



HAL
open science

Comment améliorer l'offre de soins dans un territoire de montagne ?

Émilie Philippe

► **To cite this version:**

Émilie Philippe. Comment améliorer l'offre de soins dans un territoire de montagne?. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02319022

HAL Id: dumas-02319022

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02319022>

Submitted on 17 Oct 2019

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

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



AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>



UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2019

COMMENT AMELIORER L'OFFRE DE SOINS DANS UN TERRITOIRE DE MONTAGNE ?

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

Emilie PHILIPPE

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le : 10/10/2019

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. le Professeur BOSSON Jean-Luc

Membres :

M. le Doyen MORAND Patrice

M. le Professeur IMBERT Patrick

M. le Docteur FAUCONNIER Jérôme (directeur de thèse)

M. le Docteur MOULAERT Thibault (sociologie)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2019-2020

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Cancérologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOU Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH	LEROY Vincent	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Hygiène hospitalière
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
MCF Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérard	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUTI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Bosson Jean-Luc : Je vous remercie d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse, pour vos enseignements et vos conseils avisés dans le cadre de cette thèse et au DMIS.

A Monsieur le Doyen Morand Patrice : Veuillez accepter mes sincères remerciements pour l'intérêt que vous portez à ce travail et de m'avoir fait l'honneur de siéger au jury de ma thèse.

A Monsieur le Professeur Imbert Patrick : Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de juger mon travail et d'être membre de ce jury.

A Monsieur le Docteur Fauconnier Jérôme : Je vous remercie d'avoir accepté la direction de cette thèse et de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Votre aide et présence sur le terrain a été précieuse. Merci pour la confiance que vous m'avez accordée.

A Monsieur le Docteur Moulaert Thibault : Un grand merci pour ton aide, ta disponibilité et pour tous les échanges passionnants que nous avons eus. J'ai vraiment apprécié travailler avec toi et j'ai pu découvrir le talent d'animation (et de rédaction !) des sociologues.

Je remercie l'ensemble des personnes qui m'ont aidée à réaliser ce travail : Grégoire Feyt, Marie-Christine Fourny, Paran Valentin.

Merci à toutes les personnes croisées au cours de mes stages :

Je remercie les différentes équipes que j'ai côtoyées durant mon internat qui m'ont permis de découvrir différents versants de la santé publique. Merci à l'équipe du DIM de Chambéry, du DMIS et au service PSP du conseil départemental Grenoble, pour votre disponibilité et votre gentillesse, j'ai vraiment passé de très bons moments à vos côtés.

A Gaëlle Vareilles : pour ta gentillesse, ta compréhension et ta patience. Tu m'as permis de découvrir le monde de la promotion de la santé. J'aurai plaisir à travailler avec toi lors de nos futures rencontres concernant les CLAT et les centres de vaccination.

A Corinne, ton aide quelque soit le sujet, et toutes nos petites discussions ont vraiment changé mon quotidien !

A Lise, pour ton aide précieuse en statistiques sur les séries temporelles à l'IAB, et pour m'avoir soutenue pendant ces stages.

Aux anciens co-internes : André, Anne-Marie, Asma, Joris, Paul, Lucie, j'ai passé de très bons moments à vos côtés, vous m'avez fait découvrir plein de nouveaux jeux de société en début d'internat. Petit clin d'œil à Lucie et Asma, merci pour votre soutien tout au long de mon parcours.

Merci à mes co-internes avec qui j'ai pu découvrir le monde de la santé publique. Petite mention spéciale à Valentin et Théophile, pour nos papotages « menuiserie et rabotage ».

Mais aussi, merci :

A Quentin, merci d'avoir été là pour moi depuis le début. Que de bons souvenirs avec les garçons, il a fallu les supporter toutes ces années !

A Benoit, pour ton humour et ta bonne humeur permanente depuis la P2. Certains surnoms restent bien ancrés ! Je me souviendrai longtemps de cette fameuse matinée au bloc d'ophtalmo' un lendemain de soirée.

A Maurine et Jean, merci pour tous ces moments géniaux passés ensemble et pour tous ces apéros/barbecues. Manon a de la chance d'avoir une marraine et un tonton aussi géniaux. Vivement nos prochaines sorties !

A mes amis du Nord, et de la Montagne.

A ma belle-famille, vous suivez de près ou de loin notre vie depuis le lycée, je suis ravie de faire partie de votre famille, merci pour votre présence constante et votre affection.

A ma famille, pour le soutien que vous m'avez apporté durant toutes ces années.

A mes oncles, tantes, grands-parents et marraine kiki pour votre bienveillance tout au long de ma vie.

A Lison, tu es aux côtés de mon frère depuis de nombreuses années, merci de faire partie de notre famille et pour tous nos échanges.

A Mariana, pour ton soutien artistique sans faille (et sans fin !) et ton dynamisme depuis de si nombreuses années. Tu m'as toujours soutenue dans tous les domaines, que ce soit pour les études ou pour le reste, merci !

A tatie Célia, merci d'avoir toujours été là pour moi, même si quelques centaines de kilomètres nous séparent maintenant. Ton amour des « médecines alternatives » me surprendra toujours, et tu m'as presque convaincue maintenant ! Merci pour tout.

A mamie Françoise et papy Arnold, j'espère que de là-haut, vous êtes fiers de moi. Mamie, ton amour reste éternel.

A mon frère, super parrain Maxime, loin des yeux mais toujours près du cœur. Merci d'être là quand il le faut. Je suis certaine que tu réussiras dans la voie que tu as choisie.

A mes parents bien sûr, si j'en suis là aujourd'hui, si je suis l'adulte que je suis devenue, c'est grâce à vous. À votre générosité, votre aide, votre tendresse, votre amour. Merci d'être mes parents.

A maman, merci de toujours me suivre dans mes délires, inspirations ou autres créativité du moment. Toute ma vie j'ai eu de la chance de t'avoir à mes côtés. Merci pour ton aide inestimable, dans mon travail et dans ma vie, tu es mon pilier au quotidien.

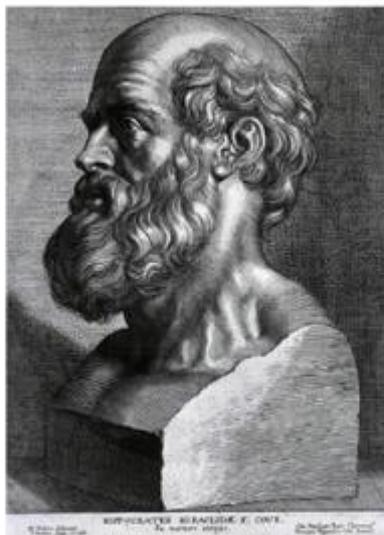
A papa, tu m'as toujours aidé à faire les bons choix. Merci de tout ce que tu as fait pour moi, de ton amour et de m'avoir constamment poussée à aller plus loin. Tu seras toujours pour moi une grande source d'inspiration.

A Mic, merci pour ton amour, ta patience, et nos deux beaux enfants. Tu supportes depuis si longtemps maintenant mon (petit) côté têtu. Je suis heureuse d'être à tes côtés, merci pour cette belle vie qui nous attend ! (Et oui je le sais, il était temps !). Tu es quelqu'un d'extraordinaire et je réalise à quel point j'ai de la chance de t'avoir à mes côtés. Merci d'être là pour nous.

A mes enfants Manon et Soan, mes deux amours.

Merci d'égayer chaque jour de ma vie.

Serment d'Hippocrate



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Table des matières

REMERCIEMENTS	6
SERMENT D'HIPPOCRATE	9
TABLE DES MATIERES	10
RÉSUMÉ	12
ABSTRACT	13
ABREVIATIONS	14
1 INTRODUCTION	15
1.1 CONTEXTE ET ETAT DES LIEUX	15
1.2 LE PROJET PLURALPS	17
1.2.1 <i>Contexte</i>	17
1.2.2 <i>Objectifs</i>	18
1.2.3 <i>Le Trièves</i>	19
2 METHODES	20
2.1 REVUE DE LA LITTERATURE	20
2.1.1 <i>Synthèse des pratiques innovantes</i>	20
2.2 ETUDE QUALITATIVE DANS LE TRIEVES : ATELIERS PARTICIPATIFS	21
2.2.1 <i>Choix du type d'étude</i>	21
2.2.2 <i>Populations d'étude</i>	22
2.2.3 <i>Organisation des ateliers citoyens participatifs</i>	22
2.2.4 <i>Déroulement des ateliers participatifs</i>	23
3 RESULTATS	28
3.1 RECENSEMENT DES PRATIQUES INNOVANTES DE LA MEDECINE DE PREMIER RECOURS	28
3.1.1 <i>L'installation en libéral</i>	28
3.1.2 <i>La dynamique territoriale</i>	29
3.1.3 <i>Le soutien à l'innovation</i>	29
3.1.4 <i>Les étudiants en médecine</i>	30
3.2 LES ATELIERS	30
3.2.1 <i>Participants</i>	30
3.2.2 <i>Atelier 1 : établir un diagnostic partagé par des habitants</i>	31
3.2.3 <i>Atelier 2 : discuter des scénarios, trouver des solutions : les fiches actions</i>	35
3.2.4 <i>Atelier 3 : confronter les solutions des habitants au regard des professionnels de santé et élus</i> ...	40
3.2.5 <i>Réunion de synthèse</i>	46
4 DISCUSSION ET PERSPECTIVES	46

4.1	RESULTAT PRINCIPAL	46
4.2	FORCES ET LIMITES	47
4.2.1	<i>Forces</i>	47
4.2.2	<i>Limites</i>	48
4.3	ANALYSE ET HYPOTHESES.....	49
4.3.1	<i>Atelier 1 : des attentes différentes</i>	49
4.3.2	<i>Atelier 2 : des habitants motivés</i>	50
4.3.3	<i>Atelier 3 : des priorités différentes</i>	51
4.3.4	<i>Réunion de synthèse : une satisfaction globale</i>	52
5	CONCLUSION	52
6	BIBLIOGRAPHIE	55
7	ANNEXES	58
7.1	ANNEXES 1: AFFICHE DIFFUSEE AUX HABITANTS	58
7.2	ANNEXES 2: AUTORISATION DE CESSION DE DROIT AUDIOVISUEL.....	59
7.3	ANNEXES 3: FICHE D'ACTIVITE 1 (DEROULEMENT ATELIER 1).....	63
7.4	ANNEXES 4: SCENARIOS DU GROUPE "ACTIFS"	66
7.5	ANNEXES 5: SCENARIOS DU GROUPE "AINES"	69
7.6	ANNEXES 6: FICHE D'ACTIVITE 2 (DEROULEMENT ATELIER 2).....	73
7.7	ANNEXES 7: FICHE D'ACTIVITE ATELIER 3.....	76
7.8	ANNEXES 8: 14 FICHES ACTION	79
7.9	ANNEXES 9: 5 GRILLES SWOT ELUES LORS DE L'ATELIER 3.....	92

Emilie Philippe

COMMENT AMELIORER L'OFFRE DE SOINS DANS UN TERRITOIRE DE MONTAGNE ?

RÉSUMÉ :

Introduction - La région Auvergne-Rhône-Alpes en partenariat avec l'Université Grenoble Alpes a décidé de soutenir la lutte contre les déserts médicaux en participant à la mise en œuvre du projet européen « Pluralps ». L'objectif de cette étude est de développer des approches innovantes et des supports d'aide à la décision au niveau d'un territoire pilote, le Trièves, afin d'y améliorer l'offre de soins.

Méthode - Notre démarche a été construite en 2 temps. D'abord une revue narrative de la littérature, synthétisant les solutions existantes au niveau national. Puis nous avons mis en œuvre une approche qualitative en réalisant des ateliers citoyens participatifs réunissant des habitants, des professionnels de santé et des élus du Trièves. Nous avons ainsi recueilli des solutions innovantes adaptées au territoire.

Résultats - Au total, 5 ateliers ont été réalisés. Quatre ateliers d'habitants ont permis d'établir 14 fiches action correspondant à des solutions innovantes. Lors de l'atelier et de la réunion de synthèse composés d'élus et de professionnels de santé, 5 fiches action ont été élues sur des critères de faisabilité : MSP multi-sites, élargissement des compétences des infirmières, permanence de spécialistes, mise en place de gardes de jour et nuit, amélioration des conditions d'installation des médecins. 5 grilles « Strength-Weakness-Opportunities-Threats » (SWOT) ont été complétées pour pouvoir mettre en œuvre ces solutions sur le territoire.

Conclusion - Notre démarche a permis de proposer aux élus du Trièves des solutions prenant en compte les difficultés ressenties par les habitants de ce territoire. Ces grilles SWOT constitueront un atout pour les décideurs politiques.

Mots-clés : Désert médical - Participation citoyenne - Offre de soins - Recherche qualitative - Politique de santé – Attractivité – Démographie médicale

Filière : MEDECINE – SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE SOCIALE

HOW TO IMPROVE PRIMARY HEALTH CARE IN A MOUNTAIN TERRITORY?

ABSTRACT :

Background - The Auvergne Rhône Alpes region in partnership with the University Grenoble Alpes decided to combat medical desertification by participating in the implementation of the European project “Pluralps”. The objective of this study is to develop innovative approaches and decision-making supports in a pilot territory, Trièves, in order to improve primary health care.

Method - Our approach was built in 2 stages. First an analysis of the literature, synthesizing existing solutions in France. Finally, we implemented a qualitative approach by conducting participative workshops bringing together inhabitants, health professionals and elected representatives of Trièves. We have collected adapted innovative solutions to the territory.

Results - We carried out 6 workshops. During the 4 workshops of inhabitants we created 14 action-cards corresponding to innovative solutions. 5 actions-cards were elected based on feasibility criteria by elected representatives and health professionals : multidisciplinary home care, expanding scope of nurses, medical experts permanence, day and night shifts, improving the conditions for settling doctor's. 5 « Strength-Weakness-Opportunities-Threats » (SWOT) analysis were completed to be able to implement these solutions on the territory.

Conclusion - Our approach made it possible to propose several solutions to the elected representatives of the Trièves, taking into account the difficulties of the inhabitants of this territory. These SWOT analysis will be an asset for policy makers.

Key words : medical desert – citizen participation– health care – qualitative research – health policy

Abréviations

TVS : Territoire de Vie-Santé

APL: Accessibilité potentielle localisée

WP : Work package

ETP : Equivalent temps-plein

MSP : Maison de santé pluri-disciplinaire

CCAS : Centre communal d'action sociale

SWOT: Strength/Weakness/Opportunities/Threat

CAIM : Contrat d'aide à l'installation des médecins

COSCOM : Contrat de stabilisation et de coordination médecin

COTRAM : Contrat de transition pour les médecins

CSTM : Contrat de solidarité territoriale médecin

PTMG : Praticiens territoriaux de médecine générale

PTMA: Praticiens territoriaux de médecine ambulatoire

PTMR : Praticien territorial médical de remplacement

PIAS : Praticien isolé à activité saisonnière

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

DMP : Dossier médical partagé

1 Introduction

1.1 Contexte et état des lieux

En France, les questions liées aux déserts médicaux et à la répartition de l'offre de soins sont une problématique récurrente en matière de politique nationale et territoriale.

L'expression « désert médical », largement médiatisée ces dernières années, rend compte des difficultés rencontrées par la population.

De plus, les territoires de montagne cumulent souvent l'éloignement des soins de proximité et de spécialités. Les difficultés rencontrées par ces secteurs relèvent plus souvent d'une inadéquation entre l'offre de soins présente, et la demande en soins des habitants. Leurs besoins présentent des spécificités liées à des contraintes de mobilités, dues à l'enclavement, et au rythme de vie quotidien de chaque français.

Ils élaborent des arrangements et développent éventuellement des stratégies en fonction des ressources (financières, temporelles, mais aussi sociales et familiales) dont chacun dispose.

Afin de palier à ceci, l'ARS a déterminé des « zones fragiles » et des « zones de vigilance » pour les régions [1]. C'est par ce zonage qu'est déterminée la possibilité pour le médecin généraliste de percevoir les aides financières de la convention nationale de 2016. Les aides allouées sont moins importantes pour les zones de vigilance que pour les zones fragiles.

DÉPARTEMENT DE L'ISÈRE

Quartiers Politiques de la ville Intégrés dans le zonage	
Saint-Marcellin : • La Plaine	ZIP
Le Péage-de-Roussillon : • Vieux Péages • Route de Sablons • Les Ayencins	ZIP
Fontaine : • Alpes Mail Cachin	ZAC
Pont-Évêque : • Plan des Aures • Les Genêts Cancane • Charlemagne	ZAC
Vienne : • Estressin • Vallée de Gère • Malissol	ZAC

Légende

	ZIP – Zone d'intervention prioritaire
	ZAC – Zone d'action complémentaire
	ZV – Zone de vigilance
	Hors classement

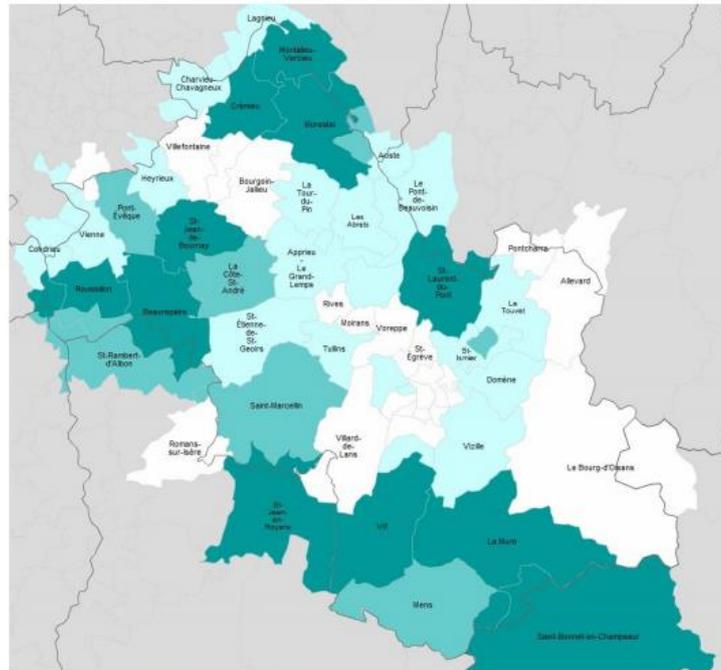


Figure 1: Zonage territorial de l'Isère (2018)

Ce maillage territorial est organisé selon des « territoires de vie-santé » (TVS) [2] ce qui permet le calcul « l'accessibilité potentielle localisée » (APL) qui est un indicateur local représentatif du nombre de consultations accessibles par habitant. Cet indicateur tient compte de la distance entre le praticien et le patient, de l'activité de chaque médecin généraliste par an et de la demande en soins par catégories d'âge [3] [4]. Le Ministère de la Santé a défini une valeur seuil de l'APL de 2,5 consultations par an et par habitant sous laquelle les communes sont considérées comme « désert médical » [5].

En Rhône-Alpes, 7,9% de la population soit 619000 habitants est en zone d'intervention prioritaire[1].

Répartition du zonage en termes populationnel

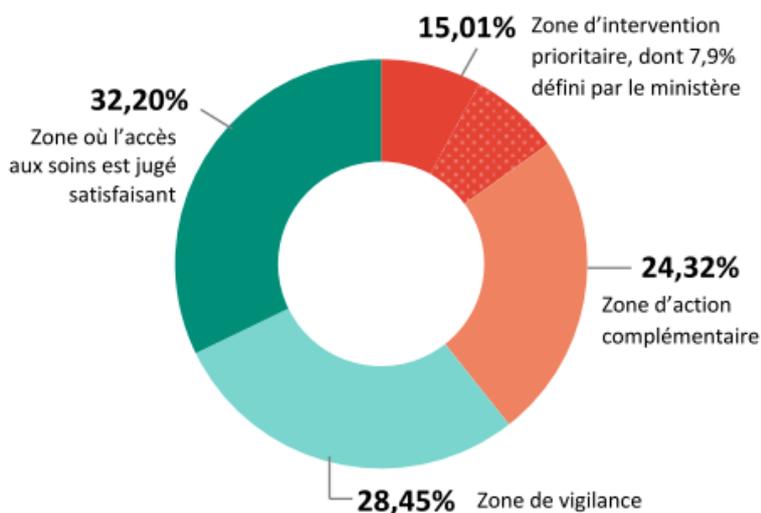


Figure 2: Répartition démographique du zonage territorial en région Auvergne-Rhône-Alpes

La figure 2 nous indique que 28,45% de la population de la région se situe en zone de vigilance. Dans ce contexte de fragilité il a semblé logique d'orienter le projet Pluralps sur ces zones sensibles.

1.2 Le projet Pluralps

1.2.1 Contexte

Pluralps est un programme européen INTERREG Espace Alpin « Enhancing capacities for a PLURAlistic Alpine Space » dont la Région Auvergne Rhône-Alpes est partenaire. Sur une durée de 3 ans (2016-2019), il a pour objectif principal de renforcer l'attractivité des territoires ruraux alpins en attirant de nouvelles populations dans des territoires de montagne grâce à des outils innovants.

Dans ce cadre, la région Auvergne-Rhône-Alpes a souhaité s'orienter vers la lutte contre la désertification médicale afin d'étudier les possibilités de retrouver des services de santé en zone urbaine sensible et en milieu rural. Les causes de cette désertification sont majoritairement structurelles (démographie médicale changeante et vieillissante,

accroissement des besoins en soins, changements des pratiques) et les mesures existantes actuellement n'ont pas permis d'enrayer le phénomène.

Pour répondre aux besoins de santé des habitants mais aussi aux attentes professionnelles et familiales des médecins, une structuration de l'offre de soins de premier recours dans un territoire alpin est nécessaire, aboutissant à une offre de proximité accessible en matière de délai et de distance.

Le projet vise à comprendre et identifier les facteurs impliqués dans le manque d'attractivité de ces zones mais aussi les freins et leviers d'action dans ce contexte de désertification médicale.

1.2.2 Objectifs

Pluralps se base sur les deux objectifs principaux suivants : faciliter le développement de pratiques innovantes d'exercice de la médecine et encourager les étudiants en médecine à exercer en zones fragiles.

Afin de répondre à ce double objectif, le projet se divise en plusieurs actions portées par plusieurs partenaires dont le laboratoire PACTE, TIMC et l'Université Grenoble Alpes :

- Le développement d'outils de sensibilisation ou d'aide à la décision : en direction des collectivités territoriales afin d'identifier les besoins et solutions possibles en matière d'offres de soins sur un territoire, mais aussi en direction des facultés et étudiants en médecine avec comme objectif de lever leurs réticences à la pratique de la médecine générale en zones sensibles.
- Relever les contraintes et opportunités au développement de pratiques innovantes en médecine générale dans des territoires ruraux alpins.

Ces actions sont réparties sous la forme de quatre volets :

- Le premier volet (Work Package 1) s'est déroulé d'avril 2017 à mars 2019 et a porté sur le recensement des pratiques innovantes de la médecine de premier recours dans trois territoires pilotes (le Vercors, Saint Martin d'Hères, le Trièves). Il s'agissait de dresser un état des lieux des expériences, pratiques et attentes de différents professionnels de santé sur ces sites.
- Le deuxième volet (Work Package 2) consiste en la création d'un outil numérique prospectif de planification territoriale permettant d'estimer les besoins en professions

de santé selon le contexte territorial et la prospective démographique (populations et professionnels de santé) d'un territoire.

- Le troisième volet (Work Package 3) s'articule autour du développement et de la mise en œuvre d'outils innovants, d'information et de supports d'aide à décision permettant de faciliter l'installation des médecins généralistes en zones rurales.

Ce 3^{ème} volet se décline deux parties :

- Le développement d'outils à destination des facultés et étudiants en médecine via une enquête auprès de ceux-ci.
 - Le développement d'approches innovantes en matière d'offres de soins à destination des collectivités, sur un territoire pilote (le Trièves).
-
- Un quatrième volet consacré à la dissémination du projet et aux recommandations.

Cette thèse « Comment améliorer l'offre de soins sur un territoire de montagne ? » est basée sur le Work Package 3 (WP3) et plus spécifiquement sur le dernier point concernant le développement d'approches innovantes. Elle a été facilitée grâce aux relais locaux assurés par Jérôme Fauconnier, membre de l'équipe THEMAS et élu dans le Trièves.

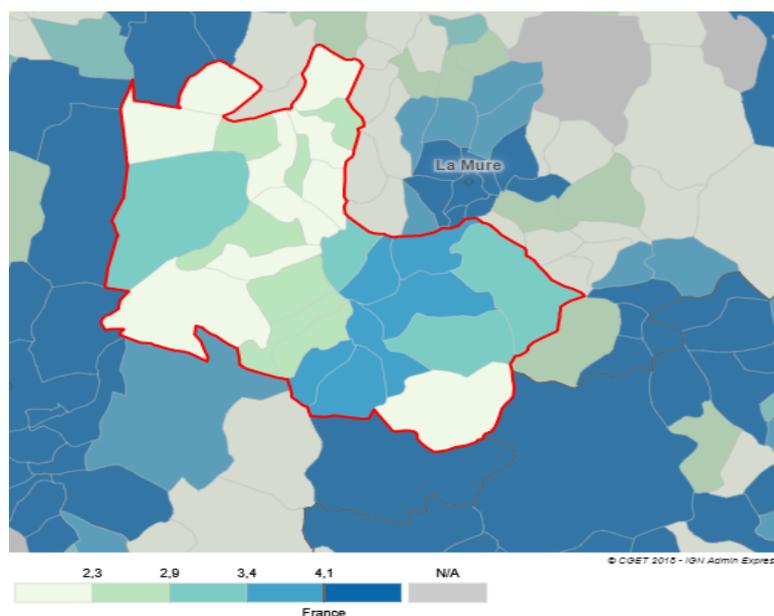
L'objectif principal de cette étude est de faire émerger des solutions innovantes permettant d'améliorer l'offre de soins dans le Trièves, via une démarche de participation citoyenne prenant en compte le ressenti de la population, des professionnels de santé et des élus.

1.2.3 Le Trièves

Le Trièves est un territoire rural de moyenne montagne se situant au sud du département de l'Isère à environ 20 kilomètres de Grenoble. Il est composé de 29 communes qui s'étendent sur 650km². Le Trièves est délimité géographiquement par des barrières physiques : Vercors à l'ouest, massif du Dévoluy au sud-est, Vallée du Drac à l'Est. Il compte environ 10000 habitants.

En 2019, 8 médecins généralistes exercent sur le secteur et représentent 5 ETP. En France, l'APL moyenne aux médecins généralistes est de 4,1 consultations par an et par habitant. Dans le Trièves, l'APL moyenne vaut 2,6 [2,3 ;2,9] consultations par an et par habitant. [6] Nous pouvons observer que cette valeur est supérieure à la valeur seuil de 2,5 fixée par le gouvernement.

Cependant, nous voyons sur la figure 3 que pour certaines des 29 communes, l'APL moyenne est bien en dessous de la valeur seuil.



2 Méthodes

2.1 Revue de la littérature

2.1.1 Synthèse des pratiques innovantes

En amont de l'étude de terrain, une recherche bibliographique aboutissant à une synthèse des pratiques innovantes concernant la médecine de premier recours aux échelles nationales, régionales et départementales a été effectuée et présentée à la Région-Auvergne-Rhône-Alpes en Janvier 2019.

Cette revue de la littérature est narrative et non exhaustive, et a été réalisée grâce à une sélection de 5 rapports nationaux, de documents publiés dans les banques de données bibliographiques mais aussi dans les textes législatifs et réglementaires. [7] [8] [9] [10]

Les innovations ou solutions listées ont été regroupées en plusieurs thématiques. Certaines mesures ou innovations proposées ont été expérimentées en France tandis que d'autres ne correspondent qu'à des propositions et sont à adapter à l'échelle territoriale souhaitée.

2.2 Etude qualitative dans le Trièves : ateliers participatifs

2.2.1 Choix du type d'étude

Pour répondre à l'objectif principal, une étude qualitative a été réalisée.

Des ateliers citoyens participatifs ont été menés entre janvier 2019 et juin 2019 avec des habitants, professionnels de santé et élus du Trièves afin de pouvoir obtenir des outils innovants permettant d'améliorer l'offre de soins sur ce territoire.

Jusqu'à présent et à travers les autres Work packages, le projet PLURALPS a permis de récolter différents points de vue, tels que ceux de différents professionnels de santé et élus de trois territoires ou d'étudiants en médecine de Grenoble. Nous avons souhaité intégrer le point de vue des habitants qui n'avait pas encore été exploré jusqu'ici. Il s'agissait d'essayer de distinguer si les solutions existantes de lutte contre les déserts médicaux avaient du sens pour les élus locaux ou les habitants.

Recueillir la voix des habitants avait un double objectif : mesurer un possible décalage entre les mesures de lutte promues à différents échelons territoriaux mais aussi vérifier s'il existe d'autres pistes qui n'auraient pas ou peu été explorées et qui seraient particulièrement adaptées au territoire du Trièves.

Ainsi, la démarche est qualitative car réalisée à travers des enquêtes par petits groupes d'habitants et elle s'appuie sur une analyse compréhensive des données produites ; elle est participative dans la mesure où les habitants ont été sollicités apporter leurs connaissances et solutions aux situations en lien avec une offre de soins fragile ou fragilisée ; leurs travaux ont été confrontés à la réalité du terrain, puisque qu'ils ont été analysés ensuite par des professionnels de santé et des élus du territoire.

2.2.2 Populations d'étude

Tous les habitants du Trièves de plus de 18 ans étaient éligibles pour participer à l'étude. Néanmoins, nous avons considéré que certains publics, comme les personnes plus âgées ou les familles avec enfants (en bas âge), pourraient être davantage concernés. Nous avons donc séparé les participants en trois groupes : le premier groupe était composé d'habitants âgés de 18 à 50 ans, le deuxième groupe comprenait des habitants de plus de 65 ans, et le troisième était constitué de professionnels de santé et élus du territoire.

Nous avons choisi de limiter la taille de chaque groupe d'habitants à 20 personnes maximum afin de pouvoir mettre en application nos outils d'animation de manière optimale.

Le recrutement des participants a été réalisé de manière volontaire. Nous avons dans un premier temps recruté les participants des deux groupes d'habitants. Des affiches ont été disposées dans les écoles, CCAS, crèches, mairies, pharmacies du Trièves [Annexes 1: Affiche diffusée aux habitants]. Des messages ont été relayés sur les réseaux sociaux.

Concernant le groupe de professionnels de santé et d'élus, une invitation individuelle par email a été transmise à chaque personne concernée ; le soutien du président de la Communauté de Communes, avec sa double casquette d' élu et de médecin a sans doute facilité l'accès aux personnes visées.

2.2.3 Organisation des ateliers citoyens participatifs

Chaque groupe d'habitants a participé à deux ateliers. Le premier servait à poser un diagnostic partagé collectivement ; le second à explorer des pistes de solutions à partir de ces constats.

Puis le groupe des professionnels de santé et élus a pris part à un atelier en travaillant sur les solutions produites par les habitants afin d'en étudier leur faisabilité. Une réunion finale de restitution a permis de présenter les résultats de notre étude en présence de l'ensemble des participants.

Pour des raisons de facilité de compréhension les personnes du groupe 18-50 ans ont été appelées « les Actifs », et celles du groupe de plus de 65 ans ont été appelées « les Aînés ».

- Le premier atelier (atelier 1), d'une durée de 2 heures, a eu lieu en février 2019 pour chaque groupe. Il s'est tenu en soirée au Granjou, centre social et de loisirs de Monestier de Clermont, pour le groupe Actifs, et à la mairie de Sinard en matinée pour le groupe Aînés .
- Les deux groupes ont ensuite participé au deuxième atelier (atelier 2) durant 2 heures, en mars 2019. Ce dernier atelier a eu lieu en soirée, au Granjou pour le groupe Actifs et l'après-midi à la mairie de Sinard pour les Aînés.

Les ateliers concernant les habitants ont été animés par Thibault Moulaert, sociologue du laboratoire PACTE et moi-même. Une personne animait le groupe, permettant ainsi le bon déroulement des animations, tandis que l'autre était affectée à l'observation des diverses réactions des participants, à la prise de notes et de photographies.

- L'atelier 3 du groupe des professionnels de santé et élus ainsi que la réunion de synthèse ont eu lieu respectivement en mai et juin 2019 à Clelles et Saint martin de Clelles, et ont été animés par les membres du laboratoire PACTE (sociologue, géographes), TIMC ainsi que des médecins du CHU de Grenoble.

Des fiches d'activités traçant le déroulement des ateliers ont été réalisées. Des autorisations de consentement de droit à l'image ont été distribuées et signées par tous les participants.

2.2.4 Déroulement des ateliers participatifs

2.2.4.1 Atelier 1 : établir un diagnostic partagé par des habitants

L'objectif de cet atelier était de réaliser un diagnostic partagé concernant la perception de l'offre de soins dans le Trièves. Il s'agissait de synthétiser les difficultés rencontrées par les habitants des groupes Aînés et Actifs sur le territoire puis d'identifier les freins et leviers pour chaque problématique.

Cet atelier citoyen s'est déroulé en deux temps [Fiche d'activité/déroulement : Annexes 3] :

- Une première partie, d'une heure, organisée sous forme de métaplan répondant à la question suivante : « *Au quotidien, quelles sont les difficultés que vous rencontrez concernant l'offre de soins ou l'accès aux soins sur votre territoire ?* ».

Nous avons choisi d'écarter le terme de « désert médical » dans la question afin de ne pas orienter les réponses des participants.

Des post-it ont été distribués aux participants afin de répondre à cette question. Ils ont été dépouillés un à un de manière anonyme par l'animateur et regroupés en thématiques générales sur un support vertical par les habitants. Chaque habitant a complété entre 1 et 5 post-it.

- Une deuxième partie, de 30 minutes, répondant à la question suivante : « *A votre sens, et compte-tenu des échanges que nous avons déjà eu ensemble, qu'est-ce qui représenterait un frein et un levier à l'amélioration de l'offre de soins dans le Trièves?* »

Une discussion collective a permis l'identification des freins et leviers correspondant à chaque thématique.



Figure 4: Photographie de l'atelier 1 du groupe "Actifs"



Figure 5: Photographie de l'atelier 1 du groupe "Aînés"

2.2.4.2 Atelier 2 : discuter des scénarios, trouver des solutions : les fiches actions

Afin de préparer le deuxième atelier, nous avons rédigé 8 « scénarios types » soit 4 scénarios pour les actifs et 4 scénarios pour les aînés, tirés des thématiques de difficultés proposées par les habitants précédemment [Scénarios : Annexes 4 et Annexes 5]. Ces récits de vie ont été écrits sous forme narrative, par Thibault et moi-même, en essayant de retranscrire de manière fidèle le ressenti et vécu de la population. Ces histoires reflètent la vie quotidienne et les aléas des habitants du Trièves.

Ce deuxième atelier avait pour objectif de proposer des solutions à mettre en œuvre sur le territoire afin de lutter contre les déserts médicaux sur la base du premier atelier et de ces récits. L'objectif final était de rédiger plusieurs fiches actions développant les solutions proposées par les habitants.

Afin de s'assurer d'une bonne cohérence de ces scénarios et de s'assurer du respect des problèmes identifiés par les habitants lors de l'atelier 1, la séance a commencé par une lecture de ces récits.

Après correction et validation collective des scénarios types, l'atelier s'est déroulé en deux temps :

- Nous avons constitué plusieurs sous-groupes de 2 à 4 personnes. Pendant 40 minutes, chaque groupe a travaillé sur un des 4 scénarios proposés et répondu à la question suivante « *Comment résoudre ce souci particulier au niveau local ? Quelles solutions*

proposeriez-vous ? ». Les habitants ont été invités à échanger par groupe autour des pistes et solutions envisageables au niveau local. Un référent pour chaque sous-groupe a été choisi afin de retranscrire les idées par écrit et pouvoir les retransmettre ensuite aux chercheurs.

Les solutions envisagées pour chaque scénario ont été validées collectivement à l'oral puis un vote a été organisé afin de réduire le nombre de solutions à deux par scénario.

Pour le groupe des Aînés le vote a été réalisé à mains levées solution par solution. Mais constatant la difficulté et la perte de temps engendrée par ce type de vote, nous avons par la suite modifié cette méthode pour le groupe des Actifs en faisant voter un à un chaque participant sur bulletin de vote. Le dénombrement des votes était identique pour les deux groupes à savoir une voix possible par proposition.

- Des fiches actions vierges ont ensuite été distribuées par les animateurs et chaque sous-groupe a rédigé ces solutions sous forme de fiches actions. Les idées ont été transformées en mesures opérationnelles amenant à construire une fiche descriptive de l'action. Chaque fiche-action est déclinée en rubriques : Objectifs de l'action, territoire, public-cible, structures porteuses et/ou impliquées, financeurs, idée, état des lieux, étapes, actions qui en découlent, résultats attendus, perspectives.

Cette méthode demande ainsi d'aller plus loin que la simple revendication et permet de réfléchir à l'adéquation aux conditions de terrain et aux attentes réelles. [Déroulé complet de l'atelier 2 : Annexes 6]

2.2.4.3 Atelier 3 : confronter les solutions des habitants au regard des professionnels de santé et élus

La réalisation des 2 ateliers menés avec les habitants impliquait de confronter leur production aux points de vue des élus et des professionnels de santé, censés être les organisateurs et opérateurs des réponses sanitaires dans le Trièves.

Un atelier a été proposé aux élus et professionnels de santé du territoire suite à la confection des fiches actions par les habitants du Trièves. [Fiche d'activité/déroulement de l'atelier :Annexes 7].

Lors de cet atelier en mai 2019, l'équipe de chercheurs a d'abord présenté l'ensemble du projet Pluralps : les résultats tirés des ateliers habitants, une enquête étudiante réalisée par l'UGA puis un outil de prospective démographique par le laboratoire PACTE.

Il avait pour objectif de présenter les fiches actions des habitants et leurs idées innovantes, et de laisser aux élus et professionnels de santé du territoire le choix des fiches à développer selon leurs propres critères de faisabilité.

Chaque participant a reçu les fiches actions réalisées par les deux groupes d'habitants. Après un temps de lecture de ces fiches, la technique du « *groupe nominal* » a été mise en place et adaptée à notre étude. Cette technique a été proposée dans les années 1960 par Delbecq & Van de Ven [11] : chaque personne a reçu 5 bulletins de vote valant respectivement 1, 2, 3, 4 et 5 points .

Des bulletins rouges ont été distribués aux professionnels de santé, jaunes aux médecins et vert aux élus afin d'identifier de manière anonyme et sans influence, les tendances de vote par catégories professionnelles/d'acteurs.

Nous leur avons demandé d'attribuer une fiche action à chacun de leur 5 bulletins de vote.

Exemple : « 5 points – Fiche 1 « Cabinet Dentiste » »

.

Ainsi, chaque participant notait, selon son ordre de préférence, les 5 solutions qui lui paraissaient les plus pertinentes d'un point de vue de leur faisabilité sur leur territoire en particulier. Lors de la mise en place de cette technique, nous avons attiré l'attention des élus et professionnels de santé sur le fait de prendre en compte les situations rencontrées sur l'ensemble du territoire (nord et sud du Trièves). Cela devait nous permettre de dépasser l'une des limites de notre consultation des habitants, à savoir la focalisation sur une partie seulement du Trièves (le nord).

Le dépouillement, effectué directement pendant la séance, a permis d'établir un nombre de points pour chaque fiche, un score de fréquence et l'ordre de priorité des fiches actions à développer par les participants. Les 5 fiches ayant le plus de votes (score le plus élevé) ont été choisies.

Sur cette base, cinq sous-groupes ont donc été constitués et un débat a été organisé dans chacun de ces groupes à l'aide d'un chercheur (faisant fonction d'animateur) afin de discuter de la faisabilité et des conditions de réalisation de chaque fiche.

L'objectif au terme de ces débats étaient de remplir une fiche d'analyse SWOT pour chaque fiche action. Afin d'y parvenir nous avons distribué à chaque petit groupe un exemple de grille d'analyse SWOT déjà réalisée dans le cadre d'un autre projet afin que chaque participant comprenne ce qui était attendu. Ceci a abouti à la réalisation d'une grille d'analyse SWOT par fiche action pour le projet Pluralps.

2.2.4.4 Atelier 4 : compte-rendu final

Ce dernier atelier constitue une synthèse générale du projet Pluralps. Tous les habitants ainsi que les professionnels de santé et élus ayant participé aux ateliers précédents ont été conviés. Une restitution des différentes étapes a été réalisée et les 5 grilles d'analyse SWOT ont été présentées puis une discussion collective a été engagée sur cette base.

3 Résultats

3.1 Recensement des pratiques innovantes de la médecine de premier recours

En amont des ateliers et afin de faciliter leurs réalisations, les mesures innovantes proposées dans la littérature ont été recensées et séparées en 4 thématiques.

3.1.1 L'installation en libéral

Il s'agit des mesures facilitant directement l'installation en libéral des praticiens (médecins généralistes ou spécialistes).

- Mesures pour une politique d'accueil des nouveaux arrivants : accompagnement à l'installation par des aides logistiques et administratives [10]
- Dispositifs de communication valorisante ciblés : plaquettes d'information, livrets, salon, congrès, conférences. [10]
- Dispositifs financiers [12] : exonérations de certaines taxes sur une durée limitée, aides conventionnelles de l'Assurance maladie (CAIM, COSCOM, COTRAM,

CSTM), dispositifs contractuels de l'ARS (PTMG[13], PTMA, PTMR, PIAS), aides régionales et départementales, soutien de l'ARS (maisons de santé, centre de santé, télémédecine), primes hospitalières.

- Proposer de nouveaux modes d'exercices : favoriser l'exercice regroupé (cabinets multi-sites, centres de santé) et en réseaux [10] (équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé), favoriser l'exercice mixte salarié/libéral et l'activité mixte ville/hôpital, valoriser et simplifier les statuts intermédiaires [8] (nouveaux statuts de médecin remplaçant, assistant, adjoint ou collaborateur).
- Augmentation du temps médical disponible pour les patients [14] : délégation de la gestion du cabinet par une entreprise, mise à disposition d'agent de la fonction publique au niveau local (secrétariat) et diminution des cotisations sociales en cas d'emploi de secrétariat mutualisé.

3.1.2 La dynamique territoriale

Une meilleure dynamique territoriale passe par l'amélioration de la coordination territoriale des acteurs via :

- La création de cellules d'appui à l'ingénierie de projet au sein des ARS, relais vers les acteurs de terrain [8].
- La structuration des MSP encore non éligibles aux aides de l'AM (c'est-à-dire un appui juridique, une aide à la coordination et à l'acquisition d'un système d'information partagé dans les structures) [8].
- Un pilotage opérationnel des structures regroupées par l'ARS [14].
- L'utilisation du guichet unique pour les démarches des professionnels [8]
- L'instauration des Conseils Territoriaux de Santé pour rénover le dialogue entre élus et ARS [8].
- La mise en place d'un diagnostic partagé associant les élus et professionnels de santé d'un territoire et permettant un suivi régulier et l'évaluation des initiatives. [8].
- La modulation du Fonds d'Intervention Régional (FIR) [15] par l'ARS en tenant compte des territoires déficitaires.

3.1.3 Le soutien à l'innovation

Le soutien à l'innovation a été séparé en deux catégories :

- Le développement de la télémédecine [8]: il s'agit du fait de faciliter ou d'impulser la structuration des réseaux par la formation des professionnels de santé à l'usage de la télémédecine, le financement des actes dans le cadre tarifaire de droit commun, et l'obtention d'une aide afin d'acquérir le matériel adapté.
- La délégation d'actes entre professionnels [8]: développement de protocoles de coopération entre professionnels de santé (soins infirmiers, ophtalmologie par exemple), définition d'un régime de financement incitatif à la coopération entre professionnels de santé.

3.1.4 Les étudiants en médecine

Dans cette thématique, deux types de mesures sont présentées :

- Celles permettant de changer le regard des étudiants sur la médecine en milieu rural : Cela passe par la modification de la formation initiale avec notamment la mise en place de stage ambulatoire obligatoire pendant l'externat et une procédure d'agrément assouplie pour des lieux de stage en dehors de la subdivision. Il est également nécessaire de favoriser la diversité géographique et sociale des étudiants en instaurant des filières d'initiation aux métiers de la santé dans les lycées en zones sous-dotées [10].
- Les mesures permettant d'améliorer les conditions de stages telles que : l'incitation à la maîtrise de stage pour les tuteurs, des conditions de stage attractives (dispositifs financiers d'aide aux stagiaires : logement, transport) et une offre de stage ambulatoire améliorée. [10]

3.2 Les ateliers

3.2.1 Participants

Le groupe Actifs était constitué de 9 participants lors de l'atelier 1 puis de 6 participants lors du second atelier, l'âge moyen était de 48,1 ans puis 46,3 ans [Tableau 1] Le groupe

Aînés était constitué de 17 participants pour l’atelier 1 puis de 14 participants pour l’atelier 2 avec une moyenne d’âge à 71,4 ans aux deux ateliers. Lors de l’atelier 3, 52.9% des participants étaient des professionnels de santé (n=18), 14.7% étaient des médecins (n=5), et 32.3% étaient des élus (n=11).

Nous pouvons constater que les habitants étaient relativement présents à la dernière réunion, par contre les élus et professionnels de santé n’ont que très peu assisté à cette synthèse. [Tableau 2].

	Groupe « Actifs »			Groupe « Aînés »		
	Age moyen (DS)	Sexe (H/F)	Total (n)	Age moyen (DS)	Sexe (H/F)	Total (n)
Atelier 1	48,1 (13,1)	3/6	9	71,4 (3,0)	6/11	17
Atelier 2	46,3 (11,7)	2/4	6	71,4 (3,35)	5/9	14

Tableau 1: Effectifs des participants selon l’âge et le sexe pour l’atelier 1 et 2

	Professionnels de santé	Médecins	Elus	Habitants	Total
Atelier 3	18	5	11	NC	34
Réunion synthèse	2	0	3	12	17

Tableau 2: Effectifs des participants lors des ateliers 3 et 4

3.2.2 Atelier 1 : établir un diagnostic partagé par des habitants

3.2.2.1 Les thématiques

L’animation du métaplan a permis aux habitants de répondre à la question « *Au quotidien, quelles sont les difficultés que vous rencontrez concernant l’offre de soins ou l’accès aux soins sur votre territoire ?* ».

Le nombre de propositions et difficultés relevées sur les post-it était globalement supérieur chez les Actifs, comme l’illustre la comparaison de deux affiches [Figure 6 et Figure 7].

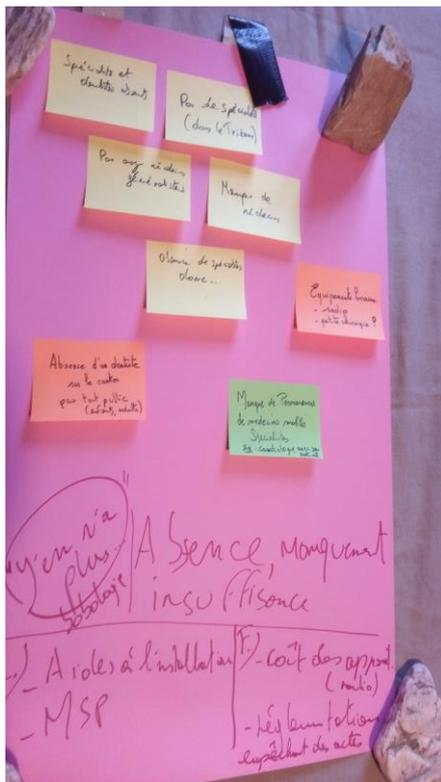


Figure 6 : Nombre de proposition du groupe "Aînés"

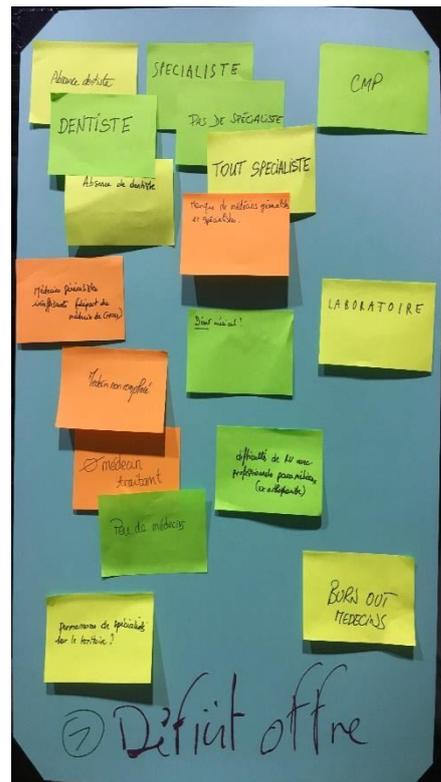


Figure 7: Nombre de proposition du groupe "Actifs"

Si on compare les groupes, on constate que celui des Actifs résume ses difficultés autour de 5 thématiques :

- Déficit : manque de généralistes/spécialistes
- Disponibilité de l'offre
- Gestion des urgences
- Spécificités du territoire
- Conditions de vie.

Quant au groupe des « Aînés », 6 thématiques résument leurs représentations :

- Manque/Absences des médecins
- Disponibilité et temps d'écoute
- Organisation des gardes et soins le week-end
- Rendez-vous
- Éloignement

- Spécificités du territoire

On constate que les thèmes décrits par les Actifs correspondent davantage à un langage tiré de la santé publique tandis que le groupe des « Aînés » fait plutôt référence à la quotidienneté des soins : Si les deux groupes constatent la rareté des médecins (généralistes et spécialistes) sur leur territoire, les uns parlent de « manque et d'absence » tandis que les autres parlent de « déficit ».

Pour les Aînés, les constats effectués tendent vers le fait que le médecin « devrait » s'adapter. Du côté des Actifs, les points de vue semblent plus nuancés. Nous avons pu observer qu'ils ont été plus enclins à considérer l'articulation entre la vie professionnelle et la vie privée et/ou familiale des médecins ainsi que leurs difficultés (burn out ...).

Pour chaque thématique ci-dessus, des freins (les thématiques) et des leviers ont été repérés par les participants afin de nous permettre de rédiger les scénarios types [Tableau 3 et Tableau 4].

Thématiques	Leviers
Gestion des urgences	Nouvelle organisation de l'aide, meilleure visibilité et information des patients
Déficit : manque de généralistes/spécialistes	MSP, stages, télémédecine.
Disponibilité de l'offre	Voir l'agenda du médecin, ouvrir plus de consultations sans rendez-vous
Spécificités du territoire	Co-voiturage
Conditions de vie	Coordination des soins, soutien de l'offre touristique, donner l'envie de venir aux stagiaires (attractivité du territoire)

Tableau 3: Freins et leviers du groupe "Actifs"

Thématiques	Leviers
Manque/Absences des médecins	Aides à l'installation ; MSP
Disponibilité, temps d'écoute	Travail en équipe ; partage du travail avec les infirmières ; « à nous de nous adapter aussi »
Organisation des gardes et soins le week-end	Étendre la notion de « médecin référent » vers des « équipes référentes »
Éloignement	Télé médecine
Rendez-vous	Changer le secrétariat Étendre le temps de travail des médecins

Tableau 4: Freins et leviers du groupe "Aînés"

Quelques constats peuvent être effectués :

- Dans le groupe Actifs : les participants et possiblement « un noyau d'habitants ayant un langage plus technique »¹, ont amené et pointé plusieurs pistes concernant les leviers possibles : les MSP, une meilleure information des patients, une coordination des soins. Ces termes sont assez techniques et expliqués en partie par la présence de ce noyau de personnes. D'autres pistes, plus originales, sont présentes telles le co-voiturage ou le « soutien de l'offre touristique ». Des propositions pragmatiques sont rapportées : l'élargissement des consultations, ou l'amélioration de l'attractivité envers les étudiants en médecine.
- Dans le groupe Aînés : On retrouve une proposition concernant les MSP. Les Aînés avaient entendu parler de cette solution grâce à la communication locale et nationale autour de cette mesure phare. On constate la présence de « l'augmentation du temps de travail des médecins ». Même si les Aînés souhaitent conserver une médecine semblable à celle d'antan, ils sont conscients qu'ils devront s'adapter. Des pistes plus originales sont évoquées, comme l'extension du médecin référent à une équipe référente permettant un transfert de patient en cas d'urgences.

La télé médecine est présente dans les groupes et montre que les habitants pourraient être sensibles à cette approche.

¹ Ce noyau d'habitants est un groupe de personnes ayant déjà assisté à de nombreuses réunions en lien avec les déserts médicaux expliquant ce langage assez technique (Cf limites)

3.2.2.2 En amont de l'atelier 2 : les scénarios types

8 scénarios types ont été rédigés à la suite de l'atelier 1, soit 4 par groupes [Annexes 4 et Annexes 5]. Chaque scénario reprend une à deux problématiques rencontrées sur le territoire. Voici un exemple de scénario inspiré des thématiques et vécu du groupe Aînés.

Histoire 2 : Où est passé la disponibilité des médecins ?

Marie habite le Trièves depuis toujours avec son conjoint Henri. Elle a connu le médecin X, qui est récemment parti à la retraite. Il y a eu deux nouveaux généralistes, des femmes, qui l'ont remplacé. Elle a donc dû changer de médecin. A 80 ans, ce n'est pas toujours simple. Avant, le médecin il était disponible, il prenait le temps pour écouter, et puis il pouvait venir à la maison, même le dimanche... C'est comme aux urgences, la dernière fois qu'elle a dû y aller, à Grenoble. Là non, plus, ils n'avaient plus le temps de l'écouter. Et puis aujourd'hui, quand on parle avec le médecin, on a l'impression qu'ils ne sont pas disponibles, enfin qu'elles ne sont pas disponibles. Ce n'est pas non plus facile de les avoir, elles vraiment, au téléphone. Maintenant ça passe par des secrétaires et parfois on n'ose pas leur dire ce qu'on a vraiment. En plus, les secrétariats, ils sont débordés, et on obtient jamais un rendez-vous pour quand il faut. Alors d'accord, ces généralistes ne travaillent plus à temps plein, mais vraiment elles ne sont plus disponibles tout le temps pour qu'on se soigne. Elle estime que le problème de fond, c'est qu'aujourd'hui, les jeunes médecins veulent tout et puis ils sont des professions libérales, donc ils peuvent tout choisir et tout vouloir : le beurre, l'argent du beurre et le sourire des habitants ! Mais qu'ils travaillent un peu plus, ça oui...

En termes de solution, elle estime que s'ils pouvaient travailler en équipe, peut-être qu'elles auraient plus de temps à lui consacrer à elle ? Et puis, ne pourraient-elles pas déléguer des tâches aux infirmières ? Ou alors, est-ce qu'il ne faudrait pas mieux organiser leur secrétariat ? Après, son voisin pense que c'est aussi à eux, les habitants, à s'adapter, à voir que la médecine n'est plus la même aujourd'hui. Mais ce n'est pas facile...

Ces histoires reflètent la vie quotidienne et les aléas des habitants du Trièves.

3.2.3 Atelier 2 : discuter des scénarios, trouver des solutions : les fiches actions

L'atelier 2 avait pour objectif final de compléter des fiches actions basées sur les solutions proposées par les habitants.

3.2.3.1 Groupe « Actifs »

Après validation des scénarios, les 6 habitants ont travaillé sur les scénarios numéros 1,3 et 4. Cela leur permettait de former 3 binômes.

Au total, 17 solutions ont été proposées par les Actifs pour ces 3 scénarios, soit respectivement 8, 3 et 6 propositions [Tableau 5]. Les solutions suivantes ont recueilli le plus de votes (% de votes, n=6) :

- Permanence de spécialistes sur des MSP (66%)
- Offrir les conditions d'installation et travailler sur la logistique pour le médecin (secrétariat, habitations) (50%)
- Permanence de spécialiste – cabinet médical partagé (66%)
- Télémédecine (83%)
- MSP multi-sites (50%)
- Médecin saisonnier (50%)
- Elargir les compétences (IDE) (83%)

Les 3 binômes ont ensuite rédigé 6 fiches actions à partir de ces 7 solutions. Les 2 solutions « permanences de spécialistes » ont été fusionnées afin de ne rédiger qu'une seule fiche action.

Solutions proposées	Nombre de votes (n=6)
Scénario 1 « Courir après le temps pour avoir son rendez-vous »	
Spécialistes	
Permanence de spécialités sur des MSP – fréquence suivant la spécialité : (cardiologue, dentiste, radiologue, ophtalmologue, gynécologue, laboratoire d'analyse)	4
Itinérance : Camion qui serait présent un jour par village comme la médecine du travail/don du sang	2
Généralistes	
Renforts médicaux de Grenoble	2
Internes pour un tri des malades en amont	2
Médecin à l'essai (CDD) dans le Trièves pour découvrir les conditions de vie	2
Etat	
Retravailler les zones géographiques prioritaires et les moyens financiers	0
Mettre en place des astreintes en contrepartie de l'augmentation du numéris clausus	1
Offrir les conditions d'installation et travailler sur la logistique pour le médecin (secrétariat, habitations)	3
Scénario 3 « Sans médecin, difficile d'obtenir un rendez-vous rapidement »	
Permanence de spécialiste – cabinet médical partagé	4
Télémédecine	5
Assouplir l'obligation administrative d'avoir un médecin traitant (via utilisation du DMP)	2
Scénario 4 « On a besoin d'un médecin sinon c'est la mort pour nous »	
MSP multi-sites	3
Médecin saisonnier (ex : médecine thermique été/en stations l'hiver)	3
Améliorer le transport sanitaire : convention SDIS pour le transport d'urgences	2
Elargir les compétences (IDE)	5
Matériel de radiologie mobile	2
Gestion des services de secours	2

Tableau 5: Solutions et votes du groupe "Actifs" lors de l'atelier 2

En analysant les choix des Actifs, nous pouvons observer que la télémédecine recueille le plus grand nombre de votes. Même s'il ne s'agit que de 5 personnes sur 6, il est possible de mettre en valeur le fait que ces habitants ne sont pas réfractaires à l'idée d'utiliser ce système. L'élargissement des compétences des IDE est un point qui a été défendu par les participants et qui semble les avoir intéressés.

Concernant la MSP : qu'il s'agisse de la forme multi-sites, ou d'un cabinet médical partagé avec permanence (ou non) de spécialistes, cette solution séduit les deux catégories d'habitants. Lors de nos échanges oraux, nous avons noté qu'il s'agit plutôt d'un intérêt autour de l'organisation des soins, et que la forme (multi-sites ou cabinet) importe peu.

Une thématique spécifique au territoire de montagne a été spécifiée : un médecin saisonnier. Ils ont également abordé un versant plus pragmatique des solutions, telle que l'amélioration des conditions d'installation des jeunes médecins, la prise en charge de leurs arrivées et de l'aspect logistique.

3.2.3.2 Groupe « Aînés »

Après lecture des 4 scénarios qui leur ont été proposés, les Aînés ont apporté une précision concernant un des récits en lien avec une erreur de temps de trajet. Nous pouvons donc considérer que ces scénarios étaient fidèles au point de vue des habitants.

Les 14 participants du groupe ont proposé 22 solutions innovantes soit 6 pour le scénario 1, 6 pour le scénario 2, 5 pour le scénario 3, et 5 pour le scénario 4 [Tableau 6]. Les 8 propositions ayant eu le plus de votes étaient :

- Refaire de la petite chirurgie et radiologie de base (71% des votes, n=14)
- Cabinet de dentiste adapté (100%)
- Imposer 5 ans minimum en zone rurale (aides au logement, installation...) (79%)
- Organiser une garde de jour et nuit (100%)
- Dossier médical partagé= « équipe médicale référente » (100%)
- Meilleure prévision des besoins de la population (numerus clausus) (86%)
- Informations des habitants et visiteurs = Plaquette d'informations (100%)
- MSP multi-sites (100%)

Solutions proposées	Nombre de votes (n=14)
Scénario 1 « Y'en n'a plus... »	
Spécialistes itinérants	2
Regroupement de généralistes	9
Refaire de la petite chirurgie et radiologie de base	10
Frais d'installation	9
Spécialistes : permanence une à deux fois par mois	3
Cabinet de dentiste adapté	14
Scénario 2 « Où est passée la disponibilité des médecins ? »	
Augmentation de numéros clausus	5
Rôle de l'ordre des médecins	0
Imposer 5 ans minimum en zone rurale (aides au logement, installation...)	11
Dispositif SASPAS à développer	9
Travail en équipe en maison de santé et « équipe référente »	0
Organiser une garde de jour et nuit	14
Scénario 3 « Il vaut mieux ne pas tomber malade le dimanche... »	
Revenir à la garde du week-end par canton	0
Nomination pour 5 ans dans le rural	0
Carte des territoires (15) par temps et non vol d'oiseau	8
Dossier médical partagé = « équipe médicale référente »	14
Meilleure prévision des besoins de la population (numéros clausus)	12
Scénario 4 « Chez nous c'est beau mais c'est grand »	
Assouplir les interventions de pompiers (accord du SDIS)	13
Informations des habitants et visiteurs = Plaquette d'informations	14
Télé médecine	4
Médecin saisonnier	11
MSP multi-sites	14

Tableau 6 : Solutions du groupe "Aînés" lors de l'atelier 2

Chez les Aînés, on constate que les participants ont fortement voté pour chaque proposition ; plusieurs d'entre elles remportent la totalité des voix. En réalité, cette situation est due à un biais méthodologique puisque le vote des propositions s'est réalisé à mains levées².

Nous pouvons malgré tout constater, à l'instar des Actifs, que les MSP et le « médecin saisonnier » sont à nouveau cités et correspondent à des solutions « organisationnelles ».

² Voir « les limites »

La télémédecine n'a pas eu autant d'avis favorables dans ce groupe avec seulement 4 votes sur 14. Ce résultat peut être expliqué par un simple décalage entre cette génération et l'utilisation d'outils informatiques.

Les Aînés ont évoqué deux autres pistes plus pragmatiques : refaire de la petite chirurgie, et l'adaptation du cabinet de dentiste. Ces solutions rendent plutôt compte de leurs besoins en matière d'offre de soins. Enfin la plaquette d'information est une idée évoquée par ce groupe, ce qui n'a pas été cité par les Actifs.

Sept fiches action ont ensuite été rédigées à partir de ces 8 solutions (la solution meilleure prévision des besoins n'a pas été développée car difficilement adaptable) : MSP multi-sites, refaire de la petite chirurgie, cabinet de dentiste, gardes de jour et de nuit, imposer 5 ans en zone rurale (conditions installation), plaquette d'informations, dossier médical partagé.

Au total, 13 fiches action reprenant les propositions à mettre en œuvre sur le territoire du Trièves ont été rédigées par les habitants (6 par les Actifs, 7 par les Aînés)

A la suite de l'atelier 2 réalisé avec les Aînés et les Actifs, l'équipe de chercheurs a repêché l'idée du « camion itinérant » et l'a développé en une 14^{ème} fiche action intitulée « camion ambulancier » [Annexes 8: 14 fiches action].

3.2.4 Atelier 3 : confronter les solutions des habitants au regard des professionnels de santé et élus

3.2.4.1 Résultats des votes

Cet atelier a permis de confronter les fiches action au regard des professionnels de santé et élus. Le vote a permis d'élire les 5 meilleures fiches sur des critères de faisabilité.

Les 5 fiches action ayant le score le plus élevé toutes catégories professionnelles confondues étaient : MSP multi-sites (90 points), élargir les compétences des IDE (56 points), permanence de spécialistes (56 points), garde de jour et de nuit (47 points), conditions d'installation (40 points). Les points attribués aux 2 fiches action MSP multi-sites (une pour les Aînés et une pour les Actifs) ont été cumulés.

Le Tableau 8 représente le classement par profession. La priorité des professionnels de santé était ainsi axée sur : MSP multi-sites (45 points), permanence de spécialistes (40 points),

élargir les compétences des IDE (35 points), dossier médical partagé (28 points), plaquette d'informations (26 points).

Le classement des fiches action représentant la priorité des élus du Trièves est : MSP multi-sites (32 points), disponibilité des médecins (24 points), gardes de jour et de nuit (22 points), conditions d'installation (21 points), cabinet de dentiste adapté (18 points).

Fiche action	Score	Titre	Groupe	Médecins		Professionnels de santé		Elus	
				Nombre (n=5)	Points (0-25)	Nombre (n=18)	Point (0-90)	Nombre (n=11)	Points (0-55)
6 +9	90	MSP Multisite	Aînés/Actifs	3	13	10	45	8	32
8	56	Élargir les compétences des IDE	Aînés	2	7	10	35	5	14
11	56	Permanences spécialistes	Actifs	2	7	14	40	3	8
3	47	Gardes de nuit et de jour	Aînés	2	3	6	22	8	22
12	40	Conditions d'installation	Actifs	1	1	7	18	6	21
2	39	Disponibilité des médecins	Aînés	1	2	4	13	7	24
4	38	Cabinet dentiste adapté	Aînés	1	4	6	16	6	18
1	32	Dossier médical partagé	Aînés	0	0	7	28	2	5
7	31	Plaquette d'informations	Aînés	1	2	7	26	2	3
10	22	Médecin saisonnier	Actifs	1	5	2	6	3	11
14	16	Cannion ambulant	Cherch.	1	1	5	9	3	6
13	14	Télé médecine	Actifs	0	0	2	5	3	9
5	7	Refaire petite chirurgie	Aînés	0	0	4	5	1	2

Tableau 7 : Classement général des fiches action

Professionnels de santé		Médecins		Elus				
Nombre (n=18)	Point (0-90)	Nombre (n=5)	Point (0-25)	Nombre (n=11)	Point (0-55)			
MSP multi-sites	16	45	MSP Multisite	3	13	MSP Multisite	10	32
Permanences spécialistes	14	40	Élargir les compétences des IDE	2	7	Disponibilité des médecins	7	24
Élargir les compétences des IDE	10	35	Permanences spécialistes	2	7	Gardes de nuit et de jour	8	22
Dossier médical partagé	7	28	Médecin saisonnier	1	5	Conditions d'installation	6	21
Plaquette d'informations	7	26	Cabinet dentiste adapté	1	4	Cabinet dentiste adapté	6	18
Gardes de nuit et de jour	6	22	Gardes de nuit et de jour	2	3	Élargir les compétences des IDE	5	14
Conditions d'installation	7	18	Disponibilité des médecins	1	2	Médecin saisonnier	3	11
Cabinet dentiste adapté	6	16	Plaquette d'informations	1	2	Télémédecine	3	9
Disponibilité des médecins	4	13	Conditions d'installation	1	1	Permanences spécialistes	3	8
Camion ambulancier	5	9	Camion ambulancier	1	1	Camion ambulancier	3	6
Médecin saisonnier	2	6	Dossier médical partagé	0	0	Dossier médical partagé	2	5
Télémédecine	2	5	Télémédecine	0	0	Plaquette d'informations	2	3
Refaire petite chirurgie	4	5	Refaire petite chirurgie	0	0	Refaire petite chirurgie	1	2

1 Les cases grises représentent les 5 fiches élues au classement général

Tableau 8: Classement par profession a. Professionnels de santé b. Médecins c. Elus

Au classement général, comme chez les habitants, la MSP multi-sites a recueilli un grand nombre de suffrages, 20 personnes sur 34 lui ont attribué des points. A partir de la 5^{ème} position (conditions d'installation des médecins) les votes étaient serrés et il n'est pas réellement possible d'interpréter ces résultats. Un seul médecin sur 5 a voté pour la proposition d'amélioration des conditions, en ne lui attribuant qu'un seul point.

Certains points qui semblaient importants aux yeux des habitants semblent avoir moins d'intérêt pour les élus et professionnels de santé : notamment le médecin saisonnier, le camion ambulancier, la télémédecine, et refaire de la petite chirurgie. Pourtant la télémédecine avait été fortement plébiscitée par les Actifs, et les Aînés quant à eux semblaient accorder de l'importance aux solutions assez pragmatiques telles que la petite chirurgie.

En analysant les résultats du vote par catégories professionnelles, nous avons remarqué que les votes des professionnels de santé étaient globalement semblables à ceux du classement général. Ceci s'explique par le fait que cette catégorie représentait 53% des personnes présentes. Les fiches action « dossier médical partagé » et « plaquette d'information », classées en 4^{ème} et 5^{ème} position, sont des thématiques qui les concernent directement et témoignent de leur volonté d'implication sur le territoire. Leur forte mobilisation lors de notre étude démontre leur intérêt certain pour les problématiques liées à l'offre de soins de leur territoire.

Quant aux votes des médecins, il est difficile d'interpréter des résultats sur de si petits effectifs. Néanmoins nous pouvons tout de même remarquer que ces derniers n'ont attribué aucun point aux fiches action « refaire de la petite chirurgie » ainsi qu'au « dossier médical partagé ». Les fiches « médecin saisonnier » et « cabinet de dentiste » se situaient en meilleure position pour cette catégorie d'acteurs que dans le classement général.

Dernièrement, en ce qui concerne les élus : la MSP reste en tête avec 32 points. Ensuite viennent des solutions concernant directement les médecins, à savoir l'augmentation de leur disponibilité et la mise en place de gardes de jour et nuit. Notons dans les dernières positions, la plaquette d'informations, qui aurait pu être mise en œuvre par les élus mais qui n'a pas recueilli de nombreux votes.

3.2.4.2 Les grilles SWOT

Cinq grilles SWOT [Annexes 9] ont été rédigées par les 5 groupes d'élus et de professionnels de santé lors de l'atelier 3. Ces grilles avaient pour objectif de fournir aux élus du Trièves un support concret représentatif des difficultés des habitants, analysées par un groupe de professionnels de santé et d'élus afin d'étudier leur faisabilité et mise en œuvre en conditions réelles.

Elles sont basées sur les 5 fiches action élues précédemment soit : MSP multi-sites (fiche n°6), élargir les compétences des IDE (fiche n°8), permanence de spécialistes (fiche n°11), gardes de jour et de nuit (fiche n°3), conditions d'installation (fiche n°12). Les forces, faiblesses, opportunités et menaces concernant chaque fiche action ont été analysées. 100% des cases « actions pro-actives et globales » ont été remplies. 2 fiches sur 5 présentent des propositions pour les cases « défensives » et « actions renforcement », s'expliquant par le temps assez court imparti à cet exercice pendant l'atelier.

La fiche 3, gardes de jour et nuit, se caractérise par des cases « faiblesses » et « actions » assez bien remplies. Les solutions proposées à mettre en œuvre sont diverses et nombreuses, et les difficultés identifiées prennent en compte les spécificités du territoire.

La fiche 6, MSP, indique des forces et faiblesses communes à celles identifiées par les habitants. La prise en compte du territoire tient au fait que les élus et professionnels de santé ont proposé d'élargir la MSP actuelle de Monestier de Clermont afin de l'orienter plutôt vers le système multi-sites. Les participants étaient conscients des difficultés générées par l'harmonisation des systèmes d'information et par la complexité des dossiers (immobilier, normes...).

La fiche 8, élargir des compétences des IDE, est la plus fournie. Le groupe travaillant sur cette fiche action était composé en bonne partie par des professionnels de santé et des médecins. De nombreux atouts sont mis en avant, avec notamment un maillage territorial plus important des IDE facilitant de manière évidente l'accès aux soins des patients. Face à cela, certaines faiblesses sont pointées comme l'existence d'un « historique » entre médecins et IDE, relevant d'un certain corporatisme des médecins qui souhaitent donc conserver certaines tâches. Néanmoins, des actions à mettre en place ont été identifiées telles que le

développement des pratiques avancées ou du statut d'infirmières Asalée, la recherche des protocoles déjà existants entre professionnels sur le territoire.

La fiche 11, permanence de spécialistes, pointe du doigt le principal problème relevé également par les habitants : « les spécialistes n'ont pas besoin de ça ». Néanmoins, les participants ont tout de même évoqué le fait de profiter de la création actuelle de MSP dans le Trièves afin d'attirer un spécialiste et d'utiliser les réseaux dont dispose chaque médecin. Selon eux, les jeunes médecins disposent aujourd'hui de réseaux moins développés que ceux d'antan car la plupart ont potentiellement effectué leurs études et/ou internat dans une région différente avant de s'installer.

La fiche 12, amélioration des conditions d'installation des médecins, est peu complétée. Ce groupe était principalement composé d'élus et d'une jeune médecin généraliste. Les mesures proposées comme le parrainage par médecin ou un parcours d'intégration (crèches, écoles) témoignent de la volonté des habitants de faire découvrir leur territoire et leur vie quotidienne. Nous pouvons souligner le fait que des mesures de type financières (participation de la communauté de communes...) ne sont pas du tout évoquées ici.

3.2.5 Réunion de synthèse

Ces 5 grilles ont été présentées aux élus, professionnels de santé et habitants lors de l'atelier 4 suivi d'un débat permettant à chaque participant de discuter librement du projet Pluralps mais aussi des possibilités dans le Trièves. Le débat a permis de ressentir les effets du projet : les élus ont mentionné que la création d'une plaquette d'informations destinée aux touristes, habitants et professionnels de santé avait déjà été lancée par la Communauté de communes du Trièves à la suite de l'atelier 3. Le projet Pluralps a également permis la mise en relation des médecins du territoire, qui n'avaient eu que peu de contact auparavant.

4 Discussion et perspectives

4.1 Résultat principal

Ce travail a permis de fournir du matériel aux élus, prenant en compte directement les difficultés rencontrées sur le terrain par les habitants. Les grilles SWOT constituent un outil concret de gestion de projet, directement adaptable, que le personnel de la communauté de communes du Trièves peut utiliser.

Cette méthode a permis de proposer 5 solutions afin d'améliorer l'offre de soins de ce territoire de montagne qui ne sont pas toutes forcément innovantes, mais qui tiennent compte des constats réalisés par les habitants, élus et professionnels dans le Trièves .

4.2 Forces et limites

4.2.1 Forces

Dans cette étude, nous avons réalisé au total 5 ateliers et une réunion de synthèse. Cette méthode qualitative permet d'apporter des réponses fiables aux élus et représentatives de la population. Ces solutions alternatives et innovantes permettent l'amélioration de la connaissance du territoire.

La participation et le recrutement ont été plutôt satisfaisants car nous souhaitons au minimum 5 participants par groupe. Au total, au minimum 20 personnes ont participé aux ateliers, et 12 habitants sont même revenus lors de la réunion de synthèse ayant lieu quelques mois plus tard. La mobilisation a été forte, à plusieurs reprises et quelques fois à des heures tardives de la journée, notamment pour le groupe des Actifs pour lesquels les ateliers avaient lieu en semaine après leur journée de travail.

Il faut souligner également la grande motivation des habitants : en effet, si au terme de l'atelier 2 une minorité de fiches action avaient été rédigées, les habitants se sont engagés (et ont respecté cet engagement) à renvoyer, aux chercheurs, les fiches complétées. Il est donc possible de mobiliser un ensemble significatif d'habitants qui permette de bien baliser notre objet d'investigation. Pour cela, le travail sur des objets concrets, à l'instar des fiches action est riche d'enseignement.

Il nous a semblé que les habitants venaient « véritablement » nous parler de leurs expériences et de leurs représentations de l'accès aux soins de santé (hormis ce noyau de personnes venant défendre une position et s'appuyer sur la méthode pour obtenir une réponse auprès des élus). Dans les deux cas, les habitants semblent avoir été satisfaits par notre méthode, en témoigne la faible déperdition entre les deux ateliers dans le groupe des Aînés.

Enfin, la Communauté de communes nous a également indiqué avoir utilisé la fiche action « plaquette d'informations » lors de la réunion de synthèse. Une plaquette sera mise en œuvre d'ici la fin de l'année 2019 recensant l'offre de soins de ce territoire.

4.2.2 Limites

Premièrement, même si nous avons réussi à recruter assez de participants des deux catégories d'âge visées, nous n'avons pas pu être représentatifs de la totalité du territoire. En effet, nos ateliers se sont tenus au nord du Trièves étant donné que les personnes inscrites étaient domiciliées principalement dans cette zone. Pour pallier à cela, nous avons tenté de créer un troisième groupe d'habitants représentant les habitants du sud du Trièves afin de recueillir leurs problématiques (possiblement différentes des deux autres groupes car la distance les séparant de Grenoble est bien plus élevée). Seulement aucun participant ne s'est manifesté malgré plusieurs relances. Pour limiter les effets négatifs générés, nous avons fortement insisté, lors des rencontres avec les élus et les professionnels de santé, pour que leurs réponses s'adressent bel et bien à l'ensemble des habitants du Trièves. Ils devaient adapter les solutions imaginées pour qu'elles puissent s'appliquer à tous les habitants du Trièves.

Deuxièmement, notons également la présence, dans les deux groupes Actifs et Aînés, d'un noyau de personnes défendant les intérêts d'une commune aux alentours (station de ski dont le médecin généraliste est parti à la retraite en mars 2019). Ces personnes ont pu biaiser les propositions concernant les solutions apportées lors de l'atelier 2 car elles avaient auparavant assisté à diverses réunions ou groupes de travail sur le sujet des déserts médicaux. Elles avaient un langage bien plus technique et politique que les autres participants avec des idées parfois « clefs en main » entendues lors de précédentes réunions. Le rapport aux déserts médicaux avait un impact beaucoup plus important chez ces personnes, car il en allait de la survie de leur territoire. Cette commune représente pour beaucoup leur lieu de vie et de travail (lié souvent au tourisme), car sa pérennité dépend de l'attraction touristique générée en été comme en hiver. La présence de ce groupe révèle les enjeux et les tensions que notre problématique génère pour les habitants d'un territoire.

Concernant la participation des élus et professionnels de santé, on peut noter leur faible participation à la dernière réunion de synthèse. En réalité, cela peut s'expliquer par la disponibilité relativement réduite de ces personnes, l'absence des médecins représentant très bien la réalité observée lors de notre étude.

Troisièmement, le terme de « désert médical » utilisé sur l'affiche de recrutement a une connotation d'emblée négative en ce qui concerne l'offre de soins du Trièves. Cela a pu avoir

un impact sur les propositions et choix dont nous ont fait part les habitants, en se focalisant sur un simple constat d'absence de médecins généralistes sur un territoire.

Une 4^{ème} limite concerne la composition de notre équipe de chercheurs qui a pu influencer ou du moins freiner certaines propositions des habitants. L'animation des ateliers a été effectuée par un sociologue et un médecin. Les participants ont de nombreuses fois essayé de me prendre à parti afin de recueillir mon opinion sur diverses questions. La consigne était évidemment de ne pas intervenir ou répondre afin de ne pas biaiser l'étude. Ce positionnement a peut-être participé à restreindre le champ des expériences et des pratiques envisagées par les habitants.

Un dernier point concerne le changement de méthodologie concernant les modalités de vote, effectué après l'atelier 1 auprès des Aînés. Cette modification a été nécessaire afin de ne pas rompre l'anonymat, ce qui avait été le cas avec les Aînés, et donc conserver un vote de conviction et non un vote qui pourrait être utilitaire lorsqu'il est effectué à main levée.

D'un point de vue global, il serait intéressant d'améliorer notre démarche qualitative en réalisant un nombre plus important d'ateliers afin d'augmenter le temps consacré à chaque outil d'animation.

4.3 Analyse et hypothèses

4.3.1 Atelier 1 : des attentes différentes

Nous avons noté comme limite précédemment que la présence d'un médecin dans l'équipe d'animation a pu orienter ou limiter certaines réponses proposées par les habitants. Par conséquent nous avons remarqué l'absence de propositions concernant les médecines dites alternatives ou complémentaires. Certains thèmes assez délicats, comme le « non recours » aux soins cité une fois chez les Aînés n'ont pas été plus approfondis par ces derniers. Même si nous l'avons intégré dans un de nos scénarios, cette thématique reste complexe à aborder devant un public.

Aussi certaines propositions des habitants ont été très techniques, correspondant à un langage plutôt expert. Il faut rappeler la présence significative d'un groupe d'habitants représentant les intérêts de leur commune. Nous avons dû en tant qu'animateurs, de ne pas laisser ces derniers

influencer le reste du groupe avec des propositions répondant uniquement à leurs problématiques.

3 axes communs peuvent structurer les thématiques des habitants :

- **Le manque de médecins (généralistes ou spécialistes)** : les deux groupes évoquent la rareté des médecins sur le territoire et sont très conscients du fait qu'ils espèrent déjà attirer des généralistes sur leur territoire. L'attractivité des spécialistes est hors de portée (à l'exception d'un cabinet de dentiste qui pourrait être disponible après mise aux normes)

- **Le quotidien des difficultés d'accès aux soins** : Les habitants partagent des exemples concrets de leurs difficultés. Quand les Actifs évoquent « la gestion des urgences » (notamment les soins de leurs enfants), les Aînés sont beaucoup plus précis dans les difficultés qu'ils rencontrent. Ils témoignent d'un décalage entre leurs attentes envers les soignants et leur prise en charge réelle. Tous les éléments ayant un lien avec la « disponibilité des médecins », le « temps d'écoute » ou la difficulté d'obtenir un « rendez-vous » reflètent en réalité la volonté des Aînés de perpétuer cette « disponibilité permanente » du médecin, aujourd'hui questionnée par les jeunes générations de médecins. Les Actifs, d'un âge plus proche des (jeunes) générations de médecins, ont une vision différente de la disponibilité médicale, de par leur propre articulation travail/famille.

- **Le constat d'un territoire particulier** : Le terme « conditions de vie » renvoie chez les Actifs à la question « jusqu'à quand est-il possible de continuer à apprécier la vie sur ce territoire ? ». Cette question se pose évidemment chez les Aînés aussi. A mesure que les habitants vieillissent, ils nous ont confié se retrouver de plus en plus préoccupés par des problématiques liés aux déplacements, aux trajets quotidiens ou simplement à des événements déclencheurs de bouleversement dans leur vie quotidienne (divorce, décès d'un voisin...). Ces éléments ont une signification particulière en montagne notamment en matière d'impact sur les déplacements afin de se rendre en consultation par exemple.

4.3.2 Atelier 2 : des habitants motivés

Lors de cet atelier nous avons constaté une baisse de nos effectifs sur les deux groupes. Nous pouvons expliquer cette déperdition d'habitants plus importante chez les Actifs (9 à 6

participants, contre 17 à 14 chez les Aînés) par des contraintes familiales et professionnelles à priori plus importantes dans le premier groupe. De plus le groupe des Aînés était constitué de personnes se connaissant auparavant, ils faisaient pour la plupart partis d'un club du troisième âge se réunissant de façon hebdomadaire, source de motivation supplémentaire.

4.3.3 Atelier 3 : des priorités différentes

Il est possible de proposer quelques hypothèses au vu des orientations différentes des votes des professionnels et élus du territoire. Suite au dépouillement, nous avons constaté avec surprise que les médecins n'avaient pas voté pour des solutions organisationnelles telles que le dossier médical partagé, pourtant vivement souhaité parmi les habitants, tout comme la télémédecine pour les Actifs. L'amélioration des conditions d'installation des jeunes médecins ne semblent pas non plus avoir un grand intérêt à leurs yeux. Lors de la dernière phase de cet atelier, nous avons assisté à des échanges oraux entre médecins qui reflétaient une certaine disparité entre eux : si les plus jeunes semblaient approuver le fait qu'une certaine organisation des soins est nécessaire sur le territoire, d'autres y étaient formellement opposés et souhaitaient conserver, semble-t-il une certaine indépendance. Les dossiers partagés et mise en place d'équipes référentes, sont des sujets sur lesquels les médecins avaient des avis divergents. S'agit-il d'une certaine lutte pour la conservation du pouvoir entre médecins mais aussi entre professionnels de santé ?

Enfin, les élus semblent avoir une vision très différente des choix à effectuer sur le territoire. Bien que les MSP soient leur premier choix, à l'instar des autres catégories d'acteurs, nous pouvons voir que les élus privilégient des mesures visant directement les médecins généralistes. A leurs yeux, les médecins devraient se rendre plus disponibles et mettre en place un système de garde. C'est en tout cas ce que reflète le haut de leur classement. Ces choix sont à l'opposé des votes émis par les médecins et professionnels de santé qui étaient plutôt axés sur l'élargissement des compétences des IDE ou les permanences de spécialistes. On constate chez les élus des orientations plutôt directives pouvant être mises en œuvre sur leur territoire assez rapidement.

D'une manière générale, la télémédecine n'a eu qu'un succès limité à la fois pour les élus, professionnels de santé, médecins et Aînés. Cela renforce l'impression de clivage entre les politiques de santé actuelles, promouvant fortement ce moyen de lutte contre les déserts médicaux, et les attentes des citoyens français. Les professionnels de santé méconnaissent cet outil, et devraient s'en emparer afin de découvrir cette solution de manière plus approfondie.

4.3.4 Réunion de synthèse : une satisfaction globale

Lors du dernier atelier, les participants du dernier atelier ont exprimé leur satisfaction quant à l'organisation de ce type d'étude. Les élus et professionnels ont en effet indiqué avoir été satisfaits de leur mise en relation grâce à ce travail. Ceci ouvre la voie d'une future collaboration entre eux.

Au terme de notre étude, un suivi avec les élus du Trièves aurait pu être mis en œuvre par l'équipe de recherche afin de suivre l'avancée des démarches à plus long terme concernant le devenir de ces fiches action.

THÈSE SOUTENUE PAR : Philippe Emilie

TITRE :

COMMENT AMELIORER L'OFFRE DE SOINS DANS UN TERRITOIRE DE MONTAGNE ?

CONCLUSION :

Grâce à la littérature qui nous a permis d'effectuer une synthèse préalable des innovations possibles permettant de lutter contre la désertification médicale, nous avons pu mettre en œuvre une méthode cohérente qualitative et participative basée sur le projet Pluralps.

La méthodologie a été choisie avec soin afin de nous permettre de recueillir pertinemment des données représentatives du territoire du Trièves. L'objectif de notre étude était de faire émerger, *in fine*, des solutions innovantes provenant des habitants des Trièves afin d'améliorer l'offre de soins, et de les soumettre aux élus et professionnels de santé de ce territoire dans le but de choisir les meilleures solutions envisageables.

Cette étude est d'abord basée sur une revue narrative non exhaustive de la littérature qui a permis de synthétiser les solutions innovantes existantes. Elle s'est appuyée sur des documents publiés dans les banques de données bibliographiques, la littérature grise et les textes réglementaires. Elle a été construite sous la forme de 6 ateliers combinant diverses techniques et outils d'animation qualitatifs. Au terme des ateliers participatifs avec les habitants, 14 fiches actions ont été présentées aux élus et professionnels de santé du Trièves. 5 fiches ont été choisies par ces derniers sur des critères de faisabilité et de réalisation et sont à considérer comme pistes à mettre en œuvre sur ce territoire de montagne : la MSP multi-sites, l'élargissement des compétences des IDE, la mise en place d'une permanence de spécialistes, la mise en place de gardes de jour et de nuit, et enfin l'amélioration des conditions d'installation des nouveaux médecins.

Ces ateliers ont permis d'établir un premier contact entre les professionnels du secteur, débouchant possiblement sur divers projets en partenariat afin d'améliorer la qualité de l'offre de soins locale. Le déploiement d'une plaquette d'information recensant l'offre de soins du Trièves a été développée par la communauté de communes et sera mise en œuvre fin 2019.

Cette méthode est reproductible et pourra aisément être reconduite et adaptée à divers territoires, qu'il soit de montagne ou non. La mobilisation citoyenne a permis l'écoute de toutes les parties prenantes, ce qui est primordial dans une étude censée aboutir à la mise en œuvre de solutions innovantes. Néanmoins il sera nécessaire de confronter les solutions émergentes aux moyens disponibles par les collectivités et professionnels afin de s'assurer de leur faisabilité. Aujourd'hui de plus en plus de travaux de recherche dans les domaines mêlant sociologie et santé semblent prendre en compte le versant qualitatif des données. Les démarches de participation citoyenne correspondent à un outil innovant et méritent d'être intégrées à de futures études sur la désertification médicale en France.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 23/09/19

LE DOYEN



Pr. Patrice MORAND

Pour le Président
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE



Pr. Jean-Luc BOSSON

6 Bibliographie

- [1] ARS Auvergne Rhône Alpes, “Zonage médecine générale - Auvergne Rhône Alpes,” 2018.
- [2] URPS, “Les zones de vigilance et zones fragiles.” [Online]. Available: <http://www.urps-med-aura.fr/organisation-et-offre-de-soins/zones-fragiles-et-de-vigilance/12>.
- [3] Ministère des solidarités et de la santé, “L’APL: Accessibilité potentielle localisée,” 2014. [Online]. Available: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/l-indicateur-d-accessibilite-potentielle-localise-apl/article/l-indicateur-d-accessibilite-potentielle-localisee-apl>.
- [4] N. Vergier, H. Chaput, and I. Lefebvre-Hoang, “Désert médicaux : Comment les définir ? Comment les mesurer ?,” *DREES*, pp. 1–63, 2017.
- [5] Legifrance.gouv.fr, “Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l’article L. 1434-4 du code de la santé publique,” *JORF n°0266 du 15 novembre 2017*. [Online]. Available: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036021089&categorieLien=id>.
- [6] Observatoire des territoires, “Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes,” 2017. [Online]. Available: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#view=map26&c=indicator>.
- [7] A. Buzyn, “Renforcer l'accès territorial aux soins,” *Ministère des Solidar. la santé*, no. Inca 2, pp. 1–23, 2017.
- [8] J.-N. Cardoux and Y. Daudigny, “Mesures incitatives au développement de l’offre de soins primaires dans les zones sous-dotées,” 2017.
- [9] La Région Auvergne Rhône Alpes, “A la reconquête des déserts médicaux - Dossier de presse,” 2017.
- [10] CGET, “Étude pour la caractérisation des territoires en tension pour l’installation des jeunes médecins,” 2015.
- [11] A. H. Van De Ven and A. L. Delbecq, “The Nominal Group as a Research Instrument for Exploratory Health Studies,” no. April, 1971.
- [12] ARS Auvergne Rhône Alpes, “Les aides à l’installation,” 2019. [Online]. Available: <http://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/Les-aides-a-l-installation.34966.0.html>. [Accessed: 20-Aug-2012].

- [13] Ministère des solidarités et de la santé, “Le PTMG.” [Online]. Available: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/praticiens-territoriaux-de-medecine-generale-ptmg/ptmg>.
- [14] S. Castaigne and Y. Lasnier, “Les déserts médicaux,” 2017.
- [15] ARS, “Le FIR: Fonds d’intervention régional.” [Online]. Available: <https://www.ars.sante.fr/le-fonds-dintervention-regional>.
- [16] F. Bourdillon, “Les territoires de la santé, maillon clé de l’organisation sanitaire,” *Rev. Fr. d’Administration Publique*, vol. 113, no. 1, pp. 139–145, 2005.
- [17] E. Léger, “Les freins et moteurs de l’ interprofessionnalité à travers l’ expérience des acteurs de soins exerçant ou faisant partie d’ un projet de Maison de Santé Pluriprofessionnelle To cite this version : HAL Id : dumas-01648011,” 2016.
- [18] ENS Lyon Géoconfluence, “Les déserts médicaux : une France des marges,” pp. 2016–2017, 2017.
- [19] F. D. E. M. D. E. Grenoble and O. Marchand, “Enquête nationale sur les attentes des étudiants en troisième cycle de médecine générale en matière d’ installation et de démographie médicale : Synthèse de la situation et méthodologie,” 2006.
- [20] M. Costil and F. Béguin, “Accès aux soins: des territoires abandonnés,” *Le Monde*, 30-Mar-2017.
- [21] P. Bienvault, “Les maisons de santé, une solutions face aux déserts médicaux?,” *La Croix*, 2017.
- [22] I. Guardiola, “Déserts médicaux: des solutions émergent,” *MGEN*, 2017.
- [23] J. Mousquès and F. Daniel, “L’ impact de l’ exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généraliste,” *Quest. d’économie la Santé*, vol. 211, pp. 1–6, 2015.
- [24] P. François, A. C. Philibert, G. Esturillo, and élodie Sellier, “Groupes d’échange de pratique entre pairs : Un modèle pour le développement professionnel continu en médecine générale,” *Press. Medicale*, vol. 42, no. 1, pp. e21–e27, 2013.
- [25] M. Bungener and G. de Pourville, “Patients, médecins, hôpitaux : une nouvelle donne ? Comment l’analyse économique répond-elle aux évolutions sociétales ?,” *Les Trib. la santé*, vol. HS 1, no. 5, p. 53, 2010.
- [26] P. Savignat, “Déserts médicaux, vieillissement et politiques publiques: Des choix qui restent à faire,” *Gerontol. Soc.*, vol. 146, no. 3, pp. 143–152, 2013.
- [27] M. Autès and M.-G. Dufay, “Maisons de santé et aménagement du territoire: une dynamique à partager,” *SFSP Santé Publique*, vol. 21, 2009.
- [28] M. Catherine, “Les déserts médicaux en Ile-de-France,” 2018.

- [29] D. Perla and L. Scotto D'Apolliona, "Atelier climatique citoyen - ingénierie Montpellier."
- [30] E. France, M. Anguis, and C. Marbot, "10 000 médecins de plus depuis 2012," 2018.
- [31] Conseil national de l'ordre des médecins, "Atlas de la démographie médicale," 2018.
- [32] R. Estevez, "Thèse: COMMENT AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DANS UN DÉSERT MÉDICAL? Etude basée sur l'investigation menée par l'ARS dans le bassin du Comminges (Midi Pyrénées)," UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER, 2017.
- [33] J. Danan and H. Coudane, "De la nécessité d'innover à l'émergence de pratiques innovantes en santé," *Hegel*, vol. 4, pp. 279–286, 2014.
- [34] L. Com-ruelle, V. Lucas-gabrielli, and T. Renaud, "Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France," *Quest. d'économie la Santé*, vol. 122, 2007.
- [35] FNORS, "Accès aux soins dans le massif des Alpes," 2014.

7 Annexes

7.1 Annexes 1: Affiche diffusée aux habitants

Contre les déserts médicaux dans le Trièves
Des ateliers citoyens organisés par la Communauté de Communes du Trièves et Grenoble Alpes Université

Dans le cadre de la réflexion sur l'offre de soins sur votre territoire, la Communauté de Communes du Trièves recherche des habitants âgés 18 à 75 ans souhaitant participer à des ateliers citoyens animés par l'Université Grenoble Alpes. La présence aux deux ateliers est souhaitable.

Ces ateliers auront lieu courant février en fin de journée (pour les personnes en activité professionnelle) ou dans l'après-midi (pour les personnes retraitées), à des dates à préciser dès que le nombre de participants sera suffisant (entre 15 et 20) et correctement réparti sur le territoire.

Des ateliers spécifiques pour les élus et les professionnels de santé auront lieu ultérieurement

1^{er} atelier (durée 2h30)
« Diagnostic partagé : les moyens de lutte contre les déserts médicaux »

2^{ème} atelier (durée 2h30)
« Comment améliorer l'offre de soins sur votre territoire ? »



INFORMATIONS ET INSCRIPTIONS : Emilie Philippe
ephilippe1@chu-grenoble.fr / [Données à caractère personnel]

7.2 Annexes 2: Autorisation de cession de droit audiovisuel

Autorisation de cession de droit audiovisuel et enregistrement : Recherche PLURALPS



Laboratoire Techniques de l'Ingénierie Médicale et de la Complexité
- Informatique, Mathématiques et Applications de Grenoble



Autorisation de cession de droit audiovisuel et enregistrement : Recherche PLURALPS

Demande d'autorisation d'utilisation de l'enregistrement audio/vidéo d'une personne

Je soussigné(e) :

Demeurant :

Autorise le laboratoire PACTE, CNRS UMR 5194 et le laboratoire TIMC-IMAG (équipe THEMAS), tous deux de l'Université Grenoble Alpes, à utiliser et diffuser à titre gratuit et non exclusif mon image, ma voix, ma prestation audio réalisée lors d'entretiens et d'observations dans le cadre du projet européen *Enhancing Capacities for a Pluralistic Alpine Space* (PLURALPS). Ce projet INTERREG finance l'UGA pour le compte de la Région AURA. Les images et enregistrements audios seront uniquement réalisés par les personnes suivantes, référents et stagiaires de l'équipe de recherche PLURALPS.

Laboratoire des sciences sociales PACTE CNRS UMR 5194

Grégoire Feyt, Maître de conférences en géographie,

Marie-Christine Fourny, Professeur des universités en géographie,

Thibault Moulaert, Maître de conférences en sociologie.

Laboratoire TIMC-IMAG, équipe THEMAS

Jean-Luc Bosson, professeur d'université-praticien hospitalier,

Patrick Imbert, professeur d'université en médecine générale,

Jean-Baptiste Kern, chef de clinique en médecine générale,

Valentin Paran, étudiant en médecine, stagiaire en santé publique,

Emilie Philippe, étudiante en médecine, stagiaire en santé publique.

Cette autorisation est valable pour la réalisation de supports multimédia à partir de l'intervention réalisée par la personne lors des prises de vues et de sons.

Ces supports multimédia sont réalisés à des fins d'enseignement et de recherche, culturel ou scientifique et sans aucune exploitation commerciale.

Les produits ci-dessus mentionnés ont vocation à faire l'objet de représentation publique et de reproduction, notamment à des fins de publication scientifique.

La représentation publique d'un des produits précités comporte notamment la communication de l'œuvre au public par :

- projection publique,
- podcast, diffusion sur internet,
- diffusion de l'œuvre dans un lieu accessible au public,
- et plus généralement tous moyens existants ou à venir.

Sa reproduction se fera notamment par l'établissement :

- de tous originaux, doubles et copies en tous formats et par tous procédés existants ou à venir ;
- de toute version de l'œuvre, française ou étrangère (doublage ou sous-titrage).

Cette autorisation est valable pour toute la durée de l'exploitation des productions.

La personne interviewée est informée qu'à tout moment elle peut décider de refuser cet usage en contactant directement le responsable de la recherche. La personne interviewée peut également demander toute information complémentaire à propos de la recherche auprès du responsable.

Données du responsable : Thibauld Moulaert : thibauld.moulaert@umrpacte.fr

Téléphone (en semaine) : 06 46 27 24 89.

Fait à, le ... en deux exemplaires (un pour la personne, un pour l'UGA).

Signature

(précédée de la mention lu et approuvé)

7.3 Annexes 3: Fiche d'activité 1 (déroulement atelier 1)

Fiche d'activité n°1
Atelier participatif 1

TITRE :	ATELIER PARTICIPATIF N°1 Groupe 1 (actifs) et Groupe 2 (ainés)
PUBLIC :	[5 - 15] participants âgés de 18 à 45 ans (groupe 1) ou 65 ans et plus (groupe 2) habitant le Trièves
TIMING :	Entre 2h et 2h30
CADRE :	<p>Organisation de l'atelier participatif dans une salle de la Communauté de communes du Trièves (Clelles).</p> <p>Organisation de l'atelier participatif dans une salle favorisant l'interaction (modèle en U par exemple ; les tables devraient pouvoir être bougées pour cela ; éviter la position de l'animateur-enseignant devant. Même si au départ, c'est la position adoptée.</p> <p>La salle doit être équipée d'un tableau, ainsi que d'un vidéoprojecteur</p>
OBJECTIF :	<p>-Réaliser un diagnostic partagé des freins et leviers des moyens existants pour lutter contre les déserts médicaux</p> <p>1/ Obtenir le ressenti et les difficultés rencontrées par des habitants du Trièves</p> <p>2/Générer des problématiques typiques afin de créer des « histoires types ».</p>
TÂCHES PREPARATOIRES :	<ul style="list-style-type: none"> - Cibler, avec les personnes-ressources, des participants potentiels à la démarche et/ou les canaux (associations, instances...) à mobiliser pour identifier les potentiels participants. - Réaliser une affiche à disposer dans les lieux sélectionnés (écoles, crèches ...) afin de permettre le recrutement des participants. - Préparer un PPT pour l'atelier (objectifs, étapes de l'atelier...)
DEROULEMENT :	<p>L'atelier participatif s'articule autour de 4 temps forts :</p> <p style="background-color: #d9d9d9; padding: 2px;">(10 MIN) : Définition et cadrage du projet</p> <p>Présentation de la démarche et du projet aux participants via le power point, à savoir l'objectif de réalisation d'un diagnostic partagé concernant l'amélioration de l'offre de soins sur leur territoire, grâce à un outil appelé « Métaflan ».</p> <p>Les participants sont invités à inscrire leurs prénoms sur un chevalet (une feuille</p>

pliée en deux).

Expliciter les modalités d'organisation des deux rendez-vous + expliciter pourquoi on est 2 (1 animateur, 1 observateur/noteur) + rappeler que ce sera anonymisé
-Leur proposer la possibilité de venir rapporter les solutions identifiées (les fiches solutions créées lors des ateliers habitants) lors de l'atelier Elus/Professionnels de santé

(10 MIN) : Présentation des participants

Présentation de chacun des participants lors d'un tour de table (env 1 minute/pers). L'animateur commence par se présenter très brièvement de manière à montrer ce qui est attendu.

(1h30) : Atelier Méta-plan

L'objectif du Méta-plan consiste à identifier les difficultés rencontrées sur le territoire du Trièves concernant l'accès aux soins (ou offre de soins). Cet exercice permet aux participants de s'exprimer quant à leur expérience personnelle ou à leurs propres représentations sociales.

Identification des difficultés rencontrées sur le territoire : (1h)

Pour cela, ils seront amenés à répondre à la question suivante : « Au quotidien, quelles sont les difficultés que vous rencontrez concernant l'offre de soins ou l'accès aux soins sur votre territoire ? »

Pour répondre les participants auront à leur disposition 4/5 post-it. Chaque carton recueille une réponse unique. Au bout de 15 MIN environ les post-it sont collectés, mélangés puis dépouillés et discutés collectivement.

Lors du dépouillement et des échanges, l'animateur veille à ne pas diriger le collage des cartons d'expression sur le tableau. Les catégories / les grappes de cartons sont proposés par les participants eux-mêmes.

Freins et leviers (30min)

En fonction du temps restant, lorsque l'atelier est achevé, l'animateur pourra poser la question suivante : « A votre sens, et compte-tenu des échanges que nous avons déjà eu ensemble, qu'est-ce qui représenterait un frein et un levier à l'amélioration de l'offre de soins dans le Trièves? ».

Les réponses à cette question s'organisent sous forme de discussions collectives qui pourront s'appuyer sur le méta-plan constitué auparavant.

Ces pistes (freins et leviers) permettront à l'animateur d'aider à la construction des « histoires types » qui seront présentées lors de l'atelier 2.

	<p>15 MIN : Fin de l'atelier participatif n°1</p> <p>Les animateurs remercient les participants et présentent les objectifs et le déroulement du 2^e atelier participatif. Pour cela, une fiche de préparation au second atelier est distribuée aux participants.</p> <p>Une date est fixée collectivement pour la séance suivante.</p>
<p>PERSONNEL NECESSAIRE :</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 1 personne ressource locale - 2 animateurs à minima (1 animateur, 1 observateur/noteur)
<p>MATERIEL NECESSAIRE :</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tableau blanc - Chaises - Tables - Vidéo-projecteur et ordinateur - 1 dictaphone (2 !!) + piles de rechange !! - Post it - Feutres pour chaque participant - Stylos pour chaque participant - Un appareil photo
<p>TÂCHES POST- ATELIER PARTICIPATIF :</p>	<p>Une invitation pour la prochaine rencontre est envoyée aux participants par mail ou rappel téléphonique, selon les demandes des participants.</p>
<p>EVALUATION :</p>	

7.4 Annexes 4: Scénarios du groupe "Actifs"



Scénarios "GROUPE actifs"

Thématiques extraites de l'atelier 1 :

Thématiques	Leviers
1 / Gestions des urgences	Nouvelle organisation de l'aide, meilleure visibilité et informations infos des patients
2 / Déficit : manque de médecins généralistes et spécialistes	MSP, stages, télémédecine.
3 / Spécificités géographiques (déplacements, égalité des chances urbains/ruraux, transports)	Co-voiturage
4 / Disponibilité de l'offre médicale (problème d'horaires et de délai de rdv)	Voir l'agenda du médecin, ouvrir plus de consultation sans rdv.
5 / Conditions de vie (affluence touristique, suivi médical compliqué, accessibilité des locaux, handicap)	Coordinations des soins, soutien offre touristique, donner l'envie de venir aux stagiaires (attractivité du territoire)

Histoire 1 (3 et 4) : « Courir après le temps pour avoir son rdv... »

Géraldine a 37 ans a deux enfants de 8 et 5 ans. Elle réside dans le Trièves depuis une dizaine d'années. Elle travaille à temps plein, et effectue de nombreux allers retours sur Grenoble pour les rdv médicaux de ses enfants. Chaque rdv lui prend deux à trois heures aller-retour. Elle est donc obligée de poser des congés. De plus il est difficile d'obtenir un rdv après 17h00, que ce soit à cause de son propre emploi du temps ou celui du médecin.

Les déplacements engendrés, les problèmes de transport, l'éloignement posent la question de l'égalité des chances entre les urbains et les ruraux. Toutes ces spécificités géographiques font que quelquefois Géraldine se demande si elle ne devrait pas quitter le Trièves.

Pourtant selon elle, ce territoire a énormément d'atouts et elle ne comprend pas pourquoi les jeunes médecins ne veulent pas venir s'installer ici. Il existe bien des dispositifs financiers pour les accueillir, non ?

Quelles pourraient être les solutions à ces problèmes de déplacements et d'organisation familiale que cela engendre ? Comment améliorer la disponibilité de l'offre médicale des spécialistes et des médecins généralistes ?

Histoire 2 (1) : « La fièvre du samedi soir... »

Un samedi soir, Bernard, 42 ans ne se sent pas bien. Il tente de se reposer mais son état empire, il a de la fièvre (39 °C), touse et se sent vraiment faible. Il commence à s'inquiéter car aucun médecin n'est disponible le soir et il n'est pas en état de conduire jusque Grenoble. Il patiente quelques heures et attend le lendemain matin. Dimanche matin, rien ne s'est amélioré et il n'arrive plus à s'alimenter de manière correcte.

Le soir et le week-end il n'y a pas de service de garde disponible sur le territoire, Bernard doit donc appeler le 15 ou se rendre aux urgences de Grenoble. Il reconnaît que parfois il n'y aurait pas forcément besoin d'aller aux urgences ou d'appeler le SAMU mais il n'a bien souvent pas d'autres choix.

De plus, le SAMU se déplace mais l'aiguillage ensuite n'est pas optimal et peut impliquer un double transfert à La Mure puis au CHU de Grenoble selon la pathologie.

Quelles solutions pourraient être mises en œuvre afin de remédier et de palier cette absence de système de garde et d'astreinte sur le territoire ?

Histoire 3 (2) : « Sans médecin, difficile d'obtenir un rendez-vous rapidement... »

Christine a 37 ans et s'est installée dans le Trièves il y a 1 an elle a un fils de 4 ans. Elle voit son médecin une fois par mois pour le renouvellement de son traitement (à elle) pour l'hypertension. Il est difficile d'obtenir un rendez-vous assez rapidement avec son médecin car les délais sont assez longs, il y a en général une semaine d'attente. Quand elle anticipe cela ne pose pas de problème mais bien souvent, elle n'a personne vers qui se tourner en cas d'urgences même relatives pour elle ou son fils.

A ses yeux, son généraliste n'est pas assez disponible et les plages de consultations sont bondées à cause du manque de médecins généralistes sur le territoire.

Quelles solutions pourraient être mises en œuvre afin d'améliorer ces problèmes de déficit d'offre médicale, quand il n'y a rien de grave, ce n'est pas une véritable urgence ?

Histoire 4. (5) : « On a besoin d'un médecin, sinon c'est la mort pour nous... »

Marc fait partie d'un petit groupe de citoyens qui se sont mobilisés car ils ont entendu que leur médecin, qui s'était installé depuis 40 ans, part à la retraite. Le problème, c'est que s'il part, il n'y aura plus de médecin. Et comme on accueille plusieurs milliers de touristes en été et en hiver, sans lui, c'est la mort de la station. Car Marc est fier du Trièves, c'est beau, c'est grand et, surtout, c'est son lieu de travail, comme pour d'autres citoyens mobilisés. Déjà que quand y'a moins de neige c'est compliqué, alors si en plus le médecin n'est plus là...

Son petit groupe est très actif. Il a posé des questions aux élus, il s'est renseigné. Il a découvert qu'il existait une solution, qui s'appelle les « Maisons de santé professionnelle ». Mais, en fait, il faudrait qu'elle soit délocalisée, certains jours, dans leur village à eux. Il y a bien un projet de MSP à Clelles, mais justement c'est trop loin de leur village. Et puis d'ailleurs, est-on sûr et certain que ce projet va se faire ? Est-ce qu'il n'y aurait pas d'autres solutions ? Et puis, en se renseignant, ils ont appris qu'il y avait des spécificités au « transport médical », donc c'est compliqué de descendre du village quand on a un pied cassé ou un touriste qui a chuté. Ne pourrait-on pas imaginer des médecins saisonniers ? Et puis ne faudrait-il pas améliorer la coordination avec les paramédicaux et la coordination des soins ? Mais est-ce applicable ici ?

7.5 Annexes 5: Scénarios du groupe "Aînés"



Scénarios "GROUPE aînés"

Thématiques extraites de l'atelier 1 :

Thématiques	Leviers
1. Absence, manquement, insuffisances	Aides à l'installation ; MSP
2. Disponibilité, temps de l'écoute	Travail en équipe ; partage du travail vers les infirmières (source : d'après Dr. De Haas, présid. Fédération française MSP) ; « à nous à nous adapter aussi »
3. Organisation des gardes/soins le week-end	Étendre la notion de « médecin référent » vers des « équipes référentes »
4. Éloignement	Télémédecine ?
5. Rendez-vous	Changer le secrétariat Étendre le temps de travail des médecins
6. (TRANSVERSAL) Spécificités / particularités du territoire	Attirer le médecin... (mais risque, même là, qu'il ne reste pas longtemps) Nature, pas de pollution Nombre de patients retraités

Histoire 1 (1, 5) : « Y'en n'a plus... »

Marie est venue habiter le Trièves à l'âge de la retraite. En fait, elle est revenue y habiter, après avoir travaillé à Paris durant toute sa carrière d'employée de banque. Elle est revenue habiter près de son village d'enfance parce qu'elle voulait retrouver ses racines, ses montagnes, l'air pur de la nature. En vieillissant (elle a aujourd'hui 75 ans), elle se rend compte qu'elle a de plus en plus des petits bobos, et surtout que les médecins aujourd'hui n'osent plus faire de petits soins comme des sutures ou des plâtres. Rien de grave au début, une simple consultation chez le dentiste ; et puis, il faudrait aussi qu'elle aille revoir un spécialiste pour le cœur de son mari, un cardiologue ; et il faudrait qu'il fasse une petite radio pour ses poumons. Avant, à Paris, elle avait ces spécialistes à disposition. Bien sûr, il fallait parfois attendre quelques semaines ou deux, trois mois pour avoir un rendez-vous, mais quand même, il y en avait. Ici, dans le Trièves, elle a l'impression qu'il n'y a pas de spécialistes, mais ça elle se dit que c'est normal, qu'ils n'auraient pas beaucoup de patients, et puis leurs appareils coûtent chers... Mais elle a aussi l'impression qu'il n'y a plus vraiment de médecins, qu'ils ne font pas de permanences, comme il y en avait à Paris.

En termes de solution, elle se dit qu'il suffirait de leur donner de l'argent pour qu'ils viennent s'installer, ou alors, elle a aussi entendu parler de ces MSP ; ou alors, qu'on mette en place des équipes mobiles de médecins spécialistes. Mais est-ce qu'on peut vraiment déplacer un dentiste ou un radiologue avec son matériel technique ?

Histoire 2 (2, 5) : Où est passé la disponibilité des médecins ?

Marie habite le Trièves depuis toujours avec son conjoint Henri. Elle a connu le médecin X, qui est récemment parti à la retraite. Il y a eu deux nouveaux généralistes, des femmes, qui l'ont remplacé. Elle a donc dû changer de médecin. A 80 ans, ce n'est pas toujours simple. Avant, le médecin il était disponible, il prenait le temps pour écouter, et puis il pouvait venir à la maison, même le dimanche... C'est comme aux urgences, la dernière fois qu'elle a dû y aller, à Grenoble. Là non, plus, ils n'avaient plus le temps de l'écouter. Et puis aujourd'hui, quand on parle avec le médecin, on a l'impression qu'ils ne sont pas disponibles, enfin qu'elles ne sont pas disponibles. Ce n'est pas non plus facile de les avoir, elles vraiment, au téléphone. Maintenant ça passe par des secrétaires et parfois on n'ose pas leur dire ce qu'on a vraiment. En plus, les secrétariats, ils sont débordés, et on obtient jamais un rendez-vous pour quand il faut. Alors d'accord, ces généralistes ne travaillent plus à temps plein, mais vraiment elles ne sont plus disponibles tout le temps pour qu'on se soigne. Elle estime que le problème de fond, c'est qu'aujourd'hui, les jeunes médecins veulent tout et puis ils sont des professions libérales, donc ils peuvent tout choisir et tout vouloir : le beurre, l'argent du beurre et le sourire des habitants ! Mais qu'ils travaillent un peu plus, ça oui...

En termes de solution, elle estime que s'ils pouvaient travailler en équipe, peut-être qu'elles auraient plus de temps à lui consacrer à elle ? Et puis, ne pourraient-elles pas déléguer des tâches aux infirmières ? Ou alors, est-ce qu'il ne faudrait pas mieux organiser leur secrétariat ? Après, son voisin pense que c'est aussi à eux, les habitants, à s'adapter, à voir que la médecine n'est plus la même aujourd'hui. Mais ce n'est pas facile...

Histoire 3 (3, 4) : « Il vaut mieux ne pas tomber malade le dimanche »

Raymond a organisé une petite fête avec des amis du club des aînés du coin. On est dimanche, ils ont marché le matin et ils prévoient de faire un bon repas à midi. En début d'après-midi, alors que tout allait bien, Raymond trébuche sur le coin de la table, tombe et fait un petit malaise. Ses amis appellent le 15, car il n'y a pas de garde le dimanche, dans sa commune. On lui dit d'aller à la Mure. Mais le médecin du 15 n'a pas l'air de connaître la géographie du terrain, lui, il habite à côté de Mens, et il faut au moins 50 minutes pour descendre à la Mure. C'est comme ça, c'est le territoire, il est immense. Et puis, si c'est grave, il faut encore aller aux urgences, loin là-bas à Grenoble ? Ou alors, on fait appel à une évacuation d'urgence, à l'hélicoptère ? Mais ça risque de coûter cher tout ça... Ses copains réussissent à le ranimer et, finalement, Raymond décide que ce n'est pas si grave que ça, qu'il attendra bien la semaine pour descendre à la ville. Et puis c'est comme ça, il sait bien qu'il habite un territoire énorme. Encore heureux qu'il ait toujours capable de conduire sa voiture... Même si cette fois, il comptera sur les amis du club pour aller le conduire... Bah, tant qu'à faire, on reboit un petit coup de rouge, et ça passera... Peut-être que s'il y avait des « équipes référentes », il aurait pu appeler un autre médecin que son médecin habituel et qu'il aurait pu venir ?

Histoire 4 (4, 6) : « Chez nous, c'est beau, mais c'est grand... »

Même si elle a 65 ans, Martine n'est installée dans le Trièves que depuis 10 ans. Elle en avait marre de la pollution de Grenoble. Et puis elle a eu une opportunité d'acheter une maison dans le village où elle venait toutes les vacances d'hiver et de printemps avec sa petite famille. Ses enfants étaient déjà grands, et au début ils faisaient les trajets. Puis, comme ils sont à l'université et en école d'ingénieurs, ils ont pris une chambre à Grenoble pour le premier, et à Toulouse pour le second. Mais, il y a 2 ans, son mari est mort d'un infarctus. Déjà, à ce moment-là, elle s'est posé la question : s'il avait fait son infarctus à Grenoble, serait-il encore en vie ? Les secours sont arrivés très vite et il a été transporté en hélicoptère. Mais il était trop tard. Aujourd'hui, comme elle commence à avoir quelques soucis pour sa propre santé, elle commence à se poser des questions. Est-ce qu'elle ne devrait pas retourner à la ville ? Elle ne sait pas quoi choisir car, maintenant qu'elle est à la retraite, elle aime se promener tous les jours. Et dès qu'il y a de la neige, elle va se balader en raquette avec 2 copines du club d'aînés. Mais elles, c'est différent : elles ont 10 ans de plus qu'elles, mais elles ont toujours habité ici. Alors descendre à Grenoble, c'est hors de question pour elle, le Trièves, c'est le paradis, elles y ont toujours vécu.

En discutant avec ses copines, elles imaginent ensemble comment elles pourraient attirer des médecins à venir s'installer dans leur belle région : leur vanter le charme de la nature, les promenades, la vie tranquille... Mais en même temps, il faudrait leur dire qu'ils ne seront pas trop loin de la ville, Grenoble n'est quand même qu'à 40 minutes, enfin quand y'a pas de bouchons ! Et puis surtout, elles se disent qu'elles pourraient les attirer en disant qu'ils sont plein de retraités ici dans le Trièves et qu'ils écoutent bien leur médecin traitant. Si au moins, ils avaient des médecins qui restaient quelques années, même 5 à 10 ans, ce serait déjà ça, non ? Et puis on leur a parlé de la télémédecine, mais elles ne savent pas au juste ce que c'est... Pourquoi pas ? Mais sans la 4G, ça marche quand même ici ?

7.6 Annexes 6: Fiche d'activité 2 (déroulement atelier 2)

Fiche d'activité n°2 Atelier participatif 2

TITRE :	ATELIER PARTICIPATIF N°2
PUBLIC :	[5 ; 15] participants // Les participants ayant assisté à la première session de l'Atelier participatif
TIMING :	Entre 2H00 et 2h30 maximum.
CADRE :	Organisation de l'atelier participatif dans une salle favorisant l'interaction (modèle en U par exemple). La salle doit être équipée d'un tableau, ainsi que d'un vidéoprojecteur
OBJECTIFS :	- Proposer des solutions à mettre en œuvre sur le territoire pour « lutter contre les déserts médicaux » afin de réaliser des fiches actions.
TÂCHES PREPARATOIRES :	-Créer les « histoires » à partir des résultats du métaplan de l'atelier 1 - Imprimer des fiches actions existantes
DEROULEMENT :	<p>L'atelier participatif n°2 s'articule autour de 5 temps forts :</p> <p>1. Présentation et validation des situations (histoires) (15 MIN) :</p> <p>Rappel des résultats du méta plan de l'atelier précédent et présentation des situations (histoires types) tirées des difficultés principales identifiées par les habitants lors de ce métaplan afin d'obtenir une validation collective. (Amendement possible et bien enregistrer ceux-ci.) Préciser que l'idée est de partir du cas concret du Trièves, mais que l'histoire pourrait avoir une portée généralisante au-delà du Trièves.</p> <p>Présentation rapide du déroulement de la séance.</p> <p>2. Propositions de solutions (30-40 MIN) :</p> <p>-Travail en sous-groupes de 2-4 personnes. Le nombre d'histoires est à définir selon les thématiques principales des difficultés rencontrées par les habitants lors de l'atelier 1 (métaplan). -Probablement 3 à 5 petits groupes - Définir un rapporteur par groupe - Chaque groupe travaille sur une histoire. Des discussions collectives seront engagées dans les groupes afin que les participants échangent autour de pistes de solutions qui pourraient être envisageables au niveau local. « Comment résoudre ce</p>

	<p>souci particulier au niveau local ? Quelles solutions proposeriez-vous ? »</p> <p>- Les points forts sont consignés par le rapporteur qui synthétise les idées principales sur une feuille. Cette feuille doit être remise à l'animateur.</p> <p>Les animateurs se déplaceront de groupe en groupe afin d'accompagner le travail de rédaction. Mais ce sont bien les participants qui produisent le travail, non pas l'animateur.</p> <p>3. Synthèse des solutions (30 MIN) :</p> <p>Les participants forment des binômes avec un moins un rapporteur par groupe (voire 3 personnes). Chaque binôme devra rédiger une ébauche de fiche « action » permettant de formaliser les actions qu'il souhaite voir être mises en œuvre sur son territoire. Ces fiches préciseront : le lieu, le type d'action, pourquoi, comment, par qui, pour qui.</p> <p>Un exemple de fiche action sera distribué afin que les participants sachent comment les remplir.</p> <p>Les animateurs se déplaceront de binôme en binôme afin d'accompagner le travail de rédaction.</p> <p>4. Présentation des fiches actions (30 MIN) :</p> <p>Chaque binôme présente le résultat de ses travaux. Des discussions collectives seront engagées sur la base de ses travaux.</p> <p>5. Fin de l'atelier (15 MIN) :</p> <p>Les animateurs remercient les participants et proposent/incitent aux volontaires un temps de préparation à la restitution qui aura lieu lors de l'atelier des élus/professionnels de santé (10min). Des explications concernant cette restitution seront données à la fin de la séance concernant le déroulé des événements (à définir : rencontre à prévoir avec ces habitants en amont de l'atelier élus afin de leur montrer le power point à présenter ? Présentation « à blanc » dans la vraie salle ?)</p>
<p>PERSONNEL NECESSAIRE :</p>	<p>- 2 animateurs à minima</p>
<p>MATERIEL NECESSAIRE :</p>	<p>- Tableau blanc (ou paper board, si la salle n'est pas équipée d'un tableau)</p> <p>- Chaises</p> <p>- Tables</p> <p>- Vidéo-projecteur et matériel de sonorisation</p> <p>- 2 dictaphones</p> <p>- Des feutres pour chaque participant</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Un appareil photo - Des feuilles blanches - Un exemple de fiche action réalisé ailleurs
TÂCHES POST-ATELIER PARTICIPATIF :	Une invitation pour la rencontre avec les élus/professionnels est envoyée aux participants volontaires à venir présenter leurs résultats (solutions) par mail et/ou par téléphone
EVALUATION :	<p>Recueillir le point de vue des personnes sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'organisation de la démarche ? - La prise en main par l'animateur ? - La sensation de se sentir, ou pas, acteur de la démarche ? - L'impression de s'inscrire dans une démarche participative, ou pas ? - Attrait de la démarche (pourquoi avoir voulu venir) ? - Frein à la démarche (pourquoi avoir hésité à venir) ?

7.7 Annexes 7: Fiche d'activité atelier 3

Fiche d'activité Atelier travail élus/professionnels

TITRE :	ATELIER PARTICIPATIF de travail avec élus/pro
PUBLIC :	[35 - 70] participants, élus et professionnels de santé du Trièves
TIMING :	Le 17/05/2019 Clelles
CADRE :	Organisation de l'atelier participatif dans une salle de Clelles.
OBJECTIF :	-Evaluer les conditions de réalisation (contraintes, pertinence..) des 14 fiches actions (13 + 1 sur Bus) -Distinguer le souhaitable du faisable concernant les fiches actions via SWOT
TÂCHES PREPARATOIRES :	-Inviter les professionnels et élus du Trièves -Rédiger la fiche action du « Camion ambulancier » - Préparer un ppt de présentation du projet -Imprimer les fiches actions en nombre suffisant (1 pack de 13 X 50 (?) participants -Imprimer les bulletins de vote (5 bulletins par personne : 50 exemplaires ?) et les découper. -Imprimer les grille SWOT vierges (1 par groupe, soit 5)

DEROULEMENT :	<p>L'atelier participatif s'articule autour de 3 temps forts :</p> <p>1. 19.30-20.00 : Définition et cadrage du projet</p> <p>Présentation rapide de la démarche et du projet aux participants via un power point :</p> <p>3min -Présentation de Pluralps (Thibault)</p> <p>10 min - Présentation des résultats des ateliers participatifs avec les habitants (Thibault + Emilie si souhait)</p> <p>10 min - Présentation du point de vue de la relève (Valentin)</p> <p>10 min -Présentation de l'outil diagnostic prospectif adapté selon le SCOT (Grégoire et Emilie)</p> <p>2. 20.00-20.40 : Technique du « Groupe nominal » adapté</p> <p>Etape 1 (15min) : Distribution à tous les participants d'un pack « fiches actions » contenant tous les fiches actions agrafées ainsi que 5 bulletins de vote imprimés auparavant avec le nombre de point figurant sur chaque bulletin. Découverte et lecture des 14 fiches par les participants</p> <p>Etape 2 (15min) : Groupe Nominal adapté</p> <p>-Chaque bulletin de vote vaut un différent nombre de points (5 points, 4 points, 3 points, 2 points, 1 point). Les participants indiqueront sur chaque bulletin l'intitulé de la fiche action et le nombre de points attribué. Exemple : « 5 points – Fiche 1 Cabinet Dentiste ». « 4 points – fiche action camion ambulante » etc pour les 5 bulletins.</p> <p>- Les 5 fiches contenant le plus de votes auront une analyse SWOT</p> <p>PAUSE (10 min) le temps du dépouillement</p> <p>-Les bulletins sont dépouillés avec calcul du score – de la fréquence – → Définit un ordre de priorité des fiches actions à développer.</p> <p>Retour de la pause : Présentation rapide des 5 fiches actions avec le plus de vote.</p> <p>3. 20.40– 21.30 SWOT : DIVISION DU GROUPE EN 5 PETITS GROUPES (Marie-Christine // Grégoire // Jean-Luc // Valentin et Emilie // Thibault)</p> <p>Etape 1 (5 min) : Constitution de 5 groupes homogènes élus/pros de 8-15 personnes selon le nombre de participants et répartition d'une fiche sur les 5</p>
----------------------	--

	<p>votées par groupe.</p> <p>-Objectif de cette animation : discuter de la faisabilité/conditions de réalisation de chaque fiche VIA l'analyse SWOT</p> <p>Etape 2 (45 min) : SWOT</p> <p>Analyse SWOT en terme de gestion de projet (donner une feuille expliquant ce qui est attendu ainsi qu'un SWOT vierge, cf fiche annexe)</p> <p>21.30 : 5 MIN : Fin de l'atelier participatif, remerciement annonce</p> <p>Les animateurs remercient les participants et présentent les objectifs de la réunion de restitution du 7 juin.</p>
PERSONNEL NECESSAIRE :	- 5 animateurs
MATERIEL NECESSAIRE :	<ul style="list-style-type: none"> - Tableau blanc - Chaises - Tables - Vidéo-projecteur et ordinateur - Bulletins de vote préparés (5 par personne) - SWOT vierges - Stylos pour l'animateur SWOT - Un appareil photo - Pack de fiches action imprimées, un pack par participants
TÂCHES POST-ATELIER PARTICIPATIF :	Une invitation pour la prochaine rencontre est envoyée aux participants par mail
EVALUATION :	

7.8 Annexes 8: 14 fiches action

THEMATIQUE	Groupe « Aînés »
de l'action : FICHE 1	Meilleure prévision des besoins = dossier médical et équipe médicale référente
Objectifs de l'action :	Encourager la création du « dossier médical partagé » et l'instauration d'une équipe médicale référente
Territoire de l'action :	Le territoire correspondant géographiquement au Trièves (ex cantons de Monestier de Clermont, Clelles, Mens)
Public cible :	Toute la population sachant que la part des retraités est importante
Structures porteuses et/ou impliquées :	MSP de Monestier de Clermont et de Mens
Financeurs :	Communauté de communes, département, région par l'impôt des habitants
L'idée :	Mettre en adéquation les moyens médicaux aux besoins précisément évalués de la population du territoire
Déroulement de l'action	
-État des lieux	Selon l'étude du groupe : -Manque de médecins -Pas assez d'écoute -Absence de garde -Isolement géographique
-Étapes principales :	-Recensement des besoins -Dégager les priorités -Faire apparaître des solutions dans les plus brefs délais
-Actions qui en découlent :	
-Résultats attendus par rapport aux objectifs	-constater des réalisations qui s'inscrivent à l'encontre de la tendance à la dégradation constatée -Des projets concrétisés sont porteurs d'espoir
-Perspectives	S'approcher des souhaits exprimés par le groupe pour une meilleure prise en compte des besoins médicaux

<u>THEMATIQUE</u>	Groupe « Aînés »
<u>de l'action :</u>	Disponibilité des médecins
<u>FICHE 2</u>	
Objectifs de l'action :	Imposer en début de carrière quelques années en milieu rural (minimum 5 ans)
Territoire de l'action :	trièves
Public cible :	Toute la population
Structures porteuses et/ou impliquées :	Les maisons médicales, médecins libéraux, tout le personnel de santé
Financeurs :	Auto-financement du médecins avec aides de la communauté de communes du trièves, des communes, ordre des médecins (?), l'état.
L'idée :	Eviter les désert médicaux Obtenir plus de médecins
Déroulement de l'action	
-État des lieux	Manque de médecins et de dentistes (surtout !) Pas de garde (nuit et WE)
-Étapes principales :	-Obtenir plus de généralistes -Développer le SASPAS (stagiaires avec médecins formateurs)
-Actions qui en découlent :	Il faut que la communauté de commune s'empare du sujet et alerte les politiques → Sommet de l'état
-Résultats attendus par rapport aux objectifs	Amélioration de l'aide à la santé sur toute la population
-Perspectives	Obtenir une réponse quand on se trouve dans une alerte médicale.

<u>THEMATIQUE de</u>	Groupe « Aînés »
<u>l'action :</u>	Organisation des gardes jour et nuit
<u>FICHE 3</u>	
Objectifs de l'action :	Organisation des gardes jour et nuit
Territoire de l'action :	Trièves
Public cible :	Toute la population
Structures porteuses et/ou impliquées :	Tout le personnel de santé (généralistes en priorité)
Financeurs :	Assurance maladie (pour les astreintes)
L'idée :	Assurer une réponse rapide dans l'urgence

Déroulement de l'action	
-État des lieux	Les pompiers ,le SAMU très limités par leur règlement
-Étapes principales :	Obtenir une organisation avec tous les médecins du Trièves dans un premier temps
-Actions qui en découlent :	Là aussi, aide de la communauté de communes du Trièves
-Résultats attendus par rapport aux objectifs	Amélioration et réponse concrète la nuit et le week end
-Perspectives	

<u>THEMATIQUE de l'action :</u> <u>FICHE 4</u>	Groupe « Aînés » Ouverture d'un cabinet dentaire adapté
Objectifs de l'action :	Ouverture d'un cabinet dentaire adapté
Territoire de l'action :	
Public cible :	Tout public
Structures porteuses et/ou impliquées :	Ecole dentaire
Financeurs :	
L'idée :	Pouvoir se soigner rapidement
Déroulement de l'action	
-État des lieux	Désert
-Étapes principales :	Local et matériel adapté
-Actions qui en découlent :	Aides financières
-Résultats attendus par rapport aux objectifs	Excellents
-Perspectives	Urgence d'installation d'un dentiste

<u>THEMATIQUE de l'action :</u> <u>FICHE 5</u>	Groupe « Aînés » Refaire de la petite chirurgie
Objectifs de l'action :	Ré-élargir les compétences des médecins (petites chirurgies)
Territoire de l'action :	
Public cible :	Médecins généralistes
Structures porteuses et/ou impliquées :	Université
Financeurs :	Etat - Laboratoires

L'idée :	Avoir plus de services sur le territoire
Déroulement de l'action	
-État des lieux	-Locaux insuffisants
-Étapes principales :	
-Actions qui en découlent :	-Moins de déplacements -Plus de services sur
-Résultats attendus par rapport aux objectifs	Plus de disponibilités des médecins
-Perspectives	Installation d'un nouveau généraliste

<u>THEMATIQUE</u>	Groupe « Aînés »
<u>de l'action :</u>	Création d'une MSP multi sites
<u>FICHE 6</u>	
Objectifs de l'action :	Offrir aux habitants et aux visiteurs du Trièves un meilleur service. Favoriser et encourager le travail en équipes. Mettre en place des gardes de nuit et de fin de semaine avec un système d'astreintes, sur le territoire Trièves.
Territoire de l'action :	Le pays Vercors-Trièves avec les trois anciens cantons de Monestier-de-Clermont, Clelles et Mens, les communes du balcon-est du Vercors et les communes du lac de Monteynard.
Public cible :	1) Les 10 000 habitants du territoire dont plus d'un tiers sont des retraités. 2) Les visiteurs à la journée ou en séjour. 3) Les structures d'accueil : collectivités, foyers, maison de retraite, établissements scolaires...
Structures porteuses et/ou impliquées :	1) La MSP de Monestier et celle de Mens qui vient d'obtenir son agrément. 2) La Communauté de communes du Trièves 3) Un cabinet spécialisé de maîtrise d'œuvre 4) Un pilote-animateur local qui pourrait être un médecin récemment à la retraite connaissant parfaitement le territoire et ses acteurs.
Financeurs :	Etat, Région, Département
L'idée :	Prendre exemple sur l'expérience réussie de création d'une MSP multi sites sur les « Quatre montagnes », Communauté de communes de Villard-de-Lans. Regrouper les professionnels. Sortir de la logique du médecin référent en lui substituant celle de la MSP multi sites dont tous les adhérents auraient accès au dossier du patient dans le respect des règles déontologiques.
Déroulement de l'action	

-État des lieux	<p>L'offre de soins actuelle est très peu organisée avec un manque évident de médecins, les autres professionnels sont assez nombreux mais dispersés et ils ne travaillent que très peu ensemble.</p> <p>Départ à la retraite en mars 2019 du médecin de Gresse, cabinet ouvert en saisons depuis 1983.</p> <p>Coupure du Trièves en deux secteurs pour l'organisation des gardes, Mens et Clelles avec La Mure, Monestier avec Vizille.</p>
-Étapes principales :	<ol style="list-style-type: none"> 1) Création en cours de la MSP de Monestier 2) Agrément obtenu pour la MSP de Mens 3) Réouverture du cabinet saisonnier de Gresse dès l'été 2019 avec détachement de l'un des médecins de la MSP d Monestier. 4) Maintien du cabinet de Clelles. 5) Création d'une MSP multi sites fédérant tous ces acteurs.
-Actions qui en découlent :	<ol style="list-style-type: none"> 1) Information puis formations de tous les professionnels du territoire. 2) Mise en place du système informatique. 3) Réunions pour partages d'informations et coordinations entre professionnels. 4) Identification de maîtres de stages pour accueil d'internes.

<u>THEMATIQUE</u>	Groupe « Aînés »
<u>de l'action :</u>	Plaquette de présentation des professionnels de santé reconnus au code la santé ou code de la santé publique.
<u>FICHE 7</u>	
Objectifs de l'action :	<ol style="list-style-type: none"> 1) Informer les habitants et les visiteurs sur l'offre de santé du territoire. 2) Recenser tous les lieux où des défibrillateurs sont disponibles.
Territoire de l'action :	Toutes les communes de l'ancien canton de Monestier-de-Clermont
Public cible :	Habitants permanents, résidents secondaires, visiteurs à la journée ou en séjours. Responsables des structures d'accueil, maisons de retraite, foyers d'accueil, hôteliers, commerçants, loueurs, directeurs d'établissements scolaires.
Structures porteuses et/ou impliquées :	<p>Communauté de Communes du Trièves.</p> <p>Communes de l'ancien canton de Monestier-de-Clermont</p> <p>Professionnels de santé reconnus au code de la santé publique qui auront à valider les informations.</p> <p>Services de secours : casernes de Monestier et Gresse.</p>
Financeurs :	Communauté de Communes du Trièves
L'idée :	<p>Joindre rapidement le professionnel recherché par le patient.</p> <p>Assurer une information juste et équitable entre professionnels</p> <p>Eviter les concurrences entre ceux installés dans des locaux qui ont bénéficié de financements publics et ceux qui assument leur propre fonctionnement.</p> <p>Diffuser largement une plaquette d'information en format papier disponible également sur</p>

	tous les sites : Communauté de Communes, Communes, Offices du tourisme (livrets d'accueil, journaux locaux)....
Déroulement de l'action	
-État des lieux	Actuellement, ces documents n'existent pas ou sont très incomplets.
-Étapes principales :	<ol style="list-style-type: none"> 1) Recensement exhaustif de tous les acteurs professionnels de l'offre de santé par l'intermédiaire des communes et sous l'autorité de la Communauté de communes. 2) Validation de ces documents par les professionnels.
-Actions qui en découlent :	<ol style="list-style-type: none"> 1) Publication 2) Diffusion 3) Mise à jour annuelle
-Résultats attendus par rapport aux objectifs	<ol style="list-style-type: none"> 1) Satisfaction des patients 2) Organisation plus cohérente de l'offre de soins 3) Tenter de créer une nouvelle dynamique et de susciter d'éventuelles installations complémentaires.
-Perspectives	Cette démarche nous semble pouvoir être réalisée très rapidement avec des documents diffusés dès cet été 2019.

<u>THEMATIQUE</u>	Elargir les compétences (IDE)
<u>de l'action :</u> <u>FICHE 8</u>	
Objectifs de l'action :	<p>Améliorer l'offre de soins et prise en charge plus rapide</p> <p>Travail en partenariat médecin/paramédical</p> <p>Gestion de l'urgence plus précise</p>
Territoire de l'action :	Ensemble du Trièves avec sites de délocalisation (affluence touristique)
Public cible :	<p>Habitants/patients</p> <p>Médecins (secondés par des professionnels de santé)</p>
Structures porteuses et/ou impliquées :	<p>CDC</p> <p>CHU/université/formation/</p>

Financeurs :	CDC Conseil départemental Etat
L'idée :	Permettre aux professionnels de santé et nouvelles recrues de se former afin d'intervenir
Déroulement de l'action	
-État des lieux	Permanence professionnels de santé (IDE) délocalisés – mutualisation - matériel
-Étapes principales :	Etude de faisabilité Formation Équipement matériel(type visio..)
-Actions qui en découlent :	Organiser la prise en charge des patients sur le territoire
-Résultats attendus par rapport aux objectifs	
-Perspectives	Création d'emplois infirmiers pour répondre aux besoins

<u>THEMATIQUE</u>	Groupe « Adultes »
<u>de l'action :</u>	MSP multi-sites
<u>FICHE 9</u>	
Objectifs de l'action :	-Répondre à un état de désertification médicale et en évolution défavorable. -Favoriser la couverture médicale permanente du territoire -Préserver l'habitat permanent sur les zones excentrées des bourgs principaux
Territoire de l'action :	-Zone à variabilité temporaire de population -Zone éligibles : carrefour d'axes principaux de circulation -Intercommunal
Public cible :	-Personnes âgées à domicile -Bébés et enfants -Familles installées d'une manière générale
Structures porteuses et/ou impliquées :	-MSP déjà constituées -ARS, communes, sites -Intercommunalité, département, état.
Financeurs :	Politique de la santé, politique sociale, politique rurale, politique démographique

L'idée :	Générer une complémentarité adaptée à l'offre médicale déjà existante dans le but de pérenniser la population sur le territoire, dans un esprit de sérénité du début à la fin de l'existence, et dans le respect de l'égalité des chances pour les territoires ruraux. Cette offre médicale ne peut être organisée sans une organisation raisonnable du transport sanitaire.
Déroulement de l'action	
-État des lieux	Les professionnels du secteur de la santé et du social, les élus locaux ne connaissent pas forcément les MSP multi sites. Les professionnels de santé doivent régulièrement modifier leur planning en surcharge d'autant plus qu'un professionnel de santé part en retraite. L'idée est donc de voir concrètement les dispositifs existants et éprouvés, de voir ce que les communes peuvent proposer pour mettre en œuvre matériellement une structure annexe de la MSP.
-Étapes principales :	-Trouver un médecin, une organisation de plusieurs médecins pour atteindre la création de cette MSP multi-sites. -Réunir les élus locaux pour lancer une démarche pour faire évoluer l'offre médico-sociale aux bénéficiaires des populations du territoire.
-Actions qui en découlent :	-Communication -Planification matérielle -Répartition des actes administratifs pour la création de la MSP-multisite. -Organiser le transport sanitaire pour assurer les consultations et hospitalisations.
-Résultats attendus par rapport aux objectifs	-Pérenniser la population sur le territoire -Renouveler la population sur le territoire.
-Perspectives	Par le biais de la MSP multisite, envisager des consultations régulières de spécialistes.

<u>THEMATIQUE</u>	Groupe « Adultes »
<u>de l'action :</u>	Médecin saisonnier
<u>FICHE 10</u>	
Objectifs de l'action :	-Répondre à un besoin particulier de fréquentation touristique importante (source de revenus locaux) tous les jours de la semaine -Soulager les cabinets médicaux locaux permanents et le personnel médical -Assurer des actes particuliers (radiologie, sutures, propharmacie) et éviter la surcharge des urgences du CHU
Territoire de l'action :	Zone de fréquentation touristique importante en été et hiver – Gresse en vercors – Treffort – Col de l'arzelier
Public cible :	-Habitants des villages et communes environnantes -Les accidentés et blessés du sport ne nécessitant pas une aide médicale d'urgence -Les touristes visiteurs en court ou long séjour

	-Les travailleurs saisonniers
Structures porteuses et/ou impliquées :	Commune site, intercommunalité. ARS Département, région, état, Europe
Financeurs :	Politiques de santé, politique sociale Politique tourisme, politique territoriale
L'idée :	Proposer aux différents partenaires concernés la spécificités de la demande, que l'impératif des besoins de la couverture médicale saisonnière ait une incidence tant sur la plan local, tant sur le plan de l'accueil touristique et sportif, tant sur le plan de l'économie locale.
Déroulement de l'action	
-État des lieux	Les acteurs professionnels médicaux, les élus locaux, les responsables de services rattachés à la politique de la santé n'ont pas toujours conscience de l'importance de l'organisation médicale nécessaire pour assurer une qualité d'accueil touristique et de service.
-Étapes principales :	-Trouver un médecin ou une organisation de plusieurs médecins pour assurer cette prise en charge liée à l'affluence touristique. -Réunir les élus locaux pour lancer une démarche pour faire évoluer l'offre médicale et sociale au bénéfice des populations touristiques.
-Actions qui en découlent :	-Communication -Planification matérielle -Répartition des démarches administratives pour assurer ce besoin saisonnier -Organiser le transport sanitaire pour assurer les consultations, les soins, et les transports en hospitalisation.
-Résultats attendus par rapport aux objectifs	Poursuivre un accueil touristique de qualité pour ainsi fidéliser les visiteurs et pérenniser une économie locale.
-Perspectives	Ouverture d'un cabinet à l'année si les populations de travailleurs saisonniers s'installent.

<u>THEMATIQUE de</u>	Groupe Adultes
<u>l'action :</u> <u>FICHE 11</u>	Permanence de spécialistes
Objectifs de l'action :	-Accroître l'offre médicale de spécialistes -amener l'offre au plus près des patients -Améliorer le suivi
Territoire de l'action :	trièves

Public cible :	-Personnes âgées -Personnes atteintes de pathologies chroniques -Personnes à mobilité réduite -Pour première consultation : avis ..
Structures porteuses et/ou impliquées :	-MSP -Bus itinérant
Financeurs :	-Etat -Région
L'idée :	Avoir des spécialistes
Déroulement de l'action	
-État des lieux	Absence d'offre
-Étapes principales :	-Recrutement -Convention avec des libéraux ou structures, un jour par semaine sur un site
-Actions qui en découlent :	Lieux de consultations mobiles ou fixes
-Résultats attendus par rapport aux objectifs	-Facilités de consultations -Meilleure prise en charge du patient
-Perspectives	-Pérennisation du projet

<u>THEMATIQUE</u>	Groupe Adultes
de l'action : <u>FICHE 12</u>	Offrir les conditions d'installations à de nouveaux médecins
Objectifs de l'action :	-Attirer des médecins sur le territoire -Qu'ils s'installent durablement -Ne plus avoir de désert médical -Faciliter l'accès aux soins localement -Moins d'à priori
Territoire de l'action :	Trièves : Différents villages dont des lieux touristiques (Gresse en vercors)
Public cible :	Jeunes médecins qui s'installent ou expérimentés qui veulent changer de lieu de travail
Structures porteuses et/ou impliquées :	-EPCI – COM COM Trièves (autre ?) -Et peut-être travailler en lien avec la métro.
Financeurs :	

L'idée :	Faire un essai d'exercice de la médecine générale dans le Trièves en vue de s'y installer en connaissant les conditions de vie et d'exercice, et les inconvénients/avantages.
Déroulement de l'action	
-État des lieux	-Définir des lieux stratégiques d'installation et le territoire couvert par le médecin -Repérer les médecins intéressés.
-Étapes principales :	-Chiffrer la patientèle théorique. -Avoir des éléments de xxxtente (démographique, économique, médicaux). -Définir des zones d'exercice cohérentes. -Voir les moyens financiers possibles. -Rechercher des locaux : cabinet et habitation. -Etablir un dossier à remettre aux candidats.
-Actions qui en découlent :	-Chercher les partenariats financiers. -Mobiliser les élus. -Prévoir un « parcours » d'intégration (présentations aux habitants, loisirs..). -Faire une expérimentation.
-Résultats attendus par rapport aux objectifs	-Une prise de décision à l'issue de la période d'essai. -Augmenter le nombre de généralistes. -Chaque habitant a 1 médecin traitant sur le Trièves.
-Perspectives	

<u>THEMATIQUE de l'action :</u> <u>FICHE 13</u>	Groupe Adultes TELEMEDECINE
Objectifs de l'action :	-Ne pas avoir besoin de déplacer tous les spécialistes sur le Trièves -Eviter de déplacer les patients à Grenoble
Territoire de l'action :	Le Trièves
Public cible :	Les personnes qui ne vont pas habituellement sur Grenoble
Structures porteuses et/ou impliquées :	Etablissements capables de gérer ces systèmes : pharmacies, laboratoires, infirmiers
Financeurs :	Collectivités de communes
L'idée :	Avoir une offre plus large sans installer de médecins sous-utilisés
Déroulement de l'action	
-État des lieux	Présence du Scanner à la Mure depuis 6 mois

-Étapes principales :	Installer des cabines de téléconsultations dans des pharmacies ou laboratoires ou cabinets infirmiers.
-Actions qui en découlent :	Que les élus et administrations contactent et cherchent les professionnels pouvant installer ces systèmes.
-Résultats attendus par rapport aux objectifs	Avoir une cabine de téléconsultation dans chaque village un peu important
-Perspectives	Avoir 2 consultations sur 10 en télémédecine d'ici 10 ans.

<u>THEMATIQUE</u>	Camion ambulancier (idée repêchée par l'équipe Pluralps suite aux ateliers)
<u>de l'action :</u> <u>FICHE 14</u>	
Objectifs de l'action :	Diminuer le temps de prise en charge globale par les spécialistes
Territoire de l'action :	Ensemble du Trièves avec site fixe selon les jours (mardi = celledes etc)..
Public cible :	Habitants/patients Médecins (secondés par des professionnels de santé)
Structures porteuses et/ou impliquées :	CDC Région AURA/ Département de l'Isère
Financeurs :	CDC Région/Département Médecins spécialistes
L'idée :	Permettre aux spécialistes de venir effectuer des permanences pour des spécialités où le besoins se fait ressentir (gériatrie, cardio, ophtalmo, pédiatrie..)
Déroulement de l'action	
-État des lieux	Etudier les besoins des différentes villes afin d'identifier les sites fixes potentiels et les spécialités requises ainsi que leur fréquence..
-Étapes principales :	- Définir les principes du camion (sites, rotation..) - Trouver le financement du matériel (camion, matériel médical.) - Identifier des médecins intéressés - Logistique à prévoir si plusieurs médecins différents se succèdent dans le camion selon les jours
-Actions qui en découlent :	-Communication autour du camion ambulancier afin de faire connaître le principe du camion aux habitants du Trièves
-Résultats attendus par rapport aux	-Diminution du nombre de patients devant aller à Grenoble pour les consultations spécialistes -Moins d'abandon de soins

objectifs	-Réponse aux besoins des habitants (amélioration des délais de consultations).
-Perspectives	Planning régulier et fixe du camion ambulancier circulant dans tout le Trièves

7.9 Annexes 9: 5 grilles SWOT élues lors de l'atelier 3

<p>Sujet: Fiche 3</p> <p>Garde de jour et nuit</p>	<p><u>Forces</u></p> <p>Monestier : 1 cabinet ouvert le samedi, et la MSP un samedi par mois.</p> <p>-Des médecins suffisamment nombreux qui pourraient s'organiser pour alterner</p> <p>-Des cabinets infirmières assurent les astreintes de nuit en cas de problèmes ou soins à domicile (sages-femmes relativement nombreuses)</p>	<p><u>Faiblesses</u></p> <p>-Manque d'information → détermine ce qui est une urgence</p> <p>-Pas assez rémunéré/contraintes qualité de vie</p> <p>-Pas de garde organisée actuellement (obligation appel SAMU)</p> <p>-Interventions d'infirmiers la nuit = bénévolat.</p> <p>-A mens du vendredi soir au lundi matin il n'y a rien du tout.</p> <p>-Plus rien à gresse alors qu'avant : jour et nuit.</p> <p>-pas de pharmacie ouverte le dimanche</p> <p>.</p>
<p><u>Opportunités</u></p>	<p><u>Actions proactives..</u></p> <p>-Rémunération attractive</p> <p>-Attirer les médecins faisant leur formation à l'étranger (roumains)</p> <p>→ bourse pendant les études sous conditions d'exercice dans certaines régions.</p> <p>-Affecter un interne sur place et lui offrir un logement</p> <p>-Mettre en place une permanence téléphonique (collaboration SAMU-Comcom)</p>	<p><u>Actions globales..</u></p> <p>-Partenariat alliance</p> <p>-Pouvoir appeler un numéro pour avoir des conseils (plus accessible et problème moins grave que le 112), numéro existe mais inconnu</p> <p>-Augmenter la compétence des pharmaciens</p> <p>-Un même remplaçant entre plusieurs médecins permettrait de créer un lien</p>
<p><u>Menaces</u></p> <p>-Manque d'informations, on ne sait pas qui est qui</p> <p>-La nuit, infirmières se déplacent à deux car crainte de lieux isolés. Difficile de se déplacer à 3h du matin par mauvais temps.</p>	<p><u>Défensives- préactives..</u></p>	<p><u>Actions renforcements..</u></p>

<p>Sujet: Fiche 6</p> <p>MSP</p>	<p><u>Forces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Travail multidisciplinaire -Coopération rendu possible permettant une meilleure planification de l'offre de soins -Attractivité vis-à-vis des jeunes -Meilleure service rendu à la population -Attirer des spécialistes 	<p><u>Faiblesses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Risque relationnel entre professionnels de santé -Harmonisation des systèmes d'information
<p><u>Opportunités</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Priorité des parcours publics 	<p><u>Actions proactives..</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Elargir le périmètre de la MSP de Monestier 	<p><u>Actions globales..</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Attirer les médecins -Transformer les atouts du territoires
<p><u>Menaces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Insuffisance des financements -Complexité des dossiers et problèmes à régler (immobilier, organisation, normes) 	<p><u>Défensives- préactives..</u></p>	<p><u>Actions renforcements..</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Aide à la gestion de projets -Regroupements des informations

<p>Sujet: Fiche 8</p> <p>Elargir les compétences</p>	<p><u>Forces</u></p> <p>Par rapport au nombre de médecins :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nombre d'IDE -Maillage sur le territoire <p>-Renforcer la complémentarité entre médecins et infirmières</p> <p>-Développer le travail sous protocole</p>	<p><u>Faiblesses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Quotas -Nombre d'IDE -Réglementation à faire évoluer -Historique= tensions entre professionnels persistantes.
<p><u>Opportunités</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -SSIAD qui permet de développer de nouveaux profils -Services au-delà du soin -Arrivée de nouveaux médecins -Médecins/MSP salarient des infirmières 	<p><u>Actions proactives..</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Développer les pratiques avancées (ASALEE) hors infirmières libéraux 	<p><u>Actions globales..</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Relever les protocoles de ce territoire (ARS) -Connaitre les limites des actes de délégation
<p><u>Menaces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Crainte des médecins Corporatisme -Patients craignant d'être moins bien soignés -Crainte des infirmiers qui ne se formeraient pas 	<p><u>Défensives- préactives..</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Communication, information etc entre professionnels médecins/infirmiers -Organisation de la collaboration 	<p><u>Actions renforcements..</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Création de rencontres -Avec un intervenant extérieur pour apporter une compétence sur la délégation de tâches.

Organisation avec une bouffe tous les 6 mois : Soins et intervenants

<p>Sujet: Fiche 11</p> <p>Permanence de spécialistes</p> <p>Besoins plutôt: -Cardiologie -Ophtalmologie -Gastrologie (En fait toutes les spécialités)</p>	<p><u>Forces</u></p> <p>Gentillesse des patients du Trièves</p>	<p><u>Faiblesses</u></p> <p>-Difficile pour spécialités comme ophtalmo du fait du matériel -Spécialistes n'ont pas besoin de ça -Potentiel de patientèle pas forcément suffisant pour un territoire -Hétérogénéité de territoire</p>
<p><u>Opportunités</u></p> <p>-Perspective de création de maisons de santé → Monestier (quasiment, nouveaux locaux) → Clelles ? → Mens (agrément ARS en cours), MSP pilotée par Comcom → Mens : maison médicale privée</p>	<p><u>Actions proactives..</u></p> <p>-Bureaux médicaux dédiés -Activation des réseaux persos des médecins de la MSP (envisagé : cardio) → Fragile sur la durée</p>	<p><u>Actions globales..</u></p> <p>-Spécialistes, salariés (de qui ?) qui tourneront sur plusieurs sites</p>
<p><u>Menaces</u></p> <p>Les médecins actuels ont plutôt moins de réseaux qu'avant car n'ont pas fait d'études à Grenoble.</p>	<p><u>Défensives- préactives..</u></p>	<p><u>Actions renforcements..</u></p>

<p>Sujet: Fiche 12</p> <p>Offrir les conditions d'installation – Parcours d'intégration</p>	<p><u>Forces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Ressources : projet de maison médicale à Monestier - Distance de Grenoble -Dynamique locale déjà présente (les ¾ sont des jeunes médecins) 	<p><u>Faiblesses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -A priori de la part des jeunes médecins sur la ruralité -A priori des habitants sur les jeunes médecins -Les jeunes médecins ne connaissent pas le territoire
<p><u>Opportunités</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Habitants sont sympas -Polyvalence de la pratique 	<p><u>Actions proactives..</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Visites de la ville et du territoire, montrer les commodités/garde d'enfants -Parrainage par un médecin sur place à l'installation 	<p><u>Actions globales..</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un outil de communication permettant de lutter contre les à priori.
<p><u>Menaces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Disparités selon les territoires (besoins différents entre Clelles, Mens etc) 	<p><u>Défensives- préactives..</u></p>	<p><u>Actions renforcements..</u></p>

