



HAL
open science

Initiative locale pour faire face au départ d'un médecin généraliste en zone sous dense : retour d'expérience par capitalisation sur un cabinet médical collaboratif dans une zone rurale de l'Ouest de la France

Marianne Baudinat, Élie Rocheteau

► To cite this version:

Marianne Baudinat, Élie Rocheteau. Initiative locale pour faire face au départ d'un médecin généraliste en zone sous dense : retour d'expérience par capitalisation sur un cabinet médical collaboratif dans une zone rurale de l'Ouest de la France. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04474567

HAL Id: dumas-04474567

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04474567>

Submitted on 23 Feb 2024

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2023

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

par

Madame Marianne BAUDINAT et Monsieur Élie ROCHETEAU

Présentée et soutenue publiquement le 21 décembre 2023

**Initiative locale pour faire face au départ d'un médecin généraliste en zone sous dense :
retour d'expérience par capitalisation sur un cabinet médical collaboratif dans une zone
rurale de l'Ouest de la France**

Président : Monsieur le Professeur Jean-Pascal FOURNIER

Directrices de thèse : Madame la Docteure Élodie COSSET

Madame la Professeure Maud JOURDAIN

Membre du jury : Monsieur le Docteur Brice LECLÈRE

REMERCIEMENTS

Remerciements communs

À Monsieur le Professeur Jean-Pascal Fournier, merci de nous faire l'honneur de présider le jury de soutenance de notre thèse. Soyez assuré de notre profond respect.

À Madame la Professeure Maud Jourdain, merci d'avoir accepté la co-direction de cette thèse. Merci pour ton accompagnement et de ton enthousiasme tout au long de ce travail.

À Madame la Docteure Élodie Cosset, un immense merci pour ton implication dans la direction de cette thèse. Merci également pour ton dynamisme et tes conseils avisés. Merci enfin d'avoir accompagné la création du cabinet de Nieul-le-Dolent et tous les projets qui en découlent.

À Monsieur le Docteur Brice Leclère, merci pour l'aide que vous nous avez apportée dans ce travail et d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse.

À Monsieur Timothée Delescluse, merci pour ton accompagnement et tes conseils qui nous ont permis de mener à bien ce travail.

À toute l'équipe qui gravite autour du cabinet médical de Nieul-le-Dolent. Aux professionnels de la commune avec lesquels nous avons partagé de magnifiques moments de convivialité, et particulièrement à celles d'entre vous qui se sont prêtées au jeu de cette thèse. Aux médecins titulaires, remplaçants et aux internes du cabinet avec lesquels nous participons à cette formidable aventure humaine et que nous avons toujours plaisir à retrouver. À Lydia pour ton sourire et ta joie de vivre.

À Madame Clotilde Chohin, pour votre disponibilité et la richesse de nos échanges.

À la municipalité de Nieul-le-Dolent sans laquelle ce projet n'aurait pas vu le jour. Merci d'avoir répondu à nos différentes demandes.

De la part de Marianne

À Remy, toi qui illumines mes journées depuis près de 10 ans, merci pour ton soutien indéfectible et ton amour. Sans toi je ne serais jamais arrivée à bout de toutes ces années qui ont nécessité tellement de sacrifices et de concessions pour tous les deux. J'espère t'apporter au long de notre vie autant de force et de joie que tu le fais chaque jour pour moi ! Je t'aime !

À mes parents, merci pour le cadre aimant et bienveillant dans lequel vous m'avez éduquée, et votre accompagnement tout au long de mes études. Vous avez fait de moi une personne indépendante et honnête, je vous en serais éternellement reconnaissante.

A mes grands-parents et Nona qui ont contribué à mon épanouissement que je n'oublierai jamais.

À mon frère Jean, pour nos riches discussions, nos voyages, découvertes et tous nos souvenirs communs. Te voir t'épanouir et partager des moments avec ta famille ; Julia, Malo et Victoire ; est une de mes plus grandes joies.

À ma sœur Hélène, merci de la relation que nous avons construite, toutes ces soirées en Vendée ont été d'un grand support au cours de mes stages. Merci à Alexya et JB pour m'avoir supporté.

À Marieanne, Emeric, Marie, Thomas, Totom, Vivien, Amandine, parce que les amis c'est la famille qu'on se choisit, merci de tout ce que vous êtes, j'ai une chance incroyable de vous avoir dans ma vie, vous faites de toutes nos retrouvailles des moments d'exception.

À Didier, Boumy, Marine, Chloé, Maxime, Amandine, Laure, merci pour votre soutien et tous les moments de bonheur que nous partageons. Vous êtes chacun des personnes incroyables !

À Elie, merci de m'avoir accepté pour partager cette thèse avec toi. Ces mois de travail ensemble ont été pleins d'échanges et d'apprentissages. Mon vocabulaire s'est certainement enrichi suite à toutes nos négociations lexicales. Et merci à Louise pour les nombreuses relectures !

À mes maîtres de stages et tous les médecins que j'ai rencontrés de ma formation, qui m'ont accompagné pour aboutir à la soignante que je suis devenue, et tout particulièrement à Elodie, merci pour m'avoir ouvert les portes de la méditation.

À tous les internes qui ont partagé ces dernières années avec moi. Et surtout un énorme merci à Laura, mon coup de cœur d'internat, la team Challans girl-power, une révélation qui m'aura marqué à jamais !

De la part d'Élie

À mes parents Laurent et Marie-Anne, merci pour votre amour et votre soutien tout au long de ces années. Merci pour les valeurs que vous m'avez transmises. Merci de m'avoir permis d'arriver jusqu'ici.

À mes sœurs, Lisa et Jade. Merci pour tous les souvenirs d'enfance et plus récents que nous avons construits ensemble et pour ceux à construire avec les nouveaux arrivants !

À ma famille d'être tels que vous êtes, je n'en choisirai pas une autre.

À ma belle-famille de m'avoir accueilli à bras ouverts.

À Max, πchou, Grégoire Poivron, Poto (Ouh !), Solie, Daphnou, Coco, Ismérie, Bastien et Juju et à ceux qui intègrent progressivement la bande. Merci d'avoir appris la vie à Chloé toutes ces années. À Chloé également qui connaît maintenant bien la vie. Merci à vous pour tous les moments passés ensemble qui ont été autant de bouffées d'air frais pendant ces études.

À Martin et Kevin, c'est toujours un plaisir de se retrouver même si c'est souvent compliqué !

Aux co-internes et équipes paramédicales des urgences, de pédiatrie, de Luç'Angeles et de psychiatrie, les stages ont eu une tout autre saveur grâce à vous.

Aux amis rencontrés à la faculté pour tous ces bons moments passés ensemble.

À tous les médecins qui m'ont formé pendant ces études et tout particulièrement à Aurélie, Nadège et Sylviane qui m'ont fait découvrir et aimer l'exercice de la médecine générale.

Merci aux relectrices qui se reconnaîtront.

À Marianne, merci de t'être jointe à moi dans ce projet, travailler avec toi fut un réel plaisir. Nos nombreuses discussions autour de la catharsis ont finalement abouti à cette belle thèse.

À Louise, merci d'être entrée dans ma vie et pour la belle histoire que nous écrivons ensemble. Merci pour ton amour et ta joie de vivre qui m'ont porté pendant toutes ces années. Merci pour ta patience pendant ces (longues) études, d'autres projets nous attendent, à commencer par élever notre mini-nous. Je t'aime.

À Thibault, tu nous as rejoint il y a si peu de temps mais tu as déjà pris une si grande place dans nos cœurs. Merci pour tes câlins au cours de l'écriture de cette thèse.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASALÉE : Action de Santé Libérale en Équipe

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

CAPS : Capitalisation des expériences en Promotion de la Santé

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CERFA : Centre d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

CLS : Contrat Local de Santé

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNR : Conseil National de la Refondation

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

COREQ : Consolidated criteria for Reporting Qualitative research

CPE : Carte de Personnel d'Établissement

CPF : Carte de Professionnel en Formation

CPS : Carte de Professionnel de Santé

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DPO : Data Protection Officer

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ECG : Électrocardiogramme

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ESP : Equipe de Soins Primaires

ESP-CLAP : Équipe de Soins Primaires Coordonnée Localement Autour du Patient

FNES : Fédération Nationale d'Éducation et de promotion de la Santé

FINESS : Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux

HPST : Hôpital Patients Santé et Territoires

INSEE : Institut National de Statistique et des Études Économiques

InSPIRe-ID : Initiative en Santé Publique pour l'Interaction entre la Recherche, l'Intervention et la Décision

IPA : Infirmière de Pratiques Avancées

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RISAUME : Réseau Interprofessionnel de Soins Ambulatoires et Unités Médicales en Équipe

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

SFSP : Société Française de Santé Publique

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
LISTE DES ABRÉVIATIONS	5
TABLE DES MATIÈRES	7
INTRODUCTION	9
1. Densité médicale	9
1.1. Contexte général	9
1.2. Déterminants de l'installation	10
1.3. Mesures mises en place	11
2. Coopération interprofessionnelle	13
3. Le projet de cabinet médical collaboratif de Nieul-le-Dolent	16
3.1. Commune de Nieul-le-Dolent	16
3.2. Contexte médical local	16
MATÉRIEL ET MÉTHODES	17
1. Design de l'étude	17
1.1. Objectif de l'étude	17
1.2. Méthodologie de référence	17
1.3. Type d'étude	18
2. Population et échantillonnage	18
3. Recueil des données	21
3.1. Élaboration du guide d'entretien	21
3.2. Déroulement des entretiens	22
4. Analyse des données	23
5. Aspects réglementaires	24
RÉSULTATS	25
DISCUSSION	42
1. Résultats principaux et comparaison avec la littérature	42
1.1. Le leadership partagé	42
1.2. « Médecin multicéphale »	43
1.3. Dénomination du cabinet	44
1.4. Pérennité du dispositif	45
1.5. Empowerment professionnel	45
1.6. Évolution des pratiques professionnelles	45
1.7. Attractivité	46
1.8. Problématique des cartes professionnelles	47
1.9. Cadre institutionnel	47

2. Forces et limites	48
3. Perspectives	50
3.1. Partage de connaissance	50
3.2. Solution palliative à la diminution de démographie médicale	50
3.3. Etudes complémentaires à envisager	51
CONCLUSION	52
BIBLIOGRAPHIE	53
ANNEXES	60
Annexe 1 : Note d'information	60
Annexe 2 : Guide d'entretien n°1	62
Annexe 3 : Guide d'entretien n°2	63
Annexe 4 : Guide d'entretien n°3	64
Annexe 5 : Guide d'entretien n°4	65
Annexe 6 : Carte d'identité du projet	66
RÉSUMÉ	69

INTRODUCTION

1. Densité médicale

1.1. Contexte général

Depuis les années 2000, la problématique des « déserts médicaux » est régulièrement abordée dans le débat public en France (1–3).

La définition du terme « désert médical » n'est pas consensuelle (4).

En France, la densité médicale est de 3,2 médecins pour 1000 habitants, elle se situe en dessous de la moyenne des pays européens à 4 (2,5). Les zones rurales ont une densité médicale de 2,7 médecins pour 1000 habitants en dessous des 4,1 médecins pour 1 000 habitants en zone urbaine (6).

Le nombre de médecins toutes spécialités confondues va continuer à diminuer en valeur absolue et en nombre par habitant jusqu'en 2025 (1,6,7). Depuis 2010, le nombre de médecins généralistes en France a diminué de 9% (4,7).

Il existe de nombreuses évaluations différentes concernant ces zones médicalement sous équipées.

Selon le CNOM (7), la baisse du nombre de médecins généralistes est liée à la diminution du nombre de médecins formés depuis le numerus clausus. Malgré un rehaussement de ce dernier en 2005, l'index de renouvellement générationnel (rapport de médecins de moins de 40 ans sur les médecins de 60 ans ou plus) est de 0,96 pour les médecins généralistes en 2021. Ce qui indique que le renouvellement est insuffisant au sein de cette spécialité.

De plus, la demande de soins augmente du fait d'un vieillissement de la population. La « densité médicale standardisée » des médecins généralistes correspond à la densité médicale rapportée à la demande de soins. Cette dernière a baissé entre 2012 et 2021, traduisant une augmentation plus importante de la demande de soins comparée au nombre de médecins généralistes.

Selon une projection de la DREES (8), le niveau des années 2021 devrait de nouveau être atteint en 2036 pour les médecins généralistes et en 2035 pour tous les médecins confondus.

L'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) étudie à la fois la proximité et la disponibilité des professionnels de santé. Ce nouvel indicateur est plus fin. Entre 2016 et

2019, l'accessibilité aux médecins généralistes a diminué de 3,7 à 3,5 consultations accessibles par an et par habitant (-6%) (9).

Selon cet indicateur, les zones médicalement sous équipées sont celles où la population a accès à moins de 2,5 consultations par an et par habitant. Cela concernait 8,6% de la population française en 2015, contre 11,6% en 2019. Les régions les plus impactées sont les zones rurales, celles montagneuses mais également les zones urbaines défavorisées (4,9,10).

À l'international, de nombreux pays européens font face à des pénuries de professionnels de santé, notamment d'infirmières et de médecins généralistes. Cette pénurie est plus marquée dans les zones rurales ou faiblement peuplées et dans les zones urbaines défavorisées. Cela est en partie dû à des changements démographiques : les soignants sont âgés et la demande de soins croît en lien avec une augmentation des maladies chroniques et le vieillissement de la population. Une partie de la pénurie est également due à des mesures d'austérité budgétaire (11,12).

1.2. Déterminants de l'installation

Un des enjeux actuels est l'installation de jeunes médecins dans ces zones médicalement sous équipées. Cette décision d'installation est influencée par différents facteurs.

Un cadre de vie de qualité est recherché. Cela comprend les services éducatifs, culturels et récréatifs, les différentes commodités, le logement, les opportunités de carrière pour les conjoints ainsi que la sécurité. Ces différents paramètres font l'attractivité générale d'un territoire (12,13).

L'installation dépend également de facteurs personnels comme la proximité familiale et amicale ainsi que son attachement à un territoire, notamment si la personne y est née ou y a vécu une partie de sa vie (12–16). Le fait d'être un homme augmente aussi cette probabilité d'installation (12). Le principal facteur d'installation d'un médecin en zone rurale est son origine rurale. De même un médecin venant d'une zone ou d'une minorité défavorisée aura plus de chance de s'installer auprès d'une population défavorisée (17).

La réalisation des études en zone rurale avec un enseignement orienté vers cette pratique, la réalisation de stages ou de remplacements dans ces zones y favorisent une installation. Cela est également le cas si l'étudiant a exprimé le souhait d'y exercer pendant les études (2,12,14–16,18).

Les conditions d'exercice sont également importantes notamment la maîtrise du temps de travail, ce dernier étant plus important pour les professionnels en zone rurale. L'exercice rural est considéré comme moins prestigieux. Cependant la reconnaissance par leurs pairs et par

la communauté, où ils exercent, favorise l'exercice dans ces zones (13). La possibilité de se faire remplacer facilement est également importante (12). Un exercice isolé est également moins attractif, cela complique en plus l'accès à du matériel (12,13,16). L'exercice pluriprofessionnel est plébiscité parmi les jeunes médecins (2,18) cependant il demande des démarches supplémentaires complexes pouvant amener à un renoncement à cette forme d'exercice (18).

L'aspect financier rentre également en compte dans la décision d'exercer dans ces zones mais n'est pas le facteur le plus important (11,12). Une partie des médecins ayant commencé à exercer dans ces zones suite à une incitation financière continuent à y exercer même une fois l'obligation terminée. Cependant un médecin qui s'installe volontairement dans cette zone a beaucoup plus de chance d'y rester qu'un médecin s'y installant par obligation (12,14).

1.3. Mesures mises en place

Dans la littérature, on retrouve différents leviers d'action pour pallier la densité médicale plus faible :

La promotion d'un bon équilibre entre vie personnelle et professionnelle peut prendre différentes formes : une aide à la garde d'enfants, des propositions d'évolution de carrière (11).

Une augmentation des capacités de formation fait partie de la solution en cas de pénurie de médecins sur l'ensemble du territoire. Mais elle ne corrige pas à elle seule les inégalités (11,12). La réalisation de formations en milieu rural permet aussi de favoriser un exercice futur dans ces zones (11). La sélection d'étudiants issus de zones moins desservies, plus prédisposés à exercer dans ces zones permet une plus grande diversité d'origines dans les études médicales et aide à une meilleure répartition sur le territoire (12).

L'intervention financière est également utilisée dans de nombreux pays. Elle peut prendre différentes formes pour les professionnels en exercice : des changements structurels dans le financement des professionnels de santé, des augmentations de salaires, des aides au remplacement, des incitations financières à exercer dans des zones sous dotées. Pour les étudiants, il existe des aides au financement des études en contrepartie d'un exercice dans une zone sous dotée pendant une certaine période (11,12).

Il est également possible de réaliser des changements législatifs. On peut noter une délégation des tâches entre professions médicales, ou des professions médicales à des professions paramédicales (1,11,19). C'est le cas par exemple dans le cadre du dispositif ASALÉE, permettant initialement au médecin de déléguer des actes médicaux, de prévention

et d'éducation thérapeutique à une infirmière formée à ces pratiques (20). Par la suite, elles ont acquis le droit d'exercer selon leurs compétences propres. La création du métier d'infirmier en pratique avancée (IPA) est une nouvelle évolution dans ce sens (21,22).

Certains pays ont mis en place des mesures coercitives sur l'installation (1). D'autres utilisent ces mesures coercitives ciblées sur les médecins étrangers ou pour accéder à une spécialisation ou obtenir une licence d'exercice. Certains proposent l'exercice en zone sous dotée pendant plusieurs années en échange d'avantages. Ces mesures permettent une distribution plus homogène des médecins, elles font cependant partie d'une politique plus globale permettant de répondre à ce problème (12).

En France, différentes solutions ont été mises en place pour lutter contre ces zones médicalement sous dotées.

La loi HPST de 2009 contenait des mesures régionales pour soutenir l'exercice médical en zone sous dotée. Elle contenait des mesures de soutien à l'exercice regroupé ainsi que des aides à l'installation ou au maintien de l'activité dans ces zones déficitaires. Elle crée le CESP qui permet aux étudiants en médecine, à partir de la deuxième année, de recevoir une allocation de 1 200 euros par mois. En contrepartie à la fin de leurs études ils doivent exercer dans une zone médicalement sous dense pendant la durée où ils ont perçu cette allocation (1,2).

Le pacte territorial de santé mis en place en décembre 2012 permet aux jeunes médecins s'installant en zone sous dense de bénéficier de compléments de rémunération et d'une protection sociale avantageuse. D'autres contrats avec la CNAM ont été créés par la convention médicale de 2016 pour favoriser l'installation et l'exercice de médecins en zone sous-dotée. Mais l'efficacité de ces mesures est remise en question, avec pour une partie des installations permises par ce dispositif, l'existence d'un effet d'aubaine (1,2).

Le plan « ma santé 2022 » concrétisé par la loi de transformation du système de santé du 24 juillet 2019 contient également différentes mesures en ce sens.

Le numéris clausus a été régionalisé ce qui permettra d'augmenter le nombre de médecins formés. Cependant, le temps de pouvoir évaluer cette mesure il faudra patienter de nombreuses années, une dizaine d'années étant en moyenne nécessaires à la formation d'un médecin (1,2).

Il était annoncé que 400 médecins généralistes iraient travailler en zone sous dense avec pour la moitié un exercice partagé entre la ville et l'hôpital ; l'autre moitié en salariat intégral. Il a également été prévu la réalisation d'un stage en zone sous-dotée à la fin du 3^e cycle des études médicales (2).

Il a été permis des délégations de tâches entre professions médicales et entre professions médicales et paramédicales. Le métier d'assistant médical a également vu le jour afin de permettre aux médecins d'augmenter leur patientèle en leur déléguant des tâches (1,2).

Le statut de médecin adjoint a été modifié, ce qui permet à un interne d'assister un médecin en zone sous-dotée.

Il est également décidé un accompagnement au développement des CPTS créées par la loi de 2016 afin de favoriser l'organisation des professionnels de santé sur leur territoire.

Des hôpitaux assurant des missions de proximité ont pu demander une labellisation « hôpital de proximité ». Ils ont pour objectif de maintenir une offre de soins de proximité dans les territoires fragiles. La création d'un statut pour des praticiens avec un exercice mixte ville-hôpital a également vu le jour. L'objectif est d'améliorer le parcours de soins par une meilleure coordination ville-hôpital en association éventuelle avec une CPTS (2,21).

L'exercice pluridisciplinaire au sein de MSP est soutenu par les pouvoirs publics. L'objectif est de favoriser l'attractivité des zones sous dotées pour les jeunes médecins, en répondant à leurs aspirations d'exercice collectif et de partage des contraintes (1). Ces structures sont cependant difficiles à créer et demandent un investissement personnel et parfois financier important des professionnels de santé. Il est plus facile d'intégrer une MSP préexistante (12,23).

L'évaluation de ces mesures est difficile. L'incitation financière ne serait pas le principal motif d'installation dans ces zones médicalement sous dotées (2,12).

2. Coopération interprofessionnelle

Les soins primaires sont définis par l'OMS comme « une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations. » Ces soins primaires sont promus par l'OMS car ils représentent « le moyen le plus inclusif, le plus équitable, le plus économique et le plus efficace d'améliorer la santé physique et mentale des populations. » (24)

En France, pour assurer une partie de ces soins primaires, les dernières évolutions législatives favorisent le développement des équipes de soins primaires. Ce sont des équipes de soignants travaillant de manière coordonnée et partageant un objectif commun. La coopération interprofessionnelle est reconnue pour améliorer les soins apportés aux patients. Les équipes de soins primaires améliorent l'efficacité et la qualité des soins prodigués. Elles améliorent également les conditions de travail des professionnels de santé. Cet exercice pluriprofessionnel organisé est plus performant que celui isolé. Les économies réalisées grâce à cet exercice sont supérieures aux ressources qui leur sont allouées. (19,20,25–27).

Cela existe également à l'étranger comme par exemple en Ontario, ces équipes de soins primaires sont nommées « Family Health Team ». Ce sont des organisations de soins de santé primaires qui se veulent centrées sur le patient. Elles ont été lancées pour améliorer l'accès aux soins primaires et leur efficacité. Elles ont pour but d'offrir des soins complets, de qualité, coordonnés par un travail collaboratif.

Pour cela, elles utilisent la délégation des tâches administratives et cliniques des médecins vers les autres professionnels. Elles sont composées de médecins, d'infirmières, de diététiciennes, de travailleurs sociaux et de pharmaciens.

Ces « Family Health Team » ont montré une diminution du nombre et du coût des consultations médicales ainsi qu'une augmentation du nombre de patients suivis (28,29).

En France, ces équipes de soins primaires ont été définies par l'article n°64 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (20,30). Elles sont définies comme : « un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. » Leur objectif est de contribuer « à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. »

Elles sont organisées sous la forme d'ESP, de centres de santé ou de MSP. Cela permet aux professionnels de santé d'être rémunérés pour le temps passé sur différentes actions.

Le dispositif ESP-CLAP est un dispositif expérimental en Pays-de-la-Loire, correspondant à une équipe de professionnels de santé comprenant au moins deux professionnels de santé dont un médecin généraliste. Leur objectif est de se coordonner pour travailler autour d'au moins une thématique définie dans leur projet de santé qui bénéficie à leur patientèle commune. La structuration juridique est moins complexe, rendant ce dispositif plus accessible, cependant les possibilités sont également moins fournies (20,31).

Les MSP correspondent à une équipe de soins primaires comprenant au moins deux médecins généralistes (trois en Pays-de-la-Loire) et un auxiliaire de santé libéraux ayant une patientèle commune. Ils doivent réaliser un diagnostic de santé du territoire et écrire conjointement un projet de santé pour répondre aux besoins de santé identifiés.

Ils peuvent se saisir de nombreux sujets comme l'accès aux soins, la coordination entre professionnels, la prévention, la réalisation d'actions de santé publique, la formation. Les fonds dédiés à cette activité sont gérés directement par les professionnels de santé.

Les professionnels de santé peuvent se trouver dans des locaux en commun ou bien être dans différents locaux, constituant respectivement une MSP monosite et une MSP multisite (21,32,33).

L'établissement de maisons de santé pluriprofessionnelles permet d'attirer des médecins généralistes dans des territoires sous-dotés (26,34).

Les centres de santé pluriprofessionnels ont des missions proches de celles des MSP. Ils écrivent également un projet de santé qui définit leurs actions. La différence est que les professionnels de santé y sont salariés. La population concernée est la patientèle du centre de santé. Ils sont plus souvent implantés en zone urbaine ou dans les quartiers sensibles. Cela permet aux professionnels de réaliser des réunions, des protocoles, de coopérer entre eux ou avec les structures de soins externes ou médico-sociales mais également de réaliser des actions de prévention, d'éducation thérapeutique, de dépistage. Les financements sont gérés par le gestionnaire du centre de santé qui peut être « un organisme à but non lucratif, une collectivité territoriale, un établissement public de coopération intercommunale, un établissement public de santé, une personne morale gestionnaire d'établissement privés de santé, à but non lucratif ou à but lucratif, une société coopérative d'intérêt collectif » (21,26,35,36).

Les CPTS permettent une collaboration pluriprofessionnelle plus large sur un territoire. Elles sont définies par l'article L-1434-12 du code de la santé publique. Elle sont formées par des « professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, définis, respectivement, aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12 et d'acteurs médico-sociaux et sociaux ainsi que de services de prévention et de santé au travail ».

Elles rédigent également un projet de santé qu'elles transmettent à l'ARS. Selon ce dernier, elles peuvent remplir différentes missions : « l'amélioration de l'accès aux soins ; l'organisation de parcours de soins associant plusieurs professionnels de santé ; le développement d'actions territoriales de prévention ; le développement de la qualité et de la pertinence des soins ; l'accompagnement des professionnels de santé sur leur territoire ; la participation à la réponse aux crises sanitaires ». (20,37)

3. Le projet de cabinet médical collaboratif de Nieul-le-Dolent

3.1. Commune de Nieul-le-Dolent

La commune de Nieul-le-Dolent est considérée comme rurale selon la nouvelle définition de l'INSEE de 2020 car classée comme peu dense (38–40).

La commune était considérée comme une zone sous dense médicalement en 2021 (sur les données de 2018) car son APL était d'environ 2 (41).

La communauté de communes dont fait partie Nieul-le-Dolent comprend un contrat local de santé (CLS). Le CLS est un contrat signé conjointement par l'ARS et une collectivité territoriale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Il est l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations (42).

3.2. Contexte médical local

Suite au départ du dernier médecin de la commune de Nieul-le-Dolent, annoncé en fin d'année 2021, un projet de cabinet médical collaboratif de transition a été imaginé. Les professionnelles paramédicales, les élus de la commune ainsi que les médecins des communes aux alentours ont été impliqués dans ce projet.

L'objectif de ce cabinet temporaire étant d'assurer une continuité des soins et de permettre l'installation d'un ou plusieurs nouveaux médecins sur la commune.

La création de ce cabinet a abouti, il a ouvert le 05/04/2022.

Ce cabinet est atypique car il ne s'agit pas d'un « cabinet secondaire » mais d'un nouveau cabinet conçu par des médecins de différents cabinets. Il a été pensé pour favoriser un exercice coordonné avec les autres professionnels de la commune et attirer de nouveaux médecins.

Compte tenu de l'originalité de ce cabinet, de sa rapidité de mise en place et de son caractère fonctionnel sur un mode coopératif, il nous a paru important de partager cette expérience. Une recherche bibliographique a retrouvé des initiatives proches rapportées par la presse locale mais aucune publication scientifique n'en a découlé (43–47). Nous avons donc décidé de réaliser un retour sur cette expérience afin de faciliter des initiatives similaires dans d'autres communes se trouvant dans une situation proche.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Design de l'étude

1.1. Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est de réaliser un retour d'expérience par capitalisation sur l'initiative locale du cabinet collaboratif de Nieul-le-Dolent, afin de favoriser le transfert de compétences vers d'autres territoires dans une situation similaire.

1.2. Méthodologie de référence

Afin d'utiliser au mieux les fonds publics, l'étude de la transférabilité des interventions menées en promotion de la santé est nécessaire. Cependant obtenir des données probantes sur ces interventions est difficile du fait de leur complexité. La combinaison de données scientifiques, de savoirs expérientiels, de recommandations et de synthèses ainsi que l'évaluation et la capitalisation de ces interventions permet de créer ces données. Leur évaluation est cependant souvent difficile, du fait du manque de moyens financiers et du temps nécessaire à une telle évaluation. (48,49).

Au cours de la recherche de la méthodologie à adopter afin de réaliser ce retour d'expérience, les auteurs, sur les conseils d'un médecin spécialisé en santé publique, se sont orientés vers la méthode de capitalisation des expériences en promotion de la santé dans le cadre du projet CAPS. Il s'agit d'une initiative visant à promouvoir l'expertise expérientielle et la capitalisation des expériences en promotion de la santé. Le projet est porté par la SFSP ainsi que par la FNES. C'est un axe de l'Initiative en Santé Publique pour l'Interaction entre la Recherche, l'Intervention et la Décision (InSPIRe-ID) (50,51).

Il se base sur la capitalisation des expériences. Cette méthode est utilisée depuis de nombreuses années dans le milieu de la solidarité internationale(52–54). Selon Pierre De Zutter : « c'est le passage de l'expérience à la connaissance partageable » (52,54). La capitalisation se base sur l'utilisation des outils de la recherche qualitative (51) . Elle a pour but de faire émerger les expériences des différents acteurs, qu'elles soient positives ou négatives, afin d'en tirer des connaissances (53). Il s'agit de théoriser les savoirs faire pour ne pas le perdre (55), et ainsi d'améliorer les pratiques (52,55). Il existe de nombreuses manières de mener un travail de capitalisation, de nombreuses méthodes et guides ont été proposés selon le champ d'application (50–57).

Le projet CAPS propose une méthodologie pour réaliser des travaux par capitalisation concernant la promotion de la santé afin d'aboutir à la réalisation d'une fiche de capitalisation. Il n'existait jusqu'alors aucun guide ou référentiel méthodologique concernant la capitalisation en promotion de la santé. Le projet a pour objectif de procurer un dispositif de production de connaissances partageables au champ de la promotion de la santé sous différents formats (50). Le portail CAPS a ouvert au printemps 2022, il propose de recenser les différentes fiches de capitalisation réalisées en promotion de la santé (50). À ce jour, on y retrouve 106 fiches.

Les auteurs ont pris contact avec une personne travaillant au sein de ce projet CAPS, chef de projets au sein de la SFSP qui a confirmé la conformité de leur projet avec la méthodologie du projet CAPS. Les auteurs ont donc fait le choix de suivre cette méthodologie afin de répondre à l'objectif de l'étude. Les auteurs ont été accompagnés par la personne du projet CAPS tout au long de leur travail par de nombreuses réunions en visioconférence.

Concernant la recherche qualitative, les auteurs se sont appuyés sur le livre : « Initiation à la recherche qualitative en santé » (58) ainsi que sur l'accompagnement d'une de leurs directrices de thèse et de l'accompagnateur du projet CAPS. Les auteurs se sont également basés sur les critères COREQ lors de la réalisation de ce travail afin d'augmenter la validité interne de leur travail (59).

1.3. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par observation directe participante, indirecte et réalisation d'entretiens semi-dirigés individuel et en focus group. Elle a été menée selon la méthode de capitalisation du projet CAPS.

2. Population et échantillonnage

Les auteurs ont réalisé un échantillonnage raisonné. Ils ont interrogé les différents intervenants ayant contribué à la réalisation du cabinet médical partagé. Les intervenants à interroger ont été choisis afin d'avoir une diversité des points de vue sur le projet, en sélectionnant les personnes les plus impliquées, présentes dans les premiers temps du projet. Les auteurs avaient connaissance de ces informations du fait de leur implication dans le projet en tant que médecins remplaçants et de leur participation aux différentes réunions autour du projet.

Conformément à la méthodologie CAPS, les auteurs ont identifié une référente de projet nommée « contributrice principale » qui a été interrogée seule dans un premier temps pour tracer les grandes lignes du projet.

Différents focus group ont été constitués afin de favoriser la liberté de parole. Il a été choisi de séparer les professionnels paramédicaux et médicaux pour éviter un biais de soumission au groupe.

Le premier focus group a rassemblé un maximum d'intervenants paramédicaux de la commune et la pharmacienne, qui ont été les premiers à s'investir dans le projet.

Le deuxième groupe a réuni différents médecins impliqués dans le cabinet médical, en ciblant les porteurs du projet, la première étudiante en médecine en SASPAS et une remplaçante en médecine exerçant régulièrement dans le cabinet.

Pour le dernier entretien, les auteurs souhaitaient recueillir le point de vue des acteurs administratifs et communaux. Cependant, en interrogeant un élu de la commune, le risque était d'avoir un biais de désirabilité dans le recueil des informations du fait des enjeux électoraux futurs. Cela n'aurait pas non plus permis d'explorer le point de vue institutionnel. Il était ressorti des précédents entretiens que la coordinatrice du CLS avait été en lien étroit avec les élus de la commune et les institutions. Elle a ensuite quitté ses fonctions, supprimant ainsi le lien hiérarchique avec la commune. Les auteurs ont donc choisi d'interroger en entretien individuel la personne responsable du CLS de la communauté de communes dont dépend Nieul-le-Dolent.

Un biais de désirabilité existe néanmoins du fait qu'elle ait quitté son poste suite à un recrutement par l'ARS.

Les auteurs ont recruté les différents intervenants par mail et par une application de messagerie de groupe car ils disposaient de leurs coordonnées.

Pour les entretiens individuels, il était laissé aux participants le choix du lieu (domicile de la personne, domicile du chercheur, lieu de travail, cabinet médical de Nieul-le-Dolent). Pour les focus group, par soucis logistique, le lieu défini était le cabinet médical de Nieul-le-Dolent.

Nous n'avons pas eu de réponse de la part d'une personne. Aucune des personnes sollicitées n'a refusé de participer. Aucune personne supplémentaire non participante n'était présente au cours des différents entretiens.

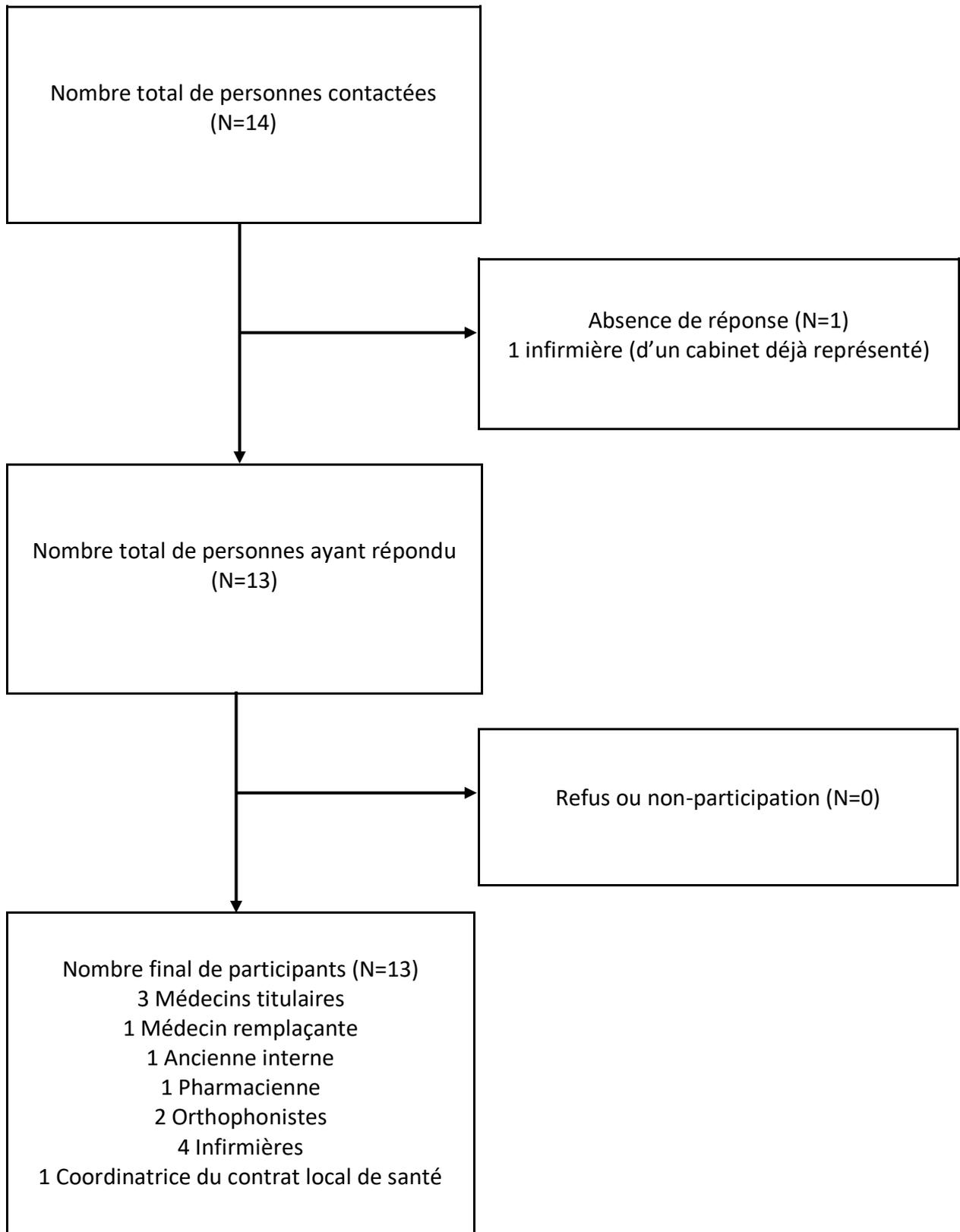


Figure 1 - Diagramme de flux

3. Recueil des données

Compte tenu de la complexité du projet, les auteurs ont choisi de réaliser une capitalisation à fort niveau d'intensité.

Les auteurs ont recueilli les données de différentes façons. Tout d'abord par observation directe participante explicite lors des différentes réunions et moments de convivialité en lien avec le projet et au cours des différents remplacements réalisés au cabinet. Les données ont également été recueillies par observation indirecte par analyse documentaire à partir des documents (mails, comptes rendus de réunions, comptes rendus de conseils municipaux) fournis par les différents intervenants. Et enfin les auteurs ont réalisé des entretiens individuels semi dirigés et des focus group.

La méthodologie par capitalisation ne nécessitant pas de saturation des données, les entretiens à réaliser avec les différentes catégories d'acteurs ont été décidés en amont entre les auteurs, une des directrices de la thèse et l'accompagnateur du projet CAPS. Comme aucun autre acteur majeur n'est ressorti au cours de ces entretiens, aucun entretien supplémentaire n'a été réalisé.

Les auteurs ont également tenu un journal de bord durant la réalisation de cette thèse. Ils y ont consigné leurs ressentis concernant les entretiens, leur analyse, les réunions ainsi que les différents évènements ayant eu lieu au cours de ce travail.

3.1. Élaboration du guide d'entretien

Les auteurs ont rédigé le guide d'entretien en se basant sur le livre « Initiation à la recherche qualitative en santé » (58). Ils ont décidé de suivre le déroulé chronologique des événements dont ils avaient connaissance afin de le structurer.

Ils l'ont ensuite modifié en se basant sur le guide d'entretien proposé par le projet CAPS (60) puis apporté quelques modifications à ce guide après discussion avec la personne du projet CAPS.

Pour les entretiens suivants, les auteurs se sont basés sur le guide de l'entretien précédent qu'ils ont ajusté afin que les questions soient adaptées aux différents interlocuteurs. Ils ont également eu un retour pour chaque guide d'entretien de l'accompagnateur du projet CAPS. Pour le focus group des médecins, la personne devant initialement l'animer a participé à la relecture du guide d'entretien.

3.2. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés du 11 avril au 31 août 2023.

Au début de l'entretien, il était rappelé aux participants qu'il allait porter sur la création du cabinet médical partagé de Nieul-le-Dolent et que le but de l'entretien était un partage de cette expérience.

L'accord des participants était renouvelé au début de chaque entretien par la signature de la note d'information qui leur avait été précédemment envoyée par mail (Annexe 1).

Il leur a également été demandé de préciser sur cette note d'information leur profession, âge, année de diplôme et commune d'exercice.

Le guide d'entretien n'a pas été communiqué aux participants avant l'entretien.

Les participants étaient prévenus que l'entretien serait enregistré afin d'en permettre la retranscription, laquelle serait pseudonymisée.

Les enregistrements ont été réalisés à l'aide d'un dictaphone, couplé au téléphone de chacun des auteurs.

Les entretiens ont été menés par les deux auteurs de cette thèse, une femme et un homme, tous deux médecins remplaçants exerçant entre autres dans le cabinet médical de Nieul-le-Dolent.

Un des deux auteurs avait une petite expérience en recherche qualitative acquise au cours de la réalisation d'une précédente thèse n'ayant pas été menée à son terme. Les deux auteurs se sont formés à la recherche qualitative grâce au livre :« Initiation à la recherche qualitative en santé » (58).

Les questions du guide d'entretien étaient posées alternativement par les deux auteurs sauf pour le premier focus group où l'auteure ne connaissant pas personnellement les professionnelles paramédicales a mené la discussion.

Les deux auteurs ont également noté les interactions entre les intervenants ainsi que la communication non verbale.

Le premier entretien s'est déroulé au domicile d'un des médecins à l'origine du projet, considérée comme la contributrice principale dans la méthodologie CAPS.

Il a été mené de manière conjointe par les deux auteurs, tous deux médecins remplaçants au sein du cabinet collaboratif de Nieul-le-Dolent ainsi qu'au sein du cabinet de la personne interrogée et donc en contact régulier avec celle-ci. L'un des interrogateurs avait également été en stage sous la supervision de la contributrice.

L'entretien a duré 1 heure et 5 minutes.

Le guide d'entretien utilisé est disponible en annexe (Annexe 2)

Le premier focus group avec les professionnels de la commune s'est déroulé au sein du cabinet médical collaboratif de Nieul-le-Dolent, il regroupait : 1 pharmacienne, 2 orthophonistes et 4 infirmières.

L'entretien a duré 2 heures et 8 minutes.

Le guide d'entretien est disponible en annexe (Annexe 3)

Le deuxième focus group avec les intervenants médicaux du cabinet collaboratif a eu lieu au sein du cabinet médical collaboratif de Nieul-le-Dolent. Il comprenait 2 médecins titulaires à l'origine de la création du cabinet collaboratif, 1 médecin remplaçant régulièrement sur le cabinet et la première interne ayant effectué son SASPAS à l'ouverture du cabinet.

Il était prévu que cet entretien soit mené par un tiers extérieur formé à la capitalisation en présence des deux auteurs du fait de la proximité entre ces derniers et les médecins interrogés. Cependant suite à un empêchement personnel de cette personne le jour même de l'entretien, cela n'a pas été possible.

Il a donc été décidé par les auteurs de réaliser eux-mêmes l'entretien malgré le risque de biais de désirabilité sociale, compte tenu de la difficulté à réunir physiquement tous ces acteurs le même jour ; ils avaient écourté leurs consultations afin de pouvoir être présents.

L'entretien a duré 1 heure et 42 minutes.

Le guide d'entretien est disponible en annexe (Annexe 4).

Le dernier entretien individuel avec la coordinatrice du CLS a été réalisé au sein du cabinet médical collaboratif de Nieul-le-Dolent. Les deux auteurs ne connaissaient pas la personne interrogée.

L'entretien a duré 1 heure et 9 minutes.

Le guide d'entretien est disponible en annexe (Annexe 5).

4. Analyse des données

Les enregistrements d'entretiens ont été retranscrits sur un logiciel de traitement de texte par les deux auteurs.

Ces retranscriptions n'ont pas été retournées aux participants. Aucune demande en ce sens n'a été faite à ce jour. Cependant les auteurs les ont systématiquement réécoutés sur 2 enregistrements distincts.

L'analyse a été inspirée par le modèle de la théorisation ancrée (61,62).

L'étiquetage des entretiens a été effectué par chacun des deux auteurs de cette thèse séparément. Ils ont ensuite confronté leurs analyses de chaque entretien, en comparant chaque étiquette afin de parvenir à un consensus après débat. Cela a permis de réaliser une

triangulation des données collectées. Leur analyse du premier entretien a également été confrontée à celle effectuée par une des directrices de cette thèse, ce qui a amené à la modification de certaines étiquettes.

Les auteurs ont ensuite réalisé la catégorisation de leurs étiquettes en commun, les thèmes utilisés étant issus de l'analyse des données.

Ils ont ensuite réalisé une fiche de capitalisation, en suivant la trame du projet CAPS (63), qui sera diffusée sur le portail du projet CAPS.

Cette fiche a été relue par l'ensemble des contributeurs. Leurs commentaires ont amené à des modifications de cette dernière.

5. Aspects réglementaires

La base légale de la recherche est le consentement de la personne.

Notre travail de recherche qualitatif rentrant dans la catégorie des recherches n'impliquant pas la personne humaine nous sommes conformés à la méthodologie de référence MR-004 que Nantes Université s'est engagée à respecter. Nous avons donc réalisé une déclaration au DPO (Délégué à la Protection des données) de Nantes Université sous la forme d'un formulaire, enregistré dans leur registre de traitement. Aucune démarche n'a donc été nécessaire auprès de la CNIL.

Les données permettant une identification des personnes ont été pseudonymisées : les noms des différentes personnes et des villes apparaissant dans les entretiens ont été modifiés. Secondairement, la pseudonymisation a été levée pour le nom de la commune et pour le nom de la coordinatrice du CLS, après l'accord de l'ensemble des participants. Après discussion, il semblait essentiel dans la perspective de transfert de l'information que la commune soit clairement identifiable.

Les données seront supprimées dans un délai maximum de 2 ans à compter de la soutenance de la thèse.

RÉSULTATS

Conformément à la méthodologie du projet CAPS nous avons commencé par réaliser une première fiche d'identité de ce projet (Annexe 6).

Le résultat est la fiche de capitalisation ci-après. Elle a été publiée sur le portail CAPS afin de partager l'expérience du cabinet médical collaboratif (64).

Fiche de capitalisation

Cabinet médical collaboratif de Nieul-le-Dolent

Professionnels paramédicaux de la commune de Nieul-le-Dolent, médecins des communes limitrophes et coordinatrice du CLS



Résumé

Suite au départ précipité du dernier médecin généraliste de la commune, la mairie, les professionnels de santé locaux et les médecins des communes limitrophes ont conceptualisé un cabinet médical collaboratif innovant. L'objectif était d'assurer une continuité des soins et de favoriser l'installation d'un ou plusieurs médecins de façon pérenne. Le cabinet a été ouvert rapidement, conçu pour fonctionner avec des médecins remplaçants multiples. L'objectif de la capitalisation est de pouvoir partager cette expérience afin d'inspirer les territoires dans une situation similaire.

Carte d'identité de l'intervention

Intervention	Cabinet médical collaboratif de Nieul-le-Dolent	
Porteur	Dr Catherine MOREAU, médecin généraliste	
Thématique	Accès aux droits et aux soins - Inégalités sociales ou territoriales de santé - Politique de la ville - « Équipe médicale traitante »	
Population cible	Tout public - Professionnels	
Dates du projet	Début du projet : 11/10/2021 - Ouverture du cabinet : 05/04/2022	
Milieu d'intervention	Rural	
Région	Pays de la Loire	
Niveau géographique	Communal	
Principaux partenaires	Commune, communauté de communes via le Contrat Local de Santé (CLS), professionnels de santé de la commune, médecins des communes limitrophes, CPAM, CDOM, ARS, CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé)	
Objectifs	Assurer la continuité des soins - Favoriser une installation médicale	
Stratégies mobilisées	Fixation d'objectifs partagés - Empowerment - Expérimentation - Santé communautaire- Aller vers - Co-construction d'un outil	
Contributeurs	<p>Professionnelles paramédicales de la commune, Médecins titulaires et remplaçants</p> <p>Contact des soignants de la commune : xxxxxx@mail.com</p> <p>Clotilde CHOHIN, ex-coordinatrice du CLS</p>	
Accompagnateurs	<p>Marianne BAUDINAT et Elie ROCHETEAU</p> <p>Médecins remplaçants, Nantes Université</p> <p>xxxxxx@mail.com</p> <p>xxxxxx@mail.com</p> <p>https://univ-nantes.fr</p>	
Méthodologie	<p>Fiche réalisée sur la base d'une observation directe participante et indirecte, d'entretiens individuels et de focus groups auprès de médecins, des professionnelles paramédicales et d'une coordinatrice du CLS, conduits en 2023, en présentiel.</p> <p>Fiche réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale.</p> <p>Les identités ont été pseudonymisées en dehors de la coordinatrice du CLS.</p>	

Présentation du projet

Le cabinet médical collaboratif de Nieul-le-Dolent est un cabinet géré par la mairie et plusieurs médecins installés dans les communes limitrophes.

Contexte

- Contexte local :
 - o Territoire avec une sous-densité médicale faisant face au départ précipité du dernier médecin de la commune en décembre 2021
 - o Communauté paramédicale bien implantée sur la commune (infirmières, orthophonistes, pharmacienne)
 - o Population rurale variée : classe moyenne ouvrière active, précarité rurale, fracture numérique, nombreux patients gériatriques en affection longue durée (ALD) et polyopathologiques. Région avec peu de chômage, population semblant peu éduquée sur le plan de la santé
- Problématique initiale : suite au départ du médecin de la commune, plus de 2000 patients d'un territoire rural se retrouvent sans médecin traitant.
- Objectifs du projet : maintenir la continuité des soins urgents et chroniques de la population de la commune de Nieul-le-Dolent et des communes limitrophes, en priorisant d'abord les patients les plus précaires et complexes. L'objectif à terme est de favoriser l'installation pérenne de 1 ou 2 médecins sur la commune.
- Objectif de la capitalisation : réalisation d'un retour d'expérience sur la création d'un cabinet médical collaboratif pour répondre au départ précipité d'un médecin dans une zone rurale.



Objectifs

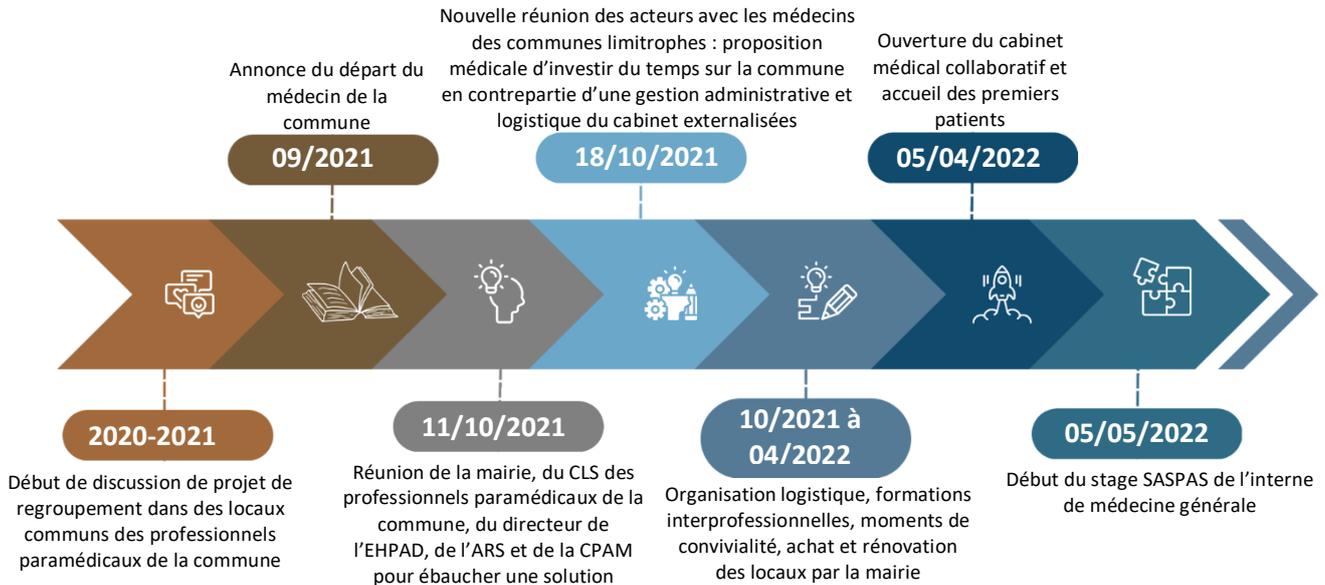
- Création d'un cabinet médical pour assurer la continuité des soins des patients fragiles.
- Assurer 2 à 3 jours de consultation par semaine minimum.
- Développer le travail collaboratif médical et interprofessionnel.
- Créer un environnement de pratique attractif pour favoriser une installation médicale à long terme et le maintien des professions paramédicales sur la commune.



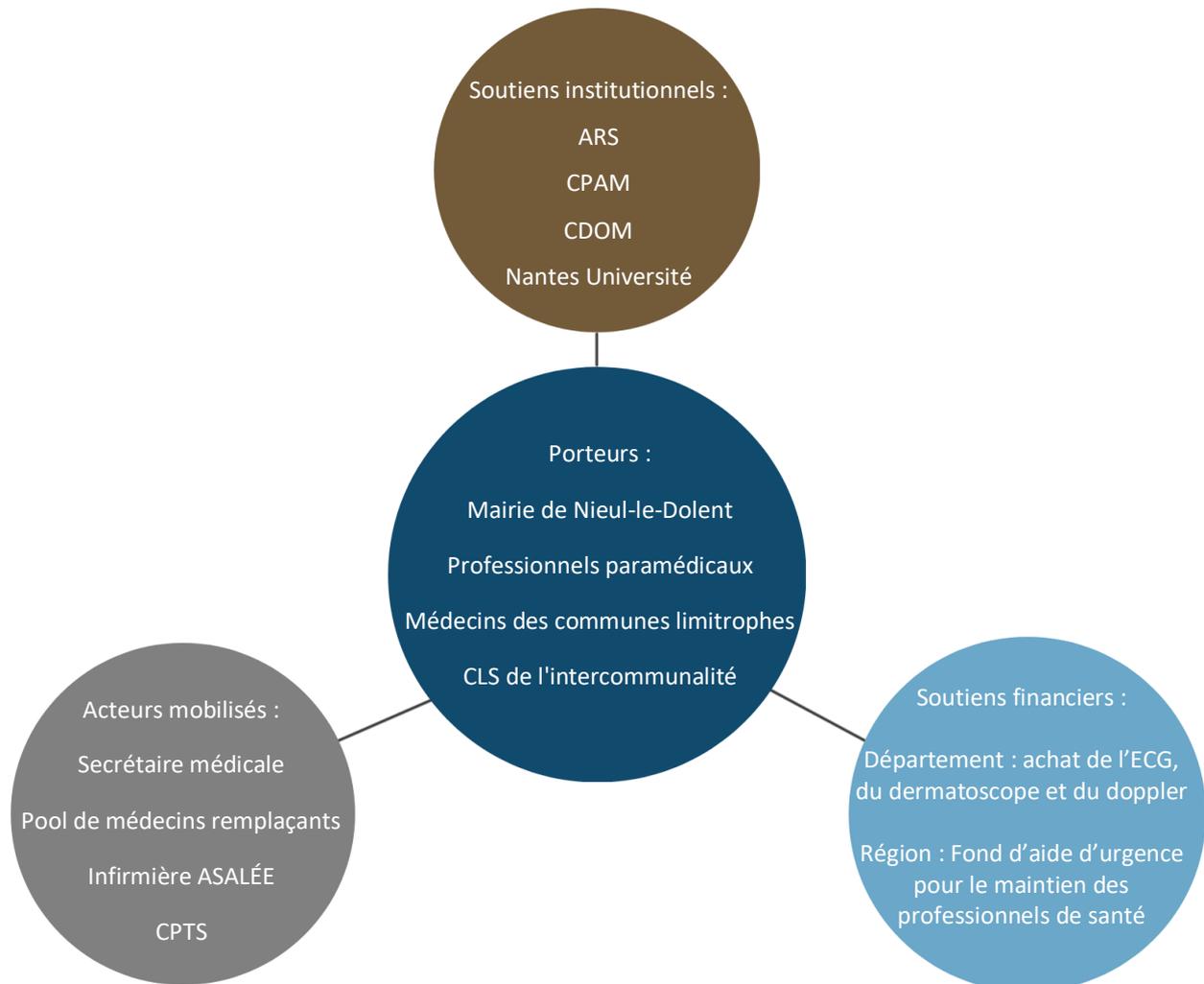
« Le temps du départ du médecin qui a été une catastrophe mais en fait une opportunité. »

C. CHOIN, Coordinatrice du contrat local de santé travaillant maintenant pour l'ARS

Chronologie des événements



Principaux acteurs et partenaires



Étapes de construction du projet

Contexte initial et évènement déclencheur

Nieul-le-Dolent est une commune rurale de l'Ouest de la France d'environ 2500 habitants dont la population augmente. Selon l'INSEE, la répartition des habitants par classes d'âge est dans la moyenne nationale. La population est active, avec une proportion plus importante d'ouvriers, d'employés, d'artisans-commerçants-chefs d'entreprise, d'agriculteurs et une proportion moins importante de cadres-professions intellectuelles supérieures et d'autres personnes sans activité professionnelle. La proportion de retraités est identique au reste de la France.

La commune regroupe 2 cabinets infirmiers, 1 pharmacie, 1 cabinet de 3 orthophonistes, 1 kinésithérapeute, 1 podologue, 1 EHPAD. Historiquement, elle comptait également 2 médecins et 2 dentistes, ayant quitté la commune successivement. Il s'agit d'une zone médicalement sous dense dans un département avec des difficultés d'accès aux soins. Les professionnelles paramédicales de la commune avaient depuis plusieurs années le souhait de se réunir dans des locaux communs et d'exercer de façon coordonnée. Les précédents projets n'avaient pas abouti faute de consensus entre les acteurs, mais de nouvelles discussions accompagnées par le CLS avaient débutées.

Suite au départ précipité du dernier médecin de la commune, la mairie a réuni les acteurs locaux (paramédicaux, EHPAD, pharmacie) et les institutions (CLS, ARS, CPAM) pour trouver une solution et favoriser le maintien d'une offre de soins médicale sur la commune.

Élaboration du projet

Les médecins de deux communes limitrophes ont été sollicités par la municipalité car ils suivaient déjà certains résidents de l'EHPAD. Ils ne souhaitaient pas absorber la patientèle dans leurs cabinets respectifs de peur de dégrader la qualité de leurs soins. Constatant une forte implication paramédicale locale, ils ont plutôt proposé de consacrer chacun du temps médical à la commune ; afin d'y maintenir une offre de soins pour les patients les plus fragiles ou non mobiles. Les médecins avaient réussi à faire s'installer dans leurs cabinets d'anciens étudiants et gardaient de bons contacts avec de nombreux autres. Cela les a confortés dans leur capacité à mobiliser une équipe de remplaçants. L'engagement des médecins était conditionné à la délégation de l'organisation logistique et des investissements financiers à la commune. Cette dernière accepte de s'engager pour une durée limitée, avec pour objectif de favoriser l'attractivité médicale sur l'agglomération et de susciter une ou plusieurs installations pérennes.



« Ça va pas être possible, il faut qu'on invente autre chose, il faut qu'on trouve autre chose. On s'est dit voilà, si on peut mettre chacun un tout petit peu de notre temps, est-ce que ça peut le faire ? »

C. MOREAU, Médecin généraliste

Gestion logistique

La mairie a acheté des locaux appartenant à un ancien médecin et à un ancien dentiste. Elle les a rénovés pour permettre d'accueillir un cabinet médical et son secrétariat, un cabinet pour l'infirmière ASALÉE, des bureaux pour d'autres professions paramédicales (infirmières, psychologue, diététicienne) et une salle d'attente commune. Elle a acheté les meubles et les équipements médicaux permettant le fonctionnement du cabinet, selon les besoins recensés par les médecins. Les charges et l'entretien du cabinet sont à la charge de la municipalité. La mairie a financé l'emploi d'une secrétaire médicale à mi-temps puis à 80 %. Son recrutement a été fait conjointement avec les médecins ; le profil recherché était une personne expérimentée.

Avec le soutien du CLS, elle a assuré la communication auprès de la population de la commune.

Organisation médicale

Les médecins ayant proposé de s'investir pour la commune ont organisé une réunion en visioconférence avec leurs collègues provenant de leurs deux cabinets respectifs. À l'issue de cette réunion, 4 médecins se sont engagés dans le projet. Un des médecins a mobilisé son important réseau d'anciens étudiants en médecine devenus remplaçants. Cela a débouché sur une réunion entre médecins titulaires et remplaçants pour définir ensemble quel serait le cabinet idéal. Au fil des rencontres et des réflexions, ils ont imaginé un exercice collaboratif incluant les dernières évolutions du système de santé et des outils connectés.

Différents outils et actions ont été évoqués :

- L'emploi d'une secrétaire à temps partiel secondée par un télésecrétariat.
- La création d'un agenda des jours de présence partagé entre tous les médecins (TimeTree®) ;
- L'utilisation d'un logiciel collaboratif (WEDA®) ;
- L'utilisation d'une application téléphonique de messagerie sécurisée (Globule®) afin de communiquer avec les professionnels médicaux et paramédicaux autour du patient ;
- L'intégration au cabinet d'une infirmière d'action de santé libérale en équipe (ASALÉE) ;
- L'organisation de télé-expertise dans différents domaines (dermatologie, cardiologie) ;
- La participation à des formations en commun ;
- Le recrutement d'une assistante médicale, qui a été projeté mais n'a pas abouti

Un poste d'interne en médecine générale de Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) a été créé avec le soutien de Nantes Université. L'étudiant était supervisé par un des médecins titulaires déjà maître de stage, afin d'assurer une garantie de supervision optimale.

Investissement paramédical

Les professionnelles paramédicales se sont rassemblées sous la forme d'une association loi 1901 afin de mettre en œuvre des projets communs lors du départ du médecin. Cette association et leur dynamisme ont déclenché l'engagement des autres acteurs dans le projet. Elles ont relayé les informations relatives au nouveau cabinet et en ont assuré la promotion auprès de leurs patients. Elles ont également aidé au recrutement de médecins remplaçants en mobilisant leur réseau personnel.

Accompagnement par le CLS

Le contrat local de santé est un contrat porté conjointement par L'ARS et une collectivité territoriale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Il travaille aussi à mettre en œuvre des solutions pour une offre de santé de proximité. La responsable du CLS s'est chargée de la médiation entre la mairie, les médecins et les institutions afin de concilier les attentes de chacun, en expliquant les enjeux propres à chaque partie. Elle a permis de créer une relation de confiance entre les acteurs, en les tenant informés des actions des autres, permettant de maintenir l'investissement de tous. Elle a joué un rôle de facilitatrice dans les démarches administratives et techniques auprès des tutelles pour permettre d'expérimenter ce cabinet malgré l'absence de cadre. Elle a accompagné la mairie dans ses demandes de subventions. Elle a soutenu les médecins en les déchargeant des démarches administratives chronophages.

Stratégies de mise en œuvre

Priorisation de la patientèle

Il a été choisi d'aller vers les patients fragiles et de favoriser leur accès aux soins en organisant les soins sur la commune. Une liste des patients prioritaires sur des critères médicaux et de mobilité a été rédigée par le précédent médecin afin de les accueillir en priorité. Ensuite, ce sont les patients n'ayant pas trouvé de nouveau médecin traitant qui ont été accueillis. Puis une patientèle sur un territoire plus étendu a pu être acceptée, à mesure que les capacités d'accueil ont cru.

Financement du projet

Le cabinet collaboratif a représenté un important investissement financier de la part de la commune : achat des locaux, de petit matériel, et l'équipement du cabinet, pour un total de l'ordre de 230 000 € minimum. Elle s'investit durablement par la rémunération de la secrétaire du cabinet médical et du télésecrétariat, le renouvellement des consommables, le paiement des charges et la maintenance des locaux.

La commune était éligible à différentes subventions. Les demandes ont été réalisées conjointement avec le CLS. Le département a octroyé une aide de 6 000 € pour l'achat de matériel médical, principalement un ECG, un doppler et un dermatoscope. La région a attribué 50 000 € dans le cadre du fond régional d'aide d'urgence pour le maintien des professionnels de santé sous réserve de l'initiation d'un projet local de santé et que la destination du bien reste consacrée à l'activité médicale au minimum 10 ans.

Alliance tripartite

Suite aux réunions initiales, les acteurs se sont mis d'accord sur l'objectif commun à court terme d'ouvrir un cabinet médical collaboratif temporaire. À long terme, le but était une installation médicale sur la commune. La mairie, les médecins et les professionnelles paramédicales se sont réparti les tâches en fonction de leurs champs d'actions et des choix faits pour l'organisation du cabinet. Au sein même de chaque groupe, les missions se sont réparties spontanément en fonction des compétences de chacun. Leurs actions ont été coordonnées par le CLS qui a permis de favoriser une synergie entre les acteurs.

Au sein des communautés médicales et paramédicales, des personnalités fédératrices ont su mobiliser les autres par leur optimisme et leur dynamisme. Les conditions de l'engagement conjoint ont été officialisées par un contrat de mise à disposition du cabinet liant la mairie et les médecins titulaires.

« Bassin d'expérimentation »

Dans l'objectif de favoriser l'installation à long terme de médecins sur la commune, la réflexion menée autour du projet a visé à concevoir un cabinet idéal, le plus attractif possible pour les nouvelles générations de médecins. Le groupe de remplaçants a été intégré dans cette réflexion dès son début.

La construction du cabinet a permis d'expérimenter un mode de suivi médical novateur. La relation de soins n'est alors plus centrée sur un médecin traitant unique en relation de dualité avec le patient, mais sur un médecin pouvant être qualifié de « multicéphale » par la rotation des médecins qui assurent successivement les consultations en se reposant sur les précédentes prises en charge. Une consultation d'infirmière ASALÉE a également pu être mise en place.

Elle a été également l'occasion de tester des outils de travail collaboratif entre les différents professionnels de santé sur la commune (logiciel médical connecté, emploi du temps partagé, application de communication sécurisée Globule®), mais aussi avec les spécialistes via des outils de télé-expertise.

Un terrain de stage pour un interne en médecine a également été créé, permettant à l'étudiant d'expérimenter la construction d'un nouveau cabinet médical, le travail en autonomie en zone médicale sous tension et le travail collaboratif par la réalisation de journées de stages auprès des autres professions. L'encadrement de sa pratique est fait sous la supervision d'un des médecins titulaires du cabinet. Ce stage est complété par des journées au sein de cabinets plus « classiques » permettant une diversité des conditions d'apprentissage.

Groupe de remplaçants

Deux des médecins titulaires accueillent depuis plusieurs années des internes de médecine générale. Un de ces médecins garde un contact régulier avec ses anciens étudiants. Cela lui a permis de mobiliser rapidement un important réseau de remplaçants. Chaque médecin potentiellement intéressé était intégré dans une discussion commune. Cela permettait leur implication et fidélisation par une communication régulière sur un groupe WhatsApp® montrant le dynamisme du projet. La cohésion de l'équipe médicale ainsi créée a été renforcée par des moments de convivialité réguliers, à l'occasion desquels l'organisation du cabinet était

discutée. Des formations communes sur les logiciels, la dermatoscopie, la communication ont été proposées, permettant l'harmonisation des pratiques professionnelles dans le cabinet. L'exercice dans le cabinet se fait de façon volontaire, sans contrainte ce qui offre un maximum de liberté aux remplaçants.

Principes de fonctionnement du cabinet

Modalités pratiques de l'organisation médicale

Un agenda partagé entre les différents médecins a été mis en place sur l'application Timetree®. Chaque intervenant peut ainsi inscrire facilement les jours où il peut venir consulter. Les médecins sont libres de venir consulter régulièrement pendant une période, puis de s'absenter pendant plusieurs semaines ou mois en fonction de leurs choix. Cela permet d'assurer 3 à 4 jours de présence médicale par semaine. Les premières consultations ont été assurées par les médecins titulaires, mais rapidement les créneaux ont été remplis par les remplaçants. Pour les semaines avec peu de jours de consultation, un message sur la conversation partagée permet de compléter l'agenda, à défaut un des médecins titulaires revient occasionnellement. Un jour de consultation fixe hebdomadaire est assuré par l'interne SASPAS, ce qui permet aux patients de voir un intervenant régulier sur une période de 6 mois.

Pour faciliter l'organisation, chaque mois un médecin titulaire est désigné comme médecin remplacé et les contrats sont faits en son nom. À la fin du mois, il effectue une rétrocession de 85% de leur recette à chaque remplaçant, après vérification de la comptabilité par la secrétaire. Les médecins remplaçants peuvent exercer sur le cabinet collaboratif en même temps que le médecin titulaire dans son cabinet, grâce à la dérogation permise par l'article L4131-2-1 du code de la santé publique, et validée par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM). Le contrat réalisé est celui d'un médecin adjoint.

Une durée de 30 minutes est prévue pour chaque première consultation afin de créer le dossier et d'expliquer l'organisation du cabinet au patient. Il est averti que la déclaration en médecin traitant est uniquement administrative, et que le suivi est réalisé par une « équipe médicale traitante » composée de plusieurs médecins qui se relaient. Le médecin traitant déclaré est le titulaire remplacé au cours de la première consultation. Au cas par cas, il peut être proposé au patient une orientation pour un suivi médical vers un des cabinets des titulaires en cas de pathologie lourde, pour assurer un suivi par le même médecin au long cours.

Un règlement intérieur a été rédigé, expliquant le fonctionnement du cabinet et détaillant les tâches à effectuer au cours d'une journée de présence et lors d'une première consultation. Les feuilles de soins sont dématérialisées grâce à une Carte Professionnelle d'Établissement (CPE) et synchronisées secondairement avec la Carte professionnelle de Santé (CPS) des médecins titulaires.

Pratiques médicales

Un soin particulier est apporté au remplissage des dossiers médicaux informatisés. La première consultation dans le cabinet est l'occasion d'y renseigner les informations médicales significatives. Les médecins s'assurent ensuite de laisser une trace claire de leur raisonnement clinique, en définissant un plan de soin, et éventuellement les points à aborder lors d'une prochaine consultation. Cela permet la transmission des informations au médecin qui recevra le patient la prochaine fois. Il peut ensuite poursuivre la prise en charge en s'appuyant sur la consultation précédente.

La plupart des médecins remplaçants sont de jeunes médecins, dont les connaissances médicales sont récentes. Plusieurs d'entre eux ont été formés par les médecins titulaires, ce qui favorise des pratiques professionnelles harmonieuses. L'ensemble des médecins exerçant sur le cabinet s'assure de se former régulièrement, et de baser ses décisions sur les dernières recommandations médicales. Les situations les plus complexes peuvent être discutées de vive voix afin de définir la meilleure conduite à tenir.

Rôle central de la secrétaire

Elle est le pivot central du cabinet et s'assure de son bon fonctionnement. Elle est présente tous les jours même en cas d'absence de médecin. Elle est clairement identifiée par les patients qui la voient à chaque fois, alors que les médecins changent. Au près des remplaçants, elle favorise les moments d'échanges informels, créant ainsi un climat de travail serein, et évitant leur solitude. Elle assure l'accueil des patients, les prises de rendez-vous et toutes les tâches de gestion logistique et administrative, ce qui permet de dégager aux médecins un maximum de temps pour le soin. Elle assure l'orientation des patients vers d'autres médecins en cas d'urgence sur les journées où personne ne consulte au cabinet.

Collaboration interprofessionnelle ¹

La complexification et l'évolution des prises en charge nécessitent la collaboration interprofessionnelle entre les médecins, les professionnelles paramédicales et la pharmacienne de la commune. Elle est assurée via Globule®, une application de communication sécurisée et par des moments informels. Cela permet une régulation des urgences, le suivi des plaies, des échanges sur la prise en charge des patients complexes suivis par les infirmières ainsi que la création d'une confiance entre les professionnels.

La téléexpertise a été favorisée, notamment pour les ECG et les lésions dermatologiques au moyen d'un ECG connecté, d'un dermatoscope et de protocoles réalisés au sein de la CPTS.

Une infirmière ASALÉE s'intègre à l'équipe soignante à raison d'un jour par semaine. Les patients qu'elle reçoit lui sont adressés par les médecins. Elle réalise des consultations d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage. Elle accompagne les patients dans le suivi de leurs pathologies chroniques dans le cadre des protocoles de l'association, en coopération avec les médecins du cabinet.

Gestion des biologies et courriers

Les biologies et courriers sont lus et intégrés au dossier par le médecin venant consulter. Les jours où aucun médecin n'est présent au cabinet, il existe un planning d'astreinte pour la gestion des biologies urgentes. L'adressage des biologies et des courriers est parfois effectué vers le mauvais cabinet, les secrétaires les réorientent vers le bon destinataire.

Principaux enseignements

Freins

Cadre institutionnel à construire

Le cadre institutionnel actuel permet à un médecin d'exercer en un lieu unique. Il lui est possible d'avoir un second lieu d'exercice sous la forme d'un cabinet médical secondaire. Cependant le projet réunissant deux cabinets, des mesures dérogatoires ont été nécessaires pour lui permettre de voir le jour. Un « contrat d'exercice en commun » au sein d'un cabinet secondaire commun a été signé entre les médecins titulaires définissant le cadre de leur engagement mutuel.

Le médecin titulaire ne pouvant pas avoir une seconde carte CPS pour le cabinet collaboratif, l'accès aux téléservices était impossible. Cela a rajouté une charge administrative aux médecins ainsi qu'aux patients pour les déclarations de médecin traitant, d'accident et d'arrêt de travail, etc.

La structure juridique du cabinet collaboratif ne lui permet pas de disposer d'un numéro FINESS. Ce dernier étant nécessaire à la création d'une adresse de messagerie sécurisée, celui de la pharmacie a été utilisé. Cependant ce numéro émanant de la pharmacie, il a été impossible de référencer l'adresse du cabinet médical collaboratif dans l'annuaire santé, avec pour conséquence une perte d'un grand nombre de courriers médicaux et de résultats d'examens dirigés vers les cabinets principaux, et inversement.

Le souhait initial d'intégrer un assistant médical à l'expérience n'a pu aboutir. Lors de la création du cabinet médical, l'emploi d'un assistant médical était autorisé seulement par un médecin et ne pouvait donc pas être délégué à la commune. Les médecins ne souhaitaient pas s'engager sur l'emploi d'un salarié compte tenu du caractère expérimental du cabinet. De plus ils n'étaient pas assurés de bénéficier des aides financières s'ils souhaitaient un jour employer un assistant médical dans leur cabinet.

Dossiers médicaux

Le Conseil de l'Ordre des Médecins oblige les médecins se désignant comme successeur d'un médecin à récupérer l'intégralité des dossiers, y compris des patients qui ne seraient pas suivis ; et à en assurer la transmission aux patients souhaitant changer de médecin. Les dossiers médicaux n'ont pas pu être récupérés, la contrainte étant trop importante pour les médecins titulaires. Malgré l'aide juridique de l'Union Régionale des Médecins Libéraux, aucun compromis n'a pu aboutir. Chaque patient a donc dû récupérer son dossier personnellement.

Cela a complexifié la création des dossiers médicaux et donc les premières consultations qui se sont révélées particulièrement chronophages dans le cas des patients polypathologiques. Pour certains patients n'ayant pas récupéré leurs dossiers, il en découle une perte d'informations, pouvant engendrer une multiplication d'examen coûteux ou une perte de chance par des retards diagnostics ou des prises en charge inadaptées.

Freins financiers

Aucun des cadres d'association de santé ne peut se faire aujourd'hui sans un médecin comme pivot central. Afin d'avoir une structure légale, les professionnelles paramédicales de la commune ont dû s'associer sous une association loi 1901, qui ne peut solliciter de subventions institutionnelles. Toutes leurs réunions et leurs démarches initiales ont donc dû se faire bénévolement sur leur temps personnel.

Par ailleurs, une partie du forfait structure qui permet une rémunération des médecins est calculée automatiquement en se basant sur les données recueillies par la CPAM lors des télétransmissions. Il n'est pas fait de différence entre les CERFA réalisés dans le cabinet principal et le secondaire. En conséquence, les taux de télétransmission ont été sous-estimés à cause de l'impossibilité d'accès aux téléservices. Cela les a contraints à faire une démarche supplémentaire de contestation des calculs des rétributions auprès de la CPAM.

Freins organisationnels

La disponibilité des médecins pour assurer les consultations au cabinet collaboratif est parfois difficile, notamment lors des périodes de vacances scolaires où les remplaçants sont souvent mobilisés par d'autres cabinets. Cela suscite un stress plus important chez les médecins titulaires, et peut parfois nécessiter de diminuer le nombre de journées de consultations ouvertes aux patients.

L'exercice isolé au cabinet est moins accepté par les médecins car ils apprécient d'avoir un collègue avec lequel échanger sur certains cas complexes.

Leviers

Terreau favorable pour faire communauté

La dynamique locale a été prépondérante à la réussite du projet. Les acteurs locaux se connaissaient pour la plupart, et avaient tous une volonté de travail collaboratif. Les professionnelles paramédicales avaient déjà réalisé des projets de soin en équipe et se réunissaient avec la mairie et le CLS pour envisager des locaux communs. Une confiance établie entre les médecins est nécessaire avant l'investissement dans un tel projet. Cela a été permis par une période antérieure de maîtrise de stage commune, la rencontre en formations notamment de groupes qualité ainsi que l'exercice au sein du même cabinet pour certains médecins titulaires. Le dynamisme de l'association paramédicale a soutenu l'engagement des médecins et de la mairie dans ce projet.

L'épreuve initiale qu'a représenté le départ du médecin a réuni tous les acteurs locaux autour d'un but commun : assurer l'avenir du soin des patients sur la ville. Par les formations communes, les réunions formelles et informelles dans la convivialité, un climat de confiance s'est instauré entre les acteurs. Ainsi une vraie communauté soignante s'est créée sur la commune, favorisant l'implication constante de ses individus et l'avancée du projet. La présence du CLS en tant que médiateur a également participé à l'union de cette communauté.

Coopération de l'ancien médecin

Pour faciliter l'organisation après son départ, l'ancien médecin avait effectué des renouvellements pour 6 mois. Il lui avait également été demandé une liste des patients à prendre en charge prioritairement, cela a permis de prioriser les patients lors de l'ouverture du cabinet. De plus, le format informatisé des dossiers médicaux a simplifié leur intégration dans le nouveau logiciel.

Implication communale

La prise de conscience rapide de la commune, accompagnée par la coordinatrice du CLS, a permis une action rapide. Le projet de locaux communs étant déjà en discussion depuis de nombreuses années, l'acquisition du cabinet en a été facilitée. Le choix politique fort de s'impliquer financièrement dans l'aventure est un pari de la commune ayant favorisé l'engagement des autres acteurs.

Levier institutionnel

Le cabinet ne permettant pas d'entrer dans une case prévue par les institutions telles que l'ARS et la CPAM, des dérogations ont été sollicitées afin de faciliter la mise en œuvre du projet. L'exercice médical en même temps qu'un remplaçant n'est normalement pas autorisé. Dans ce contexte, une dérogation du CDOM a autorisé les contrats d'adjoint au sein du cabinet. Le stage d'interne sur un lieu différent du cabinet principal de son maître de stage est également dérogatoire. L'autorisation d'exercice sur un second lieu de médecins provenant de 2 cabinets distincts a été rendue possible par le CDOM. Par la suite, il a été autorisé l'utilisation d'une carte CPE d'assistant médical par les médecins remplaçants pour permettre d'avoir accès aux services en ligne. Le cadre législatif étant long à changer, ces dérogations étaient nécessaires lors de la création du cabinet. Cela a permis aux acteurs locaux de s'affranchir de la temporalité des institutions, et de limiter le découragement en accélérant les procédures. Il est possible que le cheminement soit plus simple à l'avenir si l'expérience venait à se répéter, ce qui engendrerait de nouveaux statuts reconnus par les institutions. Les différents freins ont été notifiés aux institutions par la coordinatrice du CLS, par les porteurs du projet RISAUME (Réseau interprofessionnel de soins ambulatoires et unités médicales en équipe) à l'initiative de la CPTS, et plus récemment lors du CNR (Conseil National de la Refondation) afin de faire évoluer le cadre actuel.



« Mes [...] homologues ARS, CPAM, avec qui j'étais en lien de manière très étroite évidemment étaient, enfin, très réceptifs enfin, voilà on travaillait en vraiment très grande proximité. Ils y voyaient un intérêt, après on fait pas bouger toutes les lignes rapidement en fait donc c'est là la difficulté. »

C.CHOHIN, coordinatrice du contrat local de santé travaillant maintenant pour l'ARS

Il existe sur le département un dispositif de régulation médicale de médecins généralistes joignable au 116 117, pour les périodes de permanence des soins et en journée pour les patients sans médecin traitant. Cela a initialement soulagé le cabinet, les soins non programmés étant gérés par ce dispositif, avant de pouvoir à terme être accueillis au cabinet. Ce dispositif est financé par l'ARS et la CPAM.

Une dérogation pour le dépannage médicamenteux par la pharmacie a été octroyée par la CPAM pendant 6 mois, à l'exception de certains médicaments dont la délivrance est plus contrôlée, permettant d'éviter des ruptures de traitement avant la première consultation au cabinet.

Polyvalence de la secrétaire

Lors du processus de recrutement conjoint de la secrétaire entre la mairie et les médecins, un profil expérimenté, conciliant, sociable, proactif et autonome était particulièrement recherché. L'autonomie de la personne recrutée lui permet d'assurer la gestion logistique du cabinet, sans devoir solliciter les médecins. Ses expériences professionnelles précédentes au sein d'autres cabinets lui permettent d'assurer la régulation des urgences, en s'appuyant sur des protocoles proposés par les médecins.

La présence d'un tiers est également plus sécurisante pour les médecins. La secrétaire, présente sur les jours de consultation, permet de limiter l'isolement et de maintenir des moments de convivialité au fil de la journée. Elle insuffle l'esprit d'équipe au sein du cabinet par son lien avec tous les acteurs impliqués dans le cabinet.

Concepts clés



Le **leadership partagé** est fondé sur les relations de coopération entre les personnes, les groupes et les organisations. L'influence s'y exerce à tous les niveaux et dans toutes les directions. Le but à atteindre devient le véritable leader du groupe. Le mécanisme d'action réciproque au cœur du leadership partagé est issu de l'apport différentiel et complémentaire des uns et des autres à l'avancement des idées et de la mobilisation collective.

(Le leadership partagé, Edith Luc, 2010) ²

Leadership partagé ²

Le cabinet s'est construit par la collaboration des 3 parties les plus impliquées : la municipalité, les professionnelles paramédicales et les médecins. Chaque groupe a travaillé en parallèle à la construction du projet, tout en ayant connaissance des avancées des autres équipes. Les tâches ont été réparties spontanément dans chaque groupe en fonction des compétences propres à chaque profession.

Aucun leader n'a été clairement défini, mais chaque groupe d'acteur avait en son sein une personnalité fédératrice, qui a assuré par son dynamisme et son optimisme l'émulation du projet et son aboutissement. La bonne communication par divers canaux et les rencontres régulières ont permis d'unir la communauté autour de ce qui sera reconnu, par beaucoup, comme une « aventure humaine extraordinaire » face à l'adversité. Cela a favorisé une confiance et un maintien de la motivation de tous. Grâce au système du leadership partagé, ils ont pu créer la solution novatrice du cabinet médical collaboratif.

« Médecin multicéphale »

Le suivi médical est effectué par un médecin aux multiples visages à la différence du cabinet classique où le patient rencontre toujours le même médecin. Cette organisation est innovante et se rapproche du rôle pris par les médecins remplaçants lors des absences des médecins titulaires mais de manière plus systématique. D'un point de vue médical cet exercice est stimulant. Une émulation entre intervenants pousse chacun à se former pour travailler en adéquation avec les dernières recommandations médicales. Cela est facilité par le fait que la majorité des intervenants a terminé sa formation récemment et que les médecins titulaires accueillent régulièrement des étudiants.

« Et que ce médecin multicéphale finalement il était aussi extrêmement pertinent, intéressant, et que les patients seraient bien pris en charge. On n'était absolument pas dans une prise en charge dégradée des patients. Et ça avec le recul je pense que c'est véritablement vrai et c'est très satisfaisant. »

C. MOREAU médecin généraliste

La présence ponctuelle des médecins facilite un regard neuf à chaque consultation et une remise en question de la prise en charge. On peut penser que cela accélère également les prises en charge. L'absence de médecin installé permet aux intervenants d'être plus libres dans leurs décisions à chaque consultation. Lors d'un remplacement classique, les remplaçants osent moins modifier et préfèrent suggérer une prise en charge. Une cohésion de groupe est nécessaire pour garder une suite logique dans les prises en charge et se coordonner autour des patients les plus complexes.

Par retour indirect auprès des professionnels, ce « médecin multicéphale » est également jugé positivement par une partie des patients. Ils reconnaissent que le regard croisé des différents intervenants améliore leur prise en charge. Un certain nombre de patients en arrive même à confondre les intervenants d'une fois sur l'autre, ce qui confirme l'homogénéité des pratiques des médecins. Néanmoins ce modèle est moins adapté lorsqu'il s'agit de prendre en charge des patients souffrant de pathologies psychiques, la relation de confiance étant au cœur de l'accompagnement dans ces cas.

« Les patients, c'est ça, le fait qu'ils nous mélangent un petit peu, qu'ils nous mélangent tous, finalement je trouve que c'est aussi révélateur, c'est que on doit quand même globalement travailler de la même façon... « Ah oui, je vous ai vu la dernière fois. » Alors que pas du tout, je vous ai jamais vu, ils nous mélangent, finalement c'est une prise en charge globale, c'est une entité médecin qui est pas toujours la même personne. Mais on doit je pense les prendre en charge un peu tous de la même façon parce que, pour moi j'ai pas l'impression de voir la différence. »

L. BERGER, médecin remplaçante

« P : Il y a même des patients qui m'ont exprimé moi clairement qu'ils étaient très satisfaits de cette organisation et qu'ils avaient l'impression d'être mieux pris en charge parce qu'effectivement il y avait la vision de plusieurs médecins et que du coup il y avait un regard critique à chaque fois. Et donc ça il y a des patients qui en ont pris conscience de ce regard critique qu'on peut amener tout d'un coup une correction à la marge dans la prise en charge qui a été faite depuis le départ, y apporter son petit plus. Et ça les patients ils le sentent [...] qu'on est concerné. »

P.MARTY, médecin titulaire

Empowerment professionnel

La volonté d'exercice collaboratif des professionnelles paramédicales avait été bridée par le passé suite à un défaut de consensus. Grâce à ce projet, elles ont eu la possibilité d'expérimenter cet exercice et d'être impliquées dans les décisions concernant l'organisation des soins dans leur territoire. Elles ont pu sortir de l'ancien système de soin hiérarchisé, qui met le médecin au centre des décisions institutionnelles, et ainsi s'émanciper dans l'exercice de leur profession. Cela les a incitées à s'impliquer ensuite dans un projet de MSP multisite.

Du côté des médecins, le projet leur a permis de reprendre le contrôle face à une démographie médicale en berne, pour trouver des solutions et pour éviter de subir l'afflux croissant de patients sans médecins traitants. Il a été également l'occasion de rompre avec la routine de l'exercice en cabinet médical classique et de participer au bien commun.



« On sent qu'on s'élève nous en tant que médecin, parce qu'effectivement on va apporter des solutions et un service qu'on n'avait jamais rendu quoi. »

P. MARTY, médecin généraliste

Evolution des pratiques professionnelles

Les pratiques professionnelles s'adaptent pour répondre, au mieux, à la demande de soins des patients et aux besoins d'évolution des soignants. La coopération interprofessionnelle est une des réponses. Elle améliore la qualité des prises en charge des patients. Elle bénéficie également aux professionnels de santé en améliorant leurs conditions de travail.

Dans les cabinets médicaux, le modèle du « médecin multicéphale » existe déjà de manière moins formalisée. L'ancien modèle du médecin généraliste, exerçant seul et présent en permanence, pour sa patientèle, se raréfie. Dans de nombreux cabinets, le médecin traitant n'étant pas présent constamment ses patients peuvent être vus par ses collaborateurs, ses remplaçants ou des internes en médecine. Le développement de la télé-expertise permet une meilleure coordination entre les soignants en ville et un meilleur lien avec l'hôpital. Ces pratiques permettent des regards croisés sur la prise en charge du patient.

Attractivité

Le projet a eu un impact sur l'attractivité de la commune. Une psychologue et une diététicienne cherchant à s'installer dans le secteur ont choisi la ville de Nieul-le-Dolent. Une infirmière remplaçante séduite par le dynamisme local s'est installée dans un des cabinets de la commune.



« Ben moi du coup j'étais remplaçante dans un autre cabinet [...] je m'ennuyais à mourir parce que j'avais une collègue qui ne communiquait absolument pas. Et avec les formations j'ai appris à connaître les autres professionnelles. [...] Et en fait voilà, c'est une évidence. Je trouvais vraiment une équipe, et c'est vraiment ce qui m'a décidé à venir à Nieul-le-Dolent et qui fait que j'ai envie d'y rester aujourd'hui. »

S.BESSON, infirmière diplômée d'état

Le projet est également attractif pour les médecins remplaçants de par l'originalité de cet exercice. L'absence de médecin traitant identifié leur laisse une liberté d'action plus importante, ce qui est apprécié. Elle a également été attractive pour un médecin généraliste qui avait choisi de quitter son cabinet où il exerçait seul. Il a pu s'essayer à l'exercice collaboratif et vient remplacer très régulièrement.

La construction du cabinet « idéalisé » optimise les conditions de travail, ce qui attire les remplaçants à venir s'essayer à cette organisation. La communauté locale dynamique les incite à revenir et à s'impliquer également.

Projection au long terme

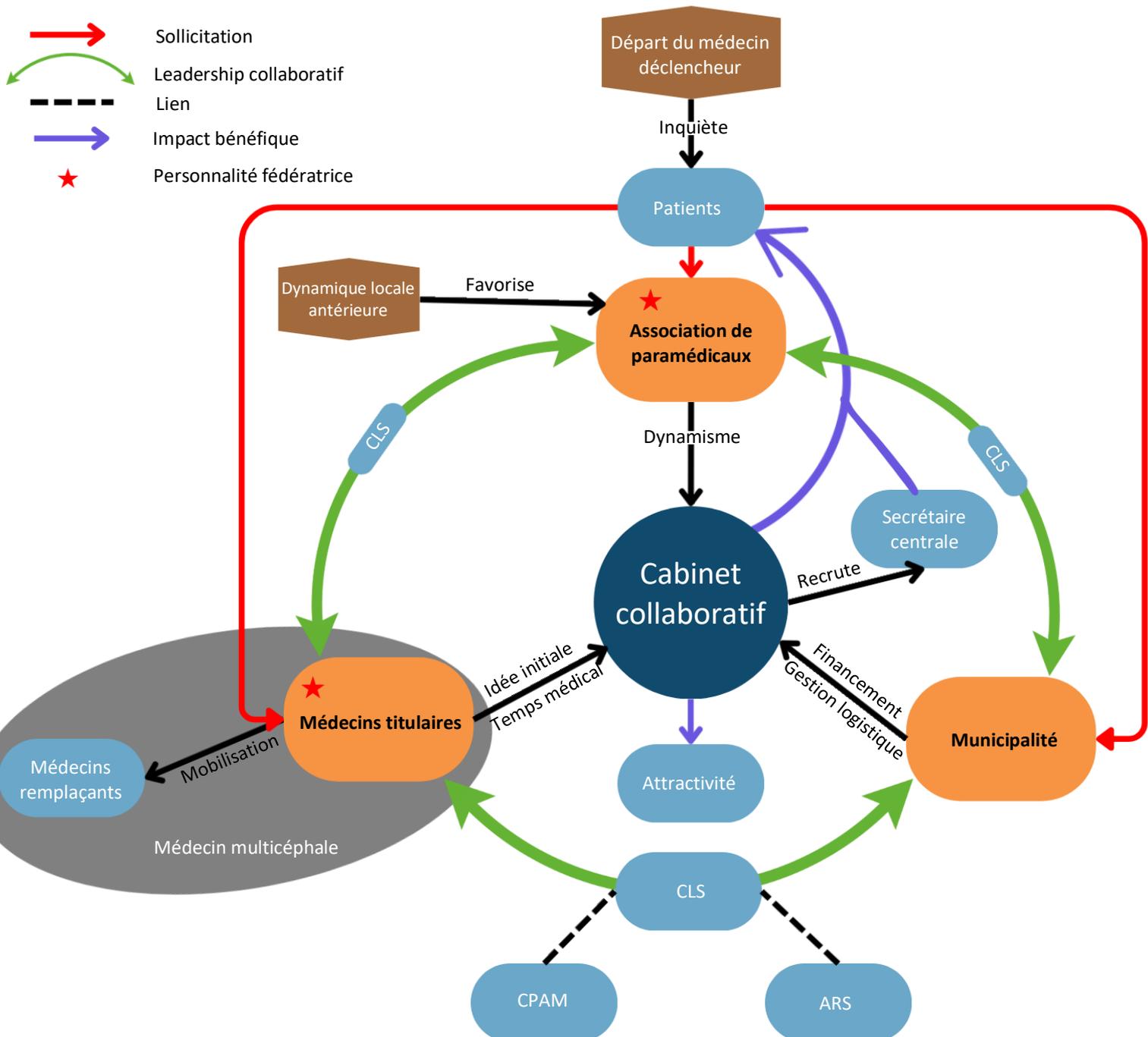
Un projet immobilier de plus grande ampleur est en cours de construction avec le financement de la commune soutenue par des subventions. L'objectif est de rassembler dans les mêmes locaux 3 cabinets médicaux pour accueillir 2 médecins, une assistante médicale ainsi que la majorité des professionnelles paramédicales de la commune. S'inspirant de l'expérience du cabinet collaboratif, la conception de ce pôle de santé se fait de façon conjointe avec tous les acteurs concernés. Cela permet de répondre aux besoins spécifiques de chaque profession. De plus, une maison de santé pluriprofessionnelle multisite est en cours de création en association avec le cabinet principal où exercent 3 des médecins titulaires. Cela aura pour conséquence de pérenniser les liens professionnels créés lors de cette expérience, et de renforcer l'offre de soin territoriale.

Solution locale problématique générale

La solution trouvée a été façonnée par les acteurs locaux et sa réussite vient en partie de son adaptation au contexte local et des dérogations institutionnelles. La problématique de l'accès aux soins se pose cependant sur une grande partie du territoire national. Cela nécessite de réfléchir à différents types de solutions pour y

remédier. Le cabinet collaboratif est l'une d'entre elles à condition que le contexte local y soit favorable. Le projet ne peut pas être transposé tel quel, mais pourrait être modifié pour s'adapter au mieux à la situation de chaque territoire concerné. Une adaptation du cadre institutionnel favoriserait la reproduction de l'expérience.

Modèle explicatif de la construction du cabinet





Pour aller plus loin

1. Kehli V. Lancement d'une dynamique d'exercice coordonné en Maison de Santé Pluriprofessionnelle sur le territoire Piscénois, vu par les médecins généralistes. 6 oct 2020;114. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03043846>
2. Luc É. Le leadership partagé. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2018. 187 p. Disponible sur : <http://books.openedition.org/pum/6416>
3. Lien vers la thèse ayant abouti à cette fiche de capitalisation : à venir

La réalisation de cette fiche s'est appuyée sur la méthode de capitalisation des expériences en promotion de la santé définie dans le cadre de la **démarche CAPS**.

La démarche CAPS de **Capitalisation des expériences en promotion de la santé**, menée depuis 2017 par un Groupe de travail national Capitalisation coordonné par la Fnes et la SFSP, s'inscrit dans l'initiative nationale InSPIRe- ID, dont l'objectif est d'élaborer un dispositif national de partage de connaissances en santé publique.

L'objectif de la démarche CAPS est de repérer des projets riches en enseignements et d'organiser leur capitalisation, d'appuyer les accompagnateurs et les porteurs d'action impliqués et d'alimenter le [portail CAPS](#) qui accueille les connaissances issues de l'expérience.

Afin de diffuser la démarche de capitalisation, le Groupe de travail national Capitalisation a élaboré un guide conceptuel et un cahier pratique et développé, en lien avec l'EHESP, une offre de formation à destination des accompagnateurs de capitalisation. L'ensemble de ces éléments se retrouvent sur le portail CAPS.

Le déploiement de la capitalisation des expériences en promotion de la santé est mené avec le soutien de la Direction générale de la santé et de Santé publique France.

DISCUSSION

1. Résultats principaux et comparaison avec la littérature

1.1. Le leadership partagé

La démarche mise en place lors de la conception du cabinet se rapproche de la notion de leadership partagé. Elle est définie comme un processus d'influence réciproque entre des personnes mobilisées pour une cause commune.

Ici l'objectif commun à court terme était la réalisation du cabinet médical collaboratif et celui à long terme une installation médicale. La mobilisation des acteurs autour de ce même objectif encourage le partage d'une vision commune et permet de les unir.

Les actions menées dans le cadre du leadership collaboratif sont également dirigées vers le maintien d'un climat harmonieux entre les acteurs. Cela a été le cas avec de nombreux moments informels de convivialité autour du projet.

Les acteurs ont fait preuve de résilience face à l'adversité à laquelle ils étaient confrontés permettant de renforcer leur union.

Une des stratégies pour parvenir à un leadership partagé est de se libérer des conformismes. C'est ce qu'ont fait initialement les médecins lorsqu'ils ont proposé une solution alternative que les autres acteurs n'attendaient pas. Une fois cette première proposition faite, cela induit plus de liberté au sein du groupe pour imaginer d'autres solutions alternatives, car ils s'inspirent du courage de la première personne à s'être libérée du conformisme. Cela a abouti à des idées novatrices permettant d'imaginer le futur cabinet.

Le leadership partagé est favorisé par les personnes pratiquant l'apprentissage en T. C'est-à-dire des personnes à la pointe dans leur domaine mais curieuses et renseignées sur les sujets connexes. On retrouve ici cette forme d'organisation, chaque groupe d'acteurs ayant son domaine d'expertise et pouvant discuter facilement avec les autres. Cela a été favorisé par le CLS. Ce dernier facilite la connaissance pour chaque acteur des sujets traités par les autres. Les échanges réguliers ont également permis de créer un sentiment d'efficacité favorisant ce leadership partagé.

Dans le leadership partagé, le dialogue horizontal est privilégié au dialogue vertical d'un leader dirigeant les autres acteurs. Les échanges sont alors centrés sur l'objectif commun. Cela permet de mieux intégrer les différents points de vue et de co-construire la solution. Ce type de dialogue s'est mis en place au cours du projet, notamment grâce à la coordinatrice du CLS, réalisant le lien entre tous les acteurs (65).

1.2. « Médecin multicéphale »

L'intervention régulière d'une équipe de médecins pour assurer le suivi d'une même patientèle nous a fait conceptualiser le terme de « médecin multicéphale ». Il s'agit là d'une évolution de la prise en charge classique avec une relation duelle médecin traitant-soigné. Dans le cabinet médical collaboratif, le patient accepte d'être suivi par une « équipe médicale traitante », où les praticiens interviennent à tour de rôle dans le parcours de soins du patient en l'accompagnant ensemble dans son projet de santé. Les professionnels cheminent collectivement dans la compréhension des patients dans leur globalité, que cela soit dans le contexte de soins programmés ou non.

A moindre échelle, le « médecin multicéphale » a déjà été expérimenté par les auteurs dans des cabinets recourant à des remplaçants ponctuels ou réguliers. Les patients sont alors consultés par des médecins différents de leur médecin traitant habituel. C'est parfois l'occasion de remettre en question des soins routiniers ou de se replonger dans un dossier médical avec un regard neuf au bénéfice du patient. De plus, la posture et les formulations pouvant varier en fonction des interlocuteurs, cela permet d'aborder les choses différemment. Cela peut modifier le point de vue du patient en faveur d'une meilleure adhésion à son parcours de soin. De plus, il est parfois abordé des sujets que le patient ne préférerait pas traiter avec son thérapeute habituel.

On retrouve ces notions dans différentes thèses où sont abordées les spécificités liées au travail du médecin remplaçant. Du fait du mode d'organisation du cabinet collaboratif, cela peut diminuer ou amplifier certaines conséquences de ce mode de pratique constatées dans ces thèses.

Les médecins remplaçants sont parfois appréciés du patient car ils permettent d'avoir un deuxième avis médical sans « culpabiliser de l'infidélité » envers leur médecin traitant (66,67). Le concept du cabinet collaboratif offre l'avantage d'avoir à chaque consultation un regard neuf sur une situation de soin et de remettre en question les précédentes prises en charge plus facilement que s'il s'agissait de ses propres décisions.

Cependant, les remplaçants ne connaissant pas le patient dans sa globalité, cela peut amener à la réalisation de plus d'exams complémentaires (68).

Des études ont montré que le suivi par un médecin généraliste unique diminue les hospitalisations non programmées, les recours aux urgences ou à la permanence des soins. Il diminue également les coûts des soins ou la mortalité (69).

La relation de soins peut également être influencée par le sexe du médecin, certains patients étant plus disposés à se confier à une personne du même sexe. Cela est d'autant plus vrai

pour les prises en charge gynécologiques (66,68). La variété des médecins consultant permet d'avoir accès à un médecin de chaque sexe.

La bonne tenue du dossier est un des facteurs facilitant le travail des médecins remplaçants. De plus, l'analyse des consultations précédentes permet également de se former en prenant connaissance de la prise en charge effectuée par un confrère (66,68). Cela est favorisé par les connaissances récentes des remplaçants du fait de leur jeune âge (68). Dans le cadre du cabinet collaboratif, la bonne transmission d'information et les modes d'exercices harmonisés favorisent la cohérence du soin prodigué.

En remplaçant un médecin installé, il est souvent plus difficile de modifier la prise en charge d'un patient. Les remplaçants vont essayer de faire tendre leur pratique vers celle du médecin remplacé (66). En l'absence de médecin titulaire, les remplaçants se sentent plus libres dans leur pratique.

En revanche, le lien médecin-patient est plus difficile à mettre en place, et peut ralentir des prises en charge quand le domaine psychologique est prépondérant car la recherche d'une relation privilégiée va être essentielle au soin (70). La pratique de remplacements réguliers permet malgré tout de créer une alliance thérapeutique (66).

A contrario, dans les situations d'urgence, les patients n'éprouvent aucune difficulté à consulter n'importe quel médecin, car ils sont en recherche d'une réponse et d'une solution rapide à leur problème aigu (67).

Ce modèle du « médecin multicéphale » a été jugé positivement par les médecins et professionnels paramédicaux au cours des entretiens. Cependant il s'agit d'un ressenti et une évaluation de cette pratique serait intéressante. De plus, nous n'avons pas interrogé les patients afin de connaître leur point de vue sur cette organisation.

1.3. Dénomination du cabinet

L'appellation du cabinet médical a été sujet à discussion.

Au départ le terme d'« éphémère » avait été évoqué du fait de la nature temporaire de la solution. En effet, aucune date butoir signant la fin du cabinet n'a été définie, mais chaque acteur peut mettre fin à son engagement s'il le souhaite. Cependant, cela ne rendait pas compte du fonctionnement lié à plusieurs médecins titulaires et remplaçants. Le terme de cabinet médical « partagé » a donc émergé. Cependant, plus qu'un partage, il ressort de l'exercice au sein de ce cabinet une vraie collaboration entre les intervenants médicaux qui ont sû créer une émulation permettant de meilleures prises en charge. La conception de ce cabinet favorise les échanges avec les professionnels paramédicaux grâce à la mise en place

de différents outils de communication. Le cabinet repose également sur une coopération étroite avec la secrétaire, interlocutrice principale des patients et qui est donc pleinement intégrée à l'équipe de soins. Le terme de « cabinet médical collaboratif » qui semble le mieux rendre compte de l'expérience a donc été choisi.

1.4. Pérennité du dispositif

Le cabinet est voué à être temporaire depuis sa conception. Les contrats initiaux couraient sur une période de 6 mois, renouvelables sans limite définie. L'objectif pour la commune de favoriser une installation médicale pérenne suggère qu'elle se désengagera financièrement lorsqu'il sera atteint. Cependant en l'absence de date butoir, le risque est une prolongation dans le temps de ce dispositif au détriment d'autres investissements financiers communaux. Il existe également un risque d'épuisement des médecins titulaires.

Dans ce contexte, il est difficile d'anticiper la durée d'engagement prévisible des différents acteurs.

1.5. Empowerment professionnel

Il a été montré que la satisfaction au travail des infirmières est centrale pour la délivrance de soins de qualité et pour éviter un changement de poste ou de profession. Dans les facteurs favorisant une meilleure satisfaction, on retrouve la notion d'empowerment. Cela correspond au renforcement de la capacité d'action de ces professionnels sur leurs pratiques. Un style de leadership inclusif en opposition au leadership autoritaire semble favoriser cet empowerment. (71,72).

Dans le cadre de la construction du cabinet médical collaboratif, les professionnelles paramédicales qui souhaitaient faire évoluer leur mode d'exercice depuis des années en ont eu l'opportunité. Elles ont pu grâce au leadership collaboratif exprimer leur souhait d'un exercice interprofessionnel qui a été intégré dans la solution. Elles ont également participé à des formations à l'exercice interprofessionnel dans ce cadre. Elles ont augmenté le contrôle sur leur pratique d'où la notion d'empowerment.

1.6. Évolution des pratiques professionnelles

L'augmentation des pathologies chroniques et de la multimorbidité amène les soignants et les institutions à repenser les soins. L'exercice pluriprofessionnel coordonné centré sur le patient est une des réponses. La décision médicale y est partagée entre le patient et les différents soignants gravitant autour de lui qui constituent l'équipe de soins primaires (73).

Plusieurs paramètres favorisent l'esprit d'équipe autour d'un projet de soins en commun. D'une part, la volonté individuelle de chaque acteur à s'impliquer augmente la stabilité de l'équipe, car les acteurs restent plus longtemps impliqués. Ensuite, les moments informels d'échange d'information valorisent le rôle de chacun sans rapport hiérarchique, dans l'intérêt du patient. La présence d'un tiers comme coordinateur permet d'insuffler l'esprit d'équipe (74). Cela nécessite également que les soignants aient des pratiques communes acquises au cours de formations collectives ou durant leur exercice collaboratif (21). On retrouve l'ensemble de ces mécanismes dans le projet du cabinet médical collaboratif, ce qui a favorisé l'esprit d'équipe qui persiste aujourd'hui.

1.7. Attractivité

Au-delà du bénéfice pour le patient, l'exercice pluriprofessionnel est également bénéfique pour les soignants, qui le plébiscitent. Dans le cas du cabinet médical collaboratif, cet exercice était souhaité par les professionnelles paramédicales de la commune. La dynamique d'évolution vers cet exercice a également permis l'installation d'une diététicienne, d'une psychologue et d'une infirmière sur la commune. L'attractivité de l'exercice pluriprofessionnel se fait donc vers les médecins mais aussi vers les autres professions paramédicales.

L'expérimentation d'organisations différentes et la liberté dans le choix des horaires est appréciée par les médecins remplaçants (66).

Le mode d'organisation original du cabinet permet aux remplaçants d'essayer une organisation différente dont ils pourront s'inspirer pour leur pratique future.

De plus, il offre une grande liberté au médecin remplaçant qui peut venir consulter quand il le souhaite sur les horaires qu'il choisit, le cabinet n'ayant pas d'horaires fixes.

La rétrocession de 85% des honoraires est plus élevée que celle pratiquée dans la zone où se trouve le cabinet collaboratif. Elle est normalement définie en fonction des charges du cabinet et ne doit favoriser ni le médecin titulaire ni le remplaçant. Dans les faits, le montant de la rétrocession est souvent plus attractif dans les zones sous denses, répondant ainsi à la difficulté à se faire remplacer.

Dans le cas du cabinet médical collaboratif, les charges sont assumées par la commune qui ne touche aucune rémunération. Le pourcentage de rétrocession versé au médecin titulaire est considéré comme une rémunération pour le temps passé à la création, à la gestion du cabinet et à l'astreinte des biologiques. Elle permet également de compenser les erreurs de reversement de la sécurité sociale en cas d'application du tiers-payant.

L'arrangement financier décidé est une autre forme d'engagement de la commune au bénéfice d'une attractivité médicale. Il s'agit d'un choix politique dans l'allocation des budgets communaux.

De telles conditions de rémunération pourraient desservir une installation médicale pour les remplaçants qui ne verraient pas d'intérêt à s'imposer les contraintes d'un cabinet sans percevoir une meilleure rétribution.

1.8. Problématique des cartes professionnelles

La problématique posée par l'utilisation des cartes CPS a été l'un des principaux freins à la mise en place et au fonctionnement du cabinet. L'utilisation d'une carte CPE détournée de son usage initial a permis l'accès aux téléservices. Une autre solution possible aurait été l'utilisation par les remplaçants de leur carte CPF ou CPS. Cependant une seule délégation de médecin par remplaçant est possible. Une nouvelle délégation par remplaçant aurait donc été nécessaire chaque mois en fonction du médecin remplacé. La charge administrative surajoutée n'a pas permis la mise en place de cette solution.

L'absence de carte CPS a également eu pour conséquence la réalisation de feuilles de soins en mode « désynchronisé » qui sont sécurisées et transmises dans un second temps quand le médecin titulaire se déplace physiquement avec sa carte CPS au cabinet. En général, la transmission se fait en une fois, à la fin du mois où le médecin titulaire a été remplacé. Cela se fait donc au détriment des patients qui sont remboursés de leurs frais de soins de santé plus tardivement que dans un cabinet classique.

1.9. Cadre institutionnel

La volonté d'une partie des soignants à pratiquer en interprofessionnalité et les bénéfiques qui en découlent amènent les politiques à légiférer pour favoriser cet exercice. La loi de transformation du système de santé de 2019 a pour objectif un renforcement des soins de proximité, en s'appuyant notamment sur les acteurs de soins primaires.

Ce modèle est en rupture avec le modèle libéral des soignants où chacun exerce indépendamment avec sa patientèle. L'évolution des mentalités, des pratiques des soignants et du cadre institutionnel est donc nécessaire pour aller vers ces soins coordonnés. Les dernières réformes du système de santé vont dans ce sens en incitant les professionnels de santé libéraux à cet exercice coordonné. Des évolutions sont encore probablement nécessaires. Par exemple, actuellement le financement des MSP est en partie basé sur la patientèle ayant un médecin traitant dans la MSP. Une évolution du modèle du médecin traitant pourrait se faire vers celui d'une « équipe traitante » prenant en charge une patientèle commune. Pour cela, de nouveaux modes de rémunération collectifs nommés Ipep et Peps sont en cours d'évaluation.

La notion de patientèle est elle aussi probablement amenée à évoluer vers le concept de territoire de soins, les équipes de soins primaires d'un territoire restreint y prodiguant les soins, avec une coordination par une CPTS sur un territoire plus large. Le rôle du médecin

généraliste traitant au centre du parcours de soin du patient est en mutation. Ces évolutions rencontrent des réticences de la part de certains professionnels tandis que d'autres acteurs trouvent l'évolution trop lente (21,75).

2. Forces et limites

Il existe un biais de sélection ; les auteurs ont fait le choix de ne pas interroger de patients dans les entretiens car ils n'ont pas participé à la construction du projet. Cependant, ils sont au centre de la problématique et recueillir leur avis sur la solution trouvée aurait été intéressant. Les auteurs ont également choisi de ne pas interroger la municipalité pour éviter le biais de désirabilité sociale lié aux enjeux électoraux, se privant ainsi du point de vue d'un des principaux acteurs. Cependant, le choix d'interroger la coordinatrice du CLS à la place permet d'aborder le point de vue administratif en limitant ce biais. Les auteurs se sont également basés sur les comptes rendus des conseils municipaux afin de récolter des informations sur les actions communales.

La recherche que nous avons menée est soumise à un biais de mémorisation, les entretiens ayant été menés plus d'un an après la mise en fonctionnement du projet. Cependant ce recul est demandé dans le cadre de la méthodologie du projet CAPS.

L'entretien en focus group a causé un biais de soumission au groupe et un effet de halo pour les médecins et pour les professionnelles paramédicales. Dans chaque groupe, une personne avait une personnalité plus forte et semblait leader. Néanmoins au cours des entretiens, chaque intervenant a pu s'exprimer lors des questions de groupe et sur certaines questions plus individuelles, sans jugement de ses idées par le reste du groupe.

Un biais de désirabilité sociale impacte les résultats de l'étude, les différents acteurs cherchant possiblement à présenter leur rôle dans le projet sous un jour favorable. De plus, les personnes interrogées - en dehors de la coordinatrice du CLS - connaissaient un ou les deux auteurs, augmentant ce biais. Une des personnes interrogées encadre également ce travail de thèse, participant à ce biais. Les personnes impliquées dans ce projet espérant une installation à terme essaient de recruter les médecins remplaçants, dont les auteurs, ce qui a également pu impacter ce travail.

Les auteurs faisant partie du cabinet collaboratif en tant que remplaçants, il existe donc un biais de subjectivité. Les questionnaires ont été préparés avec un encadrant extérieur au projet ce qui a permis d'ouvrir les questions. Les auteurs se sont aussi efforcés de ne pas intervenir lors des réponses des sujets interrogés. Lors de l'entretien avec les paramédicaux, l'auteur connaissant le moins les professionnels a mené l'entretien. Cependant, de par la

proximité des contributrices, l'entretien a été parasité par de nombreuses digressions à caractère plus personnel.

Il était prévu de recourir à une enquêtrice extérieure pour l'entretien avec les médecins au cours duquel il était anticipé que ce biais serait majeur. Néanmoins, son indisponibilité en dernière minute a conduit les interrogateurs à devoir mener cet entretien eux-mêmes. L'entretien s'est néanmoins déroulé sans perturbation significative.

Les auteurs sont aussi soumis au biais de confirmation dans l'analyse des données.

Au cours des entretiens, les acteurs médicaux et paramédicaux ont eu tendance à blâmer les institutions au sujet des difficultés rencontrées. Leur point de vue a été nuancé par l'entretien avec la coordinatrice du CLS. Cela correspond à un biais d'auto-complaisance.

Il s'agit de la première recherche qualitative menée à terme pour les deux auteurs, la qualité des résultats pouvant en pâtir. Pour limiter cela, ils se sont formés grâce au livre « Initiation à la recherche qualitative en santé » (58). Un des deux auteurs avait déjà réalisé des entretiens individuels et un étiquetage lors d'un précédent travail non mené à terme. Ils ont également été accompagnés par la personne du projet CAPS dans la réalisation des guides d'entretien, la formation à la réalisation d'entretiens ainsi que sur la phase d'analyse et de rédaction de la fiche.

Les guides d'entretien n'ont pas été testés avant le premier entretien. Néanmoins, les auteurs se sont inspirés de la trame proposée par la méthodologie du projet CAPS qui avait déjà été expérimentée sur d'autres projets.

Lors de la préparation de chaque entretien, ils s'inspiraient du précédent guide pour aborder les points manquants et reprendre les questions qui apparaissaient être les plus pertinentes.

Les retranscriptions des entretiens n'ont pas été relues par les participants, mais les auteurs les ont systématiquement ré-écoutées sur 2 entretiens distincts, et ont fait relire et valider à l'ensemble des intervenants la fiche de capitalisation.

La méthode choisie permet de réaliser un retour d'expérience. Il ne s'agit pas d'une évaluation ni d'une analyse de la transférabilité du projet. L'utilisation des résultats doit donc tenir compte de cela (48).

3. Perspectives

3.1. Partage de connaissance

L'étude actuelle s'est faite sur la méthode de la capitalisation dont le but principal est de favoriser le regroupement des connaissances et leur transmission à d'autres territoires. Ainsi, la fiche a été publiée sur le portail CAPS et est accessible par internet. Les auteurs se tiennent à la disposition des personnes intéressées pour répondre aux éventuelles questions ou les orienter vers les principaux contributeurs du projet si besoin.

Chaque territoire étant différent, avec ses forces et ses propres contraintes, il n'est pas envisageable d'y transposer exactement la même solution. Elle peut néanmoins servir d'inspiration dans une problématique similaire.

Il est prévu par les auteurs de présenter leurs résultats dans des congrès afin de faire vivre l'expérience au-delà du territoire initial.

3.2. Solution palliative à la diminution de démographie médicale

Le cabinet médical collaboratif créé à Nieul-le-Dolent est une solution qui a permis de répondre à la problématique initiale de pénurie médicale, mais elle ne constitue qu'une solution temporaire. En effet, l'investissement financier important de la part de la commune dans les charges de fonctionnement du cabinet en l'état ne peut pas être poursuivi éternellement. De plus, il est possible que la dynamique initiée et la mobilisation des médecins titulaires et remplaçants s'épuise avec le temps, ce qui diminuerait les plages de consultation ouvertes.

Par ailleurs, cette solution ne peut être transposée à toutes les communes, car elle repose sur un pool de remplaçants importants, qui par conséquent ne sont ni installés, ni disponibles pour d'autres cabinets. Il s'agit donc ici d'une solution parmi d'autres, mais ne répondant pas au long terme aux problèmes de démographie médicale à l'échelle du territoire voire à l'échelle nationale.

Néanmoins, l'expérience a servi de tremplin à la création d'une MSP multisite favorisée par la dynamique initiale. Cela ouvre des perspectives de stabilité de la prise en charge des patients et d'une poursuite de la collaboration même si le cabinet venait à cesser son activité. On peut donc imaginer que la reproduction de ce type de projet pourrait fournir des résultats similaires dans un territoire favorable.

3.3. Etudes complémentaires à envisager

La recherche actuelle s'est basée sur l'expérience des soignants et des représentants administratifs. Néanmoins, une évaluation complémentaire se basant sur l'analyse des prises en charge permettrait de se pencher sur la qualité des soins, l'adhésion au parcours de soin, la possible sur-prescription d'examens, et l'accélération ou le retard diagnostic. Une autre étude portant sur le ressenti des patients face à la solution de cabinet médical collaboratif serait également intéressante à mener à l'avenir. Ainsi, cela pourrait valider la solution apportée, favoriser sa reproduction ou ouvrir des perspectives d'amélioration d'une telle organisation.

CONCLUSION

Cette étude par capitalisation a permis de retracer le processus de conception d'un cabinet médical collaboratif innovant suite au départ précipité du dernier médecin d'une commune dans un contexte général de « désertification médicale ». En partant d'une situation de tension, les différents acteurs ont pu en faire une opportunité. Leur alliance a abouti à la création d'un cabinet médical rapidement fonctionnel, pour les acteurs médicaux et paramédicaux à un projet de collaboration interprofessionnel au sein d'une MSP multisite. L'attractivité du territoire a été renforcée par la dynamique locale qui était déjà présente, mais a surtout pu être valorisée par le projet. Il a pris de l'ampleur et a été relayé par le CLS, ce qui a favorisé des installations concrètes de paramédicaux. Même si aucune installation médicale pérenne n'a été concrétisée, l'attractivité de nombreux médecins remplaçants est encourageante.

La capitalisation de cette expérience a mis en évidence le contexte antérieur favorable ainsi que les différents freins et leviers expérimentés par les acteurs. La fiche de capitalisation produite et son partage permettront à d'autres personnes de s'inspirer de cette expérience si elles souhaitent réaliser un projet proche. Le retour effectué aux institutions pourrait permettre de faire évoluer le cadre institutionnel qui est à l'origine de nombreux freins.

L'étude a dévoilé le concept de « médecin multicéphale » qui a été expérimenté dans le cabinet et mériterait d'être évalué pour en définir les apports réels et les limites. A plus large échelle, l'équipe de soins primaires, bien que non formalisée au sens de la loi pour une partie des acteurs, est également centrale dans ce projet. Elle renforce l'engagement des acteurs au bénéfice des patients, mais leur redonne aussi le pouvoir de décision dans leur vie professionnelle. Les acteurs encouragés par cette première expérience favorable sont en train d'officialiser leur organisation en équipe de soins primaires. Cette évolution est promue par les dernières modifications du système de santé qui fait face au défi de la démographie médicale en tension.

BIBLIOGRAPHIE

1. Safon MO, Suhard V. Les politiques de lutte contre la désertification médicale. juin 2022;406. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-politiques-de-lutte-contre-la-desertification-medecale.pdf>
2. Cabyl D, Zafar JD, Cluzel V. Comment lutter contre les déserts médicaux ? [Internet]. Ministère de l'Économie et des Finances Direction générale du Trésor 139, rue de Bercy 75575 Paris CEDEX 12; [cité 16 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/7a1cf861-d2fc-4d6b-89ff-9e8c16e25172/files/8d52abb8-041e-4285-b936-2652748d421b>
3. Martin M. La médecine itinérante, une des solutions aux problèmes d'offre de soins en France ? : point de vue des médecins [Internet] [Thèse d'exercice]. Nantes; 2020 [cité 4 oct 2022]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=a3cbb101-520f-4a87-9b88-1f80ae0d3670>
4. Vergier N, Chaput H, Lefebvre-Hoang I. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? [Internet]. 2017 [cité 26 janv 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/deserts-medicaux-comment-les-definir-comment-les-mesurer>
5. OECD. Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle [Internet]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2022 [cité 19 oct 2023]. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en
6. OECD. Health at a Glance 2021: OECD Indicators [Internet]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2021 [cité 26 oct 2022]. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en
7. CNOM. Atlas de démographie médicale en France [Internet]. 2021 [cité 26 oct 2022]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medecale_-_cnom_-_2021.pdf
8. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>
9. DREES. Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 9 mars 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-trois-quarts-des-personnes-les-plus-eloignees-des>
10. Garot G. Rapport au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi d'urgence contre la désertification médicale. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b4895_rapport-fond
11. Kroenzen M, Dussault G, Craveiro I, Dieleman M, Jansen C, Buchan J, et al. Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research. Health Policy. 1 déc 2015;119(12):1517-28. Disponible sur:

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851015001906>
12. Polton D, Chaput H, Portella M. Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. déc 2021;78. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/DD89.pdf>
 13. Ono T, Schoenstein M, Buchan J. Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses [Internet]. Paris: OCDE; 2014 avr [cité 22 déc 2022]. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/geographic-imbalances-in-doctor-supply-and-policy-responses_5jz5sq5ls1wl-en
 14. Xu G, Veloski J, Hojat M, Politzer RM, Rabinowitz HK, Rattner SL. Factors influencing primary care physicians' choice to practice in medically underserved areas. Acad Med. oct 1997;72(10):S109. Disponible sur: https://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/1997/10001/Factors_influencing_primary_care_physicians_.37.aspx
 15. Tavernier LA, Conner PD, Gates D, Wan JY. Does exposure to medically underserved areas during training influence eventual choice of practice location? Med Educ. 2003;37(4):299-304. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2923.2003.01472.x>
 16. Asghari S, Kirkland MC, Blackmore J, Boyd S, FARRELL A, Rourke J, et al. A systematic review of reviews: Recruitment and retention of rural family physicians. Can J Rural Med. 1 janv 2020;25(1):20. Disponible sur: <https://www.cjrm.ca/article.asp?issn=1203-7796;year=2020;volume=25;issue=1;spage=20;epage=30;aulast=Asghari;type=0>
 17. Prescrire. Déserts médicaux : des pistes tirées d'expériences menées hors de France. févr 2023;43(472):138-44.
 18. CNOM - Commission jeunes médecins. Enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés [Internet]. 2019 avr. Disponible sur: <https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/files/2019/04/190411-Dossier-de-presse-Enqu%C3%AAt-e-d%C3%A9terminants-installation-CNOM-CJM.pdf>
 19. Chevillard G, Mousquès J. Medically underserved areas: are primary care teams efficient at attracting and retaining general practitioners? Soc Sci Med. 1 oct 2021;287:114358. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953621006900>
 20. Haut Conseil de la santé publique. adsp n° 107 - Soins de proximité : vers un exercice d'équipe [Internet]. 2019 [cité 22 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=169>
 21. Bourgueil Y, Ramond-Roquin A, Schweyer FX. Les soins primaires en question(s) [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2021. 120 p. (Débats Santé Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-soins-primaires-en-question--9782810908820.htm>
 22. Légifrance. Section 1 : Exercice infirmier en pratique avancée (Articles R4301-1 à R4301-8-1) - Légifrance [Internet]. [cité 3 nov 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000038549827/
 23. Lancement d'une dynamique d'exercice coordonné en Maison de Santé Pluriprofessionnelle sur le territoire Piscénois, vu par les médecins généralistes - DUMAS - Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance [Internet]. [cité 13 oct 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03043846>
 24. OMS. Soins de santé primaires [Internet]. [cité 3 nov 2023]. Disponible sur:

- <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
25. Babiker A, El Hussein M, Al Nemri A, Al Frayh A, Al Juryyan N, Faki MO, et al. Health care professional development: Working as a team to improve patient care. *Sudan J Paediatr.* 2014;14(2):9-16. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4949805/>
 26. Mousquès J, Bourgueil Y. L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012 [Internet]. Paris: IRDES; 2014. (Les rapports de l'IRDES). Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/559-l-evaluation-de-la-performance-des-maisons-poles-et-centres-de-sante-dans-le-cadre-des-enmr.pdf>
 27. De Haas P. Place actuelle et à venir des maisons de santé pluriprofessionnelles, des centres de santé et des CPTS dans la construction d'un service de médecine de proximité. *Médecine Mal Métaboliques.* 1 oct 2023;17(6):499-503. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S195725572300158X>
 28. Somé NH, Devlin RA, Mehta N, Zaric GS, Sarma S. Team-based primary care practice and physician's services: Evidence from Family Health Teams in Ontario, Canada. *Soc Sci Med.* 1 nov 2020;264:113310. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953620305293>
 29. College of Family Physicians of Canada. A new vision for Canada: Family Practice — The Patient's Medical Home 2019. Disponible sur: https://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/PMH_VISION2019_ENG_WEB_2.pdf
 30. Légifrance. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) [Internet]. 2016-41 janv 26, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641>
 31. URPS Médecins Libéraux OCCITANIE. Équipe de soins primaires [Internet]. 2018 [cité 15 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.medecin-occitanie.org/wp-content/uploads/2019/07/URPS-Occitanie-Fiche-Techniques-Equipes-de-soins-primaires-Dec-2018.pdf>
 32. APMSL. La Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) : une équipe aux compétences multiples pour travailler ensemble | APMSL [Internet]. [cité 22 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.apmsl.fr/ressources/maison-de-sante-pluriprofessionnelle-msp>
 33. APMSL. Comment créer une MSP ? | APMSL - Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de la Loire [Internet]. [cité 22 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.apmsl.fr/ressources/maison-de-sante-pluriprofessionnelle-msp/comment-creeer-une-msp>
 34. Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabrielli V, Rican S. Has the diffusion of primary care teams in France improved attraction and retention of general practitioners in rural areas? *Health Policy.* 1 mai 2019;123(5):508-15. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016885101930048X>
 35. Fédération Nationale des Centres de Santé. Fédération Nationale des Centres de Santé. [cité 22 oct 2023]. Qu'est ce qu'un centre de santé ? Disponible sur: <https://www.fncs.org/qu-est-ce-qu-un-centre-de-sante>
 36. Agence Régionale de Santé Ile de France. Etude et analyse des conditions favorables à

- l'implantation de centres de santé en Ile-de-France. juill 2015 [cité 22 oct 2023]; Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/1296/download?inline>
37. Légifrance. Section 4 : Communautés professionnelles territoriales de santé (Articles L1434-12 à L1434-13) - Légifrance [Internet]. [cité 26 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000031917906>
 38. INSEE. Une nouvelle définition du rural pour mieux rendre compte des réalités des territoires et de leurs transformations – La France et ses territoires [Internet]. 2021 [cité 19 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5039991?sommaire=5040030>
 39. INSEE. 1.3 Grille de densité communale – La France et ses territoires [Internet]. 2021 [cité 19 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5039883?sommaire=5040030#tableau-figure1>
 40. INSEE. Dossier complet – Commune de Nieul-le-Dolent (85161) | Insee [Internet]. [cité 11 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-85161>
 41. L'Observatoire des Territoires. Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes de moins de 65 ans [Internet]. [cité 11 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/accessibilite-potentielle-localisee-apl-aux-medecins-generalistes-de-moins-de-65-ans>
 42. Agence Régionale de Santé. Les contrats locaux de santé [Internet]. 2022 [cité 17 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-contrats-locaux-de-sante>
 43. Recouvreur B. ici, par France Bleu et France 3. 2022 [cité 13 oct 2023]. A Mazingarbe, un cabinet médical éphémère pour lutter contre les déserts médicaux. Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/a-mazingarbe-un-cabinet-medical-ephemere-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux-1644001538>
 44. L'Est Républicain. Pontarlier - Santé. Le cabinet éphémère de Pontarlier pourrait faire école [Internet]. [cité 13 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.estrepublicain.fr/edition-haut-doubs/2018/01/23/le-cabinet-ephemere-pourrait-faire-ecole>
 45. Au cœur des territoires Côte d'Or. Un cabinet médical éphémère à Nolay : Un dispositif innovant qui assure la continuité des soins - Actualités, Echo des Communes [Internet]. [cité 13 oct 2023]. Disponible sur: https://www.echodescommunes.fr/actualite_4089_Un-cabinet-m-dical--ph-m-re--Nolay-Un-dispositif-innovant-qui-assure-la-continuit-des-soins.html
 46. Communauté de communes du plateau de FRASNE et du Val du DRUGEON. Cabinet médical éphémère à Frasne : [Internet]. [cité 13 oct 2023]. Disponible sur: https://www.frasnedrugeon-cfd.fr/actualite/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=346&cHash=a96cbf1ab67b7ad15829afc38e9a53d8
 47. France 3 Bourgogne Franche Comté. France 3 Bourgogne-Franche-Comté. 2022 [cité 13 oct 2023]. VIDEO. Un cabinet médical éphémère dans le Haut-Doubs pour lutter contre les déserts médicaux. Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/bourgogne-franche-comte/doubs/video-un-cabinet-medical-ephemere-dans-le-haut-doubs-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux-2577396.html>
 48. Villeval M. Définitions et enjeux autour de la transférabilité des interventions en promotion de la santé. Quelques éléments de cadrage [Internet]. Lyon: Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Auvergne Rhône-Alpes; 2018. 20 p.

Disponible sur:

https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/doc_num.php?explnum_id=14903

49. Wang S, Moss JR, Hiller JE. Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health. *Health Promot Int.* 1 mars 2006;21(1):76-83. Disponible sur: <https://doi.org/10.1093/heapro/dai025>
50. Laurent A, Soudier B, Bouhier F, Ferron C, Georgelin B, Gaspard S, et al. La capitalisation des expériences en promotion de la santé. Histoire et fondement du projet CAPS [Internet]. 2022 [cité 13 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.capitalisationsante.fr/wp-content/uploads/2022/04/CAPS-Guide-conceptuel.pdf>
51. Soudier B, Ferron C, Laurent A. Capitalisation des expériences en promotion de la santé : enjeux, apports et méthode [Internet]. [cité 5 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/capitalisation-des-experiences-en-promotion-de-la-sante-enjeux-apports-et-methode>
52. Villeval P, Lavigne Delville P. Capitalisation d'expériences... expérience de capitalisations: Comment passer de la volonté à l'action ? – Experience Capitalization [Internet]. [cité 21 nov 2022]. Disponible sur: <http://experience-capitalization.cta.int/lesson/capitalisation-dexperiences-experience-de-capitalisations-comment-passer-de-la-volonte-a-laction/index.html>
53. Balizet O, Feuvrier MV, Noury A. La capitalisation des expériences - Un voyage au cœur de l'apprentissage [Internet]. 2014 [cité 6 nov 2022]. Disponible sur: <https://f3e.asso.fr/ressource/la-capitalisation-des-experiences-un-voyage-au-coeur-de-lapprentissage/>
54. De Zutter P. Des histoires, des savoirs, des hommes : l'expérience est un capital [Internet]. Éditions-Diffusion Charles Léopold Mayer. 1994. Disponible sur: http://docs.eclm.fr/pdf_livre/60DesHistoiresDesSavoirsEtDesHommes.pdf
55. Graugnard G, Quiblier V. Introduction à la capitalisation d'expérience - 2006 [Internet]. 2013 [cité 12 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.ciedel.org/ressources-2/introduction-a-la-capitalisation-dexperience-2006/>
56. Balizet O, Feuvrier MV, Noury A. La capitalisation des expériences – Un voyage au cœur de l'apprentissage – Kit de formation [Internet]. 2016 [cité 6 nov 2022]. Disponible sur: <http://experience-capitalization.cta.int/lesson/la-capitalisation-des-experiences-un-voyage-au-coeur-de-lapprentissage/index.html>
57. Laurent A, Ferron C, Georgelin B, Lombrail P, Soudier B. La capitalisation des expériences en promotion de la santé. Cahier pratique [Internet]. 2022 [cité 13 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.capitalisationsante.fr/wp-content/uploads/2022/04/CAPS-Guide-conceptuel.pdf>
58. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J. Initiation à la recherche qualitative en santé. *GLOBAL MEDIA SANTE*; 2021. 192 p.
59. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* jan 2015;15(157):50-4. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1779012314004331>
60. CAPS. Le cadre de la capitalisation des expériences en promotion de la santé- Guide d'entretien [Internet]. [cité 19 juill 2023]. Disponible sur: <http://capitalisationsante.fr/wp-content/uploads/2022/03/CAPS-Guide-dentretien.pdf>

61. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine [Internet]. 2009. Disponible sur: <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/09/Guide-du-bon-usage-de-l-analyse-par-theorisation-ancree-par-les-etudiants-en-medecine.pdf>
62. Herpin N. Barney G. Glaser, Anselm Strauss, La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative. Lectures [Internet]. 26 oct 2010 [cité 7 nov 2023]; Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lectures/1357>
63. CAPS. Trame de fiche de capitalisation [Internet]. [cité 19 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.capitalisationsante.fr/wp-content/uploads/2022/04/Trame-de-Fiche-capitalisation-1.docx>
64. Soignants de la commune (Cabinet médical collaboratif de Nieul-le-Dolent), Baudinat Marianne, Rocheteau Elie (Nantes Université). Cabinet médical collaboratif de Nieul-le-Dolent [Action menée par : Cabinet médical collaboratif de Nieul-le-Dolent]. Portail CAPS - Capitalisation des expériences en promotion de la santé. 2023, 16 pages. Disponible sur: <https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/cabinet-medical-collaboratif-de-nieul-le-dolent/>, [Dernière consultation : 21/11/2023].
65. Luc É. Le leadership partagé [Internet]. Le leadership partagé. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2018 [cité 13 oct 2023]. 187 p. (Paramètres). Disponible sur: <http://books.openedition.org/pum/6416>
66. Gallet N. Analyse des facteurs influençant le travail du médecin généraliste remplaçant. 14042015; Disponible sur: https://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/a204d05c-3fe4-4e29-b9ba-c2c501a01490/blobholder:0/THm_2015_GALLET_Nadege.pdf
67. Konzelmann C. Perceptions et représentations du médecin généraliste remplaçant par le patient. 21 mars 2017; Disponible sur: <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/09/perceptions-et-representation-du-MG-remplac%CC%A7ant-par-le-patient.pdf>
68. Aubert M. En 2016, le médecin généraliste a-t-il encore intérêt à se faire remplacer?: à propos d'une enquête qualitative réalisée à partir d'entretiens individuels auprès de médecins généralistes installés en Lorraine. 27092017; Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932440/document>
69. Conseil scientifique du collège national des généralistes enseignants. De l'importance de la continuité des soins en médecine générale [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/de_limportance_de_la_continuite_des_soins_en_medec/
70. Ortegat A. Le médecin généraliste remplaçant a-t-il un impact sur le parcours de santé des patients? 29 nov 2018; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01938884/document>
71. Gottlieb LN, Gottlieb B, Bitzas V. Creating Empowering Conditions for Nurses with Workplace Autonomy and Agency: How Healthcare Leaders Could Be Guided by Strengths-Based Nursing and Healthcare Leadership (SBNH-L). J Healthc Leadersh. 27 juill 2021;13:169-81. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8326221/>
72. Fullam C, Lando AR, Johansen ML, Reyes A, Szaloczy DM. The triad of empowerment: leadership, environment, and professional traits. Nurs Econ. 1 sept 1998;16(5):254-9.

Disponible sur:

<https://go.gale.com/ps/i.do?p=AONE&sw=w&issn=07461739&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA21208454&sid=googleScholar&linkaccess=abs>

73. Légifrance. Chapitre 1er bis : Organisation des soins. (Articles L1411-11 à L1411-13) - Légifrance [Internet]. [cité 6 nov 2023]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000031917874/2016-01-28>
74. Dumas M, Douguet F, Fahmi Y. Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? RIMHE Rev Interdiscip Manag Homme Entrep. 2016;20, 5(1):45-67.
Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-rimhe-2016-1-page-45.htm>
75. Morize N, Po S. Les usages des financements expérimentaux Ipep et Peps dans cinq Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Vers une redéfinition des frontières professionnelles autour de la division du travail de soin ? Disponible sur:
<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/275-les-usages-des-financements-experimentaux-ipep-et-peps-dans-5-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-msp.pdf>

ANNEXES

Annexe 1 : Note d'information



Cabinet médical partagé de Nieul-le-Dolent

Une étude sur le cabinet médical partagé de Nieul-le-Dolent est actuellement menée par Mme BAUDINAT et Mr ROCHETEAU dans le cadre de leur thèse de médecine générale qui sera soutenue à la faculté de médecine de Nantes.

Cette note d'information résume les modalités prévues par le code de la santé publique et l'article 6 du RGPD (règlement général sur la protection des données) concernant la conformité légale du traitement des données personnelles. La base légale de ce traitement est le consentement de la personne.

Je vous prie de bien vouloir prendre connaissance de l'ensemble des informations figurant ci-dessous :

1. Procédure de l'étude

L'étude repose sur la réalisation d'entretiens avec des personnes impliquées dans le projet.

2. Destinataires des données collectées

Coordinateurs de la recherche et destinataires des données :

Noms retirés par soucis de pseudonymisation.

Destinataires des données et réalisation de leur traitement : Mme BAUDINAT et Mr ROCHETEAU (remplaçants en médecine générale).

Le responsable du traitement des données est Nantes Université.

3. Risques potentiels de l'étude

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, ni de test thérapeutique. Il s'agit uniquement d'entretiens.

4. Bénéfices potentiels de l'étude

Cette étude permettra de mieux comprendre la création du cabinet médical partagé de Nieul-le-Dolent et de réaliser une fiche afin de partager cette expérience.

5. Participation volontaire

La participation à cette étude est entièrement volontaire pour les personnes sollicitées. Il n'y a aucun caractère obligatoire. Vous avez le droit de retirer votre consentement à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.



Capitalisation
des expériences
en promotion
de la santé

Note d'information



6. Droits des participants

Vous avez un droit d'accès, de rectification, un droit à l'effacement et à la limitation du traitement, ainsi qu'à la portabilité des données vous concernant, à tout moment sur simple demande auprès de Mme BAUDINAT et Mr ROCHETEAU ou au délégué à la protection des données de Nantes Université : xxxxxx@mail.com Vous avez également le droit de faire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), autorité de contrôle en charge du respect des obligations en matière de données à caractère personnel.

7. Durée de conservation des données

Les données à caractère personnel seront détruites après la fin de l'étude dans un délai maximal de 2 ans après la soutenance de la thèse.

8. Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

Dans le cadre de l'étude menée par Mme BAUDINAT et Mr ROCHETEAU les données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Il s'agit des données concernant l'activité professionnelle, la participation à la création du cabinet médical partagé de Nieuw-le-Dolent et son fonctionnement. Ces données seront pseudonymisées. L'objectif du traitement de ces données est la création d'une fiche de capitalisation sur la mise en place du cabinet médical partagé de Nieuw-le-Dolent. Cette fiche sera ensuite diffusée afin de partager cette expérience.

9. Coordonnées des personnes à contacter pour obtenir des renseignements complémentaires ou pour exercer vos droits

BAUDINAT Marianne : xxxxxx@mail.com téléphone : XX XX XX XX XX

ROCHETEAU Elie mail: xxxxxx@mail.com téléphone : XX XX XX XX XX

NANTES UNIVERSITÉ : Adresse postale xxxxxx@mail.com téléphone : XX XX XX XX XX

Délégué de la protection des données Nantes Université : xxxxxx@mail.com

Annexe 2 : Guide d'entretien n°1

A/ Parle-nous de ton parcours pour arriver jusqu'à aujourd'hui.

B/ Parle-nous en 1 minute du cabinet médical de Nieul-le-Dolent.

1/ *Qu'est ce qu'un cabinet médical partagé?*

C/ Peux-tu nous décrire la construction du projet?

1/ *Comment l'idée d'un cabinet médical partagé a-t-elle émergée?*

2/ *Comment avez-vous imaginé ce cabinet?*

3/ *Quels sont les enjeux de santé du territoire dans lequel s'inscrit le projet?*

a) *pratiques médicales/paramédicales*

b) *désertification médicale*

c) *population*

4/ *Quels éléments ont favorisé le projet de cabinet?*

5/ *Quelles difficultés avez-vous rencontrées?*

a) *Quelles compétences ont manqué à la réalisation du projet?*

b) *Comment avez-vous contourné les obstacles?*

6/ *Quels ont été les acteurs clés du projet selon toi?*

a) partage des tâches / rôles des différents acteurs

b) *administratifs*

c) *soignants*

d) *Évolution du rôle des différents acteurs*

D/ Donne nous les 4 temps clés du projet

E/ Parle-nous de ton rôle dans le projet.

1/ *S'il fallait le refaire, que ferais-tu différemment?*

2/ *Qu'est-ce qui t'a amené à prendre ce rôle?*

3/ *Quel a été le retentissement sur ta vie professionnelle et tes pratiques?*

F/ Donne nous 4 conseils pour reproduire cette action ailleurs

G/ Peux tu nous décrire le fonctionnement du cabinet depuis son ouverture. C'est quoi un cabinet partagé?

1/ *Comment fonctionne-t-il?*

2/ *Qu'est-ce qui manque dans le cabinet?*

3/ *Que pensent les patients de la solution trouvée?*

4/ *Comment se passent les échanges avec les différents intervenants?*

5/ *Quelles sont les perspectives d'évolution du projet initial?*

H/ Souhaites-tu ajouter quelque chose?

Annexe 3 : Guide d'entretien n°2

A/ Comment vous êtes-vous réunies dans ce projet?

B/ Qu'est ce qui caractérise le cabinet médical de Nieul-le-Dolent.

1/ *Qu'est ce qui différencie un cabinet médical partagé d'un autre cabinet?*

C/ Pouvez-vous nous décrire la construction du projet?

1/ Quelles étaient vos attentes avec ce projet?

2/ Comment l'idée d'un cabinet médical partagé a-t-elle émergée?

- a) Contexte
- b) Inspiration / expériences antérieures / littérature

3/ Quels sont les enjeux de santé du territoire dans lequel s'inscrit le projet?

- a) Comment étaient vos relations et les échanges entre professionnels de santé?
- b) *désertification médicale*
- c) Population

4/ Quand et comment vous êtes-vous investis dans le projet?

- a) Parlez-nous de votre association.
- b) *Quel a été votre rôle à chacun ?*

D/ Quels seraient les 4 temps clés du projet selon vous? Nous vous laissons vous concerter et positionner ces temps clés sur la frise.

(frise avec seulement la date d'ouverture du cabinet) + post-it; tableau?

Activité d'échange boule de neige. Trinômes. 1 animateur avec chaque groupe pour enregistrer.

<http://www.cooperative-labraise.fr/wp-content/uploads/2018/07/BOULE-DE-NEIGE.pdf>

4/ Qu'est ce qui a facilité le projet de cabinet?

5/ Quelles difficultés avez-vous rencontrées?

- a) *Comment avez-vous contourné les obstacles?*

6/ Quels ont été les acteurs clés du projet selon vous?

- a) partage des tâches / rôles des différents acteurs
- b) *administratifs*
- c) *soignants*
- d) *Évolution du rôle des différents acteurs*

E/ Comment ça se passe pour vous depuis l'ouverture du cabinet ?

1/ S'il fallait le refaire, que voudriez-vous faire différemment?

2/ Quel a été le retentissement sur votre vie professionnelle ?

- a) Globule
- b) Secrétaire
- c) *Comment se passent les échanges avec les différents intervenants?*

3/ Y a-t-il eu des changements dans la prise en charge des patients?

- a) *Lesquels?*

4/ Qu'est-ce que vous ajouteriez au cabinet ?

5/ Que pensent les patients de la solution trouvée?

6/ Quelles sont les perspectives d'évolution du projet initial?

F/ Donnez-nous 2 conseils que vous souhaiteriez donner à quelqu'un pour reproduire cette action ailleurs. Nous vous donnons des post-it pour les noter et ensuite nous les mettrons en commun et en discuterons.

à afficher sur un tableau dans le bureau de Christine?

Si c'était à refaire

H/ Souhaitez-vous ajouter quelque chose?

Annexe 4 : Guide d'entretien n°3

A/ Qu'est-ce qui vous a rassemblé autour de ce projet?

B/ Qu'est ce qui caractérise le cabinet médical de Nieul-le-Dolent.

1/ Qu'est ce qui différencie un cabinet médical partagé d'un autre cabinet?

C/ Pouvez-vous nous raconter l'histoire de ce projet?

1/ Comment l'idée d'un cabinet médical partagé a-t-elle émergée?

- a) Contexte
- b) Inspiration / expériences antérieures / littérature : questionner la représentation du cabinet médical partagé

2/ En quoi le contexte vous a-t-il paru favorable lorsque vous vous êtes investi dans ce projet?

3/ Quels sont les enjeux de santé du territoire dans lequel s'inscrit le projet?

- a) Désertification médicale
- b) Population
- c) Comment étaient vos relations et les échanges entre professionnels de santé auparavant?

4/ Pourquoi vous êtes-vous investis dans le projet?

- a) Quelles étaient vos attentes avec ce projet?

5/ Quel a été votre rôle à chacun ? (insister : *(se concentrer sur ce qui s'est passé entre les médecins)*)

D/ Quels seraient les 4 temps clés du projet selon vous? (à environ 45')

6/ Qu'est ce qui a permis de mener le projet à terme?

7/ Quelles difficultés avez-vous rencontrées? (insister - à creuser car peu ressorti lors des précédents entretiens)

- a) *Comment avez-vous contourné les obstacles?*

8/ Quels ont été les acteurs clés du projet selon vous?

- a) *partage des tâches / rôles des différents acteurs*
- b) *administratifs*
- c) *soignants*
- d) *Évolution du rôle des différents acteurs*

E/ Parlez-nous de votre ressenti et de votre expérience personnels depuis l'ouverture du cabinet?

1/ Que pensez-vous de la prise en charge des patients dans ce cabinet *par rapport à un cabinet classique?*

2/ Comment cette expérience s'est-elle intégrée dans votre vie professionnelle ?

3/ Comment se passent les échanges avec les différents intervenants?

- a) *Freins dans les échanges entre les intervenants?*
- b) *Globule (limites de Globule?)*
- c) *Moments conviviaux*

4/ Qu'est-ce qui vous motive à continuer à vous investir?

5/ *Avez-vous eu des retours de patients sur la solution trouvée ?*

6/ *Qu'est-ce qui manque aujourd'hui?*

- a) *Évolution vers une MSP*

7/ S'il fallait le refaire, que voudriez-vous faire différemment?

F/ Donnez-nous 2 conseils que vous souhaiteriez donner à quelqu'un pour reproduire cette action ailleurs. Nous vous donnons des post-it pour les noter et ensuite nous les mettrons en commun et en discuterons.

à afficher sur un tableau dans le bureau de Christine?

G/ Souhaitez-vous ajouter quelque chose?

Annexe 5 : Guide d'entretien n°4

A/ Peux-tu nous parler de ton parcours professionnel jusqu'à aujourd'hui?

B/ Qu'est-ce qui t'a amené à travailler sur le projet du cabinet collaboratif de Nieul-le-Dolent ?

- 1/ Quelles étaient tes missions au contrat local de santé, et comment ce projet s'y est-il intégré?
- 2/ Comment la mairie a-t-elle réagi au départ du médecin de la commune?

C/ Peux-tu nous raconter l'histoire de ce projet?

- 1/ Comment l'idée d'un cabinet médical partagé a-t-elle émergée?
 - a) Inspiration / littérature : questionner la représentation du cabinet médical partagé
 - b) Expériences antérieures (dans la région ou ailleurs en France)
- 2/ Quelles étaient les attentes des différents acteurs du projet?
- 3/ Quels sont les enjeux de santé du territoire dans lequel s'inscrit le projet?
 - a) *Désertification médicale*
 - b) *Population*

D/ Quel a été ton rôle dans ce projet?

- a) *Médiation / échanges avec les différents intervenants*
- 1/ Quels ont été les différents acteurs et leur rôle ?
 - a) Mairie
- 2/ Comment se sont réparties les tâches?
 - a) Leader de chaque groupe?
- 3/ Quelle stratégie as-tu adoptée pour mobiliser les différents intervenants?
- 4/ Quelle aide as-tu apporté à la mairie ?
 - a) Subventions
 - b) Prise de conscience des enjeux
- 5/ Comment se sont passés les échanges avec les tutelles (**ARS, CPAM, CDOM**, région, département) s'il y en a eu?
- 6/ A quelles conditions ce projet te semble-t-il reproductible ailleurs?
- 7/ Évolution du rôle du CLS suite au projet. Participation encore active du CLS dans le projet?
 - a) Moments d'échange/accompagnement sur le projet avec des collègues?
 - b) S'est-elle sentie à l'aise avec ses compétences?
- 8/ *Comment cette expérience s'est-elle intégrée dans ta vie professionnelle ?*
 - a) *Évolution professionnelle*
 - b) *Qu'as-tu gardé de cette expérience dans ta vie professionnelle actuelle?*

E/ Quels seraient les 4 temps clés du projet selon toi?

F/ Freins / Leviers

- 1/ Qu'est ce qui a permis de mener le projet à terme?
- 2/ Quelles difficultés avez-vous rencontrées?
 - a) *Comment avez-vous contourné les obstacles?*
- 3/ As-tu eu des retours d'usagers sur la solution trouvée ?
- 4/ S'il fallait le refaire, que voudrais-tu faire différemment ?

F/ Donne-nous 2 conseils que tu souhaiterais donner à quelqu'un pour reproduire cette action ailleurs.

G/ Souhaites-tu ajouter quelque chose?

Cabinet médical éphémère de Nieul-le-Dolent

Porteurs de projet : Dr Marion LEROUX, Dr Catherine MOREAU, Dr
Philippe MARTY, Dr Emma DESCHAMPS

Thématique(s)

Assurer le suivi de patients dans la commune de Nieul-le-Dolent (Ouest de la France) suite au départ précipité du médecin de la commune.

Objectifs

Assurer la permanence des soins dans la commune de Nieul-le-Dolent.

Favoriser l'installation d'un ou plusieurs médecins au long cours sur la commune.

Public(s) concerné(s)

Patientèle du médecin initialement installé, et patients de la commune et des alentours proches.

Professionnels paramédicaux de la commune et professionnels médicaux des communes limitrophes.

Stratégies d'action déployées

Élaboration du projet autour d'un cabinet éphémère, permettant à plusieurs médecins et remplaçants d'assurer des vacances. Ouverture d'un poste d'interne en médecine générale.

Mobilisation des professionnels médicaux et paramédicaux pour permettre une pratique coordonnée.

Projet de maison de santé pluri-professionnelle à moyen ou long terme.

Achat de locaux temporaires par la mairie et projet immobilier pour le long terme.



Activités déployées

Consultations sur le cabinet de Nieul-le-Dolent

Secrétariat physique à temps partiel ; infirmière Asalée

Outils de communication interprofessionnelle : Globule, logiciel médical connecté

Installation de nouveaux paramédicaux dans les locaux de la commune

Financements

Mairie de Nieul-le-Dolent

Territoire/Lieu de déroulement de l'action

Commune de Nieul-le-Dolent et zone limitrophe

Partenaires impliqués

Médecins installés des communes voisines : Dr Marion LEROUX, Dr Catherine MOREAU, Dr Philippe MARTY, Dr Emma DESCHAMPS

Mairie de Nieul-le-Dolent, communauté de commune

Professionnels médicaux et paramédicaux (IDE, kiné, pharmacienne, orthophoniste, nutritionniste, psychologue, IDE Asalée, secrétaire médicale, ...)

ARS, CPAM, CPTS

Indicateurs d'évaluation

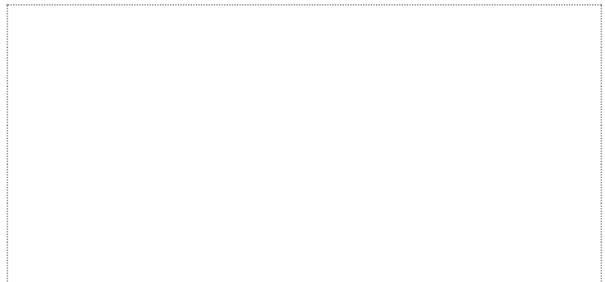
- Statistiques de consultation issues du logiciel
- Taux de remplissage des créneaux de consultation
- Évaluation de la satisfaction des patients ? Des paramédicaux
- Présence très régulière de remplaçants

Vu, le Président du Jury,

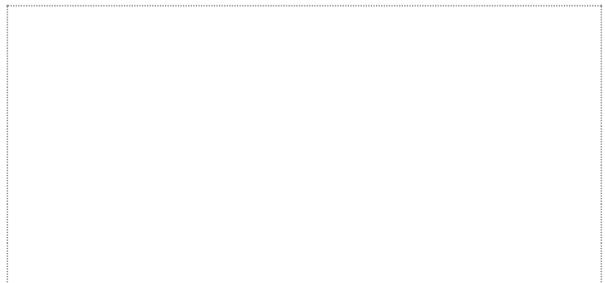


Monsieur le Professeur Jean-Pascal FOURNIER

Vu, les Directrices de Thèse,

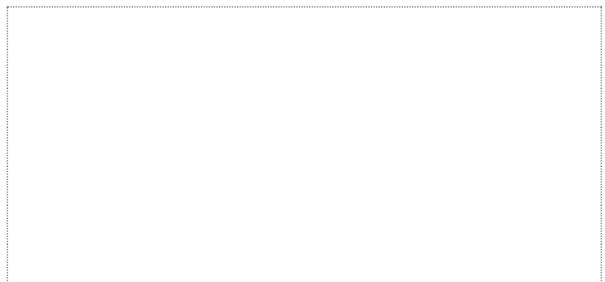


Madame la Docteure Élodie COSSET



Madame la Professeure Maud Jourdain

Vu, la Doyenne de la Faculté,



Madame la Professeure Pascale JOLLIET

Titre de Thèse : Initiative locale pour faire face au départ d'un médecin généraliste en zone sous dense : retour d'expérience par capitalisation sur un cabinet médical collaboratif dans une zone rurale de l'Ouest de la France

RÉSUMÉ

Contexte : Suite au départ du dernier médecin dans une commune de zone rurale, un cabinet collaboratif idéalisé a été conceptualisé grâce à l'action conjointe de la municipalité, des professionnelles paramédicales de la commune et des médecins de communes limitrophes.

Leur but était d'assurer la continuité des soins et de favoriser une installation médicale pérenne.

Objectifs : Rédiger une fiche de capitalisation selon la méthode du portail CAPS pour retracer les processus humains, organisationnels et administratifs ayant permis la conception du cabinet médical collaboratif de Nieul le Dolent.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative par observation directe participante, indirecte et réalisation d'entretiens semi-dirigés individuel et en focus group. Elle a été menée selon la méthode de capitalisation du projet CAPS.

Résultats : La création de ce cabinet s'est faite sur un mode d'organisation se rapprochant du concept de leadership partagé. Les consultations sont assurées principalement par une équipe de remplaçants qui se relaient en fonction de leurs disponibilités, sans contrainte de présence. Un terrain de stage SASPAS pluriprofessionnel y a été intégré. Des outils de communication interprofessionnels ont été utilisés, ainsi que des formations communes, afin de favoriser la coopération entre les différents soignants. Différents freins ont été mis en évidence, une partie d'entre eux institutionnels appellent à d'éventuelles évolutions. Le projet a permis la création d'une large équipe de soins qui est en train de s'associer dans une MSP multisite. Le concept de « médecin multicéphale » a également été mis en lumière.

Conclusion : Le cabinet médical collaboratif est une solution fonctionnelle innovante, qui pourrait servir d'inspiration à des projets semblables dans des territoires rencontrant une problématique proche.

MOTS-CLÉS

cabinet médical collaboratif ; équipe de soins primaires ; désertification médicale ; capitalisation ; attractivité médicale ; médecin généraliste