que si on avait un annuaire... Eh ! Trouver le numéro de téléphone de tout le petit monde qu'on veut appeler... » C2, l. 585</p> <p>« Donc en fait il suffit de faire un annuaire ! » C1, l. 817</p> <p>« Ça c'est important, super important. » C6, l. 851</p> <p>« Le réseau pourrait collecter l'annuaire des professionnels... » D1, l. 414</p> <p>« Pourquoi pas créer un réseau de correspondants ; ça peut aider à trouver le bon correspondant » D5, l. 554</p>
Annuaire	Annuaire des différents acteurs des réseaux de santé	-	<p>« l'annuaire, je trouve que c'est un truc qui ne m'intéresse vraiment pas du tout » A4, l. 942</p> <p>«on s'en est tous plus ou moins fait un, d'annuaire » A2, l. 949</p>
ARS	Rôle de l'ARS dans les réseaux		<p>« avec la crainte toutefois, que ce soit dirigé effectivement par l'ARS de façon autoritaire » A2, l. 578</p> <p>« maintenant les ARS, on met des gestionnaires dedans, et on gère » A4, l. 583</p> <p>« Ou c'est pour mieux nous torpiller après ? » A3, l. 612</p> <p>« Ils finiront bien à l'ARS par nous trouver quelqu'un qui sera ça. Il y a suffisamment de médecins à l'ARS pour en trouver un là-dedans » A2, l. 637</p> <p>« comme ça l'ARS pourra verrouiller tout ! » A4, l. 703</p> <p>« que l'ARS se débrouille, après elle gère » B2, l. 839</p> <p>« je pense que plus on dira on a besoin de ça et de ça aux</p>

		<p>ARS directement, c'est des choses concrètes qui vont arriver à l'ARS et on pourra leur dire voilà ce dont on a besoin, réfléchissez sur tout ce qu'on vous propose et on verra » B2, l. 855</p> <p>« on va à l'ARS tout de suite... » B4, l. 980</p> <p>« Mais à l'époque, la DDASS, la DRASS... ou je ne sais pas qui, ils avaient dit qu'on servait à rien, donc on est parti ! » C6, l. 29</p> <p>« Oh, moi je ne pense pas parce que le législateur prévoit quand même de faire cette réforme-là dans le but de faire intervenir plus le secteur libéral que le secteur public » C3, l. 809</p> <p>« On a bien compris que l'esprit de l'ARS, c'est d'éviter les réseaux hospitaliers... » D5, l. 528</p>
Assistante sociale	Rôle de l'assistante sociale	<p>« il faut une assistante sociale » A1, l. 500</p> <p>« qu'il y a une assistante sociale(...), ça c'est bien... si on peut s'adresser à une seule personne » A1, l. 595</p> <p>« Ça serait intéressant (...) de savoir ce qui se passe chez nous ! On ne sait même pas ce qui se passe à notre porte » A5, l. 961</p> <p>« on avait pas mal de solutions, sur le plan social c'était bien parce que les études des APA, des conditions sociales des patients, tout ça c'est des choses qui moi ne me passionnent pas vraiment » B7, l. 36</p> <p>« ça m'intéressait le côté social là où nous on a plus de mal d'aller parce qu'on n'a pas le temps et qu'on n'est pas forcément au courant de tout etc... » B2, l. 170</p> <p>« Intervention des assistantes sociales pour faire bénéficier aux patients de telle ou telle prestation » C3, l. 101</p> <p>« pour Age et Santé, c'est surtout le côté social qui apportait, c'est-à-dire l'assistante sociale » C1, l. 185</p> <p>« ce qu'on voulait c'était une aide sur le plan médico-social » C4, l. 202</p> <p>« Au niveau social, je trouve qu'ils sont toujours présents » C1, l. 207</p> <p>« Au niveau social, comme tu as dit, ce n'est pas des choses que je maîtrise totalement et ça aide beaucoup les patients » C1, l. 582</p> <p>« Je voudrais que le réseau m'aide surtout sur le côté social, éducatif, pour les patients » C7, l. 604</p> <p>« pour les familles aussi, pour les aides dans les démarches pour obtenir des aides financières... » C7, l. 605</p> <p>« peut-être que certains auront juste envie que l'assistante sociale du réseau passe » C1, l. 791</p> <p>« Il faudrait une assistante sociale » C1, l. 860</p>
Assumer	Poids de la patientèle à assumer	<p>« Hormis le chiffre, on a la clientèle » A6, l. 548</p> <p>« On a un certain nombre de personnes à assumer » A1, l. 549</p> <p>« Mais y'a le problème de la démographie quand même » A7, l. 564</p> <p>« Notre problème, c'est que les gens ne sont plus hospitalisés, ils sortent après 24 ou 48h d'hospitalisation et on a tout le travail derrière » A1, l. 566</p> <p>« il faut assurer presque 24h/24 » A1, l. 816</p>
Bénévolat		<p>« Il faut du temps, gérer un réseau comme ça, ça bouffe énormément de temps... » A5, l. 623</p> <p>« Dans ce cas, il faudra changer de médecin tous les ans sinon il ne tiendra jamais à la longue ! » A5, l. 633</p> <p>« nous, pour le moment c'est du bénévolat » D1, l. 92</p>

Charte	Utilité des chartes réseaux		« mais au départ REDIVHOM c'était vachement cadré, y'avait une sacrée charte, ... et puis on a vite déchanté ! » A2, l. 304 « Dans le réseau, il va y avoir une charte » B5, l. 564
Collaboration	Collaboration entre les PDS	+	« on a des retours qui sont intéressants, il y a une collaboration » A2, l. 130 « Ils te proposent une réunion, un rendez-vous où on parle des cas, on a pu parler de 5 patients, on a fait le bilan, ça a duré une demi-heure... C'est très bien » A4, l. 217 « si y'a un travail de confiance, j'pense que ça peut marcher » A3, l. 506 « Y'en a plus dans 2 têtes que dans une seule » A4, l. 676 « Le fait d'être à plusieurs et de se concerter, ça permet de faire avancer les choses » A5, l. 685 « dans le cadre de ces réseaux-là, c'était très appréciable d'avoir un compte rendu au cabinet, des réunions quoi... où on reprenait le cas de chaque patient qui était rentré dans le réseau avec l'infirmière et le médecin gériatre » B7, l. 38 « il y a les réseaux où on se sent vraiment intégré et où on partage quelque chose » B8, l. 49 « la grosse différence (...) c'est que le médecin de l'hôpital nous téléphone, l'infirmière nous téléphone, la coordinatrice nous téléphone et on peut leur téléphoner... » B8, l. 64 « si vous leur téléphonez, il y a toujours quelqu'un pour vous répondre » B9, l. 122 « Au lieu de parler de réseau, on pourrait déjà parler dans l'idéal, de comment travailler ensemble » B9, l. 448 « ce qu'il faudrait c'est qu'on trouve comment échanger pour travailler ensemble » B9, l. 509 « il faut que ça soit à double sens » B8, l. 941 « Et puis surtout l'interactivité entre nous » C1, l. 583 « c'est assez rassurant de savoir que l'on n'est pas seul parce que parfois... » D3, l. 132
Collaboration	Collaboration entre les PDS	-	« Il y a quand même rarement de concertation » A3, l. 197 « souvent on n'a pas d'explications » A1, l. 342 « Ils ont diminué de 4 unités, et tu ne sais même pas pourquoi il a baissé ça! Ils ne donnent pas d'explication » A1, l. 343 « On ne les voit pas, enfin, on les voit très peu » A3, l. 602 « Chacun voit midi à sa porte » A5, l. 784 « Il n'y a pas de partage de..., d'échange au niveau des prescriptions » B8, l. 57 « on a jamais le droit à la parole » B4, l. 330 « Mes patients, les prescriptions sont complètement bouleversées par certains médecins, et après on se rend compte que... » C1, l. 275 « la visite où on rencontre le généraliste, l'équipe d'Age et Santé, c'est pas mal aussi, il y a un bon échange et ça permet d'avancer » D2, l. 107
Communication	Communication ville-hôpital		« Dans un réseau, la communication c'est important » B2, l. 489 « la communication qui est peut-être le deuxième volet de l'intérêt d'un réseau » B2, l. 705 « donc ça nécessite de communiquer entre professionnels, alors par quel biais... » B2, l. 715 « communiquer sur le dossier d'un patient, à part les classeurs et les feuilles, moi je veux bien leur faire des clés USB » B2, l. 728

		<p>« c'est une des pistes au niveau communication » B2, l. 735</p> <p>« La communication est pas toujours facile... mais après est-ce que c'est le réseau qui doit faire ça ? » B3, l. 811</p> <p>« ce qui fera le succès d'un réseau, ce sera le moyen de communiquer » B8, l. 878</p> <p>« Si on peut communiquer, le réseau il peut fonctionner » B8, l. 886</p> <p>« et puis alors, ça ne peut surtout pas être le téléphone » B8, l. 887</p> <p>« mais c'est le moyen de communication, ça sera vraiment important, j'insiste la dessus » B8, l. 893</p> <p>« L'intérêt, c'est le partage de l'information pour une meilleure qualité de vie du patient » C6, l. 422</p> <p>« pour la communication, il faudrait trouver un système, ça peut être un système informatique, un site ou je ne sais pas quoi... où l'on pourrait soit poser nos questions et avoir une réponse dans les heures qui suivent ou dans la journée » C4, l. 496</p> <p>« j'attends surtout de ce réseau de permettre une meilleure communication entre l'hôpital et la ville, et au sein de la ville entre les différents intervenants autour du patient » C2, l. 527</p> <p>« que l'on puisse discuter entre nous mais de manière égale » C1, l. 566</p> <p>« Ce serait privilégier le dialogue, pour que justement, il n'y ait pas de couac » C1, l. 569</p> <p>« on devrait avoir une meilleure... un meilleur dialogue » C1, l. 589</p> <p>« Ça serait peut-être juste que le réseau soit juste une ressource... Enfin, un moyen de communication » C2, l. 796</p>
--	--	---

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

CA : Conseil d'Administration

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNR : Coordination Nationale des Réseaux

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DMP : Dossier Médical Personnel

DNDR : Dotation Nationale de Développement des Réseaux

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins en Ville

FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

FIR : Fonds d'Intervention Régional

FMC : Formation Médicale Continue

HMO : Health Maintenance Organisation

HPST : loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MIG : Mission d'Intérêt Général

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

PPS : Plans Personnalisés de Santé

PRS : Plan Régional de Santé

PSAP : Pôle de Santé Ambulatoire Pluridisciplinaire

REDIVHOM : REseau DIabète Ville HOpital du sud Meusien

SIDA : Syndrome d'Immuno Déficience Acquise

SROS : Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

UNRSanté : Union Nationale des Réseaux de Santé

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

USPO : Union des Syndicats des Pharmaciens d'Officine

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

VU

NANCY, le **3 janvier 2012**

Le Président de Thèse

Professeur O. ZIEGLER

NANCY, le **6 janvier 2012**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE N°3872

NANCY, le 12 janvier 2012

L'ADMINISTRATEUR PROVISOIRE DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur J.P. FINANCE

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

La réorganisation des réseaux de santé est une des missions des ARS dans le cadre de la loi HPST. Les réseaux thématiques, qui ont connu un essor au cours de la décennie passée, sont en passe d'être remplacés, au sein de chaque territoire, par des réseaux populationnels « généralistes ».

Le territoire correspondant au sud du département de la Meuse est le premier, en Lorraine, à mettre en œuvre la fusion des deux réseaux existants (Age et Santé et REDIVHOM), qui doit aboutir, début 2012, à la naissance du réseau populationnel du sud-meusien.

Nous avons tenté, dans ce contexte, de recueillir les réflexions sur le vécu, les craintes et les attentes des professionnels de santé libéraux du territoire sud meusien vis-à-vis de la réorganisation des réseaux.

Une trentaine de professionnels libéraux (médecins traitants, infirmiers, pharmaciens, pédicure podologue, orthophoniste, diététicienne) ont répondu à notre invitation à participer à des Focus Groups et entretiens individuels semi-dirigés permettant la retranscription et l'analyse en double codage avec triangulation des méthodes et des sources.

A la lumière de leur expérience au sein des réseaux thématiques, ils ont fait part de leur vécu (hospitalo-centrisme, lourdeur administrative, travail en équipes pluridisciplinaires médico-sociales...). Puis ils ont exprimé leurs craintes et leurs attentes vis-à-vis du réseau populationnel (amélioration de la communication entre professionnels et de la coordination ville-hôpital, développement de l'éducation thérapeutique, formations professionnelles...)

Nous en avons extrait les idées principales, ce qui nous a permis d'esquisser les contours d'un réseau jugé efficient pour la collectivité et utile à la pratique quotidienne des professionnels libéraux.

TITRE EN ANGLAIS

STUDY OF HEALTH PROFESSIONALS' VIEWS ON THE TERRITORIAL REORGANISATION OF THE HEALTH NETWORKS IN THE SOUTH OF MEUSE

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2012

MOTS CLÉS :

Réseau de santé (Health Networks)

Réorganisation des réseaux de santé (Reorganisation of the health networks)

Professionnels de santé (Health professionals)

Coopération interprofessionnelle (Interprofessional cooperation)

Territoire (Territory)

Focus Groups (Focus groups)

Meuse (Meuse)

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY
