

Université René Descartes  
Faculté de Médecine, Paris 5

*Président : Pr J.F. DHAINAUT*

DEA d’Ethique Médicale et Biologique

*Directeur : Pr Christian Hervé*

*Année 2003-2004*

Titre du mémoire :

**IMPACT DE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE SUR LES  
PRATIQUES MEDICALES ET LE SUIVI DES PATIENTS**

Présenté par :

Céline Loubières

*Directeur(s) de mémoire :*

Pr Claude Hamonet

<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
<b>II. PRESENTATION DE L'ETUDE .....</b>	<b>5</b>
A. CONTEXTE DE L'ETUDE .....	5
A.1 <i>Département de Consultations et de Santé Publique</i> .....	5
A.2 <i>Réseau ASDES</i> .....	8
A.3 <i>Le dossier médical unique</i> .....	10
A.4 <i>Prise en charge globale</i> .....	11
B. PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE .....	12
<b>III. METHODOLOGIE.....</b>	<b>13</b>
A. OBSERVATION .....	13
B. GUIDE D'ENTRETIEN.....	15
C. METHODE D'ANALYSE.....	17
<b>IV. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....</b>	<b>18</b>
A. RESULTATS MEDECINS.....	18
A.1 <i>Perception de la prise en charge globale</i> .....	19
A.2 <i>Pratique de la prise en charge globale</i> .....	22
A.3 <i>Impact de la prise en charge globale sur la pratique médicale et sur la relation médecin/patient.</i> .....	26
A.4 <i>A quel type de patient la prise en charge globale s'adresse-t-elle?</i> .....	31
A.5 <i>Professionnels de santé intégrés au réseau ASDES</i> .....	36
B. RESULTATS PARAMEDICAUX ET TRAVAILLEURS SOCIAUX .....	39
B.1 <i>Perception de la prise en charge globale</i> .....	39
B.2 <i>Pratique de la prise en charge globale</i> .....	41
B.3 <i>Prise en charge globale, pratique médicale ou de soin et relation avec le patient...</i>	43
B.4 <i>A quel type de patient la prise en charge globale s'adresse-t-elle?</i> .....	46
B.5 <i>Professionnels de santé intégrés au réseau ASDES</i> .....	48
C. RESULTATS INFIRMIERES ET AIDES SOIGNANTES.....	50
C.1 <i>Perception de la prise en charge globale</i> .....	50
C.2 <i>Pratique de la prise en charge globale: intégration de la démarche de prise en charge globale dans le cadre de l'accueil des patients.</i> .....	53
C.3 <i>A quel type de patient la prise en charge globale s'adresse-t-elle?</i> .....	56
<b>V. DISCUSSION.....</b>	<b>59</b>
A. DISCUSSION METHODOLOGIQUE .....	59
B. DISCUSSION DES RESULTATS.....	60
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>66</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>67</b>

# I. INTRODUCTION

Aujourd'hui, tant la médecine que la prise en charge des personnes qui viennent consulter, autrement dit le système de santé dans son ensemble, sont en profonde mutation.

Désormais "le médecin acquiert un nouveau rôle; il doit exercer non plus uniquement un rôle d'ordonnateur, mais un rôle de conseiller de santé, et de plus en plus il a en charge non pas des personnes malades, mais des personnes qui présentent des éléments de risque ou de vulnérabilité".<sup>1</sup>

Dés lors, il semble que le travail de prévention et de conseil apparaît de plus en plus important dans l'exercice médical.

Dans un tel contexte, l'éthique médicale peut apporter des éléments de réflexion, voire de réponse quant aux actions à mener pour conduire le système de santé à s'adapter aux évolutions précitées.<sup>2</sup>

La polyclinique de l'hôpital de Nanterre, ainsi que le réseau de soin ASDES, dans lequel elle s'inscrit, constituent une réponse face aux mutations que connaît le système de santé, ou encore la relation médecin/patient.

Dans ces structures, est développé un principe de prise en charge globale, qui repose à la fois sur un travail multidisciplinaire où les médecins, les paramédicaux et les travailleurs sociaux collaborent étroitement, de manière à offrir aux patients une prise en charge adaptée, aussi bien médicale que sociale ou encore psychologique. De plus, cette démarche en s'inscrivant dans une réflexion éthique, a pour objectif d'amener les professionnels de santé à réfléchir sur leurs pratiques et la finalité de ces dernières.

C'est précisément sur cette démarche de prise en charge globale, que va porter cette étude; toutefois, nous nous limiterons à l'analyse de cette pratique au sein de la partie hospitalière du réseau ASDES, à savoir la polyclinique de l'hôpital de Nanterre.

C'est donc la démarche de prise en charge globale, en tant qu'alternative aux prises en charge connues jusqu'alors qui nous a intéressé dans cette étude. Il nous apparaissait en effet pertinent d'axer notre réflexion sur une démarche qui tente de s'adapter à l'évolution des besoins des patients et du système de santé.

Nous tenterons donc dans un premier temps d'aborder cette démarche de prise en charge globale au travers de documents bibliographiques, puis, dans un second au temps au travers d'une enquête de terrain réalisée au sein de la polyclinique, auprès des différents acteurs de santé qui la constituent.

Les résultats obtenus lors de l'enquête de terrain nous permettrons d'aborder deux problématiques posées, à savoir:

- La démarche de prise en charge globale a-t-elle oui ou non un impact sur les pratiques médicales ou de soins?
- La démarche de prise en charge globale, en s'adressant principalement à des populations en situation de vulnérabilité, ne risque-t-elle pas d'induire une stigmatisation de ces dernières?

Pour aborder ces interrogations, nous présenterons en premier lieu les propos recueillis auprès des médecins, dans un deuxième temps ceux recueillis auprès des paramédicaux et des travailleurs sociaux, enfin nous traiterons les réponses apportées par les infirmières et aides soignantes.

Pour conclure, nous tenterons de discuter notre méthodologie en essayant d'en avoir une analyse critique, puis nous discuterons nos résultats et tenterons par leur biais d'entrevoir des perspectives de recherche et de réflexion.

## II. PRESENTATION DE L'ETUDE

### A. Contexte de l'étude

Dans ce mémoire, notre objet d'étude est la démarche de prise en charge globale. Nous tenterons donc au travers d'un recueil bibliographique ainsi qu'au travers de notre enquête de terrain de comprendre comment cette démarche est pratiquée, et perçue par les différents acteurs de santé qui y ont recours, ou encore quels sont les objectifs d'une telle démarche.

Pour comprendre ce qu'est la prise en charge globale, il nous apparaît important de l'appréhender au travers des structures dans lesquelles elle se pratique, à savoir le Département de Consultations et de Santé Publique, et plus précisément la Polyclinique, et le réseau ASDES.

#### **A.1 Département de Consultations et de Santé Publique**

C'est dans le cadre du Département de Consultations et de Santé Publique (DCSP), créé en 1998 et dirigé par le Pr Christian Hervé, que la démarche de prise en charge globale médicale et sociale à laquelle nous nous intéressons, a d'abord été mise en place.

Le Département de Consultations et de Santé Publique se trouve être une interface entre la ville et l'hôpital.

Cette structure qui se compose de quatre unités: la Polyclinique ("poli" au sens d'ouverture sur la ville, la Cité), l'unité de précarité, l'unité d'évaluation et l'unité de recherche, "développe un principe de prise en charge globale de toute personne consultante de manière à ce que tout patient, lors du passage dans cette structure bénéficie d'un repérage, d'une orientation et d'une prise en charge en regard de tous les facteurs de risques, fléaux, handicaps ou souffrances qu'il peut présenter, mais également d'une prise en charge sociale adaptée".<sup>3</sup>

Une structure telle que le DCSP tente de répondre à un double constat.

Le premier concerne les consultations de médecine du Centre d'Accueil, qui, avec le temps, étaient devenue "le seul lieu d'accès aux soins de l'établissement pour une large majorité des résidents du Centre d'Accueil"<sup>4</sup>. Ce point a alors soulevé la question de la réintégration de ces personnes dans le droit commun.

Le second constat concerne plus généralement la population du bassin de Nanterre dans lequel se situe l'Hôpital Max Fourestier.

Le bassin de vie de Nanterre "rassemble une population dans laquelle les fléaux et les pathologies comme le diabète, les pathologies liées à l'alcool, au tabac, les troubles de l'alimentation, les toxicomanies, les IVG, les violences urbaines et familiales, les névroses et psychoses sont importants".<sup>5</sup>

Cette population constitue une population non encore exclue mais vivant dans une vulnérabilité ou précarité.

De ce fait, les consultations du DCSP et plus particulièrement de la Policlinique tentent de s'adresser d'une part aux personnes du Centre d'Accueil de façon à les rétablir dans le droit commun et d'autre part aux populations du bassin de vie de Nanterre, en leur offrant une prise en charge suffisamment précoce pour prévenir toute exclusion.

Ainsi, "ces consultations touchent une population qui, sans être exclue, est majoritairement en situation de précarité, pour des raisons socio-économiques ou culturelles". Cependant, cette population se doit d'être différenciée des populations vivant d'ores et déjà dans une forte exclusion, dans la mesure où "elle n'est pas encore dans le stade de la grande exclusion, mais présente de nombreux éléments de vulnérabilité en terme de pathologies, de déficit de prévention, de comportements à risque ou de besoins sociaux".<sup>5</sup>

Il s'agit donc dans le cadre du DCSP de prendre en charge des populations de façon globale, dans une démarche de prévention pour ainsi anticiper, voire éviter diverses pathologies liées à des comportements ou bien à des situations socio-économiques à risque.

### 1.1 Policlinique

L'étude que nous avons réalisée s'est déroulée au sein de la Policlinique. C'est dans cette unité que sont réalisées les consultations qui intègrent une démarche de prise en charge globale.

Cette dernière regroupe différents professionnels de santé, dont des médecins internes et généralistes qui collaborent avec leurs confrères spécialistes, une équipe de paramédicaux infirmières et aides soignantes qui assurent les soins et les prélèvements biologiques, également formés à une prise en charge globale, ce qui leur permet dans le contexte de l'accueil de participer au repérage des fléaux et des éléments de précarité ou de vulnérabilité.

Par ailleurs, la Policlinique étant la partie hospitalière du réseau, nous pouvons ajouter à l'équipe précitée, les paramédicaux et travailleurs sociaux intégrés au réseau ASDES et exerçant à la Policlinique, à savoir la diététicienne, la psychologue, le podologue ou encore l'assistante sociale.

Ainsi, pour réaliser cette approche, de prise en charge globale, le Département de Consultations et de Santé Publique accueille médicalement au sein de son unité clinique, appelée Unité Polyclinique, les personnes souffrantes<sup>3</sup>. Elle offre en effet aux patients "une planification, dans un délai le plus bref possible, des services médicaux et sociaux nécessitant le recours aux compétences de l'hôpital, telles que la délivrance gratuite de médicaments ou de soins, une ouverture rapide des droits sociaux, la planification de bilans non accessibles en ville etc...".<sup>6</sup>

Dans le cadre de ces consultations, les médecins de la Polyclinique ne se limitent pas au seul motif de consultations des patients.

En effet, "ils proposent systématiquement et avec leur consentement l'établissement d'un dossier médical unique qui suivra le patient par la suite et dans lequel le repérage de tous les éléments précédents est noté ainsi que les éléments qui en découlent: orientations vers les structures adaptées, démarches diagnostiques entreprises et éléments préventifs et thérapeutiques prescrits. Pour cela, les consultations sont au minimum de 30 minutes pour une première venue et de 20 minutes pour les suivantes".<sup>3</sup>

Par ailleurs, l'organisation de la polyclinique, "couplant le médical et le social répond aux objectifs de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) en permettant un accès aux soins sans délai dans l'attente de la régularisation des droits par l'assistante sociale. L'accès aux soins est toujours conditionné par une prise en charge sociale; dans les faits, les patients en situation non régularisée doivent voir l'assistante sociale dans les 24 à 48 heures. Si leur situation permet une ouverture des droits, les soins seront dispensés sans attendre la confirmation administrative qui peut prendre des semaines et entraîner des surcoûts du fait d'une aggravation de la pathologie, ou un renoncement du patient par découragement".<sup>6</sup>

Enfin, la Polyclinique de part son implication dans le cadre du réseau de soin ASDES, confirme sa position d'interface entre la ville et l'hôpital.

## A.2 Réseau ASDES

Dans le cadre de ce réseau, accès aux soins, accès aux droits et éducation à la santé, se retrouve la démarche de prise en charge globale.

Ce réseau se constitue d'une partie hospitalière, la Policlinique de l'hôpital Max Fourestier, et d'un ensemble de médecins de ville généralistes et spécialistes, tous situés dans le département des Hauts de Seine.

Le réseau de soin ASDES s'inscrit dans une démarche de réseau ville-hôpital qui fait "collaborer des personnes ou institutions des domaines privé et public".<sup>7</sup>

Ce dernier intègre une vision de prise en charge globale des personnes de façon à mieux les orienter dans leur démarche de santé, ceci dans un esprit d'accès aux soins de qualité couplé systématiquement à la prévention et à l'éducation à la santé.

Ce réseau s'adresse donc à la même population que les consultations de la Policlinique, mais en s'inscrivant davantage dans une logique de suivi des patients.

La création de cette structure répond au constat cité précédemment, que "le bassin de vie du Petit-Nanterre, élargi aux quartiers limitrophes, regroupe une population particulièrement fragilisée du fait des conditions économiques et sociales; ces personnes sans être exclues, présentent des éléments de vulnérabilité ou de fragilité qui peuvent retarder l'accès aux soins et l'éducation à la santé".<sup>8</sup>

"Cette population accueillie à la fois par les médecins de ville, l'hôpital, les associations et les organismes officiels est souvent demandeuse de soins et/ou de prestations sociales, mais de manière souvent désordonnée et non articulée, entraînant de ce fait des difficultés, voire des inefficacités de prise en charge".<sup>8</sup>

Nous pouvons dès lors parler de "nomadisme médical ou social, du fait des patients eux-mêmes mais souvent aussi par défaut d'orientation adaptée, attitude souvent contestable économiquement et éthiquement".<sup>8</sup>

Le réseau ASDES a donc pour objectif de prendre en charge ces populations dans leur globalité, de façon à recadrer leurs demandes et optimiser les réponses apportées.

Pour ce faire, le réseau propose d'offrir, dans le cadre des consultations de ville ou d'hôpital, du temps et des moyens, de façon à permettre "une bonne articulation entre le soin, le social et l'éducation à la santé"<sup>5</sup> et d'éviter ainsi les doublons ou les déficits de prise en charge.

Ainsi, l'une des finalités du réseau ASDES est "d'améliorer la prise en charge médicale globale des personnes en terme de repérage et traitement des facteurs de risque et de dépistage précoce des pathologies reconnues comme encore insuffisamment prises en compte dans la population française en générale et dans le bassin de vie où se développe le réseau ASDES en particulier".<sup>9</sup>

Pour ce faire, l'une des volontés du réseau est de mener des actions coordonnées avec différents partenaires visant à "faciliter l'accès à des soins de proximité pour les patients, conjuguer et coordonner les prises en charge médicale et sociale, ou encore promouvoir l'éducation à la santé en regard des fléaux de santé publique".<sup>8</sup>

En résumé, le principe fondateur du réseau ASDES, aussi bien pour la partie hospitalière que pour la partie ville, est "que tout patient rentrant dans un réseau bénéficie avec son consentement d'un interrogatoire médical et d'un examen clinique ciblé permettant un repérage des besoins en santé de chacun, de manière à proposer de façon structurée un plan de prise en charge personnalisée des facteurs de risque et des dépistages à mettre en place".<sup>9</sup>

Pour conclure, il apparaît que la volonté des réseaux, et particulièrement pour le réseau ASDES, est de mieux répondre aux besoins de santé en adaptant l'offre et les conditions de soins.

Il s'agit en effet d'offrir aux patients un encadrement de soins aussi bien médical que social, puis d'offrir aux partenaires intégrés dans le réseau la possibilité, tout en concentrant leur activité sur leurs compétences, de bénéficier de celles des autres partenaires.

Par ailleurs, concernant les médecins de ville précisons que, "l'idée centrale est qu'ils assurent leur activité de soignants, de conseils et de prescripteurs habituels mais qu'ils ajoutent une plus value à leurs actes en terme d'accès aux soins et d'éducation à la santé en proposant à leurs patients de bénéficier de services spécifiques coordonnés par le réseau et mis en place au niveau de la Polyclinique de l'hôpital de Nanterre".

Pour réaliser au mieux ces objectifs, les médecins du réseau s'appuient sur différents outils dont un dossier médical commun et unique aux médecins de villes et de la Polyclinique

### **A.3 Le dossier médical unique**

Ce dossier médical unique, "en ce sens qu'il regroupe toutes les informations, que chaque nouvelle consultation se traduit par une nouvelle page, que chaque intervenant (généraliste ou spécialiste) consigne son travail dans ce seul dossier, qui suit le patient tout au long de son parcours"<sup>6</sup>, apparaît comme l'élément fondateur permettant une pratique cohérente de la prise en charge globale.

La finalité de ce dossier est de permettre "une orientation ciblée, adaptée et personnalisée des patients".<sup>8</sup>

Lors de l'entretien et de l'examen médical, un tel outil permet d'aborder pour chaque patient différents éléments tels que les risques cardio-vasculaires, le tabagisme, l'alcoolisme, les cancers, les vaccins ou encore le dépistage des MST, le défaut d'ouverture des droits sociaux etc....<sup>6</sup>

Une fois ces éléments observés il est alors possible pour le médecin d'établir une prise en charge adaptée au patient.

De plus, afin de permettre un suivi optimisé, les dossiers sont évalués tous les ans de manière "à mieux piloter les procédures et améliorer la prise en charge des patients".<sup>9</sup>

Ainsi, dans le cadre du réseau ASDES, les acteurs médicaux, au-delà du simple motif de consultation formulé par le patient, "ont joué un rôle de repérage de tous les besoins médicaux et d'orientation vers des prises en charge ciblées et adaptées"; ce qui leur est possible et facilité par le recours au dossier médical unique.

#### **A.4 Prise en charge globale**

Comme nous venons de l'indiquer, la démarche de prise en charge globale médicale et sociale se retrouve donc dans le réseau ASDES, dans le cadre des consultations de ville et hospitalières.

Cette démarche telle qu'elle est pensée dans le réseau ASDES, aussi bien dans la partie médecine de ville que dans la partie hospitalière, repose sur plusieurs éléments tels que:

- la nécessité de fournir au patient une information claire sur les objectifs d'une telle prise en charge
- respecter le droit des patients de refuser tout ou partie d'une prise en charge globale dès lors qu'une telle démarche peut être ressentie comme une ingérence dans la vie des patients puisqu'il interfère avec leur intimité et avec leur liberté.<sup>1</sup>

Ainsi, "le médecin dont le malade dépend, se doit à la fois d'informer et de demander un consentement aux questions qu'il va poser à son patient, en reconnaissant l'ingérence engendrée dans son intimité".<sup>1</sup>

L'ingérence et l'intrusion dans l'intimité des patients, qu'induit une telle démarche, ne peuvent être acceptés que dans "le climat inégalable de confiance qu'est la relation médecin/patient, couverte par le secret médical qui prend ici toute sa valeur de protection du patient".<sup>1</sup>

Par ailleurs, lors des consultations de la polyclinique, l'objectif des médecins intégrant une démarche de prise en charge globale, est d'apporter une réponse au motif de consultation du patient, puis, de lui proposer d'y coupler systématiquement avec son consentement:

- un repérage de ses facteurs et comportements à risque
- un repérage précoce des maladies dépistables
- une prévention primaire ou secondaire ciblée
- une prise en compte des éléments sociaux qui concourent à son équilibre<sup>6</sup>

Enfin, dans cette volonté de maintenir l'équilibre du patient en considérant les multiples paramètres aussi bien économique, sociaux ou encore psychologique qui le constituent, la démarche de prise en charge globale s'inscrit dans la définition de la santé telle qu'elle est présentée par l'OMS, à savoir: "la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité".<sup>10</sup>

Ainsi, dans une telle logique, la démarche de prise en charge globale médicale et sociale "s'adresse à tout patient, chacun d'entre nous étant par définition porteur d'un ou de plusieurs éléments de vulnérabilité médicale et/ou sociale".<sup>1</sup>

## **B. Problématique de l'étude**

Notre réflexion sur la démarche de prise en charge globale, a abouti à deux grandes problématiques.

La pratique de cette démarche étant relativement récente au sein de la polyclinique (1998) et du réseau ASDES (2000) nous nous sommes dans un premier temps demandés si cette démarche a eu ou non un impact sur les pratiques médicales ou de soins des professionnels de santé exerçant dans ces structures.

Avant même de voir s'il y avait ou non une modification de la pratique au contact de la prise en charge globale, nous avons voulu connaître qu'elle était la perception que les professionnels avaient de cette démarche; ceci dans le but de savoir si la prise en charge globale pratiquée dans le cadre de la polyclinique était essentiellement subjective ou au contraire commune à chaque professionnel.

Dans un deuxième temps, après avoir constaté que cette démarche était apparue, d'une part, dans une volonté éthique, de rétablir des patients exclus dans le droit commun, puis d'autre part de prendre en charge suffisamment tôt des patients dans des situations de vulnérabilité ou de précarité, nous nous sommes demandés si cette démarche s'adressait dans la pratique, exclusivement à ce type de population, et si tel était le cas, s'il n'y avait pas là le risque d'induire une stigmatisation de ces populations.

Pour aborder cette question, nous avons donc demandé aux différents acteurs de santé de la partie hospitalière du réseau ASDES, quels étaient les patients auxquels ils proposaient une prise en charge globale, et s'ils estimaient que cette démarche correspondait particulièrement à une catégorie de patient.

### **III. METHODOLOGIE**

Pour répondre à la problématique posée, notre terrain s'est orienté vers la polyclinique de Nanterre, dont le chef de service est le Pr. Hervé.

La polyclinique comprend deux secteurs, d'un côté les consultations de médecine interne ou polyvalente, d'un autre la chirurgie.

Afin d'observer la démarche de prise en charge globale dans les meilleures conditions, nous avons choisi de réaliser notre terrain dans la partie médecine interne de la polyclinique.

De plus, pour étudier au mieux notre objet de recherche : la prise en charge globale telle qu'elle est intégrée dans les pratiques médicales, nous avons opté pour deux méthodes complémentaires, l'observation et les entretiens.

La méthode d'observation permet d'appréhender et de comprendre un milieu et des pratiques, puis vient par la suite se confronter aux propos recueillis lors des entretiens.

#### **A. Observation**

Cette première phase d'observation s'est déroulée au cours des mois de janvier et de février 2004, au rythme d'une journée par semaine durant le mois de janvier, et de deux semaines pleines au cours du mois de février.

Avant même de pouvoir se mettre en position d'observateur, il est apparu nécessaire et primordiale d'être présenté et donc introduit dans le service.

Dans un premier temps, l'enquêteur et le sujet ont été présentés par l'intermédiaire du Dr Moutel aux différents acteurs de santé de la polyclinique susceptibles de participer à l'étude, les médecins, la surveillante, les paramédicaux et les travailleurs sociaux.

Une fois cette présentation générale entreprise, c'est auprès de la surveillante que nous nous sommes dirigés pour être présenté à l'ensemble des infirmières et aides soignantes qui travaillent à l'accueil de la polyclinique.

Ces différentes phases d'approche, nous ont permis d'être accepté dans l'équipe pour ainsi réaliser au mieux la phase d'observation.

Dés lors, nous avons pu observer l'accueil et l'orientation des patients dans le service, ainsi que plusieurs consultations de médecins, principalement les consultations des internes.

D'un point de vue théorique, l'observation directe consiste à saisir des pratiques sociales, ceci au travers d'un "examen détaillé de scènes de la vie sociale, par la décomposition d'événements singuliers, par le repérage d'enchaînements d'actions amenant les acteurs à utiliser des objets, amenant leur mise en relation avec d'autres acteurs dans des interactions". Le sens que les acteurs donnent à ces pratiques s'exprime "dans les mots qui accompagnent cette pratique, dans les attitudes d'engagement dans la pratique, dans les signes des sentiments éprouvés par les acteurs en situation. Mais c'est souvent en dehors de la pratique étudiée, à l'occasion de commentaires, qu'on peut le saisir, en prêtant attention à ce qui est dit, à qui et sur quel ton".<sup>11</sup>

Pour observer ces différents aspects propres à une scène de la vie sociale, le chercheur ne doit mobiliser aucun autre instrument que ses sens. Les plus importants sont la vue et l'ouïe pour "enregistrer les pratiques gestuelles et les discours".<sup>11</sup>

Ces différents éléments théoriques nous ont été utiles dans la mise en place de notre méthode d'observation au sein de la policlinique dans le cadre de l'accueil et des consultations.

Cette période d'observation s'est avérée à la fois évidente d'un point de vue méthodologique, mais également nécessaire pour comprendre l'organisation, le fonctionnement du terrain que nous avons choisi.

L'apport de cette phase d'observation, fut donc double dans la mesure où elle nous a permis de prendre connaissance de notre terrain, de découvrir un univers, jusqu'alors inconnu, puis d'observer notre objet d'étude, la prise en charge globale, dans sa pratique.

Ce dernier point, l'observation de l'objet d'étude, nous a également permis de cibler les questions pertinentes à introduire dans les différents guides d'entretiens adressés au personnel de la policlinique.

## **B. Guide d'entretien**

Les entretiens ont principalement été réalisés sur une période de deux semaines au cours du mois d'avril.

Notre choix méthodologique s'est orienté vers des guides d'entretiens de type semi-directifs, afin de laisser aux enquêtés la possibilité de s'exprimer sur le sujet, tout en gardant une ligne directrice; ce type de guide d'entretien étant le parfait compromis entre un questionnaire et un entretien non dirigé.

Le guide d'entretien semi-directif permet à l'enquêteur de se fixer des zones d'exploration tout en essayant d'obtenir que l'enquêté traite et approfondisse un certain nombre de thèmes.<sup>12</sup>

Le guide d'entretien est un support pour l'enquêteur, qui lui permet d'introduire et de ne pas oublier les différents thèmes qui l'intéressent.

Toutefois, ce support n'est pas un cadre rigide, si l'enquêté dévie ou ne développe pas suffisamment le sujet, il est alors possible pour l'enquêteur d'avoir recours à des relances verbales. Par ailleurs, "l'ordre des thèmes prévus est le plus logique possible, mais il n'est pas imposé: chaque entretien a sa dynamique propre. Le seul point important est que tous les enquêtés aient abordé tous les thèmes du guide avant de terminer l'entretien - ce qui permettra de réaliser une analyse comparative des différents entretiens".<sup>12</sup>

Pour des raisons pratiques, nous avons dû réaliser des guides d'entretiens différents en fonction des professionnels auxquels ils étaient adressés.

Ainsi, les questions posées sont similaires pour les médecins et paramédicaux, mais ont été modifiées pour les infirmières et aides soignantes.

Ce choix méthodologique s'explique en premier lieu par une application différente de la prise en charge globale; en consultation pour les premiers, à l'accueil pour les seconds.

De plus, pour des raisons de temps, il s'est avéré plus difficile d'interroger le personnel de l'accueil.

En effet, concernant les médecins et les paramédicaux il était tout à fait possible de réaliser l'entretien, d'une durée 30 à 40 minutes, lorsque des patients ne venaient pas ou bien lorsqu'un rendez-vous s'écourtait. Nous avons donc le temps et la possibilité de faire l'entretien dans un bureau.

Ceci n'était pas possible dans les cas des infirmières et aides soignantes; les entretiens étaient réalisés sur leur temps de pause ou bien le soir peu avant la fermeture de la polyclinique.

Pour ces raisons, nous avons décidé d'écourter le guide d'entretien et de le limiter aux questions les plus pertinentes pour notre étude. Ainsi les entretiens ne dépassaient rarement plus de 15 à 30 minutes.

Toutefois, bien que les guides d'entretiens ne soient pas identiques dans l'organisation des questions, ou sur les questions elles-mêmes, nous nous sommes tout de même tenu à une structure générale commune aux différents professionnels interrogés.

Cette structure se présente en deux phases.

La première, que nous pourrions qualifier de subjective, aborde la question du professionnel de santé dans une démarche de prise en charge globale. L'objectif de cette partie étant de savoir comment le professionnel de santé intègre une démarche de prise en charge globale à sa pratique; s'il estime que sa pratique, sa relation avec le patient a évolué au contact de cette démarche ou encore de savoir ce qu'il entend par prise en charge globale, s'il applique une prise en charge globale subjective ou bien telle qu'elle lui a été décrite à son arrivée dans la polyclinique.

La seconde phase, tente d'aborder de façon plus objective la question du professionnel de santé face à la prise en charge globale; l'intérêt étant de confronter son point de vue à sa pratique.

L'objectif de ces guides d'entretiens est donc dans un premier temps de savoir comment s'adaptent le professionnel de santé et sa pratique à une démarche de prise en charge globale; puis dans un second temps de savoir ce que ce même professionnel pense de la démarche.

Par ailleurs, précisons que la seconde partie de l'entretien a également pour rôle d'apporter des éléments de réponses quant à la deuxième problématique posée par le sujet, qui consiste à savoir si la prise en charge globale ne risque pas d'induire, en s'adressant principalement à des populations précaires, une stigmatisation de ces dernières.

Une fois les guides d'entretien validés par le Pr Hervé et le Dr Moutel, nous avons pu nous rendre sur le terrain et interroger 16 personnes, dont 5 médecins internes, généralistes ou spécialistes;

3 paramédicaux: diététicienne, podologue, psychologue et 1 travailleur social, l'assistante sociale; enfin 7 infirmières et aides soignantes.

La majorité des entretiens ont été enregistrés (deux entretiens seulement n'ont pas été enregistrés) et retranscrits entièrement.

### **C. Méthode d'analyse**

Pour l'étude des entretiens, nous avons dans un premier temps analysé l'ensemble du contenu des propos recueillis, puis afin de préciser notre approche nous avons eu recours à un regroupement des questions afin de permettre une analyse thématique, de façon à mettre en avant d'éventuelles représentations ou point de vue commune.

Par ailleurs, pour les questions qui le nécessitent, des tableaux énumérant les éléments de réponse apportés seront présentés avant chaque analyse de résultats, de façon à exposer clairement les éléments retenus par les enquêtés quant à leur perception, leur pratique de la prise en charge globale.

Enfin, les réponses seront présentées par groupes professionnels, à savoir les médecins, les paramédicaux et travailleurs sociaux, puis les infirmières et aides soignantes.

## **IV. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS**

Comme nous l'avons indiqué précédemment, notre enquête de terrain s'est adressée à plusieurs professionnels de santé de spécialités diverses.

Dans cette partie, nous présenterons les propos recueillis lors des entretiens. Cependant, afin de rendre l'analyse de nos résultats cohérente, nous classerons les réponses en fonction des spécialités professionnelles.

Nous aborderons donc dans un premier temps les réponses récoltées auprès des médecins et internes de la polyclinique de l'hôpital de Nanterre.

Dans un second temps les propos obtenus auprès des infirmières et aides soignantes seront abordés; enfin, l'analyse s'achèvera sur les réponses des paramédicaux: podologue, psychologue, diététicienne ainsi que l'assistante sociale.

En plus d'être appréhendées en fonction des groupes professionnels, les réponses seront abordées par thèmes obtenus par regroupement de plusieurs questions.

Les thèmes choisis concernent dans un premier temps, la perception ainsi que la pratique de la prise en charge globale en fonction des professionnels.

Dans un second temps, nous aborderons l'impact éventuel de cette démarche sur la relation professionnel de santé/patient.

Le thème suivant s'interrogera sur l'identité des patients auxquels s'adresse la démarche de prise en charge globale.

Enfin, nous nous intéresserons au ressenti des professionnels de santé par rapport à leur intégration dans le réseau ASDES.

## A. Résultats médecins

### **A.1 Perception de la prise en charge globale**

Afin d'aborder la perception qu'ont les médecins de la polyclinique de la démarche de prise en charge globale, trois questions sur ce thème leur ont été posées.

Concernant les résultats des médecins, précisons que seulement quatre entretiens seront traités; le médecin spécialiste n'exerçant pas avec une démarche de prise en charge globale, il nous est en effet difficile d'utiliser ses propos dans l'analyse de l'objet d'étude qui nous intéresse.

Dans cette partie, nous avons voulu savoir si les médecins:

- connaissaient la démarche de prise en charge globale avant d'exercer à la polyclinique
- s'ils se souvenaient d'éléments explicatifs qui leur avaient été fournis à leur arrivée sur cette pratique
- enfin, nous avons recueilli la définition de la prise en charge globale de chaque médecin.

✓ Question 1:

Connaissiez-vous la démarche de PCG avant d'exercer à la polyclinique?	4 oui
--	-------

Les quatre médecins interrogés connaissaient la prise en charge globale avant d'exercer à la polyclinique.

Pour le médecin généraliste, cette démarche est "ce qu'on essaie de faire en principe chacun dans notre coin"; selon lui, la prise en charge globale correspond à la médecine telle qu'elle est pratiquée en ville chez les médecins généralistes.

Dans les réponses, la prise en charge globale apparaît comme "une réflexion" dans une volonté de voir le patient différemment; ou encore comme une vision plus positive de la médecine. Ainsi, un médecin explique qu'il imaginait " idéalement pouvoir prendre [ses] patients en charge comme ça".

✓ Question 2:

(N.B: les chiffres inscrits à la suite des éléments de réponses apportés par les enquêtés, indiquent, pour chaque question, le nombre de fois que cet argument est apparu dans ce groupe).

<i>A votre arrivée, vous a-t-on donné des indications sur la PCG telle qu'elle est pensée à la polyclinique?</i>	Eléments de réponses apportés:
4 oui	Ne pas se limiter à la demande du patient (2)
	Considérer la condition, situation sociale des patients (3)
	Sécurité sociale
	Facteurs de risque
	Dépistage
	Accès aux soins
	Education à la santé

Nous avons donc pu mettre en évidence que les quatre médecins interrogés connaissaient la démarche de prise en charge globale avant d'exercer à la polyclinique de Nanterre.

Concernant les explications reçues à leur arrivée dans la polyclinique, chacun d'entre eux nous indique avoir bien reçu des informations sur la prise en charge globale telle qu'elle est pensée à la polyclinique.

Toutefois, tous ne mettent pas l'accent sur les mêmes éléments. Plusieurs points ont été cités par les médecins, certains sont communs aux différentes réponses, d'autre ne sont cités qu'individuellement.

Ainsi, dans les éléments retenus par les médecins, nous pouvons citer les notions de "condition des patients" ou "situation sociale" (cités dans trois entretiens), la notion "d'articulation avec le social", qui rejoint les points précités est également présente notamment avec la "couverture sociale".

En ce qui concerne la dimension médicale, le "dépistage" ainsi que la prise en compte des "facteurs de risque" ont également été mis en avant par les praticiens.

Enfin, l'idée de "faire le tour de la personne", de ne "pas se limiter" au seul motif de consultation, en d'autre terme, de considérer le patient dans sa globalité, sont des points également cités par les médecins.

Pour terminer sur cette question, précisons que les notions "d'égalité de prise en charge" et "d'égalité d'accès aux soins" ont été développées dans un entretien seulement.

Pour conclure, ajoutons qu'il s'agit dans cette étude de l'analyse d'une prise en charge médico-sociale et que ce dernier axe, la dimension sociale, a été cité à plusieurs reprises, ce qui nous permet d'en déduire que ce point, essentiel à une bonne application de cette démarche, est intégré dans la perception des médecins.

La troisième question de cette partie avait pour objectif de relever les définitions qu'ont les médecins de la prise en charge globale, leur définition personnel.

L'intérêt de cette question étant de savoir s'il y a ou non une similitude entre les indications qu'ils ont retenues et leur définition propre, ce qui nous permet par la suite de voir s'il y a une cohérence, une homogénéité de la pratique de la prise en charge globale ou bien si au contraire il s'agit d'une pratique purement subjective et hétérogène.

✓ Question 3:

<i>Quelle est votre définition de la PCG?</i>	Eléments de réponses:
	Multidisciplinarité
	Prévention
	Savoir déléguer
	Ecoute (2)
	Prise en compte de la personnalité du patient
	Facteurs de risque médicaux et sociaux
	Prise en compte de la dimension psychologique du patient
	Explications
	Remise en question du praticien
	Considérer le motif de consultation comme une "porte d'entrée"

Les définitions apportées quant à la prise en charge globale telle qu'elle est perçue par les praticiens de la polyclinique renvoient à des notions diverses.

Ainsi, pour le médecin généraliste interrogé, cette démarche est perçue comme la médecine faite "en tant que médecin de famille" et permettant une certaine remise à niveau, remise en question de la pratique.

Dans une autre définition, la prise en charge globale est décrite comme étant bien plus qu'une "démarche organique globale". Elle induit dans sa pratique un "travail multidisciplinaire" avec les paramédicaux.

Cet enquête inclut dans sa définition une dimension nouvelle, induite par cette multidisciplinarité, le fait de "savoir déléguer aux professionnels" avec lesquels le praticien est amené à collaborer.

Pour un autre médecin, la prise en charge globale apparaît comme une prise en charge "obligatoire", dans la mesure où selon lui, "tu as une écoute, tu as un problème qui s'inscrit dans la vie de la personne, qui est intimement dépendant de la personnalité de la personne que tu as en face de toi, donc tu ne peux y répondre que quand tu fais de la prise en charge globale".

Dans cette définition, le médecin interrogé met en évidence la notion d'adaptabilité du praticien envers le patient, nécessaire pour une approche et une prise en charge complète du malade. Cette capacité d'adaptabilité semble possible, essentiellement dans la mesure où elle s'inscrit dans une démarche de prise en charge globale, pour des raisons pratiques, tels que le temps, ou encore le dossier médical unique, que nous aborderons ultérieurement.

Enfin, la dernière définition mentionnée est davantage objective et énumère les différents éléments qui constituent cette démarche. Ainsi, le médecin interrogé définit la prise en charge globale comme étant le fait de "prendre en charge tous les facteurs de risque médicaux et sociaux des gens, au-delà de leur motif de consultation"; ce dernier étant considéré ici comme "une porte d'entrée". Enfin, il s'agit "de considérer l'environnement global, à la fois médical, social, psychologique du patient".

Concernant la dimension développée ici, qui consiste à considérer le "motif de consultation" essentiellement comme "une porte d'entrée", précisons qu'un autre médecin a émis une réserve à ce sujet, en indiquant qu'il y pouvait y avoir là "un petit risque de perdre de vue le motif de consultation premier du patient".

## **A.2 Pratique de la prise en charge globale**

Dans cette seconde partie d'analyse des résultats obtenus auprès des médecins de la polyclinique, nous avons voulu évaluer leur pratique de la prise en charge globale, afin de savoir si leur définition de la prise en charge globale et leur pratique de cette démarche se faisaient écho, ainsi que pour savoir si les médecins pratiquaient une prise en charge globale personnelle, subjective ou, à l'inverse commune à tous les membres de la polyclinique.

Pour ce faire, nous leur avons posé deux questions sur ce thème:

- Estimez-vous pratiquer la prise en charge globale telle qu'elle vous a été décrite ou bien tel que vous la pensez?
- Comment décririez-vous votre démarche de la prise en charge globale; sur quel élément la constituant mettez-vous l'accent?

✓ *Question 1:*

<i>Pratiquez-vous la PCG telle que vous la pensez ou bien tel qu'elle vous a été décrite?</i>	3 : tel que la pratique leur a été décrite 1 : tel qu'il la pense
---	--

Concernant la première question, sur les quatre interlocuteurs, il apparaît que trois d'entre eux indiquent exercer la prise en charge globale telle qu'elle leur a été expliquée à leur arrivée dans le service; une personne seulement indique l'exercer telle qu'elle la pense. Toutefois, l'analyse de cette question se doit d'être nuancée.

En effet, la pratique de cette démarche se voit modifiée en fonction de différents paramètres, tel que le temps, l'expérience etc...Il existe donc de légères variantes dans l'exercice de cette démarche.

Cependant, cette pratique s'articule autour d'un élément fondateur, le dossier médical unique et commun aux différents médecins de la polyclinique et de ville du réseau. Ce dernier permet une pratique de base de la prise en charge globale commune aux différents médecins.

Le dossier médical tel qu'il est constitué pour les consultations de la polyclinique et du réseau, est constitué de différentes composantes aussi bien sociales que médicales, et permet aux médecins de ne pas oublier les points à aborder dans le cadre d'une démarche de prévention, ainsi que, comme l'indique un médecin, "ça permet quand on voit les gens depuis longtemps, on a un gros dossier au cabinet, de reprendre tout à zéro et de s'apercevoir qu'il y a des antécédents [...] qu'on avait oublié; ça permet de tout remettre à plat".

Précisons par ailleurs, qu'au travers de l'enquête le dossier médical unique s'est révélé être un outil essentiel à une pratique commune et quelque peu cadrée, mais qu'il a été mis en avant principalement par les médecins ayant plusieurs années d'expérience.

Ainsi, la prise en charge globale s'articule autour du dossier médical unique, permettant ainsi une certaine homogénéité dans la pratique.

Cependant, comme nous venons de l'indiquer, il y a tout de même une nuance à apporter dans la mesure où chaque praticien apporte son expérience personnelle à la pratique.

Dans deux réponses nous trouvons l'idée qu'avec l'expérience, la pratique se modifie légèrement, comme l'indique ce médecin qui "modifie un peu les choses", ou cet autre enquêté qui "espère pouvoir acquérir une expérience suffisante pour mieux comprendre, et pour mieux écouter, pour mieux être disponible et puis mieux savoir à qui j'ai à faire"; ces éléments constituant sa perception de la prise en charge globale.

Par ailleurs, le second élément cité pouvant expliquer une altération dans la pratique de la prise en charge globale, voire une non pratique, est la notion de temps.

De plus, il semble que les praticiens ne pensent pas systématiquement à consulter dans un cadre de prise en charge globale, comme l'indique l'un des interlocuteurs qui précise: " je la pratique plus telle que je la pense, mais quand j'y pense parce que je n'y pense pas toujours".

Néanmoins, même si la démarche de prise en charge globale n'est pas systématiquement utilisée d'une manière approfondie, le dossier médical décrit précédemment permet une pratique de base et commune.

Pour exemple le cas de ce médecin qui nous indique que sa pratique de la prise en charge globale varie en "fonction du temps", puis d'ajouter qu'il y a un "outil", "le dossier commun", ce qui permet "une prise en charge standardisée".

✓ *Question 2:*

<i>Comment décririez-vous votre pratique de la PCG? Sur quel élément la constituant mettez-vous l'accent?</i>	<i>Eléments de réponses</i>
	Ecoute (2)
	Explications
	Remise en question du praticien pour une amélioration de la pratique
	Examens cliniques complets
	Abord de la souffrance mentale
	Recours aux spécialistes
	Recours au social
	Relation avec le patient
	Travail multidisciplinaire, en réseau (2)
	Temps
	Savoir déléguer

En ce qui concerne la pratique de la prise en charge globale vue par les médecins eux-mêmes, différents éléments ont été mis en évidence. Notons que ces éléments sont similaires à ceux présentés dans la question portant sur la définition que donnent les praticiens à la prise en charge globale.

Il semble donc, que leur pratique reste fidèle à leur définition; qu'ils tentent de mener à bien leur vision de cette prise en charge.

Plus précisément, pour le médecin généraliste interrogé, son exercice de la prise en charge globale semble reposer sur les notions d'écoute et d'explications fournies au patient. Par ailleurs, cet interlocuteur développe l'idée qu'il n'axe pas particulièrement sa pratique sur un point particulier qui constitue la prise en charge globale, mais que c'est le fait d'intégrer cette démarche à sa pratique médicale qui le fait "se remettre en question pour voir comment s'améliorer".

Un second interlocuteur présente la notion de "temps" comme étant "le facteur qui [lui] paraît essentiel". Cet élément précis a permis à ce médecin d'envisager sa pratique différemment dans la mesure où il est apparu que le facteur temps, possible dans une démarche de prise en charge globale, permettait une diminution des prescriptions.

Ainsi, comme l'indique ce médecin: "je remplie le dossier en trente minutes, il y a un rapport de confiance qui se crée et du coup c'est plus facile de moins prescrire".

Dans les deux cas que nous venons de citer, la prise en charge globale apparaît comme un élément ayant permis une réflexion des médecins sur leur propre pratique. Il semble que ces médecins n'ont pas remplacé une pratique par une autre mais plutôt qu'ils ont tenté d'harmoniser et de mettre en relation des éléments de leur pratique à d'autres éléments qui constituent la prise en charge globale.

Quant aux réponses recueillies auprès des internes, la prise en charge globale n'y est pas décrite comme un élément de réflexion mais davantage comme une pratique médicale à part entière, avec ses différentes composantes.

Ainsi, l'un des internes décrit sa pratique de la prise en charge globale comme reposant sur "une partie d'exams cliniques complets du patient, de façon un peu systématique. Il y a le fait de d'aborder très souvent la souffrance mentale, et proposer relativement souvent le recours à un certain nombre de spécialistes".

Enfin, est abordé le travail en réseau dans le cadre du réseau ASDES, principalement avec la diététicienne ou la psychologue.

Le second interne interrogé conçoit sa pratique de la prise en charge globale "dans la relation que tu vas avoir tel moment avec ton patient; je la conçois plus dans ce sens là, comme un espace d'écoute que tu vas laisser au patient, où tu vas essayer d'ouvrir des portes". Cet interlocuteur développe également l'idée qu'il est intéressant "de pouvoir travailler en réseau parce que tu ne peux pas tout faire tout seul, parce que tu n'as pas les compétences pour tout faire, parce que quand tu es médecin, tu n'es pas assistante sociale". Selon cet interlocuteur, il ne s'agit pas là pour le médecin de se déresponsabiliser, "il y a des choses que tu dois pouvoir gérer seul", mais il précise cependant que le médecin doit savoir faire appel à d'autres professionnels en précisant qu'il est "important de pouvoir s'appuyer sur des psychologues, des assistantes sociales, qui ne font pas le même travail tout simplement et qui peuvent te permettre tout simplement d'avoir un autre type de relation, et te permettre de continuer à aller soigner".

Ainsi, aux vues des propos recueillis dans ces différentes réponses, les points essentiels qui constituent la pratique de la prise en charge globale des médecins interrogés, est le temps, l'écoute et enfin, le travail en collaboration dans le cadre du réseau.

### **A.3 Impact de la prise en charge globale sur la pratique médicale et sur la relation médecin/patient.**

Cette troisième partie nous permet d'aborder l'une des principales questions de notre problématique, à savoir, l'impact que peut avoir la prise en charge globale sur les pratiques médicales, voire sur la relation médecin/patient.

Pour traiter ce thème, quatre questions ont été posées aux médecins rencontrés.

- la prise en charge globale a-t-elle pu avoir un effet sur leur pratique médicale?
- la prise en charge globale a-t-elle pu avoir un effet dans leur relation avec les patients?
- votre expérience acquise à la suite de la prise en charge globale vous a-t-elle aidée dans votre relation médecin/patient?
- la pratique de la prise en charge globale les a-t-elle déjà mis dans des situations difficiles?

✓ Question 1:

<i>Selon vous, la PCG a-t-elle pu avoir un effet sur votre pratique médicale?</i>	3 Oui 1 Non
---	----------------

A propos de cette question, il semblerait que la prise en charge globale a bien eu un effet sur les pratiques médicales des médecins que nous avons interrogé.

Cependant nous nous devons une fois encore d'être nuancé quant à l'analyse des résultats, dans la mesure où rappelons que parmi les quatre médecins interrogés nous pouvons distinguer deux internes effectuant leur premier stage.

Ainsi, lorsque ces derniers parlent de modification dans leur pratique, ils précisent qu'ils n'ont aucun élément de comparaison; ils s'appuient donc sur leur pratique telle qu'ils pouvaient l'envisager. Dans leur cas nous pouvons parler d'effet sur leur perception de leur pratique médicale, ainsi que sur leur pratique à venir.

Concernant les internes, la prise en charge globale a eu, dans un cas, un impact dans la mesure où comme le dit l'enquêté cela lui a permis de rendre son "approche plus rigoureuse". De plus, la prise en charge globale lui a "permis de déléguer plus aux spécialistes paramédicaux, notamment les kinésithérapeutes; ça m'a permis de déléguer davantage dans la mesure où il y a quelqu'un qui était notoirement plus compétent que le médecin". De plus, cet enquêté précise que cette démarche lui a apporté une dimension intellectuelle supplémentaire, "parce que tu as les cadres" donc "tu oublies moins facilement".

Dans le second cas, notre interlocuteur précise bien que la prise en charge globale n'a pas eu d'effet sur sa pratique dans la mesure où ce modèle correspondait à sa vision de ce que doit être la pratique médicale en général.

Son expérience acquise au contact de cette démarche lui a donc "permis de voir que la prise en charge globale est quelque chose qu' [il] a envi de faire et que ça peut se faire dans d'autres conditions aussi".

Toutefois, bien qu'il ait répondu à cette question en disant que la prise en charge globale n'a pas modifié sa pratique, ce même enquêté répondra plus tard que cette démarche, avec le dossier médical qui lui est propre "oblige à être assez rigoureux, un peu systématique, à ne pas risquer de fonctionner un peu rapidement avec les malades; le dossier t'y fait penser".

Quant aux deux autres médecins que nous avons interrogé, l'impact de la prise en charge globale est plus significatif.

Ainsi, pour le médecin généraliste elle lui a permis de "compléter un peu sa pratique et de lutter un peu contre la routine" en imposant, par le dossier médical, une remise en question quasi permanente. Ce médecin a développé tout au long de l'enquête cette notion de "remise en question" que permet la prise en charge globale, et qui selon lui est essentielle pour une bonne pratique médicale.

Concernant le quatrième médecin interrogé, l'intégration de la prise en charge globale à sa pratique médicale a eu pour effet à la fois de lui faire prendre conscience de points importants dans la prise en charge et le suivi du patient, ainsi que d'aborder des sujets qui lui étaient jusqu'alors difficilement traitables.

Concrètement, les effets sur sa pratique se matérialisent par une prise en compte de la dimension économique d'un patient; comme l'indique notre interlocuteur: "avant par exemple, je ne demandais jamais aux gens s'ils avaient de l'argent pour acheter leurs médicaments", "je ne m'étais jamais préoccupée de la couverture sociale".

Enfin, la prise en charge globale lui a permis d'aborder des sujets tels que la sexualité du patient qui était un sujet que ce médecin n'abordait pas.

✓ *Question 2: Pensez-vous que la démarche de prise en charge globale a pu avoir un effet votre relation médecin/patient?*

Au sujet de cette question, il est à nouveau difficile d'apporter des éléments catégoriques quant aux effets induits par la prise en charge globale dans la relation médecin/malade.

De la même façon que pour la question précédente, les internes interrogés n'ont pas de moyens de comparaison, ces derniers effectuant leur premier stage d'internat.

De ce fait, les éléments de réponses apportés pour cette question sont similaires, voire identiques à la question précédente.

Ainsi, pour l'un des internes enquêtés, la prise en charge globale l'a amené, dans sa relation au patient, à adopter une attitude plus rigoureuse; attitude que ce même interlocuteur avait développé dans la question précédente.

Le second interne questionné aborde un point de vue davantage général sur la question. Selon lui, une prise en charge globale du patient est une base pour "la construction d'une relation médecin/malade solide", ce qui est nécessaire "pour pouvoir bien soigner les gens".

Enfin, toujours selon cet enquêté, il semble que la question ne doit pas être de savoir si la démarche de prise en charge globale a ou non un effet sur la relation avec le patient, dans la mesure où cette dernière devrait être une prise en charge généralisée, tout du moins dans l'approche du patient, au risque de ne faire qu'une "prise en charge partielle" et de passer à côté de problèmes sous-jacents importants".

Concernant le médecin généraliste, cette démarche ne semble pas avoir eu d'effet sur la relation avec ses patients, dans la mesure où la relation établie en médecine de ville se fait sur le long terme et repose essentiellement sur la confiance.

Néanmoins, ce médecin indique tout de même que la prise en charge globale a apporté un élément supplémentaire dans la relation avec ses patients; cet élément repose sur le dossier médical spécifique au réseau ASDES.

Ainsi, il a pu constater "que les gens aiment bien quand on reprend tout à zéro et qu'on refait un dossier".

Enfin, pour le dernier enquêté, la prise en charge globale a très clairement modifié sa relation au patient.

L'enquêté explique ce changement par le temps de consultation qui est attribué aux médecins. Comme le précise ce médecin, "passer du temps avec les gens ça installe une relation de confiance. C'est vrai que ça modifie la relation médecin/malade et on a de la chance, nous, de pouvoir le faire parce qu'il n'y a aucune pression de temps pour le malade et aucune pour le médecin".

✓ Question 3:

<i>Votre expérience acquise à la suite de la prise en charge globale vous a-t-elle aidée dans votre relation médecin/patient?</i>	3 oui 1 non
---	----------------

Sur ce point, trois des médecins interrogés pensent que la prise en charge globale a pu les aider dans leur relation avec les patients.

Dans leurs réponses, l'accent est mis sur le dossier médical. Le dossier apparaît comme un support leur permettant de ne pas oublier les différents points qu'ils ont à aborder avec les patients, à être "systématique", "rigoureux"; ce qui par extension leur permet peut être de se consacrer plus simplement à leur patient.

Quant au médecin généraliste, cette démarche ne semble pas avoir eu d'apport particulier dans sa relation avec ses patients dans la mesure où son rôle de médecin généraliste sous tend une relation de confiance déjà établie.

✓ Question 4:

<i>Votre pratique de la PCG vous a-t-elle mise dans des situations difficiles?</i>	3 oui 1 non
--	----------------

Concernant les éventuelles difficultés rencontrées par les médecins dans leur pratique de la prise en charge globale, les situations citées sont multiples.

Précisons tout d'abord, que les situations difficiles rencontrées par les médecins les plus expérimentés renvoient à la signature du consentement du patient lors de son inclusion dans le réseau ASDES.

A l'inverse, les internes ont rencontré des difficultés dans l'exercice même de la prise en charge globale, notamment au cours des questions posées lors de la constitution du dossier.

Ainsi, un médecin indique qu'un patient "a refusé [de signer] parce qu'il ne voyait pas pourquoi il serait en fiche".

A ce propos, un autre médecin explique qu'il n'a pas eu de patients qui étaient opposés à l'inclusion dans le réseau, mais qu'ils sont parfois "opposés à la signature du consentement pour l'informatisation".

Par ailleurs, un médecin décrit une situation difficile rencontrée dans l'exercice de la prise en charge globale. Il nous explique donc avoir eu des difficultés avec une patiente qui s'est mise en colère en raison des multiples questions que le médecin lui posait, notamment sur son moral. Cet enquêté raconte encore son sentiment de se sentir "en porte à faux quand j'en arrivais à expliquer au patient pourquoi je lui pose des questions sur ses rapports sexuels avec sa femme, quand il vient pour un problème mineur".

De ces propos, il apparaît que dans la pratique de la prise en charge globale, il est important de considérer les différents éléments constituant le patient, mais que pour que les différentes questions soient acceptées par celui-ci, le médecin se doit d'apporter une information claire sur les raisons de ces questionnements, sans pour autant entrer dans une justification.

Enfin, le dernier médecin sondé soulève une difficulté à pratiquer la prise en charge globale intéressante et qui pose question.

En effet, il cite les problèmes rencontrés en raison de la langue parlée.

La constitution du dossier médical, assez dense, les indications concernant la prise en charge globale, ou encore l'inclusion dans le réseau, sont difficilement réalisables dans un contexte de mauvaise communication.

Comme l'explique ce médecin, la langue pose un problème dans la mesure où "tu sens que poser une question ça prend du temps, ce n'est pas forcément bien compris, on arrive pas à se comprendre, et là effectivement, ton but c'est d'essayer de rationaliser au maximum la demande du patient, et là tu sorts de la prise en charge globale".

De préciser que "c'est un vrai problème parce que ce sont des gens, des patients qui échappent à la prise en charge globale parce que tu n'arrives pas à communiquer avec eux, donc tu essayes d'être le plus rationnel possible et de gérer leur problème pour éviter un problème aigu; tu te rapproches du cadre strictement médical et éventuellement tu poses quelques questions sociales, mais c'est souvent difficile et ces gens échappent".

Enfin, cet interlocuteur présente un autre cas pouvant parfois poser problème, celui "des femmes qui venaient accompagnées de leur mari, qui ne répondaient jamais directement aux questions".

Ainsi, il apparaît que des personnes dans des situations de besoin d'une prise en charge globale médico-sociale, les migrants, réfugiés politique par exemple, échappent à cette prise en charge en raison d'une incompréhension due à une communication difficile entre les parties.

#### **A.4 A quel type de patient la prise en charge globale s'adresse-t-elle?**

Dans cette partie de notre enquête, nous avons voulu savoir si les médecins avaient recours à une démarche de prise en charge globale avec tous les patients qui se présentent à la polyclinique ou bien si à l'inverse cette démarche était proposée et s'adressait à un certain type de patients.

Pour traiter ce thème trois questions ont été posées aux médecins de notre enquête.

Nous leur avons demandé:

- Vous est-il déjà arrivé de consulter sans intégrer une démarche de prise en charge globale?
- Avez-vous déjà pensé que la prise en charge globale ne correspond pas aux besoins de certains patients?
- Selon vous, la prise en charge globale correspond-elle à un type de patient en particulier, ou bien est-elle valable pour tous les patients?

✓ Question 1:

<i>Vous est-il déjà arrivé, à la polyclinique, de consulter sans intégrer une démarche de PCG?</i>	<i>Éléments de réponses</i>
4 oui	Consultation exceptionnelle du patient (3)
	Manque de temps (3)
	Incompréhension du patient (2)
	Patient déjà suivi par un médecin (2)
	Maladies mineures, vaccins

Comme l'indiquent les réponses apportées à cette question, il arrive aux médecins de la polyclinique de ne pas consulter avec une démarche de prise en charge globale.

Les raisons sont multiples, mais trois éléments ont été cités dans les différents entretiens.

Le temps, les consultations ponctuelles, puis l'incompréhension peuvent inciter les médecins à ne pas appliquer la démarche de prise en charge globale.

Cependant, il apparaît important de préciser que même si les médecins sont amenés, pour les raisons évoquées, à ne pas recourir à une démarche de prise en charge globale lors d'une consultation, ils tenteront de remédier à ce manque lors des consultations suivantes, si le patient revient.

C'est ce qu'explique ce médecin lorsqu'il nous dit que parfois, lorsque "je fais une consultation qui est pleine et qu'il y a quelqu'un à voir en plus, pour une angine, par exemple, je n'ai pas le temps de faire une prise en charge globale, donc à ce moment là, il faudra qu'il revienne une prochaine fois; mais je ne peux régler que ponctuellement le point qu'ils veulent tout de suite".

Cet autre médecin nous indique qu'il lui arrive de ne pas consulter avec une prise en charge globale ou tout du moins de modifier sa pratique lorsqu'il "ne prend pas le temps d'y penser, quand il y a beaucoup de gens, quand visiblement le patient ne comprend rien. Disons que ce n'est pas que j'arrête la démarche de prise en charge globale, mais que j'essaie, on va dire, d'étaler, de le faire sur deux ou trois séances".

Ces propos démontrent de la part des médecins, une adaptation de la pratique en fonction des besoins et de la personnalité des patients qu'ils ont dans leur consultation.

Néanmoins, précisons qu'il ne s'agit pas d'un abandon de la pratique; ne pas recourir à une démarche de prise en charge globale en fonction de certains critères, tel que ceux précités, reviendrait à ne pas répondre à l'un des axes de pensée de la polyclinique et du réseau ASDES, à savoir, prévenir et éduquer à la santé.

Ainsi, certaines situations peuvent altérer la pratique ou encore induire un contretemps mais, d'une manière générale, les médecins interrogés tenteront d'introduire cette démarche dans leurs consultations.

En revanche, les réponses révèlent qu'un élément abouti inévitablement à une consultation sans prise en charge globale. C'est le cas si un patient est déjà suivi par un médecin généraliste.

Ce médecin nous explique donc qu'il ne consulte pas avec une démarche de prise en charge globale "quand les malades sont déjà suivis et qu'ils viennent avec un problème très précis. Je ne le fais pas quand quelqu'un vient pour un vaccin qu'un médecin lui a déjà prescrit. Il vient pendant son absence pour un vaccin et là, il ne comprendrait pas pourquoi tu lui demandes s'il a déjà eu des maltraitances alors qu'il vient pour que tu lui fasses un vaccin".

Toutefois, ce même médecin précise par la suite, que malgré cela, même si un patient vient en indiquant qu'il est suivi par un médecin généraliste, il s'assure tout de même que le patient a bien un suivi régulier.

Il apparaît donc que bien que certaines situations ne semblent pas propices à une prise en charge globale, les médecins tentent de s'assurer du bon suivi des patients qui viennent les voir, même ponctuellement.

✓ Question 2:

<i>Avez-vous déjà pensé que la PCG n'était pas toujours adaptée?</i>	3oui 1 non
--	---------------

A ce propos, il semble que pour le médecin généraliste la question ne se pose pas dans la mesure où comme il l'indique, "le but c'est d'avoir un dossier unique pour tout le monde, donc c'est obligatoirement adapté".

De plus, ce médecin précise que "la seule chose qui compte c'est d'avoir le temps de faire ou pas". Ainsi, la prise en charge globale répond, selon lui, aux besoins de tout patient, dans la mesure où il y a du temps pour appliquer cette démarche. Dans cette réponse, la prise en charge globale ne semble pas dépendre des patients mais de facteurs extérieurs tel que le temps.

Les trois autres médecins interrogés présentent des situations vécues avec des patients pour lesquels cette démarche ne correspondait pas.

Un médecin raconte une expérience vécue en consultation avec une patiente "qui avait de gros problème d'alcoolisation, de dépression et c'est vrai qu'à chaque fois, je l'abordais pas mal sur le versant du moral, psychologique, et à un moment, elle m'a dit: "ça suffit! Arrêtez de me poser des questions pour savoir si ça va, je n'ai pas envie de vous raconter." Là j'ai senti que ce n'était pas forcément adapté d'avoir un schéma de prise en charge globale".

Peut être pouvons nous préciser que dans ce cas ci, ce n'est pas le modèle de la prise en charge globale dans son ensemble qui ne correspondait pas aux besoins de cette patiente, mais davantage un élément la constituant, à savoir la dimension psychologique.

Cette situation telle qu'elle a été vécue par ce médecin, l'a fait réfléchir sur son approche médico-sociale générale, en l'amenant à se dire qu'il "ne faut pas tout prendre en charge non plus, il faut laisser de l'autonomie".

Puis, ce médecin termine en pensant que "ce schéma ne s'adapte pas à tout le monde".

Un autre praticien nous parle quant à lui d'une patiente venue le consulter pour un régime, elle "avait entendu parler du réseau et savait que pour voir une diététicienne il fallait passer par un médecin". Cet enquêté explique par la suite que bien qu'il ait essayé "d'avoir une prise en charge globale avec cette patiente", et lui apporter des explications quant au fonctionnement du réseau ASDES, cette dernière était réticente et "offusquée" parce qu'elle était venue uniquement pour un régime. Cette personne était venue consulter pour "une cure d'amaigrissement de confort", ce qui, selon le médecin ne correspond pas à ce que propose la prise en charge globale et par extension le réseau.

Pour terminer, le dernier médecin interrogé, présentent des caractéristiques de patients pouvant être particulièrement adaptés à la prise en charge globale.

Ainsi, cet enquêté précise que "le dossier tel qu'il est fait est quand même très productif pour les gens de plus de 50 ans, qui fument, qui prennent un peu d'alcool". En revanche, cette démarche semble moins utile pour des "gens jeunes, musulmans, qui ne boivent pas qui ne fument pas". Toutefois, malgré ce constat, cela n'empêche pas ce médecin de pratiquer une démarche de prise en charge globale avec ces patients à peu de risque; comme il l'indique, "pour les populations jeunes, qui n'ont pas d'histoires ni psychologiques, ni sociales, je la fais mais ceci dit ça va vite".

✓ *Question 3: Selon vous, la prise en charge globale correspond davantage à un type de patient ou bien est-elle valable pour tout le monde?*

Concernant cette question, il apparaît que le médecin généraliste fait une sélection des patients qu'il va intégrer dans une démarche de prise en charge globale.

Sa décision ne se prend pas en fonction de caractéristiques particulières, il ne semble pas y avoir pour lui de population type, mais davantage en fonction du facteur temps. Dans le cas de ce médecin, la notion de temps est primordiale dans la mesure où sa pratique de la prise en charge globale repose et est incarnée par le dossier médical.

Cet enquêté explique donc que le choix de prendre en charge un patient avec cette démarche se détermine en fonction de deux éléments; à la fois le temps et l'ancienneté du patient.

Comme il indique: "il faut d'abord que j'ai le temps, quand il y a 5 ou 10 personnes qui attendent dans la salle d'attente, je n'ai pas le temps de mettre une demi-heure pour faire un dossier. Je les fais au moment où j'ai le temps et j'ai un peu d'abord sélectionné les patients qui ont un gros dossier, ce qui permet de remettre à zéro et voir où on est; en général c'est rarement un patient nouveau que je prends comme ça".

L'un des internes interrogés pense quant à lui que la prise en charge globale est une démarche qui peut être proposée à tout le monde mais pas nécessairement dans son intégralité. Cet interlocuteur pense en effet que la notion de "prise en charge", doit se distinguer de la "démarche globale" en fonction des patients.

D'expliquer, que "dans le terme prise en charge globale", il y a la dimension "de prise en charge" du patient. "Il y a beaucoup de gens, moins dans la population qui vit ici, mais dans d'autres endroits, qui travaillent, qui se prennent en charge eux-mêmes; quelque part ils n'ont pas besoin de ça [de prise en charge] et ça rentre moins dans leurs attentes".

Donc, selon cet enquêté, il est nécessaire de dissocier la notion de "prise en charge" et celle de "pratique globale". Pour que cette distinction soit possible, de façon à s'adapter aux populations consultantes, il serait selon notre interlocuteur, nécessaire que le médecin ait "un cadre dans la tête qu'il ne présenterait pas de la même façon à tout le monde".

Par ailleurs, au travers de cette réponse il apparaît que cet enquêté s'interroge sur la place qui est accordée aux médecins dans ces schémas de prise en charge.

Cet argument rejoint les propos tenus par le second interne interrogé qui explique que "la prise en charge globale est valable pour tout le monde; le souci c'est de réussir à l'appliquer. Je pense qu'il y a une modalité de cette prise en charge qui diffère en fonction des gens".

De ces différents arguments, il apparaît donc que la prise en charge globale est une pratique applicable à tout type de patient, mais seulement si elle s'inscrit dans un schéma non figé.

Enfin, pour le dernier médecin questionné, il semble que la prise en charge globale "pour les populations qui n'ont pas de médecins, qui sont hors de soins, ça permet vraiment une accroche". Cette démarche apparaît dans ce cas comme "plus riche" pour des populations ciblées telles que les patients "de 50 ans, qui n'ont pas de suivi médical", ou encore pour les "demandeurs d'asile".

### **A.5 Professionnels de santé intégrés au réseau ASDES**

Dans cette cinquième et dernière partie, nous avons voulu connaître le sentiment des médecins par rapport à leur intégration dans le réseau ASDES.

Nous leur avons posé diverses questions sur ce thème qui avaient pour objectif dans un premier temps de recueillir leur ressenti quant au fait d'être intégré au réseau, puis dans un second temps, nous voulions connaître les différents professionnels auxquels ils faisaient le plus appel au sein du réseau et hors du réseau.

Nous leur avons donc demandé:

- Etes-vous intégré au réseau? Si oui, cela vous procure-t-il un sentiment de soutien?
- Au sein du réseau qui contactez-vous le plus régulièrement?
- A qui faites-vous appel hors du réseau?

#### ✓ Question 1:

<i>Etes-vous intégré au réseau?</i>	4 sont intégrés au réseau
<i>Cela vous procure-t-il un sentiment de soutien?</i>	2 précisent ressentir en sentiment de soutien dû au travail en réseau

Par rapport à la question de l'intégration au sein du réseau, la situation des internes interrogés est ambiguë dans la mesure où comme ils l'expliquent, où ils sont présents à la polyclinique pour un temps limité.

Ils expliquent donc "qu'en tant qu'interne de la polyclinique on fait parti du réseau, mais on peut dire à titre temporaire". Ou bien de préciser qu'ils sont "un peu en marge parce qu'on est là de façon transitoire".

Concernant le sentiment de soutien induit par le travail en réseau, tous deux se sentent soutenus, mais ils précisent tout de même que c'est principalement au travers du travail en collaboration avec les paramédicaux, et non par rapport aux médecins libéraux du réseau.

L'un d'eux explique: "Oui je ressens un sentiment de soutien au niveau paramédical, c'est-à-dire dans les domaines qui ne sont pas mes domaines de compétences".

Le second fait la même remarque. Il se sent effectivement soutenu mais "pas trop par rapport aux médecins de ville, par contre, pour tout ce qui est paramédical à l'intérieur de la polyclinique c'est vrai que c'est une facilité de fonctionnement qui est bien pour le malade. C'est vrai que c'est important et ça marche bien parce que tu revois les malades qui ont vu entre temps les paramédicaux, tu peux suivre leur évolution et puis tu as un double éclairage".

Ce sentiment de soutien ne se retrouve pas dans les propos recueillis auprès des deux autres médecins sondés.

Le médecin généraliste qui consulte également à la polyclinique nous explique qu'en ce qui le concerne, il a "toujours travaillé en équipe" et il voit le fait d'être intégré comme la possibilité "de connaître d'autres personnes, d'élargir un peu son champ d'action".

Enfin, le dernier médecin questionné sur ce point, explique qu'il ne vit pas son intégration au réseau comme un soutien, mais que ça lui permet de sentir "qu'on fait parti d'une aire géographique et qu'on est hospitalier, mais que le patient ne nous appartient pas".

Son intégration au sein du réseau ASDES semble lui avoir permis de réfléchir sur la position du médecin par rapport au patient; comme il l'indique: "ça a plutôt décroché ma vision de l'hôpital. On se sent plus acteur d'une zone géographique, on participe à une offre de soin et il faut que l'on réfléchisse à ce que l'on fait".

✓ *Question 2: Quels professionnels contactez-vous au sein du réseau?*

En réponse à cette question, il apparaît que les paramédicaux du réseau, qui consultent à la polyclinique sont les plus sollicités.

Comme ils l'ont indiqué dans la question précédente, les internes sont essentiellement en contact avec les paramédicaux, et très peu avec les médecins de ville.

L'un d'eux explique donc qu'il adresse "beaucoup à la psychologue du réseau, à la diététicienne, et beaucoup au podologue".

Ce constat vaut également pour le médecin généraliste interrogé.

Enfin, le quatrième médecin questionné confirme cette constatation en nous indiquant qu'il sollicite régulièrement la diététicienne. Cependant, à l'inverse des internes, ce médecin est en relation avec les médecins de ville du réseau lorsque ces derniers lui "envoient un patient" ou inversement. Toutefois, notons que dans ses propos, cet enquêté semble hésitant quant à "l'interaction ville-hôpital". Il semble donc que la communication entre les médecins de la partie hospitalière du réseau et les médecins de ville, soit difficile à établir.

Le constat qui révèle un recours plus important des offres paramédicales semble évident dans la mesure où les médecins font appel à des domaines de compétences qui ne sont pas les leurs: diététique, psychologie, podologie; toutefois, cela pose la question de l'orientation des patients au sein du réseau.

✓ Question 3: *Qui contactez-vous hors du réseau?*

Les contacts des médecins interrogés sont liés au lieu d'activité.

Ainsi, le médecin généraliste enquêté qui exerce à la fois en libéral et en hospitalier "laisse le choix au patient entre le libéral et l'hôpital", mais nous précise qu'en ce qui le concerne, il "aime bien le libéral pour certaines consultations" en raison d'une plus grande disponibilité dans ce secteur.

Les trois autres médecins interrogés sollicitent quant eux davantage des praticiens hospitaliers, en raison de leur activité elle-même hospitalière.

Sont donc cités "les médecins de l'hôpital, les cardiologues, les gastroentérologues, les pneumologues, les diabétologues".

Le recours aux psychiatres, hors réseau a également été cité à deux reprises.

## **B. Résultats paramédicaux et travailleurs sociaux**

Les personnes représentées dans ce groupe sont la diététicienne, la psychologue, le podologue et l'assistante sociale du réseau ASDES.

Précisons que les questions qui leur ont été posées, sont identiques à celle posées aux médecins.

### **B.1 Perception de la prise en charge globale**

- ✓ Question 1: *Connaissez-vous la démarche de prise en charge globale avant d'exercer à la polyclinique?*

Sur les quatre personnes interrogées, seulement deux avaient entendu parler de la prise en charge globale avant d'exercer à la polyclinique, l'une dans le cadre du DIU d'éthique médicale, la seconde dans le cadre de sa formation de travailleur social.

- ✓ Question 2:

<i>A votre arrivée, vous a-t-on donné des indications sur la prise en charge globale telle qu'elle est pratiquée à la polyclinique? Quels étaient ces indications?</i>	Thèmes retenus:
	Travail de partenariat (2)
	Qualité des soins
	Réouverture des droits
	Maltraitance, violence

Concernant cette question, différents éléments explicatifs sont présentés.

La notion de "partenariat" est abordée à deux reprises. La psychologue nous indique à ce sujet avoir reçu des explications sur "le travail de partenariat avec les gens du réseau, les autres spécialistes".

Les informations, concernant la prise en charge globale, retenues par l'assistante sociale sont que cette démarche permet "de prendre en charge le patient totalement et de pouvoir envoyer vers un interlocuteur compétent".

Le podologue quant à lui indique avoir reçu des indications "surtout sur la qualité des soins, la couverture sociale, et la réouverture des droits".

Enfin, la diététicienne indique avoir reçu des informations sur ce "à quoi ça correspondait dans l'enquête alimentaire. On a parlé de maltraitance, de violence".

✓ Question 3

<i>Comment définiriez-vous la démarche de PCG?</i>	Thèmes présentés:
	Amélioration de la condition sociale du patient
	Relation, collaboration, travail en réseau (3)
	Ecoute
	Qualité des soins
	Efficacité
	Orientation du patient

Les éléments de réponses apportés dans cette question sont sensiblement les mêmes que ceux évoqués précédemment.

Ainsi, pour la psychologue et l'assistante sociale, la définition de la prise en charge globale est axée sur le travail en partenariat avec des professionnels de diverses spécialités. Selon la psychologue, la prise en charge globale "est un travail de relation; c'est une prise en charge du patient qui lui correspond et pour ça, il faut pouvoir être en relation avec d'autres spécialités que celle qu'on a et travailler ensemble".

De la même façon, l'assistante sociale définit la prise en charge globale comme le fait "de savoir qu'en tant que professionnel tu as des partenaires compétents, qui te comprennent, qui comprennent la prise en charge globale".

Le podologue quant à lui met l'accent sur plusieurs points.

La prise en charge globale repose selon lui, sur "l'écoute, la qualité", sur le fait "qu'il n'y ait pas d'attente et qu'il y ait des réseaux". Il développe également l'idée que "la douleur et l'orientation du patient" sont également des éléments pris en compte dans la prise en charge globale.

Enfin, la prise en charge est définie par la diététicienne comme "tout ce qui est autour de la santé et qui permet d'améliorer la condition sociale du patient".

## B.2 Pratique de la prise en charge globale

✓ Question 1:

<i>Estimez-vous pratiquer la PCG telle que vous la pensez ou bien tel qu'elle vous a été décrite?</i>	1 tel qu'il la pense 1 telle qu'on lui a décrite 2 estiment que les deux conceptions se rejoignent
---	--

Encore une fois dans cette question, les réponses apportées par la psychologue et l'assistante sociale se rejoignent.

En effet, toutes deux pensent que la prise en charge telle qu'elle leur a été décrite, rejoint leur façon personnelle de la penser.

Comme l'indique l'assistante sociale, "je la pratique telle que je la pense, mais je me retrouve complètement dans la prise en charge globale telle qu'elle est pensée ici".

Le podologue quant à lui estime la pratiquer "plus tel qu'on m'a formé".

Enfin, la diététicienne nous indique la pratiquer tel qu'elle la pense. Mais de préciser qu'elle pense que ce qu'elle fait n'est pas assez complet, et qu'elle souhaiterait recevoir de plus amples informations de façon à avoir une meilleure pratique. Elle souhaiterait des éléments supplémentaires sur ce qu'elle pourrait "demander au patient pour enrichir, pour apporter des éléments à la prise en charge globale, pour approfondir".

Il semble donc que cette enquêtée pratique la démarche de prise en charge globale davantage comme elle la pense, mais pas en raison de ses convictions, mais davantage en raison d'un manque d'indications sur ce qu'elle peut ou ne peut pas poser comme questions aux patients.

✓ Question 2:

<i>Comment décririez-vous votre pratique de la PCG? Sur quels éléments mettez-vous l'accent?</i>	Thèmes abordés:
	Prise en compte du moral du patient
	Prise en compte de la condition sociale
	Etat physique (2)
	Couverture sociale (2)
	Relation, travail en partenariat (2)

Chaque interlocuteur lors des consultations, met l'accent en premier lieu sur la pathologie du patient, sur son motif de consultation. Ce n'est qu'une fois cette étape remplie que les paramédicaux, principalement diététicienne et podologue, intègre une démarche de prise en charge globale.

A l'inverse, il semble que pour l'assistante sociale et la psychologue, la démarche de prise en charge globale soit intégrée dans leur pratique dès le début de l'entretien avec le patient ou usager. Pour exemple, la psychologue évoque une expérience avec un patient lors de laquelle elle s'est aperçue, grâce la prise en charge globale, que ce patient ne pouvait pour le moment profiter au mieux des ses compétences; il devait avant tout régler son problème de logement avec l'assistante sociale pour ensuite aborder le versant psychologique.

Les éléments cités par nos enquêtés pour décrire leur pratique de la prise en charge globale rejoignent les éléments précités dans la question évoquant les informations retenues lors des explications qui leur avaient été fournies, ainsi que dans la question concernant leur définition personnelle de cette démarche.

Concernant leur pratique de la prise en charge globale la psychologue et l'assistante sociale mettent l'accent, une fois encore, sur le fait d'être "en collaboration, en partenariat avec des professionnels que tu connais", ou encore sur "le relationnel avec les médecins et les autres partenaires".

Quant à la diététicienne et au podologue, c'est après avoir, pour l'un réalisé une enquête alimentaire, pour l'autre pris en compte la pathologie propre, qu'ils vont intégrer des éléments de prise en charge globale tels que le "moral", "l'état physique", la condition sociale et de vie, ou encore s'intéresser à la "couverture sociale" du patient.

### B.3 Prise en charge globale, pratique médicale ou de soin et relation avec le patient

✓ Question 1:

<i>Selon vous la démarche de PCG a-t-elle pu avoir un effet sur votre pratique?</i>	3 oui 1 non
---	----------------

A ce sujet, l'assistante sociale pense que sa pratique s'est trouvée modifiée d'une part du fait d'exercer au contact de la prise en charge globale, et d'autre part, de travailler au sein de la polyclinique, parce que selon elle "ici on se donne les moyens de bien faire".

La psychologue évoque à nouveau la dimension relationnelle induite par cette démarche. Ainsi, il y a eu modification dans sa pratique "parce qu'il y a tout ce côté relationnel et discussion avec les médecins; [...] il y a un échange d'informations qui se fait de manière à pouvoir adapter au plus près la demande formulée ou non par le patient".

La diététicienne a également constaté un changement dans sa pratique dans la mesure où aujourd'hui elle aborde des éléments extérieurs au domaine de l'alimentation: "on ne juge pas le patient que sur son alimentation, sur un motif de consultation par exemple, donc c'est vraiment la personne dans sa globalité".

Seul le podologue nous indique ne pas avoir le sentiment que la prise en charge globale ait eu un effet sur sa pratique.

Cependant, il apparaît qu'il avance cette réponse essentiellement parce qu'il n'a pas d'éléments de comparaison avec un autre mode d'exercice, dans la mesure où il a exercé à la polyclinique dès ses débuts.

✓ Question 2:

<i>Selon vous, la PCG a-t-elle pu avoir un effet sur votre relation avec le patient ou l'utilisateur?</i>	2 oui 2 non
---	----------------

La prise en charge globale semble avoir eu, pour la diététicienne, un effet dans sa relation avec les patients. La démarche de prise en charge globale a induit "peut être une relation plus intime, plus proche, donc la personne va peut être plus se découvrir et dévoiler de sa personnalité".

Cette dernière attribue ces changements au fait d'avoir "amélioré les fiches qu' [elle] fait, de voir les médecins, de discuter avec eux, c'est un travail d'équipe".

De son point de vue, l'assistante sociale pense qu'effectivement la prise en charge globale a pu influencer sur sa relation avec les usagers, dans la mesure où cette démarche lui permet d'avoir connaissance des pathologies des personnes qu'elle a en rendez-vous.

Pour expliquer cela, elle donne l'exemple d'une personne qu'elle voyait depuis plusieurs rendez-vous et pour laquelle elle sentait qu'elle s'investissait peut être un peu trop. Ce n'est qu'après que cette personne ait eu une expertise psychiatrique que l'assistante sociale a pu ajuster son comportement. Cette expertise, et le fait que l'assistante sociale ait pu en obtenir les conclusions, lui ont permis de comprendre des comportements de la patiente mais également de remettre en question sa propre attitude professionnelle face à cette personne qui semble-t-il la "manipulait". Comme elle l'explique: "si je n'avais pas eu l'expertise psychiatrique, elle aurait pu me mener en bateau et j'aurais fait un travail différent".

Concernant cette question, la psychologue estime que cette démarche n'a pas eu d'effet sur sa relation avec les patients, dans la mesure où il semble que cette démarche soit similaire à celle qu'elle avait précédemment dans le cadre d'autres structures.

Enfin, le podologue non plus ne pense pas que cette démarche ait pu modifier sa relation avec ses patients, mais précise à ce sujet, comme dans la question précédente, que s'il apporte cette réponse c'est parce qu'il lui est impossible de comparer.

Il répond qu'il ne pense pas qu'il y ait eu de changements, "parce que dès le départ on avait la même relation. Moi je ne peux pas comparer, je ne suis que dans cette structure depuis le départ, donc je fonctionne en fonction de la structure".

✓ Question 3:

<p><i>La démarche de PCG vous a-t-elle aidé dans votre pratique?</i></p>	<p>1 oui 2 non 1 ne se prononce pas</p>
--	---

Bien que l'on ait pu constater au travers d'une question précédente que la démarche de prise en charge globale ait pu modifier la pratique pour trois des personnes interrogées, à l'inverse dans cette question, un seul enquêté, la diététicienne, estime que cette démarche a pu l'aider dans sa pratique.

Cette démarche lui a permis d'avoir "une approche plus complexe", et de se penser "comme une soignante globale".

✓ Question 4:

<i>La pratique de la PCG vous a-t-elle mise dans des situations difficiles?</i>	3 oui 1 non
	Incompréhension du patient
	Pudeur du soignant

A cette question, seule l'assistante sociale nous répond ne jamais avoir rencontré de difficulté particulière dans l'exercice de la prise en charge globale, ceci pouvant s'expliquer par sa récente intégration dans la polyclinique.

Les autres enquêtés quant à eux évoquent différentes situations lors desquelles ils ont eu des difficultés à pratiquer cette démarche.

Ainsi, la diététicienne explique avoir rencontré des difficultés liées à "une incompréhension" du patient par rapport aux questions d'ordre social.

Toutefois, elle précise que ces situations peuvent être en partie due à un "manque de formation" de sa part. Il semble qu'elle reconnaisse pouvoir être maladroite dans ses formulations et souhaiterait pour remédier à cela "savoir quelles questions poser, à quel moment peut être, comment faire pour ne pas blesser la personne ou paraître trop indiscreète".

Il semble que pour le podologue, la difficulté se situe dans la pudeur qu'il peut avoir à aborder certaines questions. Comme il l'indique: "il y a des questions qui sont difficiles à être posées ou qui ont du mal à être posées; ce n'est pas aussi évident".

Pour autant, il apparaît que malgré ces difficultés, les sujets difficiles à aborder ne sont pas délaissés pour autant; principe que l'on a également pu relever chez les médecins. Il précise donc que "si vous n'arrivez pas" à poser certaines questions, "vous la repassez dans une autre consultation".

Enfin, la psychologue n'évoque pas de difficultés liées aux points que l'on vient de citer mais davantage par rapport à des situations bien particulières reliées au besoin du moment du patient.

Il semble d'ailleurs qu'il ne s'agisse pas dans son cas d'une réelle difficulté à pratiquer la prise en charge globale mais plutôt sa spécialité; puisqu'en réponse à cette question, elle nous donne l'exemple d'un patient qui n'était pas en état d'être pris en charge psychologiquement tant que sa situation sociale n'était pas réglée; ce qui a amené la psychologue à faire appel à l'assistante sociale pour régler cette situation. Et dans ce cas, la démarche de prise en charge globale a bien été appliquée.

#### **B.4 A quel type de patient la prise en charge globale s'adresse-t-elle?**

##### Question 1:

<i>Avez-vous déjà consulté sans intégrer une démarche de prise en charge globale?</i>	1 oui 3 non
---	----------------

A cette question, seule la diététicienne répond avoir déjà consulté sans intégrer de démarche de prise en charge globale; tout en précisant que cela c'est produit dans ses premiers mois d'activité à la polyclinique.

Depuis, elle a intégré une "partie prise en charge globale" à sa "fiche diététique" ce qui lui a permis d'intégrer de manière plus systématique cette démarche à sa pratique.

La psychologue quant à elle explique que les questions d'ordre, sociales, économiques et qui constituent en partie la démarche de prise en charge globale, sont systématiquement intégrée dans sa consultation dans la mesure où elles sont nécessaires dans une approche psychologique. Elle intègre donc de manière systématique cette démarche lors de ses consultations.

Le podologue nous indique qu'il ne lui est jamais arrivé de ne pas intégrer cette démarche dans ses consultations. Comme il explique: "on a le temps de discuter, moi j'ai 20 à 25 minutes de consultation, donc on a le temps. Déjà on remplit la fiche et puis on a le temps de discuter pendant le soin".

Enfin, l'assistante sociale semble avoir toujours pris en charge les usagers en intégrant cette démarche lors des rendez-vous. Toutefois précisons une fois encore, que dans le cas de cette enquêtée, l'exercice au sein de la polyclinique étant trop récent, cela ne lui permet pas de prendre du recul par rapport à son expérience.

##### ✓ Question 2: *Avez-vous déjà pensé que la prise en charge globale n'était pas toujours adaptée?*

A cette question, il semble que la diététicienne et l'assistante sociale n'aient jamais rencontré de situations particulières pouvant les amener à penser que cette démarche ne correspondait pas aux besoins de certains patients.

La psychologue pense quant à elle que la démarche de prise en charge globale est adaptée à tout type de besoins.

Enfin, le podologue développe l'idée que cette démarche est adaptée à tous les besoins, mais qu'en revanche ce qui l'est moins c'est la façon dont elle est appliquée.

Ainsi, il semble que bien qu'il soit important de considérer la prise en charge globale dans un modèle, elle ne sera adaptée au besoin des patients que par une application au cas par cas.

Cet interlocuteur explique donc: "qu'il y a eu des prises en charge qui ont duré dans le temps alors que ce n'était pas à moi de les prendre en charge. Il y a eu une, deux consultations parce que je n'arrivais pas à orienter; ce n'est pas que ce n'était pas ma spécialité; c'est qu'en fait j'avais du mal à orienter en fonction de la patiente".

Ces propos évoquent encore une fois, comme nous l'avons relevé pour les médecins, que la démarche de prise en charge globale n'est pas figée et doit s'adapter, si besoin, à chaque patient de façon à pouvoir être proposée au plus grand nombre.

✓ *Question 3: Selon vous, la prise en charge globale correspond davantage à un type de patient ou bien est-elle valable pour tout le monde?*

Les réponses apportées à cette question sont mitigées.

En effet, il apparaît que la prise en charge globale est une démarche qui se doit d'être, selon l'assistante sociale et la psychologue, proposée à tous les patients.

A ce sujet, l'assistante sociale explique que la prise en charge globale "ne doit pas se cantonner aux personnes qui ont des difficultés sociales, qui sont précaires parce qu'elles n'ont pas de couverture sociale". Elle illustre d'ailleurs ses propos en exposant le cas d'une femme venue la consulter parce qu'elle se trouvait dans une période de dépression.

L'assistante explique à son propos que cette femme avait une situation économique et sociale tout à fait convenable, pas de situations de surendettement, une famille; mais qu'elle avait comme "précarité" la dépression qu'elle vivait; cette dernière lui empêchant de réaliser divers actes du quotidien comme remplir des papiers administratifs.

Cet exemple présente donc le cas d'une personne qui nécessite un soutien temporaire; afin qu'elle ne se trouve pas, en raison de sa dépression, dans un engrenage qui pourrait l'amener dans des situations peut être plus complexes à gérer par la suite.

Précisons que ce point de vue a également été relevé dans les réponses apportées par plusieurs infirmières; résultats qui seront présentés ultérieurement.

Le podologue estime que la prise en charge globale "peut être adaptée à tout le monde", mais paradoxalement à cela, il développe l'idée que cette démarche s'adresse plus particulièrement à un type de pathologie.

Comme pathologie, il cite le cas des "diabétiques, c'est pluridisciplinaire, heureusement que ça existe parce que combien de patients on a eu, qui ont été orienté et heureusement qu'on les a orientés parce que d'après moi sinon l'amputation n'était pas loin".

A l'inverse, la diététicienne estime que la prise en charge globale est particulièrement adaptée à des patients qui sont dans des situations sociales complexes ou qui ont des troubles prononcés.

Selon cette interlocutrice, cette démarche correspond donc essentiellement aux "classes sociales plutôt défavorisées, familles nombreuses, personnes analphabètes, et puis avec des troubles du comportement alimentaire ou des troubles du comportement tout simplement, des névroses, alcoolique; parce qu'il y a une souffrance".

## **B.5 Professionnels de santé intégrés au réseau ASDES**

✓ Question 1:

<i>Etre intégré au réseau ASDES vous procure-t-il un sentiment de soutien?</i>	4 oui
--	-------

Les quatre enquêtés indiquent ressentir un sentiment de soutien du fait d'exercer au sein du réseau de santé ASDES.

Les éléments qui développent ce sentiment sont le travail en équipe et le fait de pouvoir collaborer étroitement avec les médecins de la partie hospitalière du réseau, ainsi qu'avec les médecins de ville.

Ainsi, la diététicienne explique que "c'est un travail d'équipe. Quand j'ai quelque chose qui ne va pas, je peux demander ou parler des patients avec les internes".

La psychologue renvoie à un cas qu'elle avait évoqué précédemment, avec un patient qui avant même d'être pris en charge psychologiquement avait besoin d'une prise en charge sociale. Et c'est le fait de travailler en réseau, étroitement avec différents acteurs de santé ou du social, qu'elle a pu envoyer ce patient vers l'assistante sociale pour ensuite aborder au mieux le versant psychologique avec ce patient.

L'assistante sociale explique que "c'est rassurant de savoir qu'on va pouvoir envoyer les patients vers des gens qu'on connaît et qui adhèrent aux mêmes idées que toi".

Enfin, le podologue indique que le réseau a permis que tous les acteurs, médecins ou paramédicaux "fonctionnent ensemble"; "le réseau a pu nous rapprocher", ça a permis "de tisser comme une toile d'araignée, de réseau, de contact, ça va plus vite".

✓ Question 2: *Quels professionnels contactez-vous au sein du réseau?*

Les paramédicaux et travailleurs sociaux interrogés dans ce groupe mettent en avant les échanges réguliers qu'ils entretiennent avec les médecins de ville et les médecins hospitaliers.

Les contacts avec les médecins de ville semblent se faire essentiellement lors des réunions mensuelles du réseau; quant aux médecins hospitaliers, ils ont la possibilité de les solliciter et de discuter des patients de façon régulière dans la mesure où ils exercent tous à la polyclinique.

✓ Question 3: *Quels professionnels hors réseau contactez-vous?*

L'assistante sociale contacte essentiellement des interlocuteurs dans le domaine social.

Le podologue contacte différents spécialistes dont des podologues.

La psychologue quant à elle, dans la mesure où elle ne fait pas de suivi de patients mais principalement de l'orientation, est en contact régulier avec des Centres médico-psychologiques, "ou des structures qui [lui] paraissent utiles pour le patient de type associatif, par exemple, en particulier pour les exilés et les réfugiés".

Enfin la diététicienne ne semble pas avoir d'interlocuteurs particuliers hors du réseau.

### **C. Résultats infirmières et aides soignantes**

Comme nous l'avons indiqué dans la partie traitant de la méthodologie, le guide d'entretien adressé au personnel de l'accueil, infirmières et aides soignantes, comporte moins de questions que pour les deux groupes de professionnels présentés précédemment, ceci pour des raisons pratiques dues à un manque de temps pour les interroger; toutefois, l'articulation de l'entretien reste le même que pour les médecins ou les paramédicaux, bien que certaines questions soient posées dans un ordre différent.

Ce groupe d'enquêtés est constitué de la surveillante, de trois infirmières et enfin de trois aides soignantes.

#### **C.1 Perception de la prise en charge globale**

##### ✓ Question 1:

<i>A votre arrivée, vous a-t-on donné des indications sur la PCG telle qu'elle est pensée à la polyclinique?</i>	5 oui 2 non
	Considérer la qualité plus que la quantité
	Réintégrer le patient dans ses droits (2)
	Ne pas se limiter au motif de consultation
	Considérer les problèmes sociaux
	Considérer les maladies
	Orientation vers divers spécialistes
	Prévention

La plupart des infirmières et aides soignantes interrogées indiquent avoir été informées de ce qu'est la démarche de prise en charge globale, du moins telle qu'elle est pensée à la polyclinique.

Cependant, toutes n'ont pas retenu les mêmes informations.

Ainsi, l'une des infirmières met l'accent sur la notion de qualité induite par cette démarche, dans le but de réaliser une bonne prévention.

Par ailleurs, une aide soignante indique que les indications qu'elle a reçu précisait qu'il ne faut "pas considérer seulement le mal pour lequel les patients viennent, mais qu'il faut poser des questions pour cerner les problèmes sociaux ou les maladies". Cette même personne aborde l'un des éléments essentiels qui constitue cette démarche: "rétablir les patients dans leurs droits de sécurité sociale".

Ce point est également abordé par une seconde aide soignante qui explique avoir eu "des explications sur comment faire pour rentrer un patient dans ses droits, pour l'orientation vers l'assistante sociale ou vers un généraliste".

✓ Question 2:

<i>Connaissez-vous la démarche de PCG avant d'exercer à la polyclinique?</i>	6 non 1 oui
--	----------------

Concernant cette question il semble que la plupart des enquêtées n'avaient pas entendu parler de la prise en charge globale avant qu'elle ne soit appliquée à la polyclinique.

Comme l'indique l'une des aides soignantes, "avant il n'y avait pas tout ça, le fait que tout le monde rentre dans ses droits ça n'existait pas. On n'a pas reçu de formation là-dessus, dans les années 70 on avait pas tout ça".

A l'inverse, une infirmière indique que "normalement quand tu fais des études d'infirmières, on t'en parle". De préciser qu'il "fallait prendre en compte le côté social du patient, enfin, sa situation socio-économique".

✓ Question 3:

<i>Comment définiriez-vous la PCG?</i>	Eléments apportés:
	Notion de continuité, suivi (2)
	Ecoute (2)
	Anticiper la pathologie
	Problèmes sociaux
	Distribution gratuite de médicaments
	Orientation
	Education
	Couverture sociale
	Prendre en compte les familles

Dans les définitions apportées, la notion d'écoute est la plus souvent citée.

Ainsi, pour l'une des infirmières la prise en charge globale, voire la prise en charge en général du patient "commence par l'écoute; si tu veux savoir où tu dois en venir, savoir ce que veut le patient il faut l'écouter. Il faut aussi arriver à déceler derrière une chose s'il n'y a pas autre chose".

Cette définition suggère donc que l'écoute est l'élément fondamental permettant une bonne prise en charge globale, dans la mesure où elle permet de cerner au mieux le motif de consultation du patient, ainsi que d'anticiper sur d'autres problèmes qu'ils soient médicaux ou sociaux; aboutissant ainsi à une démarche de prévention.

Ces mêmes éléments sont également développés par une aide soignante qui définit la prise en charge globale comme le fait de "prendre en charge le patient dans sa globalité, pas considérer seulement le mal pour lequel il vient, mais il faut poser des questions pour cerner les problèmes sociaux ou les maladies".

Ou encore, cette infirmière qui indique que dans cette démarche "on s'occupe du problème social, de la distribution gratuite de médicaments, on écoute et on apporte de l'aide quel qu'il soit".

Enfin, pour cette aide soignante, il s'agit surtout "d'être à l'écoute du patient, de son besoin; il faut poser les bonnes questions pour bien orienter le patient".

Dans les différentes définitions qui viennent d'être citées nous pouvons noter à quel point la dimension sociale est liée à la dimension médicale.

Pour faire une synthèse de ces différentes définitions nous pourrions dire que la prise en charge globale repose, dès l'accueil du patient, sur une bonne écoute dans le but de cerner au mieux les besoins du patient, médicaux mais également sociaux, de façon à permettre la meilleure orientation, ceci le plus rapidement possible.

Par ailleurs, d'autres éléments ont été cités, comme la notion de continuité évoquée par une infirmière et la surveillante. Toutes deux développent l'idée que la prise en charge globale se fait "dans le long terme", "dans la continuité", "de l'accueil jusqu'au départ du patient".

La surveillante apporte une définition plus complète en abordant des notions comme le suivi, l'orientation, la prise en compte de la situation socio-économique du patient, et la prévention. Concernant ces différents points elle explique donc que pour elle, la prise en charge globale "va de la prise de rendez-vous jusqu'à la sortie du patient et son suivi après. C'est l'orientation lors d'une consultation, apprendre au patient les démarches à faire, s'assurer qu'il a une carte vitale, qu'il est assuré social, qu'il a une mutuelle. Et puis après il y a le suivi, s'il faut redonner un rendez-vous, si le patient doit être hospitalisé, lui expliquer un peu les démarches; et puis voir le patient mais aussi sa famille".

## C.2 Pratique de la prise en charge globale: intégration de la démarche de prise en charge globale dans le cadre de l'accueil des patients.

Dans cette partie, nous avons voulu connaître la façon dont les infirmières et aides soignantes décrivaient leur rôle à l'accueil de la polyclinique; afin de voir si des éléments de prise en charge globale apparaissaient ou non dans leur description. Puis, nous leur avons demandé si la démarche de prise en charge globale était toujours facilement applicable dans le cadre de l'accueil des patients.

### ✓ *Question 1:*

<i>Comment décririez-vous votre rôle à l'accueil?</i>	Eléments apportés:
	Ecouter les demandes
	Savoir orienter
	S'assurer que le patient possède une couverture sociale
	Etablir un climat de confiance
	Aider le patient sans l'assister

Du rôle des infirmières et aides soignantes à l'accueil, la surveillante explique que ces dernières "dépistent très vite les malades qui ont besoin d'être pris en charge ou suivi par une assistante sociale pour leur ouvrir leurs droits. Le social est important pour elles".

Dans l'une des descriptions apportées, apparaissent à nouveau les dimensions d'écoute et d'orientation; comme l'explique une infirmière, le rôle "c'est d'écouter leur demande et de savoir orienter en fonction de la demande".

Enfin, une autre infirmière explique qu'à l'accueil "on attend que l'on prenne en charge tous les rendez-vous du patient, que l'on s'assure qu'il a bien une couverture sociale. Il faut bien écouter le patient pour voir s'il a des inquiétudes. Il faut établir un climat de confiance. Il faut aider le patient dans ses démarches mais il ne faut pas le remplacer; prise en charge ne veut pas dire faire à sa place".

Ainsi, pour répondre à la question que nous avons posée précédemment à savoir si les infirmières et aides soignantes intégraient des éléments de prise en charge globale dans la description de leur rôle à l'accueil, il semble que ce soit le cas.

En effet, dans les propos recueillis nous pouvons relever plusieurs notions telles que l'écoute, l'orientation, rétablir un patient dans ses droits sociaux. Ces mêmes notions ont été citées à plusieurs reprises dans les questions précédentes qui traitaient de la définition et des informations retenues lorsque la prise en charge globale leur avait été présentée.

✓ Question 2:

<i>Selon vous, cette démarche de PCG est-elle toujours applicable à l'accueil?</i>	1 oui 4 non 2 réponses mitigées
--	---------------------------------------

En réponse à cette question il apparaît que quatre des personnes interrogées pensent que la démarche de prise en charge globale est difficilement réalisable dans le contexte de l'accueil. Deux autres enquêtés peuvent être rajoutés à ces quatre personnes.

En effet, ces deux enquêtées, une infirmière et la surveillante indiquent que la prise en charge globale peut être appliquée à l'accueil, mais dans la mesure où il y a peu de monde.

A l'inverse une seule infirmière seulement estime que cette démarche est constamment applicable à l'accueil comme elle l'indique, "ce n'est pas avec tous les patients que l'on fait ça (écoute, temps), après quand tu les connais c'est différent. Il ne faut pas laisser des patients qui peuvent avoir des problèmes, donc il faut prendre du temps; et puis les gens peuvent attendre".

Toutefois, comme nous allons le voir, ce n'est pas parce que les autres personnes interrogées ont répondu que la démarche de prise en charge globale était difficilement applicable à l'accueil, qu'elles ne prennent pas en compte les patients nécessitant une telle prise en charge.

Elles l'appliquent mais décrivent les difficultés qu'elles rencontrent dans la mise en pratique d'une telle démarche dans un contexte d'accueil.

Parmi les différentes réponses recueillies, toutes mettent en avant une dimension mettant à mal l'application d'une démarche de prise en charge globale: le manque d'intimité lequel induit un manque de confidentialité.

Cependant, une fois ce constat fait, les infirmières et aides soignantes s'adaptent au contexte pour apporter l'écoute et le temps nécessaires aux patients.

Comme le décrit cette infirmière: "il y a des patients qui ne sont pas gênés, mais ce n'est pas toujours évident de leur demander pour quoi ils viennent, parfois on sent tout de suite qu'ils aimeraient mieux parler mais en aparté; c'est vrai que là c'est ouvert à tout le monde, tout le monde entend tout. De toute façon, ça m'est déjà arrivé de prendre la personne et d'aller dans la salle de prélèvements, de fermer la porte et de discuter. Ou bien s'ils ont besoin de montrer il faut aller dans une autre pièce".

Les infirmières et aides soignantes évoquent donc un mauvais aménagement de l'accueil, bien qu'un secteur soit réservé à la prise de rendez-vous, nous avons pu constater que celui-ci n'est que peu utilisé. Ceci conduit donc le personnel de l'accueil à donner les rendez-vous téléphoniques, les rendez-vous de suivi, les renseignements au même endroit. Ajoutons à cela les nombreuses sollicitations de la part de patients à la recherche de différents services, ceci en raison de la situation géographique de la polyclinique au sein de l'hôpital, située à l'entrée de ce dernier. Cependant, malgré ces difficultés d'organisation, la démarche de prise en charge globale est tout de même dispensé, mettant ainsi à jour une adaptabilité de la part du personnel de l'accueil. Précisons également que c'est essentiellement au cours du premier rendez-vous du patient que le temps est nécessaire, comme l'a indiqué une enquêté, "ce n'est pas avec tous les patients que l'on fait ça (écoute, temps), après quand tu les connais c'est différent". Il leur est donc possible d'appliquer une démarche de prise en charge globale dans le contexte de l'accueil.

✓ Question 3:

<i>La PCG a-t-elle apportée un élément supplémentaire à votre pratique?</i>	4 oui
	3 non

Au contact de la prise en charge globale, les infirmières et aides soignantes ont intégré des éléments à leur pratique tels que le temps ou encore l'écoute.

A l'inverse, trois des enquêtées estiment que cette démarche n'a pas modifié leur pratique.

### **C.3 A quel type de patient la prise en charge globale s'adresse-t-elle?**

- ✓ *Question 1: Accueillez-vous ou orientez-vous avec une démarche de prise en charge globale tous les patients ou bien plus particulièrement un type de patients?*

Parmi les sept personnes interrogées, il apparaît que seulement trois d'entre elles n'appliquent pas systématiquement une démarche de prise en charge globale.

La première infirmière explique pour sa part que son recours à une démarche de prise en charge globale dépend du nombre de patients présents à l'accueil.

La seconde, une aide soignante, explique quant à elle que son recours à la prise en charge globale varie en fonction du nombre de fois où est venu le patient. Ainsi, elle indique: "parfois je ne le fais pas si quelqu'un arrive en ayant un rendez-vous. Pour les gens qui viennent chercher des renseignements et qui veulent un rendez-vous, c'est à ce moment là. Quelqu'un qui est déjà venu et qui a un rendez-vous : non; je lui demande simplement son nom et avec qui il a rendez-vous".

Enfin, la troisième aide soignante évoque sa pudeur, l'incompréhension, ou encore la couverture sociale du patient, pour expliquer le fait qu'elle n'accueille pas tous les patients avec une telle démarche.

Comme elle le développe: "on ne peut pas la pratiquer avec tous les patients. Il y a des questions qu'on ne peut pas poser à certains patients. Et puis il y a les gens qui te disent: "mais pourquoi vous me posez toutes ces questions". Et puis il y a le patient qui est dans ses droits, qui a une couverture sociale et qui va vous présenter sa carte vitale".

Les autres personnes insistent pour leur part sur le fait qu'elles accueillent et orientent tous les patients avec une démarche de prise en charge globale.

Certaines d'entre elles évoquent d'ailleurs à ce sujet l'importance voire la nécessité qu'il y a à accueillir avec une prise en charge globale systématique les patients de la policlinique.

En effet, comme le signale cette infirmière, "j'accueille tous les patients avec une prise en charge globale. Elle doit être proposée à tout le monde parce que quand on a un problème de santé on peut avoir une perte de repère et avoir besoin d'aide".

Une seconde infirmière évoque la dimension préventive de cette démarche et développe l'une des volontés de celle-ci; elle explique donc: "on fait de la prévention aussi. Il faut prendre le temps, parce qu'une personne pour laquelle on aura pris du temps dès le début se sera une bonne partie de la maladie qui sera prise en charge. Si une personne est mal prise en charge on peut la revoir quelques mois plus tard aux urgences".

Enfin la surveillante explique quant à elle qu'accueillir tous les patients sans distinction avec une démarche de prise en charge globale est important parce qu'il peut y avoir "certains patients qui sont biens, qui ont une couverture sociale" mais pour lesquels les "attentes ne vont pas être les mêmes, il y a peut être d'autres soucis".

Les différents points qui viennent d'être évoqués montrent qu'il est important d'intégrer une démarche de prise en charge globale dès l'accueil du patient, de façon à prendre en compte d'éventuelles difficultés, économiques ou sociales, le plus tôt possible dans le suivi.

✓ *Question 2: Selon vous, la prise en charge globale correspond davantage à un type de patient ou bien est-elle valable pour tout le monde?*

Concernant cette question il apparaît que cinq des personnes interrogées dans ce groupe pensent que la démarche de prise en charge globale correspond à tous les patients, dans la mesure où il ressort des réponses apportées que chacun peut avoir une forme de précarité; il peut s'agir d'une détresse psychologique, de difficultés économiques ou encore sociales.

Comme l'a indiqué une infirmière, différents éléments constituant un patient, peuvent être pris en compte dans une telle démarche. Cette infirmière évoque à ce sujet le cas d'une patiente qui était venue s'informer pour une consultation en raison d'une douleur à la cheville. L'infirmière l'a renseigné sur ce point et lui a expliqué que l'attente était longue et que de ce fait il serait peut être préférable de consulter un médecin de ville. La patiente lui a alors expliqué qu'elle ne voulait pas aller voir un médecin libéral parce qu'elle n'avait pas de mutuelle.

Cet exemple, permet d'illustrer le fait que si l'infirmière s'était limitée à la seule demande médicale de la patiente, elle n'aurait pas su que cette dernière ne possédait pas de couverture complémentaire. Cela lui a donc permis d'avoir une démarche de prévention auprès de cette personne en lui expliquant que si elle pouvait cotiser à une mutuelle même faible, cela

pourrait lui éviter des difficultés à venir, notamment parce que la patiente avait un enfant en bas âge.

Par ailleurs, comme le décrit cette infirmière: "il faut se méfier. Ici on va le faire systématiquement parce qu'on est dans une zone un peu particulière, mais des gens démunis et seuls il y en a partout. Il y a des gens qui n'acceptent pas qu'on vienne s'immiscer dans leur vie, mais je pense qu'il faut quand même essayer [...]. Moi ça me semble logique d'essayer de cerner le patient. C'est un tout, enfin c'est ce qu'on apprend à l'école, le patient ce n'est pas une prostate, une appendicite, c'est un tout".

Une aide soignante explique également que cette démarche s'adresse à "n'importe qui, aussi bien le simple SDF qu'une personne qui arrive qui est bien et qui, si le médecin lui apprend qu'il y a quelque chose, ne comprend plus rien".

Ces résultats suggèrent que la pathologie pour laquelle le patient vient consulter n'est pas le seul point pris en compte par le personnel de l'accueil; elles tentent au contraire de cerner le patient aussi bien au niveau économique que social, ceci dans le but d'apporter une prise en charge complète permettant de soigner au mieux le patient. Tout en accordant une place importante aux deux dimensions précitées, économiques et sociales, il n'est pas oublié pour autant qu'avant tout l'objectif est de répondre à un problème d'ordre médical.

A l'inverse, deux enquêtées pensent que cette démarche correspond plus particulièrement à un type de patient.

Pour l'une il s'agit des patients sans couverture sociale; pour la seconde la prise en charge globale "est plus adaptée à des patients comme certains qu'on a ici par exemple du centre d'accueil, des gens qui ont des problèmes de langues, de carte de séjour, des gens qui n'ont pas forcément les moyens intellectuels et financiers de se prendre en charge, et de faire un peu attention à eux et de penser aux problèmes de plus tard".

## V. DISCUSSION

### A. Discussion méthodologique

Dans cette étude, nous avons donc voulu aborder les pratiques médicales et de soins qui ont cours à la polyclinique de Nanterre, afin de comprendre d'une part si la démarche de prise en charge globale avait ou non un impact sur les pratiques, et d'autre part de voir comment était appliquée concrètement cette démarche, à quel patient elle s'adressait particulièrement.

Pour cela, comme nous l'avons indiqué précédemment dans la partie méthodologie, nous avons interrogé les différents acteurs de santé qui exercent dans la partie médecine de la polyclinique (la partie chirurgie ne se prêtant pas à une telle étude, la prise en charge globale n'y étant pas pratiquée).

A ce propos, n'ayant pu interrogé que les membres de la partie médecine de la polyclinique, nos échantillons ne sont que peu représentatifs, puisqu'ils ne regroupent que quelques individus dans chaque catégorie professionnelle, à savoir quatre médecins dont deux internes, quatre paramédicaux et enfin trois infirmières, trois aides soignantes et la surveillante.

Ainsi, la faible proportion de personnes regroupées dans ces catégories influe sur la pertinence de nos résultats.

En effet, les propos recueillis dans cette étude ne permettent pas une évaluation complète des pratiques, mais apportent davantage une première réflexion sur l'évolution des pratiques médicales au contact de la démarche de prise en charge globale. Ces résultats permettent par ailleurs de considérer la prise en charge globale telle qu'elle est pratiquée à la polyclinique.

De plus, concernant le groupe des médecins, il existe un biais dans l'analyse des résultats obtenus auprès de ces derniers, dans la mesure où deux des quatre médecins interrogés sont des internes effectuant leur premier stage d'internat. Pour cette raison, ils n'ont que peu de recul sur leur propre pratique médicale, et n'ont aucun moyen de comparer leur pratique au contact de la prise en charge globale et leur pratique dans un autre contexte. Toutefois, malgré cette situation ils ont apporté des éléments de réponse pertinents pour notre analyse.

Cette remarque est également valable dans le cas du groupe des paramédicaux et travailleurs sociaux, dans la mesure où le podologue ainsi que l'assistante sociale interrogés dans cette étude n'ont jamais exercé dans une autre structure avec une autre démarche.

## **B. Discussion des résultats**

Cette étude s'est articulée autour de deux problématiques, l'une visant à savoir si la démarche de prise en charge globale peut avoir ou non un impact sur la pratique médicale ou de soins; la seconde ayant pour volonté de répondre à l'interrogation suivante: en s'adressant en premier lieu à des populations en situation de vulnérabilité, la démarche de prise en charge globale ne risque-t-elle pas d'induire une stigmatisation des ces populations consultantes? C'est donc au travers d'une étude portant sur l'analyse des comportements des acteurs de santé intégrant une démarche de prise en charge globale à leur pratique, que nous avons abordé ces questions.

Au vue des résultats obtenus suite à l'analyse des propos recueillis auprès des différents professionnels de santé intégrés à la polyclinique, il semble, pour répondre à la première problématique, qu'il y a effectivement eu dans l'ensemble une modification des pratiques au contact de la démarche de la prise en charge médicale et sociale telle qu'elle est pratiquée à la polyclinique de l'hôpital de Nanterre.

En effet, pour les trois catégories professionnelles interrogées, il apparaît selon les enquêtés eux-mêmes qu'il y a eu modification de leur pratique, ceci dû à l'intégration, de différents paramètres propres à la prise en charge globale médicale et sociale.

Pour les médecins, le fait d'exercer la médecine en y intégrant une telle démarche les a amené par exemple, à adopter une attitude plus rigoureuse, à remettre en question leur pratique, ou encore à prendre en compte de nouveaux éléments comme la situation économique du patient.

Concernant les paramédicaux et travailleurs sociaux, une modification peut être également relevée. Dans leur cas, ils mettent l'accent sur le travail en collaboration, sur les relations qu'ils entretiennent avec les médecins.

D'autre part, il y a modification de la pratique en raison de la prise en compte d'éléments comme la dimension sociale du patient.

Enfin, les infirmières et aides soignantes de l'accueil de la polyclinique répondent pour la plupart à cette première question par l'affirmative en indiquant qu'elles constatent en effet un changement dans leur pratique dans la mesure où cette démarche d'axer leur pratique sur des éléments comme l'écoute et le temps.

Pour aborder la seconde problématique, qui consistait à savoir, nous le rappelons, si la démarche de prise en charge globale ne risquait pas dans sa pratique d'induire une stigmatisation dès lors qu'elle s'adressait principalement aux populations vulnérables; nous avons posé différentes questions aux professionnels de santé, qui avaient pour objectif de voir pour quel type de patient ils exerçaient avec une prise en charge globale.

En réponse à cette interrogation, il est apparu que dans chacun des groupes interrogés et pour l'essentiel des enquêtés, il n'y avait de la part des acteurs de santé de la policlinique ni de stigmatisation ni de discrimination des personnes consultantes.

Seulement quelques personnes ont présenté une population ciblée et stéréotypée pour laquelle, la prise en charge globale semblait particulièrement adaptée.

Ainsi, d'une façon générale, les médecins indiquent proposer une démarche de prise en charge globale à tous les patients, sans se référer à des critères particuliers.

Les éléments qui peuvent inciter le médecin à ne pas prendre en charge avec cette démarche relèvent essentiellement de paramètres ne dépendant pas du patient lui-même.

En effet, il n'y a pas de prise en charge globale principalement si le patient est déjà suivi par un médecin généraliste, ou bien s'il vient consulter de façon ponctuelle et pour des pathologies mineures.

Toutefois, la barrière de la langue est également l'un des éléments (cité à deux reprises) pouvant inciter le médecin à ne pas recourir à une prise en charge globale. Ce constat pose la question du bon suivi médical et social des patients concernés par ce problème.

A ce sujet, l'un des médecins interrogés soulève ce point qui remet en question certains objectifs de la prise en charge globale comme de réintégrer tout patient dans le droit commun ou de répondre à des besoins en santé publique.

En effet il soulève le fait qu'il y a dans ses consultations une population pour laquelle la démarche de prise en charge globale semble être particulièrement indiquée, mais qui malgré tout sort de ce système de prise en charge.

Il s'agit des patients migrants ne parlant pas ou très peu le français et pour lesquels il s'avère difficile de mettre en place une démarche de prise en charge globale qui nécessite de répondre à de nombreuses questions.

Il apparaît donc, que malgré la mise en place d'une prise en charge globale médicale et sociale, qui s'adresse à tous les patients de façon à les rétablir dans le droit commun et de prendre en charge tous les facteurs de risque, certains patients sortent toujours du système de santé.

Comme l'indique le médecin qui a soulevé ce point, ces patients échappent à la prise en charge globale parce que le médecin n'arrive pas à communiquer avec eux; pour ces raisons le praticien essaie de rationaliser le plus possible la demande du patient, il se rapproche donc du cadre strictement médical, ce qui ne correspond, dès lors, plus à une démarche de prise en charge globale.

Par ailleurs, bien que les médecins estiment que la prise en charge globale se doit d'être proposée lors de toute consultation avec tout patient, ils développent en parallèle l'idée que c'est une démarche qui doit s'adapter en fonction des patients, qu'il y a "une modalité de cette prise en charge qui diffère en fonction des gens".

Ainsi, concernant les médecins, il ne semble pas y avoir de stigmatisation des populations consultantes et en situation de vulnérabilité; dans la mesure où ils prennent en charge tous les patients, sauf cas très particulier, avec une démarche de prise en charge globale.

Concernant cette seconde problématique, dans les groupes des paramédicaux et des infirmières et aides soignantes, seules quelques enquêtés pensent que cette démarche s'adresse essentiellement à des populations dans des situations précaires. Il semble que ce ne soit que dans ces cas seulement que la pratique de la prise en charge globale risquerait d'être stigmatisante pour les patients, dans la mesure où elle ne serait proposée qu'à ces derniers. Toutefois ces propos ne sont pas représentatifs de l'ensemble des personnes interrogées dans ces groupes.

En effet, les paramédicaux et travailleurs sociaux, comme les infirmières et aides soignantes rejoignent le point de vue des médecins, en pensant que la prise en charge globale est une pratique qui peut être utile à tout patient et pas nécessairement uniquement à ceux se trouvant dans une situation de vulnérabilité ou de précarité.

A ce sujet, plusieurs infirmières et l'assistante sociale insistent sur le fait qu'il est important de ne pas considérer la prise en charge globale comme une démarche ne s'adressant qu'aux populations vulnérables.

Selon ces personnes "n'importe qui peut être en situation de précarité" ; cette précarité peut être aussi bien d'ordre social, économique ou encore psychologique.

Il est donc fondamental de ne pas appliquer cette démarche uniquement en fonction de critères sociaux ou économiques trop précis.

Si tel était le cas, les professionnels n'appliqueraient une démarche de prise en charge globale qu'avec des patients qui répondraient à des critères prédéfinis, et ne prendraient pas en charge de façon correcte et complète des patients qui pourtant, pourraient en avoir besoin.

Cette nécessité, développée par ces enquêtés, d'ouvrir la prise en charge globale médicale et sociale à tout type de patient, se retrouve dans les principes fondateurs de cette démarche. Comme l'indique à ce sujet le Pr Hervé et le Dr Moutel, "cette démarche de prise en charge globale s'adresse à tout patient, chacun d'entre nous étant par définition porteur d'un ou de plusieurs éléments de vulnérabilité médicale et/ou sociale".<sup>1</sup>

Ainsi, d'une manière générale et après analyse des résultats, il semble que les acteurs de santé de la polyclinique de l'hôpital de Nanterre participent à la bonne application de la prise en charge globale.

A la lecture des propos recueillis auprès de ces derniers, nous avons en effet pu constater que cette démarche est dans l'ensemble intégrée dans chacune des spécialités, et que les enquêtés s'investissent dans l'application de celle-ci.

Par ailleurs, notre enquête nous a permis de constater que l'approche multidisciplinaire, ainsi que le travail en équipe et en étroite collaboration entre les différents acteurs, permis par la démarche de prise en charge globale est l'un des éléments essentiels pour les médecins et paramédicaux.

Ce point précis semble avoir permis aussi bien aux médecins qu'aux paramédicaux d'appréhender leur pratique plus sereinement, en permettant aux premiers de déléguer certaines tâches qui ne sont pas de leurs compétences, et aux seconds de savoir qu'ils ont la possibilité de faire appel si besoin aux médecins.

Cependant, nous pouvons faire remarquer que bien qu'une étroite collaboration se soit développée entre les paramédicaux et les médecins, de ville ou de la partie hospitalière du réseau, cette dernière n'est en revanche que peu effective entre les différents médecins du réseau. En effet, notre enquête nous a permis de mettre en évidence que certains médecins hospitaliers interrogés semblent insatisfaits par le manque d'information qu'ils ont concernant la spécialité des médecins de ville intégrés au réseau.

Ce point a été soulevé, principalement par les internes, qui, n'étant présent à la polyclinique que pour une période de six mois, ont des difficultés pour situer les différents médecins de ville intégrés au réseau. Bien que cet aspect ne semble pas présenter de problème majeur dans la prise en charge des patients, il pose toutefois question aux enquêtés, dans la mesure où ils ont le sentiment que la relation de confiance médecin/patient s'en trouve perturbée.

Comme l'explique ce médecin: "c'est vraiment délicat d'adresser des patients qui te font confiance à des gens que tu ne connais pas non plus".

Il s'agit là d'un point relevé lors de notre enquête qui peut poser question mais pour lequel une réponse peut être apportée, notamment lors des réunions mensuelles du réseau qui regroupent tous les médecins membres du réseau ASDES.

Ainsi, notre enquête semble démontrer que la démarche de prise en charge globale est, pour l'ensemble des acteurs de santé de la partie hospitalière du réseau, un élément de satisfaction qu'ils intègrent pour la plupart parfaitement à leur pratique et que cette dernière correspond à l'idée qu'ils se font d'une bonne prise en charge.

Cependant, bien que cette démarche soit a priori bien instaurée et mise en place dans les pratiques des professionnels de la polyclinique, nous pouvons penser qu'une étude à venir, ayant pour objet une évaluation plus complète de la pratique de la prise en charge globale, notamment grâce à une observation des différentes consultations, permettrait une analyse plus approfondie de cette démarche et par extension une optimisation de son application.

Une autre étude portant sur la comparaison de la prise en charge globale avec une prise en charge classique serait intéressante et permettrait également d'en évaluer concrètement les bénéfices pour les patients.

Par ailleurs, notre étude fait apparaître le dossier médical unique comme un pilier, et le seul élément permettant une démarche de prise en charge globale cadrée. Pour cette raison, il est nécessaire qu'il soit évalué régulièrement pour s'assurer d'une part qu'il est bien compris par les professionnels, et d'autre part, qu'il répond toujours à son rôle d'indicateur ou de révélateur des facteurs de risque médicaux ou sociaux.

Concernant notre dernière remarque, précisons que ce principe d'évaluation est déjà mis en place dans le cadre du réseau ASDES, cependant, notre enquête ayant présenté le dossier comme étant un élément majeur à l'application de la prise en charge globale, il nous a semblé important de rappeler qu'il est nécessaire que cet élément soit encadré, évalué.

Cette démarche semble donc bénéfique à la fois pour les patients, qui jouissent d'une prise en charge complète, mais également pour les professionnels de santé dans la mesure où ils se trouvent incorporés dans une structure intégrant une réelle multidisciplinarité qui sous tend une interdépendance et une collaboration étroite entre les différents acteurs.

Cependant, bien que notre étude ait révélé une bonne application de cette démarche, nous pouvons toutefois nous demander comment la perfectionner encore davantage.

Il nous semble qu'il faudrait faire en sorte qu'elle apparaisse aux yeux de tous les professionnels de santé non plus comme une prise en charge pilote, mais comme une prise en charge à part entière.

Pour cela, le meilleur moyen semble être que cette démarche et les principes éthiques qui la constituent soient enseignés dès les premières années de médecine, pour qu'elle devienne ainsi un modèle dans le cadre des prises en charge de patients.

Un effort d'éducation doit donc être fait du côté des formations médicales et de soins, mais également du côté des patients eux-mêmes.

En effet, comme l'indiquait une infirmière au cours de notre enquête, "prendre en charge ne veut pas dire faire à la place", il ne faut donc pas tomber dans de l'assistantat. Seule une éducation à la santé (qui est l'un des objectifs du réseau ASDES), et de fait une responsabilisation des patients pourra permettre une application de la prise en charge globale aboutie.

Ainsi, comme nous venons de l'indiquer, nous pouvons penser que pour qu'une optimisation de cette prise en charge, éthiquement humaine, soit possible, il est nécessaire de passer par une éducation à la santé pour les patients, et un enseignement à l'éthique pour les professionnels de santé.

Cette réflexion soulève la question de la place accordée à l'enseignement de l'éthique à l'heure actuelle dans les formations de santé tant médicales que paramédicales.

Les changements que connaît le système de santé démontrent qu'aujourd'hui, le patient ne peut plus être considéré uniquement en fonction de sa pathologie. Il apparaît en effet important que, dans les prises en charge des patients, les dimensions sociale et économique s'articulent autant que possible avec le médical. Cette collaboration que nous pouvons étudier au travers de la prise en charge globale médicale et sociale, permet, en s'inscrivant dans une volonté de prévention, de répondre à une volonté éthique de respect de la personne, ainsi que d'apporter sur le long terme une alternative économiquement intéressante.

Ainsi, la prise en charge uniquement médicale ne semble plus répondre aux attentes actuelles, le système évolue et tend vers une prise en compte du patient plus humaine, éthiquement acceptable. Cependant, pour le moment, cette volonté de changement semble relever essentiellement de la théorie et peu de la pratique, si ce n'est dans quelques structures comme le réseau ASDES.

Dés lors, la question que nous nous posons est de savoir quand et comment faire pour que ces approches, ces prises en charge se généralisent et ne soient plus seulement des exceptions?

## **BIBLIOGRAPHIE**

\* N.B: Les références précédées d'un astérisque sont des documents fournis par le Pr Hervé, provenant de la polyclinique de Nanterre.

1. MOUTEL G, HERVE C, *"Accès aux soins, accès aux droits et éducation à la santé: les enjeux de la prise en charge globale des patients (analyse de l'expérience pilote d'un département de consultation hospitalière couplée à un réseau ville-hôpital)"*  
www.inserm/ethique.fr

2. HERVE C, MOUTEL G, *"L'éthique médicale: principe de décision en santé et facteur d'harmonie sociale"*, in Biomédecine 2000, Faits et réflexions sur les systèmes de santé de l'an 2000, Joly H. (dir), pp 271-276

3. HERVE C, MOUTEL G, *"Présentation des actions du Département de consultation et de santé publique: mission de prise en charge globale médicale et sociale des personnes, actions de soins, action de santé publique et intégration dans le cadre du PRAPS et des PASS"*, 2000, www.inserm/ethique.fr

4.\* HERVE C, MOUTEL G, *"Présentation des actions médicales entreprises contre la précarité et perspectives dans le cadre d'un Département de consultation et de santé publique (DCSP), l'exemple de l'hôpital de Nanterre"*, 1999

5.\* HERVE C, *"Bilan des activités de soins et actions de prévention et d'éducation à la santé au niveau de la polyclinique du CASH de Nanterre, actions PASS et perspectives dans le cadre du PRAPS"*, Mars 2000

6. MOURIER V, TIERREZ F, *"Enjeux cliniques et de santé publique d'une prise en charge globale médicale et sociale des patients"*, Thèse pour le doctorat en médecine, Laboratoire d'éthique médicale et biologique, avril 2001

7. MOUTEL G, LIEVRE A, HERVE C, *"Les droits des patients: enjeux et limites. Analyse de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Incidences médicales et conséquences sur la relation médecin/patient"*  
www.inserm/ethique.fr

8.\* HERVE C, BERTRANDON R, MOUTEL G, PICHON J.P, *"Réseau ville-hôpital ASDES: Accès aux soins, Accès aux droits, Education à la sante"*, Réponse à l'appel à Projets, Utilisation des technologies des réseaux e-s@nté2000

9.\* HERVE C, BERTRANDON R, *"Le réseau de soins ASDES: Accès aux soins, Accès aux droits et Education à la santé"*

10. *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé*, n°2, p 100, www.who.int/about/definition/fr/

11. ARBORIO A.M, FOURNIER P, L'enquête et ses méthodes: l'observation directe, Paris, ed. Nathan Université, 1999, pp 45-46

12. BERTHIER N, Les techniques d'enquêtes, Paris, ed. Armand Colin, 2000, pp57-58

## ANNEXES

### ✓ Annexe 1: guide d'entretien médecins, paramédicaux et assistante sociale

- Sexe
- Depuis combien de temps êtes-vous médecin ?
- Profession exercée à la Polyclinique
- Spécialité
- Depuis combien de temps exercez-vous au sein de la Polyclinique ?
- Dans quelle structure avez-vous travaillé précédemment ?
- Travaillez-vous dans une structure en parallèle ?
  - si oui : quelle est-elle ?

#### ✓ Concernant la prise en charge globale :

- Connaissiez-vous la démarche de prise en charge globale avant d'exercer dans la polyclinique ?
- A votre arrivée, vous a-t-on expliqué ou donné des indications sur la prise en charge globale, telle qu'elle est pensée et pratiquée à la polyclinique ?
  - si oui : quelles étaient ces explications ?

Comment définiriez-vous la notion de prise en charge globale ?

- Aujourd'hui, estimez-vous pratiquer la prise en charge globale telle qu'elle vous a été décrite à votre arrivée ou bien tel que vous la pensez ?
  - si la réponse est la seconde : pourriez-vous m'indiquer pour quelles raisons vous préférez pratiquer la prise en charge globale telle que vous l'entendez ?
- Comment décririez-vous votre façon de pratiquer la prise en charge globale ?
- Estimez-vous que la démarche de prise en charge globale a pu avoir un effet sur votre pratique (médicale) ?
  - si oui : quelles peuvent être ces modifications ?
  - si non : estimez-vous que votre démarche s'est toujours inscrite dans une démarche de prise en charge globale ?
- Pensez-vous que la prise en charge globale puisse avoir un effet sur la relation médecin/patient, professionnel/usager ?
  - si oui : quels peuvent être ces changements ?
  - à quoi les attribueriez-vous ? (temps, possibilité de faire appel aux membres du réseau ASDES)
- Etes-vous intégré au réseau ASDES ?
  - si oui : le fait d'être intégré au réseau ASDES vous apporte-t-il un sentiment de soutien ?
  - si oui : quels éléments vous procurent ce sentiment ?

- Vous arrive-t-il souvent lors de consultations de faire appel aux médecins ou au personnel paramédical membre du réseau ?
  - si oui : qui contactez-vous le plus régulièrement ?
- Tout en faisant parti de la Polyclinique, quels sont les interlocuteurs, hors réseau ASDES, auprès desquels vous avez l'habitude de vous adresser dans le cadre d'une démarche de PCG ?
- Dans le cadre de votre exercice à la Polyclinique, vous est-t-il déjà arrivé de ne pas consulter avec une approche de prise en charge globale ?
  - dans quelles situations ?
  - pour quelles raisons ?
- Si la réponse est non : vous arrive-t-il de penser que la prise en charge globale ne correspond pas ou n'est pas indispensable dans certaines situations ?
  - si oui : quelles sont les situations ne nécessitant pas pour vous de prise en charge globale ?
  - pour quelles raisons pensez-vous que la PCG ne soit pas nécessaire dans ces situations ?
- Selon vous, la PCG correspond-elle plus particulièrement à un type de patient ?  
Répond-elle plus particulièrement aux besoins d'un type de patient ?
- Votre expérience acquise à la suite de la démarche de PCG vous a-t-elle aidée dans votre relation médecin/patient ?
  - dans l'abord des patients ?
  - dans le suivi des patients ?
- Votre pratique de la PCG vous a-t-elle mise dans des situations difficiles ?
  - difficultés à appliquer la PCG, en raison d'un manque de formation à ce sujet dans les écoles de médecine
  - difficulté de compréhension de la part du patient
  - non adhésion du patient à la PCG (consultation pour une pathologie, n'accepte pas d'être ausculté pour autre chose)
  - difficultés dues à une pudeur de la part du patient, pudeur de votre part (y a-t-il des patients avec lesquels vous ne vous sentiez pas à l'aise pour informer, pour pratiquer?)

✓ Annexe 2: guide d'entretien infirmières et aides soignantes

- Sexe
- Profession
- Depuis combien de temps exercez-vous cette profession ?
- Depuis combien de temps exercez-vous au sein de la Polyclinique ?
- Avez-vous travaillé dans un autre service ou une autre structure avant la Polyclinique ?
  - travaillez-vous dans une structure en parallèle ?
  - quelle est-elle ?
- Connaissez-vous la démarche de prise en charge globale avant d'exercer dans la polyclinique ?
- A votre arrivée, vous a-t-on expliqué ou donné des indications sur la prise en charge globale, telle qu'elle est pensée et pratiquée à la polyclinique ?
  - si oui : vous souvenez-vous des explications que l'on vous a donné?
- Comment définiriez-vous la prise en charge globale ?
- A l'accueil, en quoi consiste la PCG ? Qu'est-ce que l'on attend que vous fassiez par rapport au patient ?
- Estimez-vous qu'à l'accueil cette démarche soit toujours applicable ?
  - si oui : vous accueillez tous les patients avec une démarche de PCG ?  
ne rencontrez-vous jamais de difficultés particulière ?
  - si non : dans quels cas par exemple l'accueil ne peut se faire avec une démarche de PCG ? (temps, trop de monde, langue.....)
- La démarche de PCG vous a-t-elle apportée un élément supplémentaire à votre pratique ?
  - Positif : donc, estimez-vous que votre pratique a pu être modifiée au contact de la prise en charge globale ? Dans votre façon d'accueillir les patients, de les appréhender ?
    - si oui : quelles peuvent être ces modifications ?
  - ◇ Négatif : Estimez-vous que votre pratique n'a en rien été modifiée au contact de la PCG ?
    - si non : estimez-vous que vous pratiquez votre métier de la même manière avec ou sans démarche de PCG?
- Pensez-vous que la démarche de PCG est meilleure pour les patients ou bien qu'elle est équivalente aux autres façons d'accueillir, de prendre en charge ?
  - si oui : quels sont les bénéfices ?
- Accueillez-vous ou orientez-vous avec une démarche de PCG tous les patients ou bien plus particulièrement un type de patient ?

- si « un type de patient » : quel type de patient ?
- pour quelles raisons ces patients plus que d'autres ?
- Pensez-vous que la démarche de PCG est plus adaptée à un certain type de patient ou bien qu'elle est valable pour tous les patients ?
  - si oui : pour quel type de patient ?