

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Accompagnement de l'installation d'un médecin généraliste : étude
qualitative par focus group avec les acteurs de santé de Maroilles**

Présentée et soutenue publiquement le 24 Mai 2023 à 18h
au Pôle Recherche
par **Simon BRASSART**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Philippe AMOUYEL

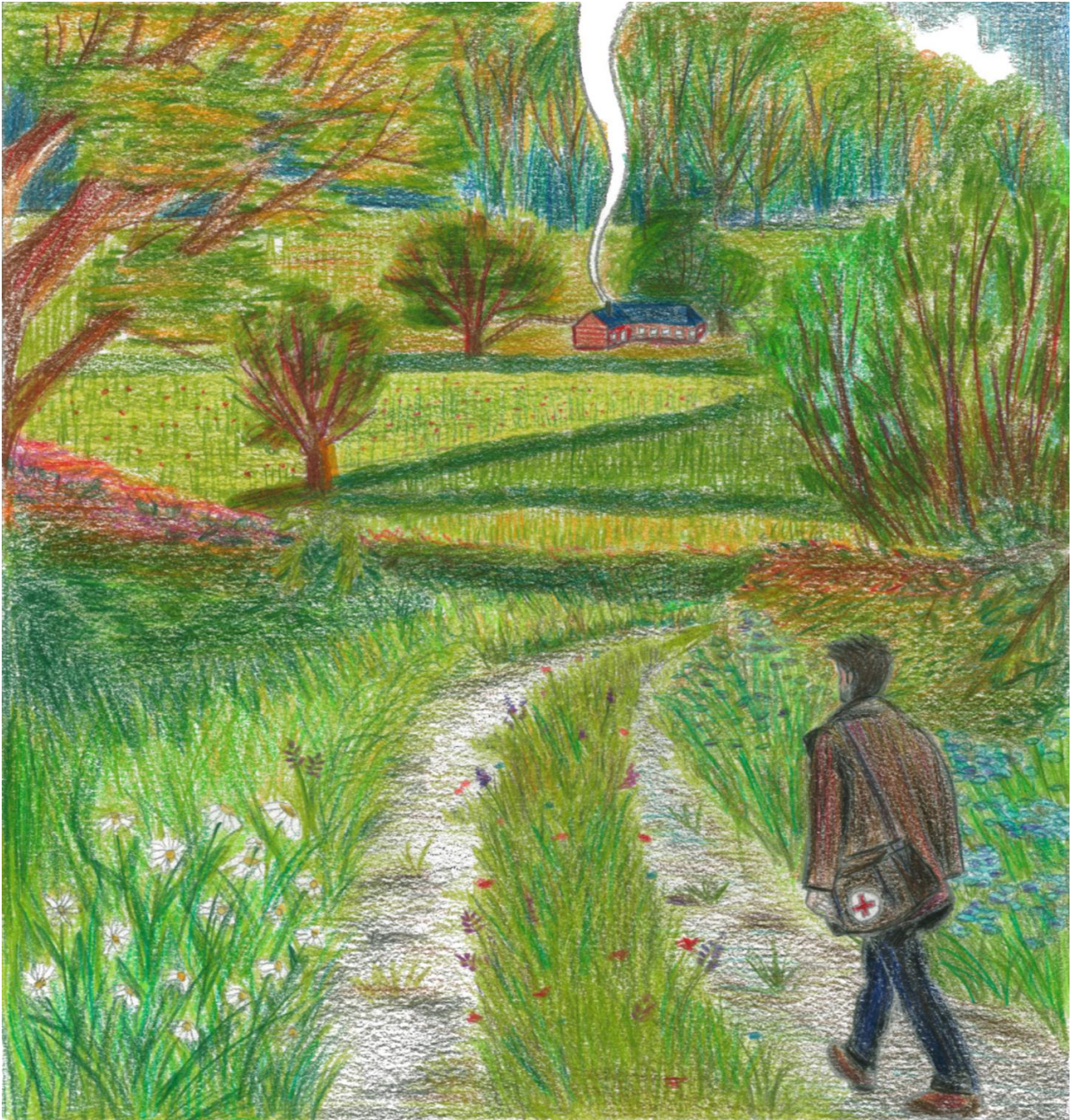
Assesseurs :

Monsieur le Professeur Benoit VALLET

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Sylvain DURIEZ



Médecin de campagne
Par Marie Simon

**ACCOMPAGNEMENT DE L'INSTALLATION D'UN MEDECIN GENERALISTE : ETUDE
QUALITATIVE PAR FOCUS GROUP
AVEC LES ACTEURS DE SANTE DE MAROILLES**

RESUME :

Introduction : la préoccupation démographique de l'offre de soins en médecine générale est croissante en France. Malgré la mise en place de nombreuses mesures, les zones sous-dotées en médecins généralistes continuent d'augmenter. L'objectif visé de cette étude est de répondre à cette problématique en menant une démarche pro-active dans le village de Maroilles, un territoire sous-doté, pour faciliter l'installation d'un médecin généraliste.

Méthode : étude qualitative par focus group auprès des acteurs de santé de Maroilles : les soignants, les élus locaux et les citoyens. Les entretiens ont été menés par un animateur qui a abordé les problèmes d'offre de soins et les solutions à apporter. La méthode de sélection par échantillonnage raisonné et homogène a été utilisée.

Résultats : 22 acteurs de santé de Maroilles ont participé aux échanges, répartis en quatre focus group. Le premier constat posé est celui d'un écosystème de santé complexe, impliquant sept acteurs de santé. Parmi les 470 idées analysées dans le verbatim, 38 thématiques sont ressorties, réparties entre les problématiques de soins et les solutions proposées par les participants. Les thématiques les plus communes ont été développées, suivies de celles les plus fréquemment évoquées. L'écosystème de santé actuel de Maroilles est décrit comme étant malade, avec de nombreuses difficultés telles qu'une offre de soins insuffisante, un désinvestissement des médecins et une surcharge administrative. De nombreuses solutions ont été proposées, synthétisées en neuf valeurs communes à l'ensemble des acteurs de santé. Les valeurs de communication, de collaboration et de respect mutuel ont été les plus souvent citées.

Discussion : la bibliographie menée sur les résultats a confirmé le diagnostic national commun concernant la désertification médicale. Cette étude a montré l'intérêt de s'appuyer sur les acteurs locaux et le territoire pour aborder ces problématiques. La première perspective serait de répéter cette démarche sur d'autres territoires souffrant des mêmes difficultés pour évaluer l'état de l'offre de soins et identifier des solutions. La seconde perspective serait de capitaliser sur ces échanges pour générer une dynamique humaine entre soignants, créer un projet commun et poser les premières briques d'une possible Maison de Santé Pluri-professionnelle.

Mots-clés : Médecine générale, zone médicalement sous-équipée, prestations des soins de santé, diagnostic territorial.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES :

ARS : Agence Régionale de Santé

ZIP : Zones d'Intervention Prioritaire

ZAC : Zones d'Action Complémentaire

ZAR : Zones d'Accompagnement Régional

MEL : Métropole Européenne de Lille

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

MSP : Maisons de Santé Pluri-professionnelles

CAIM : Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

FEMAS : Fédération Régionale des structures d'exercice coordonné

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DMP : Dossier Médical Partagé

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

ETP : Education Thérapeutique du Patient

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

FEMASNORD : Fédération des Maisons et Pôles de Santé Nord-Pas-de-Calais

ESP : Equipes de Soins Primaires

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

CLS : Contrat Local de Santé

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|----|
| I.INTRODUCTION | 14 |
| A.La démographie médicale et les zones sous-denses en France | 14 |
| 1)Au niveau national | 14 |
| 2)En Hauts-de-France | 14 |
| 3)Cas de Maroilles en Sambre-Avesnois | 15 |
| B.Attirer et fidéliser les jeunes médecins généralistes..... | 15 |
| C.Question de recherche et objectifs..... | 16 |
| II.METHODE | 17 |
| A.Type d'étude | 17 |
| B.Participants | 17 |
| C.Déroulé des Focus Group | 18 |
| D.Méthode de recueil des données | 19 |
| E.Analyse des données..... | 19 |
| F.Aspects éthiques et réglementaires | 19 |
| III.RESULTATS | 22 |
| A.Participants..... | 22 |
| B.Analyse. | 24 |
| 1)Ecosystème de santé | 24 |
| 2)Problèmes et solutions | 26 |
| 3)Des thématiques communes. | 30 |
| 1.Offre de soins insuffisante | 32 |
| 2.Surcharge administrative..... | 34 |
| 3.Politiques institutionnelles inadaptées | 34 |
| 4.Raréfaction des médecins généralistes..... | 36 |
| 5.Désinvestissement des médecins | 38 |
| 6.Campagne peu attractive | 40 |
| 7.Choix politiques inadaptés | 40 |
| 8.Surcharge de travail des soignants | 42 |
| 9.Défiance envers les institutions..... | 44 |
| 10.Problème de mobilité | 44 |
| 11.Comportement délétère du patient | 46 |
| 12.Surconsommation de soins..... | 48 |
| 13.Système libéral peu attractif..... | 48 |
| 14.Formation des médecins généralistes inadaptée | 50 |
| 15.Déshumanisation de la profession..... | 52 |
| 16.Revitaliser la campagne | 54 |
| 17.Créer du lien et communiquer..... | 54 |

| | |
|---|----|
| 18.Modifier les pratiques | 56 |
| 19.Pratique pluri-professionnelle | 58 |
| 20.Travailler en équipe..... | 60 |
| 21.Valoriser financièrement le temps de travail..... | 60 |
| 22.S'investir sur le territoire | 62 |
| 23.Repenser la formation médicale..... | 62 |
| 24.Remise en question du système libéral | 64 |
| 25.Aides à l'installation | 66 |
| 26.Soulager la charge de travail du médecin | 66 |
| 27.Mise en place d'outil commun | 68 |
| 28.Soignants porteur de projet | 70 |
| 29.Eduquer le citoyen | 71 |
| 4)Valeurs communes. | 72 |
| IV.DISCUSSION | 75 |
| A.Critiques | 75 |
| 1)Faiblesses de l'étude..... | 75 |
| 2)Forces de l'étude | 76 |
| B.Résultats principaux. | 77 |
| 1)Système de santé local complexe | 77 |
| 2)Des thématiques communes | 77 |
| 3)Des valeurs communes | 78 |
| C.Retour d'expériences sur la démarche : | 78 |
| 1)Le contexte..... | 78 |
| 2)Des entretiens enrichissants | 78 |
| 3)Des résultats surprenants | 79 |
| 4)Un écosystème malade | 80 |
| 5)Un nouveau modèle économique..... | 81 |
| 6)Un avenir à construire en commun..... | 81 |
| D.Confrontation à d'autres travaux..... | 83 |
| 1)Ecosystème de santé rural malade, un constat partagé | 83 |
| 2)Des solutions et valeurs communes partagées..... | 84 |
| 3)Communication interprofessionnelle (CIP), le relationnel au cœur du projet..... | 86 |
| 4)Des déserts médicaux aux oasis de santé..... | 86 |
| E.Perspectives. | 87 |
| 1)Création d'un projet commun. Une MSP dans l'Avesnois ? | 88 |
| 2)Mise en place d'une méthode reproductible | 88 |
| 3)Repenser l'offre de soins et dépasser les acteurs de santé classiques | 89 |
| V.CONCLUSION | 91 |
| VI.REFERENCES BIBLIOGRAPHIES : | 92 |

I. INTRODUCTION

A. La démographie médicale et les zones sous-denses en France

1) Au niveau national

En mars 2022, un rapport d'information sénatorial (1) a souligné la situation démographique préoccupante de l'offre de soins en médecine générale en France. Au niveau national, 30% de la population vit dans des zones médicales sous-denses, ce qui entraîne chaque année 1,6 million de Français à renoncer à des soins médicaux. De plus, 11% des Français âgés de 17 ans et plus n'ont pas de médecin traitant (2). Bien que le terme « désert médical » soit souvent utilisé dans le débat public, nous préférons ici l'expression « zone médicale sous-dense ». Ce terme, défini par le ministère de la Santé (3), reflète les inégalités territoriales en matière médicale et les difficultés d'accès aux soins primaires dans certains bassins de vie. Selon le ministère de la Santé, cette notion renvoie à une double dimension : la dimension spatiale, caractérisée par un éloignement géographique entre les patients et leur médecin, et la dimension temporelle, liée au nombre croissant de patients par médecin. Pour lutter contre la diminution de l'offre médicale et renforcer l'accès aux soins, chaque directeur général d'Agence régionale de santé (ARS) prend un arrêté régional qui détermine les zones sous-denses pour la profession de médecin. Pour cela, l'ARS s'appuie sur une méthodologie nationale, définie par arrêté ministériel. Une fois les zones sous-denses en médecins identifiées, elles sont réparties en deux catégories : les zones d'intervention prioritaire (ZIP), les plus fragiles, qui touchent 30,2% des Français, et les zones d'action complémentaire (ZAC), fragiles mais à un niveau moindre que les ZIP et qui touchent 42% de la population.

2) En Hauts-de-France

En 2019, l'ARS des Hauts-de-France a mis en place une nouvelle catégorie de zone médicale : la ZAR (zones d'accompagnement régional) (4), qui permet de cibler les territoires nécessitant une vigilance sur l'offre de soins en médecine et bénéficiant d'aides régionales pour maintenir et installer les professionnels de santé. Les chiffres de cette région diffèrent de la moyenne nationale, avec les ZIP couvrant 15,1% de la population régionale (contre 30,2% à l'échelle nationale) et les ZAC couvrant 41,9% (contre 42,1% à l'échelle nationale). Cependant, ces chiffres cachent une disparité départementale, car en excluant la Métropole européenne de Lille et ses environs, la Côte d'Opale, Amiens et ses environs, ainsi que la baie de Somme, la quasi-totalité de la région est en zone médicale sous-dense.

3) Cas de Maroilles en Sambre-Avesnois

Pour cette thèse, le territoire choisi est la Sambre-Avesnois, située dans le sud du département du Nord, avec une attention particulière portée sur le village de Maroilles. Cette décision est motivée par le déficit en matière de soins de santé dans ces zones, qui est plus prononcé que dans le reste de la région et du département. Le secteur de la sous-préfecture d'Avesnes-sur-Helpe est particulièrement touché, avec 80% de la population vivant en zone médicale sous-dense (5). À Aulnoye-Aymeries, ville située au cœur de l'Avesnois à seulement dix minutes de Maroilles, la municipalité estime que 15% de la population n'a pas accès à un médecin généraliste, et que cette commune de 8 900 habitants a perdu environ 70% de ses médecins depuis 2002 (6). Le village de Maroilles, situé au cœur du bocage, compte 1 428 habitants en 2019, mais n'a qu'un seul médecin généraliste qui approche de l'âge de la retraite en 2022 (7). Selon la municipalité, qui porte depuis plusieurs années le projet d'une structure de soins pluriprofessionnelle, il n'y a actuellement aucun projet en cours pour l'installation d'un nouveau médecin généraliste.

B. Attirer et fidéliser les jeunes médecins généralistes

Il est crucial d'implanter de nouveaux médecins généralistes à Maroilles ainsi que dans de nombreux autres territoires en France. En plus de leur arrivée, il est essentiel de s'assurer de leur présence durable dans les régions sous-dotées. Afin d'encourager l'installation de jeunes médecins généralistes, le ministère de la santé et l'ARS ont mis en place divers dispositifs (8), en voici quelques exemples.

Tout d'abord, le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP), qui est une bourse pour les étudiants en médecine en échange de leur engagement à s'installer dans des zones sous-denses après leurs études (9). Dans la région des Hauts-de-France, le nombre de CESP signés a été multiplié par 3,6 depuis 2012, avec 183 contrats signés. Un autre dispositif, le contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG), offre une garantie de revenus et une protection sociale améliorée aux médecins généralistes s'installant dans ces zones (10). Dans cette région, 44 contrats ont été signés. Une étude menée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a révélé que l'exercice collectif et coordonné est un levier important pour encourager l'installation des internes en médecine générale (11). Le pacte territoire santé a ainsi encouragé le développement des modes d'exercice coordonné, notamment des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP), pour offrir des conditions d'exercice attractives et améliorer la prise en charge des patients. En juin 2021, le ministère de la santé a recensé 1889 MSP en fonctionnement et 366 en projet en France. Enfin, le Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins (CAIM) permet aux médecins de s'installer en groupe dans les zones sous-dotées et bénéficier d'une aide forfaitaire de 50 000 € lors de leur implantation, à condition de s'engager à y exercer pendant au moins cinq ans.

Cependant, malgré ces mesures, la dernière cartographie médicale de 2021 de l'ARS a révélé que ces dispositifs sont insuffisants pour attirer de nouveaux médecins dans ces zones, car les leviers financiers ne sont pas suffisants.

C. Question de recherche et objectifs

Le phénomène de la désertification médicale et son impact sur l'accès aux soins suscitent de vifs débats publics. Malgré les nombreuses mesures proposées et appliquées, le diagnostic reste inchangé en 2022 : les zones médicales sous-denses continuent d'augmenter. Le principal défi est de trouver des médecins généralistes disposés à s'engager et à s'installer dans ces territoires démunis. L'objectif visé de cette étude est de répondre à cette problématique en menant des entretiens dans le village de Maroilles, un territoire sous-doté. Pour cela, nous avons rencontré les acteurs de santé locaux, y compris les élus, les professionnels de santé et les citoyens Maroillais, afin de comprendre les problèmes d'offre de soins et de trouver des solutions potentielles. Les idées recueillies lors de cette étude faciliteront l'accompagnement des futurs médecins généralistes souhaitant s'installer dans la région. Cette étude profitera à l'ensemble des acteurs de santé du village et, surtout, à l'ensemble de la population concernée.

Question de recherche :

Quelles sont les propositions des acteurs de santé du secteur du Maroilles pour favoriser l'installation d'un médecin généraliste ?

Objectifs :

- Dégager les problématiques du territoire de Maroilles en matière de santé,
- Trouver des leviers d'actions pour attirer et fidéliser un médecin généraliste,
- Lancer une dynamique pluriprofessionnelle autour d'un projet de santé.

II. METHODE

A. Type d'étude

Afin d'évaluer les représentations des acteurs de santé de Maroilles sur l'offre de soins, nous avons choisi de réaliser des focus group. C'est une méthode qualitative de recherche sociale rapide et économique qui a permis de recueillir des données qualitatives en mettant les personnes interrogées dans un environnement détendu, permettant un échange de point de vue plutôt sincère et spontané (12) (13).

Cette méthode :

- favorise l'émergence de toutes les opinions,
- permet le recueil des perceptions, des attitudes, des croyances, des zones de résistances concernant la e-santé mentale des groupes cibles.

Ce modèle présente de nombreux avantages. Il permet :

- d'extraire les préoccupations des sujets, sans censure, ni volonté de prouver une hypothèse plutôt qu'une autre,
- de hiérarchiser les messages clés dans chacun des groupes,
- d'effectuer des comparaisons intergroupes et inter-variables, de façon à saisir les différences et les points de convergence entre les catégories de personnes,
- d'illustrer ces données par un verbatim percutant qui reflète la profondeur de contenu qu'on peut recueillir grâce à la méthode.

Nous avons choisi comme approche la méthode de théorisation ancrée, technique la plus adaptée pour développer une théorie à propos de processus sociaux d'une population identifiée autour d'un phénomène (14).

B. Participants

Nous avons opté pour une méthode de sélection par échantillonnage raisonné et homogène pour notre étude qualitative en focus group. Étant donné que nous visons les acteurs de santé d'un village spécifique, une sélection aléatoire ne serait pas appropriée. Nous avons donc collaboré avec la municipalité et certains soignants de Maroilles pour sélectionner un groupe homogène reflétant différents corps de métiers, tranches d'âge et statuts sociaux.

Nous avons divisé les acteurs de santé en trois groupes pour faciliter le recrutement : les citoyens, les soignants et les élus locaux. Pour les soignants, notre objectif était d'avoir la représentation la plus diversifiée possible en termes de corps de métier.

De même, pour les élus locaux, nous avons cherché à obtenir une représentation homogène, en évitant de regrouper des élus partageant les mêmes idéologies ou appartenant à la même liste, afin de confronter les idées de manière constructive.

Pour notre troisième groupe d'étude, nous avons voulu inclure des patients afin de respecter les principes de la médecine générale moderne, qui considère le patient comme étant au centre de sa propre santé et le premier acteur du système de soins (15). Pour aller au-delà de la simple étiquette de « patient », nous avons recruté des citoyens du village de Maroilles, dans le but de constituer une population homogène et représentative de différentes générations et donc de différents points de vue évoluant au fil des âges. Nous avons également cherché à inclure différents corps de métiers et statuts sociaux, ainsi qu'une population capable de porter un regard connecté à plusieurs secteurs du village, dans le but de représenter la société dans toute sa diversité. La rencontre préalable entre les soignants et la mairie nous a permis d'obtenir des informations et des conseils précieux pour le recrutement de cette population.

C. Déroulé des Focus Group

Les quatre focus-groups ont été menés dans la salle des mariages de la mairie de Maroilles. Le maire du village, investi dans ce projet, nous l'a gracieusement prêtée. Nous avons choisi cet espace car il était neutre et proche pour l'ensemble des participants. Les entretiens se sont organisés autour d'une discussion suivie d'un temps convivial proposé aux participants.

Les focus-groups ont été menés en respectant les critères classiques de cette méthodologie, à savoir : réunir six à douze participants (16), durer entre une et deux heures (17) et être idéalement menés par un modérateur et un assistant modérateur (18). Monsieur Derensy Sylvain, directeur de la FEMAS (Fédération des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France), a organisé la conversation en posant des questions afin de focaliser le sujet et d'interpeller les personnes les moins bavardes. Pour ce faire, il disposait d'une grille d'entretien semi-directif (voir annexe II). Monsieur Brassart Simon, rédacteur et initiateur de cette étude, a pris le rôle d'observateur et de coordinateur technique des entretiens.

Les focus-groups se sont déroulés en trois temps :

- 1/ Présentation des participants et leurs liens avec le monde de la santé.
- 2/ Les problématiques concernant l'offre de soins à Maroilles.
- 3/ Les solutions et propositions des participants pour améliorer le système de soin.

D. Méthode de recueil des données

Les focus-groups ont fait l'objet d'enregistrements audio avec quatre sources différentes utilisées pour assurer une qualité de rendu et ne pas perdre une minute de discussion. Tous les participants ont signé un consentement pour être enregistrés préalablement. Les échanges ont été retranscrits intégralement et anonymisés avec le soutien de la FEMAS et d'un organisme privé externe. Ils n'ont pas été soumis aux participants concernés pour correction.

E. Analyse des données

La méthode d'analyse des données employées dans cette étude qualitative en théorisation ancrée a suivi une approche classique en cinq étapes :

1. Un étiquetage expérientiel a été réalisé en se basant sur les pensées et expériences des participants.
2. Chaque étiquette a été nommée en tant que propriété. Pour plus de clarté dans les résultats, le terme « idée » a été utilisé.
3. Les propriétés ont été regroupées en différentes catégories ou thématiques, classées selon leur transversalité entre les différents acteurs de santé et selon la richesse des idées exprimées.
4. Une analyse axiale a été effectuée en articulant les différentes thématiques entre elles.
5. Une analyse intégrative a été menée en créant un modèle explicatif à l'aide de schémas.

F. Aspects éthiques et réglementaires

Chaque participant a consenti librement à sa participation et a signé un formulaire de consentement garantissant l'anonymat et la confidentialité. Aucun nom propre ni autre élément objectif permettant l'identification des participants n'a été mentionné. Les éventuelles informations permettant d'identifier une personne ont été supprimées des transcriptions. Chaque entretien a été enregistré et les données ont été détruites après leur utilisation.

Une autorisation réglementaire a été obtenue auprès de la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés) avec une déclaration de conformité faisant référence au référentiel de méthodologie MR-001.

PROFILS DES PARTICIPANTS AUX FOCUS GROUP



| FOCUS GROUP | PARTICIPANTS | SEXE | ÂGE | STATUT | ACTIVITÉ |
|-------------|------------------|------|-----|-----------|----------------------------------|
| FG1 | PARTICIPANT N°1 | F | 66 | ÉLUE | RETRAITÉE |
| | PARTICIPANT N°2 | F | 90 | CITOYENNE | RETRAITÉE |
| | PARTICIPANT N°3 | M | 63 | ÉLU | AGRICULTEUR |
| | PARTICIPANT N°4 | M | 29 | SOIGNANT | PODOLOGUE |
| | PARTICIPANT N°5 | F | 35 | SOIGNANTE | INFIRMIÈRE |
| FG2 | PARTICIPANT N°6 | M | 55 | CITOYEN | ARTISAN EBENISTE |
| | PARTICIPANT N°7 | F | 33 | SOIGNANTE | ORTOPHONISTE |
| | PARTICIPANT N°8 | M | 35 | CITOYEN | COMMERÇANT |
| | PARTICIPANT N°9 | M | 67 | ÉLU | RETRAITÉ |
| | PARTICIPANT N°10 | F | 63 | SOIGNANTE | MEDECIN GÉNÉRALISTE |
| | PARTICIPANT N°11 | M | 50 | ÉLU | OFFICE DU TOURISME |
| FG3 | PARTICIPANT N°12 | F | 46 | CITOYENNE | SANS EMPLOI |
| | PARTICIPANT N°13 | F | 54 | SOIGNANTE | PHARMACIENNE |
| | PARTICIPANT N°14 | F | 41 | SOIGNANTE | CADRE DE SANTÉ |
| | PARTICIPANT N°15 | M | 57 | ÉLU | GÉRIATRE |
| | PARTICIPANT N°16 | M | 45 | CITOYEN | AGRICULTEUR |
| FG4 | PARTICIPANT N°17 | F | 55 | CITOYENNE | SANS EMPLOI |
| | PARTICIPANT N°18 | F | 38 | SOIGNANTE | KINÉSITHÉRAPEUTE |
| | PARTICIPANT N°19 | F | 36 | SOIGNANTE | DENTISTE |
| | PARTICIPANT N°20 | M | 59 | ÉLU | CADRE DE LA FONCTION PUBLIQUE |
| | PARTICIPANT N°21 | M | 43 | ÉLU | DÉPUTÉ |
| | PARTICIPANT N°22 | M | 28 | CITOYEN | COMMERÇANT |

III. RESULTATS

A. Participants

Les entretiens se sont déroulés sur la période de Novembre et Décembre 2022 dans la salle des mariages de la mairie de Maroilles. Au total 22 personnes ont participé à quatre groupes de discussions. De manière globale, on note que le ratio hommes/femmes est équilibré avec 11 hommes pour 11 femmes. Nous avons eu deux perdus de vue qui ne se sont pas présentés le jours des entretiens pour raison professionnelle. Nous avons donc eu deux groupes de 7 et deux groupes de 8 personnes. Les participants sont âgés de 28 à 90 ans et la moyenne d'âge des participants est de 49 ans.

L'entretien le plus court a duré 1h et 36 minutes et l'entretien le plus long 2h et 7 minutes. La moyenne des entretiens est d'1h est 41 minutes.

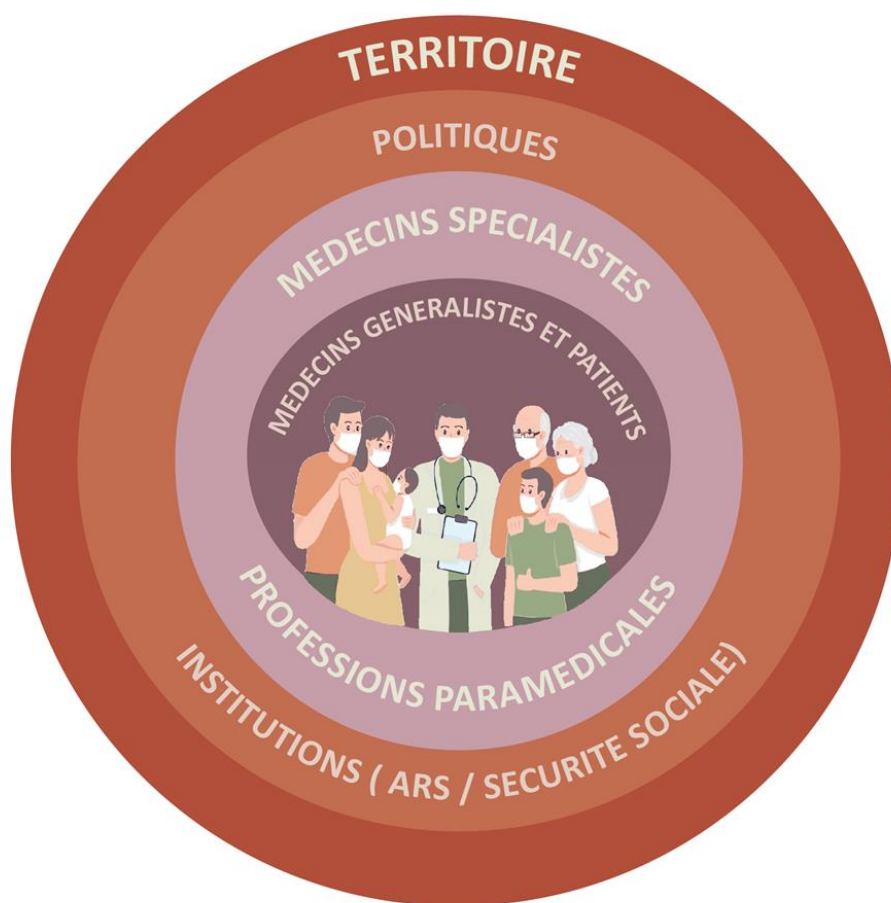
Pour les soignants, nous avons pu inclure respectivement, une médecin généraliste, une pharmacienne, une dentiste, une kinésithérapeute, un pédicure-podologue, une infirmière, une orthophoniste et une cadre de santé en lien avec le SSIAD du secteur.

Pour les élus locaux, nous avons pu recruter respectivement, un maire, un premier adjoint, deux conseillers municipaux, un vice-président de communauté de commune, un élu de la minorité et un député. Ils avaient tous pour point commun d'avoir Maroilles dans leur champ d'action politique. Nous avons pu quasiment répartir dans les quatre groupes chaque élu sans qu'il y ait un binôme de la même liste électorale. C'est le protocole que nous avons mis en place dans la méthode pour favoriser le débat. A une exception près ou un conseiller municipal et un adjoint municipal se sont retrouvés ensemble pour raison d'agenda.

Pour les citoyens, il y avait un agriculteur, deux commerçants, une mère de famille avec un enfant handicapé, un artisan connecté au milieu associatif et une mère de famille divorcé souffrante de pathologie chronique lourde.

Nous avons décidé de stopper le recueil des données après le quatrième entretien car nous considérons les données comme saturées.

ECOSYSTEME DE SANTE



« Le maillon médecin et paramédicales est un maillon important. Il y a tout un écosystème qui est autour de tout ça, du médecin. Et c'est vrai que derrière ça fait vivre le village et le territoire »

« Il faut des professionnels de santé qui aient envie de travailler ensemble et qui réfléchissent à un projet de santé commun, à leur manière de fonctionner ensemble. On ne peut plus se passer, dans l'exercice de la médecine aujourd'hui, des autres personnes pour mieux communiquer et mieux s'inscrire dans le territoire »

B. Analyse

1) Ecosystème de santé

Le premier temps d'analyse des entretiens a permis de mieux comprendre l'écosystème de santé du village de Maroilles. À partir des idées exprimées par les participants, nous avons pu dresser le portrait de l'organisation du système de soins. Les résultats ont permis de définir quels sont ces acteurs que nous avons classés en **sept entités**.

- Le maillon central : **le patient et le médecin**. Ils sont au cœur du système de soins. Le patient est celui qui recherche des soins pour une maladie ou une affection, et le médecin est celui qui fournit les soins. La relation entre le patient et le médecin est essentielle pour une prise en charge efficace et satisfaisante.

- Les autres soignants : **paramédicaux et médecins spécialistes**. Ils interagissent avec le médecin et jouent également un rôle important dans le système de soins en offrant des soins complémentaires aux patients. Ils sont en mesure de diagnostiquer et de traiter des affections complexes.

- **Les institutions de santé : ARS et Sécurité Sociale**. Les Agences Régionales de Santé (ARS) sont des organismes publics qui ont pour mission de réguler le système de soins et de veiller à la qualité des soins dans leur région (20). La Sécurité Sociale est également un acteur clé, car elle finance une grande partie des soins de santé en France (21).


- **Les politiques et les élus locaux** ont également un rôle important dans le système de soins. Ils définissent les politiques de santé et les budgets alloués à la santé. Ils peuvent également jouer un rôle de médiateur entre les différents acteurs du système de soins ou même être à l'origine de projets de santé.

- Enfin, tous ces acteurs interagissent dans **un territoire** donné, le village de Maroilles pour cette étude. Les caractéristiques de ce territoire peuvent influencer la qualité des soins et la disponibilité des services de santé. Cet acteur est majeur dans notre recherche car l'offre de soins en France est asymétrique et les problématiques varient selon les secteurs étudiés.

PROFESSIONS PARAMEDICALES

Problèmes :

- Offre de soin insuffisante
- Raréfaction des médecins
- Raréfaction des soignants
- Solitude des soignants
- Surcharge de travail
- Métiers pas assez valorisés
- Surcharge administrative
- Désinvestissement des soignants
- Inégalités hommes-femmes
- Défiance envers les institutions




Solutions :

- Créer du lien/communiquer
- Pratique pluri-professionnelle
- Travailler en équipe
- Modifier les pratiques
- Soulager la charge de travail du médecin
- Repenser la formation médicale
- Valoriser le temps de travail
- Soulager la charge des soignants
- S'investir sur le territoire

MEDECINE GENERALE

Problèmes :

- Offre de soin insuffisante
- Raréfaction des médecins
- Désinvestissement des médecins
- Soignants vénéaux
- Campagne peu attractive
- Libéral peu attractif
- Politique institutionnelle inadaptée
- Choix politiques inadaptés
- Formation des médecins inadaptée
- Surcharge de travail
- Surcharge administrative
- Déshumanisation de la profession
- Métier pas assez valorisé
- Défiance envers les institutions



Solutions:

- Remise en question du système libéral
- Dynamiser la campagne
- Repenser la formation médicale
- Aides à l'installation
- S'investir sur le territoire
- Créer du lien / communiquer
- Pratique pluri-professionnelle
- travailler en équipe
- Remise en question du régime général
- Soignants porteurs de projet
- Avoir une permanence des soins
- Modifier les pratiques
- Soulager la charge de travail du médecin
- mise en place d'outils communs
- valoriser le temps de travail

MEDECINS SPECIALISTES

Problèmes :

- Surcharge de travail
- Offre de soin insuffisante
- Problèmes de mobilité



Pas de solutions proposées

2) Problèmes et solutions

Pour analyser les idées recueillies auprès des acteurs de santé, nous avons procédé en trois étapes. Dans un premier temps, nous les avons classées entre problèmes et solutions en suivant la trame du guide des entretiens. Ensuite, nous les avons classées par acteur de santé concerné. Puis, dans un dernier temps, nous les avons regroupées par thématique.

Après une synthèse minutieuse, nous avons identifié 470 idées à partir du verbatim, que nous avons réparties en 38 thèmes, comprenant 22 problématiques et 18 solutions. Cette classification rigoureuse était indispensable pour faire face à la quantité d'informations collectées lors de cette étude.

Par exemple, l'idée « raréfaction des transports en commun à la campagne », extraite du verbatim, est une problématique touchant les patients et le territoire, correspondant à la thématique « campagne peu attractive ». De même, l'idée « les médecins généralistes ne veulent pas venir à la campagne » est une problématique concernant les médecins généralistes et relevant également de la thématique « campagne peu attractive ».

Afin de faciliter la lecture et la compréhension de cette grande quantité d'informations, nous avons décidé de présenter ces thèmes sous forme de schémas. Nous les avons classés selon qu'ils relèvent de problèmes ou de solutions, en fonction des acteurs de santé concernés. Cette représentation permet de mettre en évidence des thèmes communs touchant plusieurs intervenants du système de soins.

Il est intéressant de noter que pour les médecins spécialistes et les institutions (ARS et Sécurité sociale), aucune solution pour améliorer le système de soins n'a été proposée par les participants. Malgré les nombreuses relances de l'animateur sur les solutions à apporter, les résultats montrent que les problématiques ont occupé majoritairement le débat.

ELUS LOCAUX

Problèmes :

- Choix politiques inadaptés
- Charge administrative
- Désinvestissement des médecins
- Offre de soins insuffisante
- Politiques institutionnelle inadaptés



Solutions :

- Créer du lien/communiquer
- Repenser la formation médicale
- valoriser le temps de travail
- Aides à l'installation
- S'investir sur le territoire
- Dynamiser la campagne
- Mise en place d'outils commun

TERRITOIRE DE MAROILLES

Problèmes :

- Campagne peu attractive
- Politiques institutionnelle inadaptés
- Choix politiques inadaptés
- Désinvestissement des médecins
- Rarefaction des médecins
- Rarefaction des soignants
- Problèmes de mobilité
- Inégalité de prise en charge
- Surconsommation de soin
- Offre de soin insuffisante
- Patientèle difficile
- Problèmes de mobilité



Solutions:

- Dynamiser la campagne
- Créer du lien/ communiquer
- Pratique pluri-professionnel
- Travailler en équipe
- Modifier les pratiques
- Remise en question du système libéral

PATIENTS

Problèmes :

- Offre de soin insuffisante
- Patientèle difficile
- Surconsommation de soin
- Campagne peu attractive
- Problème de mobilité
- inégalité de prise en charge



Solutions :

- Eduquer le patient
- Modifier les pratiques
- Dynamiser la campagne

Problèmes :

- Charge administrative
- Patientèle difficile
- Politiques institutionnelles inadaptées
- Défiance envers les institutions

**INSTITUTIONS
SECURITE SOCIALE / ARS**



Solutions:

*Pas de solutions
proposées*

| THEMATIQUES COMMUNES | MEDECINE GENERALE | PROFESSIONS PARA-MEDICALES | PATIENTS | MEDECINS SPECIALISTES | ELUS LOCAUX | INSTITUTIONS | TERRITOIRE DE MAROILLES | IDEES |
|---|-------------------|----------------------------|----------|-----------------------|-------------|--------------|-------------------------|-------|
| Offre de soin insuffisante | X | X | X | X | X | | X | 26 |
| Surcharge administrative | X | X | | | X | X | | 23 |
| Politiques institutionnelles inadaptées | X | | | | X | X | X | 9 |
| Raréfaction des médecins généralistes | X | X | | | | | X | 25 |
| Désinvestissement des médecins | X | | | | X | | X | 57 |
| Campagne peu attractive | X | | X | | | | X | 25 |
| Choix politiques inadaptés | X | | | | X | | X | 10 |
| Surcharge de travail des soignants | X | X | | X | | | | 15 |
| Défiance envers les institutions | X | X | | | | X | | 13 |
| Problème de mobilité | | | X | X | | | X | 18 |
| Comportement délétère du patient | | | X | | | X | X | 25 |
| Surconsommation de soins | | | X | | | | X | 9 |
| Système libéral peu attractif | X | | | | | | | 8 |
| Formation des médecins généralistes inadaptés | X | | | | | | | 14 |
| Déshumanisation de la profession | X | | | | | | | 9 |

| THEMATIQUES COMMUNES | MEDECINE GENERALE | PROFESSIONS PARA-MEDICALES | PATIENTS | MEDECINS SPECIALISTES | ELUS LOCAUX | INSTITUTIONS | TERRITOIRE DE MAROILLES | IDEES |
|--|-------------------|----------------------------|----------|-----------------------|-------------|--------------|-------------------------|-------|
| Revitaliser la campagne | X | | X | | X | | X | 24 |
| Créer du lien communiquer | X | X | | | X | | X | 28 |
| Modifier les pratiques | X | X | X | | | | X | 23 |
| Pratique pluri-professionnelle | X | X | | | | | X | 20 |
| Travailler en équipe | X | X | | | | | X | 18 |
| Valoriser financièrement le temps de travail | X | X | | | X | | | 7 |
| S'investir sur le territoire | X | X | | | X | | | 10 |
| Repenser la formation médicale | X | X | | | X | | | 25 |
| Remise en question du système libéral | X | | | | | | X | 11 |
| Aides à l'installation | X | | | | X | | | 10 |
| Soulager la charge de travail du médecin | X | X | | | | | | 32 |
| Mise en place d'outils communs | X | | | | X | | | 13 |
| Soignants porteurs de projets | X | | | | X | | | 6 |
| Eduquer le citoyen | | | X | | | | | 8 |

3) Des thématiques communes

Nous avons pris la décision de ne pas présenter tous les résultats en détail, car la quantité de données collectées était considérable. Nous avons donc dû faire preuve de sélectivité en nous concentrant sur 29 des 38 thèmes identifiés. Deux critères ont été utilisés pour effectuer cette sélection.

Premièrement, nous avons décidé de mettre en valeur les thématiques les plus transversales. C'est à dire celles qui touchent le plus d'acteurs de santé. Ces thématiques n'ont pas nécessairement été développées en détail par les participants mais elles ont l'intérêt d'être communes à plusieurs acteurs du territoire. Par exemple, la thématique « Politiques institutionnelles inadaptées » touche quatre acteurs de santé mais uniquement neuf idées ont été émises sur ce sujet. Le deuxième critère était la richesse des données. Même si le principe d'une étude qualitative est d'éviter d'obtenir des résultats quantitatifs, nous souhaitons mettre en valeur les sujets qui ont animé le débat et les thématiques qui ont fait ressortir de nombreuses idées. Par exemple la thématique « Formation des médecins généralistes inadaptée » est un sujet qui ne touche que les médecins généralistes mais qui a été évoqué de nombreuses fois durant les entretiens.

Dans un souci de clarté, nous avons élaboré un tableau résumant l'ensemble des thématiques développées avec pour chaque thème les acteurs de santé concernés et le nombre d'idées exprimées. Dans un second temps, nous allons développer chaque thématique choisie en les illustrant par des extraits du Verbatim, afin de donner vie et sens aux résultats présentés. Pour rendre la lecture fluide, les idées ne sont pas listées mais intégrées objectivement dans la présentation.

Thématiques non développées :

- inégalité de prise en charge,
- raréfaction des soignants,
- métier pas assez valorisé,
- solitude des soignants,
- désinvestissement des soignants,
- soignants vénaux,
- inégalité homme-femme,
- remise en question du régime générale,
- avoir une permanence des soins.

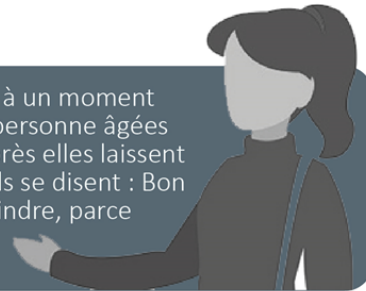
Offre de soins insuffisante

Quelles sont les problèmes urgents sur le territoire ?

Quand on va perdre tous les anciens médecins, je pense que là, on sera vraiment dans le creux de la vague. On y descend, on n'y est pas encore, je pense, mais on y va directement, je crois ! Pour moi, c'est le plus qu'urgent.



Moi, ce que je crains, c'est peut-être un recul des soins, et à un moment d'avoir une diminution de l'espérance de vie. Parce que les personnes âgées qui ne trouvent pas, elles appellent une fois, deux fois, et après elles laissent tomber. Les gens sont un peu dépités, un peu tout soumis, ils se disent : Bon ben, c'est tout, hein !! Mais je pense que les gens vont s'éteindre, parce qu'on n'aura pas été forcément là à l'instant T.



Nous en tant qu'agriculteur, quand on a un animal qui est en mauvaise santé, il est plus vite soigné qu'un humain. Je vous assure que lorsque j'ai un problème avec un animal, dans le quart d'heure, ils sont là ! Et ils font le déplacement. Et on en revient toujours à faire la comparaison. C'est incroyable que l'animal passe avant l'humain.

En tant que maire, percevez-vous ce mal-être ?

En tant qu'élus local, je rencontre régulièrement des personnes âgées et dans 80 % des cas c'est « Monsieur le maire ?! Vous allez me trouver un médecin ?! Monsieur le maire, vous allez me trouver un dentiste ?! Monsieur le maire, vous allez me trouver un kinésithérapeute ?! Vous allez me trouver ... » ?! Voilà ! C'est vraiment un problème. Et aujourd'hui il faut les rencontrer ces gens-là pour voir la détresse où ils sont.



1. Offre de soins insuffisante

L'offre de soins est insuffisante dans de nombreux villages et territoires ruraux et les participants ont particulièrement évoqué ce problème. Le manque de médecins et de soignants impacte toute la dynamique du village et crée une augmentation de la demande de soins. Les soins spécialisés sont de plus en plus concentrés sur les grandes agglomérations, ce qui rend difficile l'accès à ces services pour les patients vivant en campagne. Les spécialistes sont de plus en plus loin, ce qui pose un véritable problème pour les patients qui ont besoin de soins spécialisés en dermatologie, cardiologie, rhumatologie, etc.

La santé est la première préoccupation des citoyens à la campagne, mais le manque de soignants entraîne une détresse psychique et une sensation d'isolement pour les patients. Vivre en campagne est une perte de chance dans les soins, car la qualité des soins est diminuée. Certains patients sont même contraints d'arrêter les soins car ils ne trouvent plus de soignants. La conséquence pourrait être une dégradation de la santé globale de la population et une diminution de l'espérance de vie.

Le manque de médecins et de soignants a également des répercussions sur les urgences. Les patients sont souvent contraints de s'y rendre pour des motifs relevant de la médecine générale, ce qui entraîne une pression supplémentaire sur les urgentistes. La décentralisation des soins du centre du village et l'arrêt du 15 compliquent davantage l'accès aux soins.

Cette offre de soins insuffisante est telle que selon un des participants agriculteur, l'animal est plus rapidement pris en charge que l'humain voire mieux soigné. Il témoigne de ses enfants pour qui un rendez-vous avec le médecin peut prendre quatre jours alors que le vétérinaire est sur place en moins d'une heure, week-end compris.

Enfin, il existe une pression importante de la part de la population sur les mairies et les élus locaux pour améliorer l'offre de soins. Les réélections sont également en jeu, car les citoyens sont de plus en plus sensibles à cette question de santé publique.

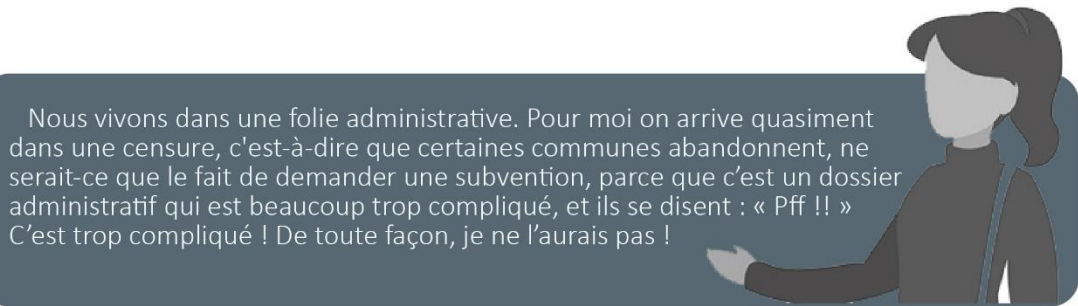
Surcharge administrative

En plus du soin, il y a toute la charge administrative derrière. Mais ça, les gens ne le voient pas non plus.

Oui et les docteurs travaillent beaucoup après, parce qu'ils ont toutes les prises de sang à regarder, téléphoner s'il y a quelque chose qui ne va pas. Ils ont beaucoup de travail encore après.



La Sécurité Sociale propose des contrats pour faciliter l'installation des médecins mais effectivement on est dans un gouffre administratif absolument incroyable ! C'est un cercle vicieux. C'est la problématique certes de la désertification mais c'est la conséquence de, à mon sens, la surcharge administrative.



Nous vivons dans une folie administrative. Pour moi on arrive quasiment dans une censure, c'est-à-dire que certaines communes abandonnent, ne serait-ce que le fait de demander une subvention, parce que c'est un dossier administratif qui est beaucoup trop compliqué, et ils se disent : « Pff !! » C'est trop compliqué ! De toute façon, je ne l'aurais pas !

Politiques institutionnelles inadaptées

Ça fait 20 ans qu'on tape du poing sur la table à l'ARS en disant : Attention ! Attention ! On manque de soignants à la campagne ! Donc ils n'ont pas voulu anticiper. Parce que les informations, ils les avaient.

Oui, c'est un choix politique.



2. Surcharge administrative

Les résultats de cette étude montrent que les soignants consacrent de plus en plus de temps à des tâches administratives, ce qui peut nuire à leur temps de travail avec les patients. L'utilisation inappropriée de l'informatique peut entraîner une perte de temps pour les soignants. Bien que des aides à l'installation soient disponibles pour les soignants, elles sont souvent jugées trop complexes pour être utilisées.

Les résultats de cette étude montrent également que la charge administrative en France est trop lourde et qu'elle peut être considérée comme une "folie administrative" ou un "rouleau compresseur administratif". Les projets publics sont souvent trop longs à se mettre en place et la demande de subventions peut être très lourde et complexe, ce qui peut décourager les communes.

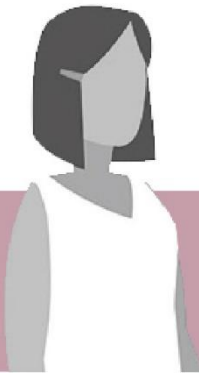
Enfin, les institutions telles que la Sécurité sociale et l'ARS confrontent également les soignants à une charge administrative croissante. Les impayés sont de plus en plus fréquents. Bien qu'elles favorisent ces projets, les contraintes administratives qu'elles imposent peuvent être considérées comme trop importantes.

3. Politiques institutionnelles inadaptées

Nos résultats de recherche suggèrent que les politiques institutionnelles en place peuvent être limitantes et contraignantes pour les projets pluri-professionnels. Bien que l'Agence Régionale de Santé (ARS) favorise ces projets, il y a trop de contraintes administratives qui peuvent entraver leur mise en œuvre. Les données de campagne ne sont pas non plus régulièrement mises à jour, ce qui peut rendre difficile la planification des projets.

En outre, les demandes de subventions sont très lourdes et complexes, ce qui décourage certaines communes. Cette surcharge administrative peut également avoir un impact sur la qualité des soins et la satisfaction des patients.

La sécurité sociale est un autre domaine qui est affecté. Les plateformes informatiques sont souvent inadaptées et les informaticiens de la sécurité sociale peuvent manquer de formation selon certains participants. De plus, les problèmes de connexion à AMELI Pro et les problèmes de réseau peuvent



Se connecter à AMELI PRO est un vrai calvaire, il n'y pas une semaine sans que le réseau ne fonctionne plus. Et face au patient on ne peut pas attendre, du coup, on refait en papier et on perd du temps...

Raréfaction des médecins généralistes

C'est vrai qu'à Marolles, il y en avait quand même trois des médecins à l'origine.

Ils étaient trois, il n'y en a plus qu'un maintenant.

Quand même, on était bien loti ! Maintenant on ne va plus y être du tout !

En quelques années, c'est vrai que ça a été très vite.



Avec le Covid, plein de nos médecins qui avaient dépassé l'âge de la retraite ou qui étaient proches de la retraite, tout à coup, ont découvert l'art de ne rien faire, un grand bonheur de profiter de son jardin, et ils se sont précipités sur la paperasse, fait leur dossier CARMF et ils ont demandé leur retraite.

entraîner des retards et des erreurs dans les remboursements. Il peut également être difficile de contacter les services de sécurité sociale lorsqu'on en a besoin. Il ressort de ces entretiens encore une fois un manque de communication entre les soignants et les institutions rendant le dialogue difficile et majorant la défiance.

4. Raréfaction des médecins généralistes

Selon les participants, le manque de médecins généralistes a un impact direct sur la dynamique du village. Il est difficile de maintenir une communauté dynamique lorsque les habitants doivent se rendre dans d'autres villes pour trouver un médecin. De plus, les personnes âgées sont souvent les plus touchées par ce manque de médecins, car elles ont besoin de soins réguliers.


Le vieillissement des médecins généralistes est également un facteur à prendre en compte. Les médecins partent à la retraite sans être remplacés, ce qui aggrave encore la situation. Cette situation est renforcée par le fait que les médecins généralistes qui partent à la retraite ne cherchent pas forcément de successeurs pour leurs cabinets.

La fermeture de cabinets médicaux est également une conséquence directe de la raréfaction des médecins. En effet, dans un rayon de 20 kilomètres autour du village étudié, 11 cabinets ont fermé en quelques années, sans qu'il y ait de repreneurs. Cette situation est d'autant plus préoccupante qu'elle laisse les habitants du village sans possibilité de se faire soigner.

La crise sanitaire du COVID a également eu un impact sur la raréfaction des médecins. Selon une des soignantes lors des entretiens, de nombreux médecins ont précipité leur départ à la retraite en raison de la pandémie. Cette situation a aggravé encore plus la raréfaction des médecins généralistes dans le village étudié.

Les autres professionnels de santé sont également touchés par la raréfaction des médecins généralistes. Les orthophonistes, par exemple, doivent passer par un médecin généraliste pour toutes les demandes de soins. Les pharmacies doivent souvent prendre le rôle de médecin généraliste, en réalisant des soins pour lesquels elles ne sont pas formées. De plus, les pharmaciens sont confrontés à un manque de médecins généralistes disponibles pour répondre à leurs questions.

Désinvestissement des médecins




Après je trouve qu'un véto est peut-être plus investi dans son boulot qu'un médecin. Je ne parle pas pour tous les médecins, je ne connais pas tous les médecins. Mais je sais qu'il y a des médecins, ils veulent démarrer à 8 h, à 18 h, il faut qu'ils aient fini.

Avant le docteur, il vous brûlait les verrues, il accouchait au domicile etc., etc., mais aujourd'hui il ne le fait plus. Pourquoi ? J'aimerais bien comprendre.

Et ça éviterait déjà d'aller chez les spécialistes,

Les vertèbres déplacées, les docteurs anciens venaient, il nous mettait sur la table, crac, crac, et ils remettaient les vertèbres.



Le maire a déjà reçu plusieurs médecins et il y en a une qui est venue, elle voulait être salariée de la commune, et ça, moi, je trouve ça inadmissible ! Les communes souffrent, elles veulent des médecins et elles les payent pour pouvoir qu'ils viennent là. Et non, moi, ça, je trouve ça inadmissible alors !

Moi j'aimais bien papoter avec mon médecin. aujourd'hui j'ai plus l'impression d'être un client qu'un patient.

Oui, il y a moins d'humain. On se sent des fois de trop et il faut aller vite,



Les SSIAD (Services de Soins Infirmiers À Domicile) sont également confrontés à un manque de médecins généralistes disponibles. Les soignants sont obligés d'hospitaliser les patients, faute de médecin disponible pour les prendre en charge à domicile. De plus, aucun médecin n'est disponible pour délivrer les certificats de décès, et il est difficile de trouver un médecin disponible les week-ends.

Enfin, la raréfaction des médecins généralistes a des conséquences directes sur les urgences. Les habitants se rendent aux urgences pour des motifs de médecine générale, ce qui encombre ces services. Les urgentistes se retrouvent à faire de la médecine générale, ce qui n'est pas leur spécialité.

5. Désinvestissement des médecins

Ce thème est celui qui a été le plus abordé par les participants et comptant le plus grand nombre d'idées. D'après eux, les médecins travaillent moins qu'auparavant, en particulier chez les jeunes médecins qui souhaitent une meilleure qualité de vie. Ils veulent finir leur journée avant 18 heures et ne plus être dérangés la nuit. Ils demandent également plus de temps libre pour leurs vacances.

Certains participants se sont plaints d'un manque d'investissement des jeunes médecins dans la création de structure de soin. Ils sont également trop demandeurs d'aide et attendent trop souvent des propositions des élus pour améliorer leurs pratiques. Certains médecins sont moins investis dans leur travail et ont perdu leur vocation initiale. « Il faut maintenant trois nouveaux médecins pour remplacer un ancien », car il y a moins de personnes intéressées par cette profession. Les médecins généralistes ne se coordonnent pas suffisamment entre eux, ce qui peut compliquer la gestion de certains dossiers.

Il est parfois reproché aux médecins généralistes de ne pas être suffisamment engagés dans leur travail. Beaucoup de structures de santé sont ainsi laissées à l'abandon sans être portées par les soignants, ce qui complique la tâche de ceux qui veulent améliorer la répartition des médecins sur le territoire. Les médecins généralistes sont également souvent peu concernés et en partie responsables des problèmes de répartition. Il arrive que les patients soient obligés de se rendre aux urgences pour des motifs de médecine générale, faute de pouvoir trouver un médecin généraliste disponible.

Campagne peu attractive

Ils ne veulent pas venir ici parce qu'ils n'ont pas de commodités, parce qu'ils n'ont rien ! L'école ? Ils ont une école primaire mais pour eux, ce n'est peut-être pas assez bien. Le lycée ? Il faut aller à Landrecies, ce n'est pas peut-être pas assez bien. Puis il y a tout le reste. C'est la vie !

Mais pourquoi ils ne veulent pas venir ?

C'est la campagne, c'est tout, hein !

On a quand même plein de choses pour attirer les jeunes non ?

Non ! Les bars ne sont pas ouverts le soir, les jeunes ont envie de vie, de restaurants, que ça bouge



Le conjoint ou la conjointe ça compte aussi. J'ai mon neveu qui est docteur, il voulait avoir quelqu'un avec lui et un jeune médecin a faillit s'installer avec lui mais sa dame n'a pas voulu. Elle ne voulait pas venir à la campagne. Donc il est resté à Valenciennes.

Choix politiques inadaptés

Je suis surpris de voir des projets politique naitre par ci par la et totalement déconnectés des centres des villages et non portés par des soignants.



Dernier point abordé, certains professionnels de la santé, comme les vétérinaires, sont considérés comme plus investis que les médecins généralistes. « Les animaux sont mieux soignés que les humains », et le système de permanence des soins vétérinaires est plus performant que celui de la médecine générale.

6. Campagne peu attractive

Les résultats de notre étude ont mis en évidence plusieurs facteurs qui contribuent à rendre la campagne peu attractive pour les médecins et leur famille. Tout d'abord, les médecins expriment clairement leur préférence pour travailler en ville plutôt qu'à la campagne en raison de la difficulté de trouver des offres d'emploi pour le conjoint et de l'isolement ressenti à la campagne.

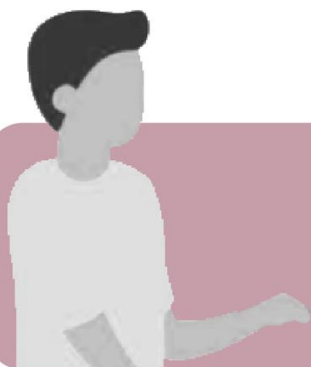
Le manque d'infrastructures, telles que les accès à la culture, les équipements sportifs et les activités péri-scolaires pour les enfants, est un facteur important dans la décision des médecins de ne pas s'installer en zone rurale. Le manque de mobilité est également un élément à prendre en compte, car il peut rendre difficile l'accès aux soins pour les patients et limiter les opportunités pour les professionnels de santé.

De plus, les participants ont souligné que la ville rassure davantage que la campagne et que l'Avesnois, la région où l'étude a été menée, était peu valorisé, ce qui peut également influencer leur choix de lieu de travail. Enfin, les médias ont tendance à caricaturer la campagne, ce qui peut renforcer les stéréotypes négatifs et contribuer à rendre la campagne peu attractive pour les professionnels de santé.

7. Choix politiques inadaptés

Les choix politiques inadaptés en matière de médecine générale peuvent avoir des conséquences néfastes pour les soignants et les patients. Les idées évoquées dans cette étude montrent que plusieurs choix politiques ont été considérés comme inadaptés.

Tout d'abord, les élus ont souvent investi dans la construction de maisons médicales, mais ces projets se sont avérés être des coquilles vides, car les soignants n'étaient pas impliqués dans leur conception et leur mise en place. De plus, la création de maisons médicales déconnectées du centre de village a également été considérée comme inadaptée, car elle peut être difficilement accessible pour les patients, en particulier pour les personnes âgées ou les personnes ayant des problèmes de mobilité.



Alors je vois beaucoup d'élus qui se battent sur leur mandat, ils viennent d'être maire de leur village en se disant : « Allez hop !! Avec la liste on a prévu de faire une Maison Médicale » ! on a vu des Maisons Médicales parfaites, construites, et elles restaient vides !

Surcharge de travail des soignants



On nous assomme de tâches invraisemblables et inutiles à faire pour la santé des gens, au lieu de faire réellement notre métier. Le meilleur soin, c'est la prévention, mais on n'a plus le temps pour la prévention. On nous dit qu'on doit prendre en charge les adolescents qui ont eu une problématique souvent compliquée. On est censé leur parler de la sexualité, de la contraception, de leur mal-être, des gros changements d'adolescents. Comment voulez-vous aborder ça sur une consultation ? Même de 20 minutes, ce n'est pas suffisant !

Mais aujourd'hui les jeunes veulent quoi ? Ils veulent avoir une famille, profiter de leurs enfants, pas travailler comme la génération d'avant qui travaillait jusqu'à 22 heures. Et c'est ça que veulent les jeunes. Le problème est qu'ils vont arriver ici, ils vont se retrouver tout seuls ...

Submergés.

Submergés. Et là on a des burnouts, on a des médecins, des kinésithérapeutes, des infirmières qui arrêtent, ça explose. Et nous c'est tous les jours ce qu'on reçoit aux syndicats, c'est : « Je n'en peux plus, je n'en peux plus » !



Les kinésithérapeutes sont tous fatalistes. On reçoit tous les jours des e-mails aux syndicats de kinésithérapeutes qui n'en peuvent plus, qui sont au bout du rouleau, qui font des heures pas possibles, qui ne s'y retrouvent pas.



La maison médicale a été considérée comme un centre de consommation, plutôt qu'un lieu de soins pour les patients. Ce choix politique peut entraîner une pression sur les soignants pour effectuer davantage de consultations et augmenter la rentabilité de la maison médicale. De plus les participants évoquent que certains projets ont été réalisés sans concertation avec les soignants, ce qui a pu entraîner des problèmes de communication et de collaboration entre les différentes parties impliquées dans la médecine générale.

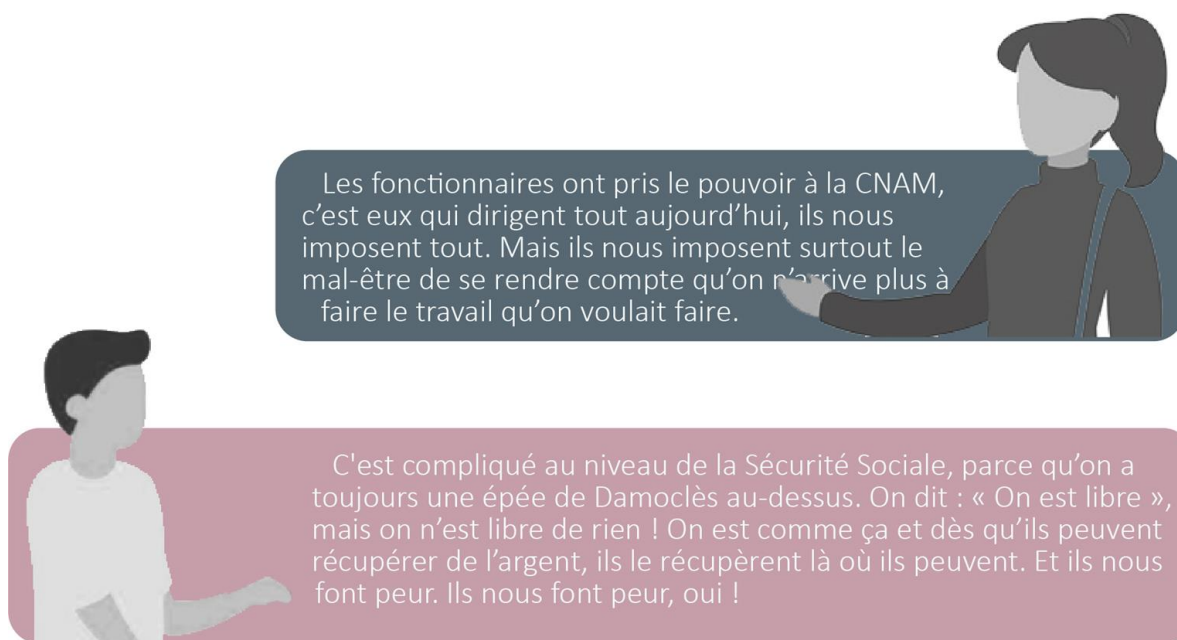
Par ailleurs, trop d'aides des élus envers les soignants ont été inadaptées, car elles peuvent entraîner une dépendance des soignants à l'égard des élus et une certaine forme de clientélisme. Enfin, certaines lois ont été considérées comme trop contraignantes pour les soignants, ce qui peut rendre difficile leur pratique de la médecine générale.

8. Surcharge de travail des soignants

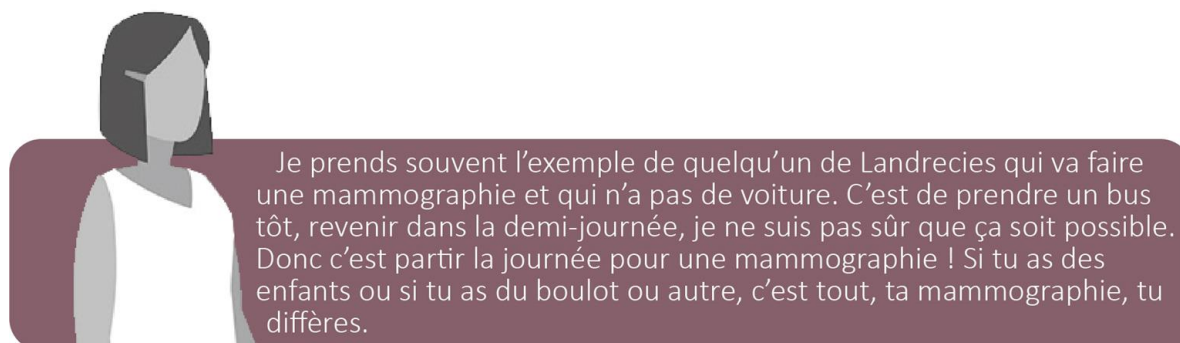
La surcharge de travail est un des premiers freins à l'épanouissement des soignants. Dans le domaine de la médecine générale, les visites à domicile prennent souvent trop de temps, ce qui peut réduire le nombre de patients qu'un médecin peut voir dans une journée. De plus, les médecins généralistes ont souvent trop de visites et de parcours à faire.

Les podologues sont également confrontés à une augmentation de la demande de soins, ce qui peut entraîner une surcharge de travail et une diminution de la qualité des soins. De même, les infirmières ont trop de demandes et sont souvent surchargées de travail. Les pharmaciens sont également confrontés à des défis liés à la surcharge de travail, notamment en raison de la nécessité de faire des avances systématiquement. De plus, ils sont souvent obligés de prendre le rôle de médecin généraliste, ce qui peut être difficile s'ils ne sont pas formés pour cela. Enfin, bien que les pharmaciens soient souvent contraints de réaliser des téléconsultations, ils le font souvent à contre-cœur. Les dentistes et les kinésithérapeutes sont également confrontés à une surcharge de travail importante, qui peut les amener au bout du rouleau.

Défiance envers les institutions



Problème de mobilité



Quand on est arrivé dans la région, d'abord sur Aulnoye-Aymeries, il y avait un Paris- Aulnoye-Aymeries toutes les heures. Là ils suppriment les trains.

Ah oui !! Même les bus.

On est isolé !

Ils nous isolent de plus en plus



De manière générale, les soignants ont besoin d'une vie de famille et de temps de repos, mais cela peut être difficile à obtenir en raison de la surcharge de travail. Les messages le soir au téléphone sont nombreux, longs et dans tous les sens, ce qui peut ajouter au stress.

Enfin, la surcharge de travail peut avoir des conséquences sur la prise de rendez-vous avec des médecins spécialistes. Les délais peuvent être très longs et il peut être très difficile d'obtenir un rendez-vous, ce qui peut être très frustrant pour les patients.

9. Défiance envers les institutions

Dans le cadre de cette recherche, nous avons examiné les perceptions des acteurs de santé à l'égard des institutions de santé comme la sécurité sociale et l'ARS. Tout d'abord, de nombreux soignants participants ont signalé que les demandes de subventions auprès de l'ARS pour un projet étaient trop complexes à rédiger, ce qui soulève des questions quant à l'accessibilité et à la transparence des procédures administratives.

De plus, il y a un conflit entre les soignants et la sécurité sociale, avec un sentiment que la sécurité sociale empêche les soignants de faire leur métier et impose leur pratique. Ce conflit est aggravé par le sentiment d'être surveillé par la sécurité sociale, ce qui peut susciter des craintes de contrôle ou de sanction. Les soignants ressentent également de la peur d'être contrôlés, ce qui peut nuire à leur capacité à offrir des soins de qualité. Enfin, les soignants se sentent souvent submergés par une folie administrative, qui peut les amener à perdre confiance dans les institutions qui les régulent.

10. Problème de mobilité

Réalisant cette étude au cœur d'une zone rurale, nous nous attendions à évoquer les difficultés concernant la mobilité. Le problème de mobilité est une grande préoccupation à la campagne, où l'accès aux soins spécialisés est de plus en plus difficile. Les spécialistes sont souvent difficiles à atteindre, car ils sont situés en ville et les patients doivent prendre en compte les coûts de transport et les problèmes de stationnement.

La mobilité est également un défi pour les patients qui n'ont pas le permis de conduire ou qui n'ont pas de voiture pour accéder aux soins. L'absence de mobilité peut entraîner un isolement important

Comportement délétère du patient



Il y a un docteur de Aulnoye-Aymeries qui venait remplacer à Maroilles. Il m'a dit : « Je ne viendrai plus à Maroilles, parce que les gens, quand je viens remplacer, ils voient que c'est un remplaçant, ils ne rentrent pas ». Alors il dit : « Je fais deux ou trois clients. Pour rien » !! Mais ça, je pense que vu la rareté d'accéder à un médecin aujourd'hui, celui qui ne comprend pas qu'en face de lui, ça peut tourner au niveau visage, il est vraiment le dernier des couillons !

A l'époque on avait un retour positif des patients, c'est-à-dire qu'on était toujours bien accueilli, on ne se faisait pas engueuler, parce qu'on avait une ou deux heures de retard.

Oui c'est vrai que les patients ont encore plus de demandes qu'avant. Et du coup aujourd'hui pour un rien, je trouve qu'il y a les gens qui vont au médecin. Enfin, c'est mon avis.

et pire des fois ils arrivent à 4 pour un seul rendez-vous !



Vous savez ? Quand vous faites vos visites et que vous arrivez devant la porte, et que le mec est devant et il fait : « Vous avez vu l'heure qu'il est » ?! Il ne vous dit même pas bonjour !

Moi c'était les feux de l'amour, il ne fallait pas les déranger en livraison pendant les Feux de l'amour !

Non, ça non plus. Il ne faut pas aller faire les visites à ce moment-là !

Et pas pendant le Tour de France non plus !



et compliquer la prise en charge. Malheureusement, tout est misé sur la voiture, ce qui peut exclure certaines personnes du parcours de soins.

Le prix de l'essence augmente et la raréfaction des trains et des bus rendent encore plus difficile l'accès aux soins pour les patients qui ont des problèmes de mobilité. Certains renoncent même aux soins en raison du manque de mobilité.

La décentralisation des soins du centre du village a également un impact sur la mobilité des patients. L'offre de soins est souvent trop complexe, avec une multitude d'examen à des endroits différents, ce qui rend l'accès aux soins spécialisés difficile pour les patients à la campagne.

11. Comportement délétère du patient

Le comportement délétère du patient est une réalité quotidienne pour de nombreux médecins généralistes. Le témoignage unanime des soignants pendant les entretiens était flagrant. Selon eux, les patients sont devenus procéduriers et ont des attentes irréalistes quant à la qualité et à la rapidité des soins. La critique quotidienne est monnaie courante, tout comme l'impatience et l'exaspération envers le personnel soignant. Les patients refusent souvent les étudiants et les remplaçants, rendant difficile l'organisation du suivi médical. De plus, les patients ont accès à une quantité énorme d'informations médicales en ligne, ce qui les amène à remettre en question les décisions des médecins et à devenir des experts eux-mêmes.

Les patients chroniques ont tendance à se complaire dans leur maladie, ne suivent pas toujours les traitements et ne comprennent pas toujours pourquoi ils sont soignés. De nombreux patients ne prennent pas assez soin des médecins et de leur travail, ne se présentent pas aux rendez-vous ou consultent pour des motifs sans importance. Ils demandent une disponibilité immédiate et sont plus consommateurs de soins que réellement acteurs de leur santé. Le manque d'éducation des patients dépasse le secteur de la santé et peut être un véritable défi pour les médecins généralistes. Malgré cela, il est important de maintenir un respect mutuel et de prendre soin des soignants, qui peuvent se sentir fragilisés face à une patientèle difficile.

Le tiers payant, qui permet aux patients de ne pas avoir à avancer les frais, a fait perdre de la valeur au travail des soignants et peut causer une certaine désinvolture de la part des patients. Ils viennent souvent en groupe pour un rendez-vous, créant une certaine confusion dans les horaires de consultation.

Surconsommation de soins

Pour beaucoup de monde, il n'y a plus la reconnaissance du service, c'est un peu « on va au supermarché, ou on va chez le médecin ».

C'est ça, tout est du.



Une Maison de Santé va être construite dans le nord de l'Avesnois au niveau d'une zone d'activité. Moi, ça me choque un peu, parce que je me dis : « Pour moi, un cabinet médical, ça doit être dans le cœur de ville ». Là on est dans les nouveaux usages de consommation comme au supermarché



Pour les patients, il faut que ce soit facile et rapide. Mais parce que Amazon sait faire du rapide et facile, du coup il faudrait que tout le monde sache faire du rapide et facile. Eux sont des milliers, nous, on est tout seul globalement.

Peut-être qu'un jour Amazon ouvrira un service médical !!



Système libéral peu attractif

La liberté du système libéral ?

je pense que la frustration des professionnels de santé, c'est qu'on n'en a pas. De la liberté on n'en a pas du tout, du tout, du tout !



12. Surconsommation de soins

Certaines critiques ont été exprimées par les participants à l'encontre des patients. Notamment en raison de leur tendance à consulter pour des motifs jugés futiles ou inutiles. Les patients sont parfois considérés comme des consommateurs passifs de soins, plutôt que comme des acteurs de leur propre santé.

Parmi les critiques les plus exprimées, on peut noter que « les patients consultent pour rien », qu'ils ont trop de motifs de consultation, qu'ils demandent des soins inutiles et qu'ils viennent souvent à plusieurs pour un rendez-vous. De plus, certains patients ne savent pas pourquoi ils sont soignés, ce qui peut également contribuer à une surconsommation de soins.

D'autres facteurs peuvent également être impliqués dans la surconsommation de soins. Par exemple, selon plusieurs soignants et citoyens durant les entretiens, le tiers payant permet aux patients de plus consommer du soin et moins faire de prévention, car ils n'ont pas à payer directement pour les soins qu'ils reçoivent. Les patients peuvent également encombrer les urgences pour des motifs jugés futiles, ce qui peut contribuer à la surcharge de ces services de santé.

Enfin, il convient de mentionner que certains choix de politique de santé peuvent également favoriser la surconsommation de soins. Par exemple, la construction de maisons médicales au milieu des zones d'activité et des centres commerciaux peut contribuer à une surconsommation de soins, en encourageant les patients à consulter pour des motifs qui ne nécessitent pas toujours une consultation médicale.

13. Système libéral peu attractif

Le système de santé libéral en France est peu attractif pour les médecins généralistes, selon les résultats de notre étude. En effet, les médecins généralistes salariés bénéficient de meilleures conditions de vie, telles que les arrêts maladies, les congés payés et la retraite. De plus, les hôpitaux font concurrence en recrutant de nombreux internes en médecine générale et empêche l'installation à la campagne de nouveaux médecins généralistes.



Pour le recrutement des médecins généralistes, aujourd'hui, l'hôpital devient un concurrent ! le choix d'un poste hospitalier, quoi qu'on en dise, ce n'est quand même pas le même rythme de travail, et c'est un travail d'équipe forcément. Puis vous arrivez, vous mettez votre blouse, tout le matériel est sur place. Puis les patients, c'est plus facile à soigner à l'hôpital, ils sont dans un lit, ils ne bougent pas !

il y a la problématique des femmes indépendantes, et ça, c'est un vrai problème. Parce que quand on est une femme à la campagne et qu'on a des enfants, on n'a rien qui nous aide en tant que libéral.

aujourd'hui déjà les jeunes n'ont pas toujours envie de venir, mais les femmes encore moins..



Formation des médecins généralistes inadaptée

Et vous savez pourquoi mon fils a arrêté médecine ? Parce qu'il fallait apprendre par cœur.

Oui ça me choque énormément de passer par un concours pour ensuite s'occuper des autres. On se tire dans les pattes et on court. ce n'est pas forcément les gens les plus aptes à bien soigner qui ont le concours.



Est-ce que c'est un problème d'effectif au niveau formation des jeunes médecins ?

Ah Oui !! Le numérus clausus, il est «apertus» maintenant.



Les soignants témoignent d'un appauvrissement du sentiment de liberté qui caractérise le système libéral. Ils ne se sentent plus libres dans leur pratique de tous les jours avec la sensation d'être continuellement surveillés par la sécurité sociale.

Le système libéral est également considéré comme difficile pour les femmes médecins, en particulier pour celles qui sont également des mères. En raison de son instabilité, il est difficile pour ces femmes de concilier vie professionnelle et vie privée. C'est pourquoi, de plus en plus de femmes médecins choisissent le salariat, où elles peuvent bénéficier de meilleures conditions de travail.

Les propos des participants suggèrent que l'ensemble des médecins généralistes en France vont probablement finir par travailler en tant que salariés, car le système libéral est de plus en plus perçu comme peu attractif.

14. Formation des médecins généralistes inadaptée

Ce sujet a été évoqué dans les quatre entretiens. Selon les participants, il y a un manque d'étudiants formés, principalement dû à un *numerus clausus* trop bas et à un manque de locaux pour former plus d'étudiants. De plus, le concours d'entrée est jugé trop difficile, ce qui peut décourager les candidats potentiels.

Le modèle de formation actuel est critiqué pour sa sélection sur la technicité plutôt que sur l'humanisme des étudiants. Les études de médecine semblent former des compétiteurs plutôt que des soignants tournés vers les autres, ce qui peut contribuer à un manque d'empathie envers les patients.

La formation semble ne pas répondre aux besoins des jeunes de la campagne, avec des stages peu accessibles et un modèle actuel universitaire peu connecté aux zones rurales. Cela peut entraîner une pénurie de médecins dans ces zones.

Enfin, la formation est souvent perçue comme très scolaire, avec des étudiants en médecine trop surveillés et maternés, et un manque de confiance transmis aux étudiants. Ces lacunes peuvent nuire à la formation des futurs médecins et à leur aptitude à prendre des décisions importantes et à être autonomes.

Déshumanisation de la profession



Avant, le travail était plus chargé médicalement, on avait des emplois du temps complètement délirants, mais on était entre humains, c'était humain. Maintenant même les rapports entre médecins-malades ont changé. Il y a une défiance et une perte de confiance.

Aujourd'hui quand on appelle un médecin, il n'y a plus d'interlocuteur, il n'y a rien. .

Mais tout fonctionne comme ça maintenant ...

Ça, c'est désagréable, quand on téléphone et qu'il n'y a jamais personne



On parle des patients mais je pense aussi que les médecins ont changé. Pour certains, ce n'est plus des patients, c'est parfois des clients : « Et ça peut être intéressant de faire durer à peine 5 minutes une consultation, parce qu'on aura plus de patients / clients à la fin de la journée ». Voilà, c'est ça un peu ce qui me dérange.



15. Déshumanisation de la profession

D'après l'analyse des résultats, il semble y avoir un phénomène de déshumanisation de la profession de médecine générale. Les patients ont perdu confiance en leur médecin généraliste, qui ne semble plus être le médecin de famille qu'il était auparavant. Les médecins ne prennent plus le temps de parler avec les patients, ce qui crée une relation très impersonnelle avec les soignants. De plus, il y a un manque d'investissement de la part des médecins, et les patients n'ont plus d'interlocuteur direct pour les rendez-vous.

Le contexte de pandémie lié au COVID-19 a également eu un impact sur la relation entre les patients et les soignants. Les mesures sanitaires ont obligé les médecins à pratiquer la téléconsultation, ce qui a encore renforcé le sentiment d'impersonnalité et de déshumanisation de la profession.

Revitaliser la campagne

Qu'est-ce qui peut faire venir un médecin ?

Alors là ! Il faut redynamiser les villages, il faut ramener des autoroutes, des accès à la culture, à la musique, aux voies de communication, à la gare, aux sports ou autres... Bah c'est ça faire un territoire attractif !



J'ai des étudiantes, je leur fais toujours découvrir le Moulin, tout ça. On passe dans les petits chemins de la campagne, hop ! Je vois un truc, je m'arrête, je dis : « Regarde ! Regarde les biches là-bas ! Tu ne verras pas ça tous les jours en travaillant »

Pourquoi pas des associations et des élus qui aillent dans les écoles pour promouvoir notre territoire ?

Exactement. Et pourquoi pas faire ça en école de médecine aussi ? On pourrait aller les chercher en 2ème ou 3ème année

Faire un petit film promotionnel !



16. Revitaliser la campagne

Selon les participants, pour favoriser l'installation de médecins généralistes à la campagne, il est essentiel de dynamiser le territoire. Cela peut se faire en proposant des lieux existants adaptés à l'exercice médical. Par ailleurs, pour répondre aux besoins des patients, il est important d'investir dans les transports. Des navettes gratuites ou des bus médicaux peuvent être mis en place pour faciliter l'accès aux soins.

En ce qui concerne les équipements et les services, il est important de développer les gares et les transports en commun pour faciliter les déplacements des patients, ainsi que de créer des équipements adaptés pour les personnes à mobilité réduite. Il est également essentiel de mettre en place du péri-scolaire pour répondre aux besoins des familles.

Pour valoriser la campagne et attirer de nouveaux patients, il est également nécessaire de promouvoir le territoire en organisant des visites de l'Avesnois, en travaillant avec l'office du tourisme, et en dynamisant les villages avec des écoles, des commerces et des activités de loisirs.

Enfin, pour que l'offre de soins sur le territoire soit efficace, il est primordial que les communes jouent un rôle actif dans sa promotion et sa coordination. Cela passe notamment par la création de parkings et l'amélioration des transports pour faciliter l'accès aux soins. En outre, il est important de créer des espaces de dialogue et de coopération entre les élus et les professionnels de santé pour mieux répondre aux besoins des patients.

17. Créer du lien et communiquer

Les résultats de cette étude mettent en évidence plusieurs moyens de créer du lien et de mieux communiquer dans l'offre de soins. Pour les médecins généralistes, travailler en coordination pour une meilleure permanence des soins, créer une dynamique humaine de soignant à travers des MSP et des CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé), bien communiquer et utiliser le DMP (Dossier Médical Partagé) sont des moyens efficaces pour améliorer la qualité des soins.

Créer du lien et communiquer

le métier a changé. Il y a tout un microcosme autour de nous. Le médecin a besoin d'avoir tout ça. Il a besoin d'avoir des spécialistes à contacter, des infirmiers facilement. Et il a besoin de ne pas être tout seul.

Seul face à son patient est avec une surcharge de travail !

Oui, remettre un peu plus d'humanité entre les relations, surtout entre médecin et son patient. Un peu plus d'humanité, parce qu'aujourd'hui, on est pris en étau par un contexte économique



En tant qu'élu, je me rend compte que l'on a plus travaillé avec la population qu'avec les soignants. Les acteurs de santé ne nous connaissent pas forcément dans l'ensemble de nos actions et c'est sûrement quelque chose à penser plus. Mieux communiquer et échanger les uns avec les autres.

Modifier les pratiques

De toute façon, avec les maladies chroniques, moi, j'y vais tous les 3 mois, je pourrais y aller tous les 6 mois ! C'est les mêmes ordonnances qui sont renouvelées. Et puis ça soulagerait les médecins en plus !



Je pense que vous allez attirer des jeunes médecins s'ils ont l'assurance qu'il feront de la médecine et rien que de la médecine. Comme on faisait au bon vieux temps.

Et pourquoi pas se faire accompagner ? Parce que s'il y a déjà 5 minutes de paperasse qui sont gagné avec un assistant ou une assistante c'est bien.



En ce qui concerne les échanges avec les autres spécialités, développer et utiliser le DMP est considéré comme un moyen important de mieux communiquer. Cependant, il est également important de repenser fondamentalement le DMP pour qu'il puisse mieux répondre aux besoins des professionnels de la santé.

Les professions para-médicales ont également souligné l'importance de travailler en coordination pour une meilleure permanence des soins et d'assurer une meilleure coordination entre les soignants.

En ce qui concerne l'offre de soins sur le territoire, plusieurs moyens ont été identifiés pour créer du lien et mieux communiquer entre les soignants. Il est important de se rencontrer plus souvent entre les soignants du territoire, de clarifier le rôle de la CPTS, de coordonner les structures et de se connaître mutuellement pour mieux se répartir les patients.

Enfin, les résultats ont montré que pour les communes, il est important de créer plus de coordination entre les maires pour mieux organiser l'offre de soins et améliorer la communication entre les différents acteurs. Il est également important d'informer et de former les soignants sur les dispositifs, les structures et les aides existantes et de créer du lien entre les élus et les soignants.

18. Modifier les pratiques

En ce qui concerne la délivrance des soins par un médecin généraliste, plusieurs pratiques ont été identifiées pour améliorer l'efficacité et la qualité des soins. Tout d'abord, il est nécessaire de stopper les certificats inutiles pour consacrer plus de temps médical à des consultations plus pertinentes. Les pathologies chroniques peuvent être suivies tous les 6 mois au lieu de 3, afin de libérer du temps médical pour aborder la prévention. Enfin, il est important de se former à l'éducation thérapeutique du patient et de consacrer plus de temps à la prévention pour éviter la surconsommation de soins.



C'est vrai que ce système de visioconférence, Visio-consultation, ça peut être intéressant pour des choses dans un suivi de pathologies chroniques, mais peut-être pas sur quelque chose d'aigu. Je pense que ça peut aider pour du dépannage. Moi personnellement, je vais m'équiper mais je ne suis pas convaincu pour le long terme.

Aujourd'hui on peut aller chez le dentiste sans passer par le médecin. C'est normal. Aujourd'hui pourquoi on n'irait pas chez l'orthophoniste sans passer par le médecin, ou chez le kinésithérapeute sans passer par le médecin ?

Mais tout à fait.

Toujours passer par le médecin, c'est de la perte de temps !



Pratique pluri-professionnelle



Pour moi, la première pierre des fondations, c'est rassembler une équipe de professionnels de santé qui ait envie de travailler ensemble et qui réfléchit à un projet de santé commun, à leur manière de fonctionner ensemble. Parce qu'en gros si on résume, on ne peut plus se passer, dans l'exercice de la médecine aujourd'hui, des autres personnes pour justement un petit peu alléger les tâches de certains, en donner à d'autres et mieux communiquer, mieux s'inscrire.

Et pourquoi pas se connecter avec des spécialistes ? parce que ça manque !

Oui. À la limite même avec des plateformes tournantes. Il y a les dermatologues qui viennent une journée par semaine, un cardiologue qui vient une journée par semaine, un ophtalmologue, un gynécologue.

Oui, c'est ça. Avec un système de permanence pour désenclaver un petit peu et éviter aux gens d'aller aussi loin que Maubeuge ou Valenciennes pour voir les spécialistes.



Il a été constaté que l'utilisation d'un DMP était un outil efficace pour améliorer la gestion des données et la coordination entre les différents professionnels de santé impliqués dans le suivi d'un patient. La gestion de l'informatique a été identifiée comme un élément important pour améliorer la qualité des soins ainsi que la mise en place d'un assistant médical pour soutenir les médecins dans leur pratique quotidienne.

En ce qui concerne la pharmacie, il a été noté que les professionnels étaient réticents à la pratique des téléconsultations, mais qu'ils étaient prêts à délivrer des prescriptions d'urgence pour aider les médecins traitants. De même, les SSIAD ont été disposés à réaliser des soins par visioconférence pour limiter les contacts physiques.

Enfin, pour améliorer la coordination entre les différents professionnels de santé, il a été suggéré de travailler sans ordonnance du médecin traitant pour certaines demandes et de donner plus de confiance et plus de liberté aux para-médicaux dans le diagnostic et la prise en charge des patients. Il est également important de former les professionnels de santé à la pratique des renouvellements, afin qu'ils puissent être réalisés en toute sécurité.

19. Pratique pluri-professionnelle

A travers les différents échanges, nous avons constaté que les médecins généralistes sont favorables à travailler en équipe avec d'autres professionnels de santé pour améliorer la prise en charge des patients. Les pratiques pluri-professionnelles les plus fréquemment citées sont la création de MSP et l'intégration de CPTS.

Les médecins généralistes sont également en faveur de la permanence des soins à plusieurs. Ils sont aussi disposés à travailler avec des spécialistes pour des consultations et à faire du pluri-professionnel avec eux.

Enfin, les résultats montrent que les médecins généralistes sont prêts à donner plus de liberté et de responsabilité aux autres professionnels de santé, notamment les infirmiers, en leur permettant de renouveler certains traitements et en les formant à cette pratique.

Travailler en équipe

C'est le nombre qui fait la force. A mon avis, pour avoir quelque chose qui marche, il faut se structurer ensemble et se souder.

Oui. L'exercice individuel, il tue quand même, c'est vrai.

Du moment qu'il y a une bonne union et après que ça soit bien coordonné, je pense qu'il y a moyen de faire des bonnes choses.



Quand on est plusieurs, on peut se reposer les uns sur les autres. Je pars en vacances, je sais que mes collègues sont là. Donc ça apaise les choses pour les patients. Les soins qui sont importants, les post opératoires, les cas qu'on ne peut pas reporter, ils les prennent et ainsi de suite. Et on culpabilise moins. Et c'est vrai que quand on est tout seul, j'avais cette problématique-là de dire : « Comment je fais » ?!



Valoriser financièrement le temps de travail

En tant que soignant on essaye de discuter pour avoir des niveaux de consultations différents et de demander une revalorisation. Le domicile et les consultations complexes deviennent difficiles à poursuivre, on y perd de l'argent.



20. Travailler en équipe

Cette thématique a été l'une des plus transversales entre les différents entretiens et elle a été présentée comme un élément clé pour une médecine générale de qualité. Plusieurs résultats peuvent être mis en avant pour souligner l'importance de ce modèle de travail. Tout d'abord, il est conseillé de travailler en collectivité en s'installant dans un cabinet de groupe à plusieurs. Cette pratique permet de partager les charges administratives et de mieux organiser les soins. Travailler en équipe avec d'autres professionnels de santé comme les infirmiers ou les kinésithérapeutes est également conseillé pour proposer une offre de soins complète.

La permanence des soins est un autre domaine où le travail en équipe peut être bénéfique. En s'inspirant du système de garde des vétérinaires, il serait possible de mettre en place un système de permanence des soins en équipe pour mieux répondre aux demandes des patients. Avoir plusieurs médecins généralistes qui se relayent les week-ends pour les soins aigus serait également une solution envisageable.

Enfin, il est important que les soignants se rencontrent plus souvent sur le territoire et qu'ils se connaissent mutuellement pour mieux s'adresser des patients. En développant ces échanges entre professionnels de santé, il est possible de mieux coordonner les soins et d'offrir une prise en charge de qualité aux patients.

21. Valoriser financièrement le temps de travail

En ce qui concerne la médecine générale, les participants ont proposé de valoriser les visites à domicile en augmentant les tarifs de remboursement. De plus, certains ont suggéré d'exonérer les médecins d'impôts pendant une période de plusieurs années pour les inciter à s'installer dans les zones sous-denses. Enfin pour la formation, les participants ont proposé de mieux rémunérer les maîtres de stage dans les zones sous-denses pour les encourager à prendre des étudiants en stage.

Les professions para-médicales ont également proposé d'augmenter les tarifs de remboursement des visites à domicile et de mieux rémunérer les maîtres de stage dans les zones sous-denses pour encourager les étudiants à s'y installer.

S'investir sur le territoire

Je pense qu'on attend que ça pète !

Oui et je pense que les soignants et tous les citoyens vont s'exprimer peut-être à un moment donné, je ne sais pas.

Il faut peut-être plus s'engager, se syndiquer.



Est-ce qu'on peut imposer à quelqu'un qui est un citoyen pur jus de venir à la campagne ?

Ça peut faire partie d'un devoir ou d'une aide. Je ne sais pas. On ne peut pas toujours attendre qu'ils se décident ou non à venir. Il faut prendre les choses en main et leur demander de plus s'investir.



Repenser la formation médicale

Pourquoi pas trouver quelqu'un du cru, de la campagne ? L'accompagner dans son cursus de formation médecine, lui faire signer un contrat et lui donner des envies après de s'installer ici.

Oui ! Aller dans les lycées pour pouvoir travailler en amont avec des élèves. Et c'est faisable en disant : « On fait un genre de prépa » pour les lycéens intéressés par la médecine.



Enfin, les élus ont été impliqués dans la discussion et ont expliqué avoir déjà proposé de revaloriser les déplacements au domicile des professionnels de santé, mais que cette proposition avait été refusée lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

22. S'investir sur le territoire

C'est une thématique qui est souvent revenue et qui a animé le débat. Même si le manque d'investissement des médecins généralistes est souvent une idée partagée, la solution à apporter a divisé nos participants. Une partie d'entre eux pense qu'il est essentiel de rendre obligatoires les années d'exercice en campagne, afin de sensibiliser les jeunes médecins à cette réalité et de les inciter à y travailler. A l'opposé, certains soignants ne partagent pas ce regard dur envers les futurs médecins généralistes et ils ne cautionnent pas non plus ces années forcées. D'autres même proposent de voir ces années en campagne comme un devoir, une mission de service public à remplir avec enthousiasme et détermination.

En ce qui concerne la permanence des soins, il a été proposé de s'inspirer du système des vétérinaires, qui travaillent en équipe et qui s'investissent beaucoup pour leur territoire.

Enfin, il est important que les soignants s'engagent davantage dans le syndicalisme et le militantisme, afin de faire entendre leur voix et de défendre leurs intérêts. Il est important de ne pas être fataliste face aux difficultés rencontrées, et de se battre pour améliorer les choses. Dans les zones rurales, les syndicalistes soignants sont souvent sous-représentés, il serait donc utile de leur donner plus de visibilité et de les soutenir dans leurs actions.

23. Repenser la formation médicale

Il est important d'accepter un nombre plus important d'étudiants en médecine générale afin d'apporter un nouveau regard sur les patients. Cela permettrait également de renforcer les effectifs dans les zones sous-dotées. Ensuite, il convient de mettre en place un parcours de formation moins difficile pour les médecins généralistes, différent des autres spécialités. La formation doit être plus proche du terrain et il faut mieux former les médecins à la charge administrative, ainsi qu'aux bonnes pratiques des soins paramédicaux tels que la prescription et les techniques de soins.

On peut peut-être aider simplement les étudiant à financer leur appartement ?

Ou alors lui dire : « Très bien ! Tu fais tes études. On signe un contrat. Et tu reviens. Et on te finance un local, On t'installe le matériel dedans, on te paie le matériel, des logiciels, on te met à disposition »

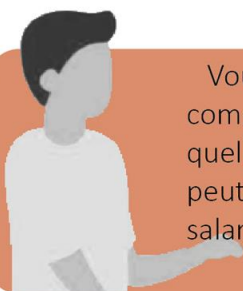


Sur certains points à la sortie des études on ne sait rien. C'est bête mais s'inscrire à l'URSSAF. À l'école tout ça, on ne nous l'apprend pas et quand ça nous tombe dessus, ce sont des choses qu'il ne faut pas oublier. Ce serait bien de mieux nous former au terrain.

Remise en question du système libéral

On pourrait pas s'inspirer du système des Professeurs des écoles et limiter l'installation dans les zones sur-dotées ?

Oui ! On ne les oblige pas assez. Le jour où on les obligera...



Vous êtes en libéral, vous pouvez faire ce que vous voulez, vous faites comme vous voulez », on est sur un problème de santé publique, on est sur quelque chose qui peut être réglementé. Parce qu'on peut aller très loin ! On peut dire : « Le médecin libéral, ça n'existe plus du tout, tous les médecins sont salariés, avec un patron, des patrons régionaux qui font du management.

Le financement de la formation médicale doit également être repensé. Il est nécessaire de mieux payer les étudiants afin de leur permettre de se consacrer pleinement à leurs études.

Il est également important de favoriser les stages en zone rurale pour permettre aux étudiants de découvrir les spécificités de ces territoires et peut-être de susciter des vocations pour y exercer. Pour cela, il est nécessaire de trouver des étudiants en médecine générale originaires de ces territoires et de multiplier les maîtres de stage dans ces zones.

Par ailleurs, il a été proposé par un élu d'accompagner les lycéens et les collégiens ayant la vocation de devenir médecin et originaires de zones rurales. Des stages chez les soignants pourraient être proposés dès le collège et des aides à la formation et au financement pourraient être mises en place pour les étudiants.

Enfin, il est important de prendre en compte les professions paramédicales dans cette réflexion. Les résultats de notre étude suggèrent aussi de mieux former les para-médicaux à la charge administrative, de multiplier les maîtres de stage et de rémunérer ces derniers davantage dans les zones sous-denses.

24. Remise en question du système libéral

Il est intéressant de noter que les résultats que nous avons obtenus reflètent une remise en question importante du système libéral actuel de la médecine générale en France. Les mesures proposées impliquent une réorganisation importante de la manière dont les médecins travaillent et de la façon dont les soins sont administrés.

Certaines propositions concernent la limitation de l'installation des médecins dans les zones sur-dotées, ainsi que l'obligation pour les médecins de travailler dans les déserts médicaux. Cela vise à résoudre le problème de la répartition inégale des médecins sur le territoire français mais remet donc en question la liberté d'installation.

D'autres propositions suggèrent une réforme du modèle économique actuel de la médecine générale en France, avec des idées telles que la suppression de l'activité libérale et la création d'un système salarial pour les médecins.

Aides à l'installation

Parce que si ce n'est pas l'odeur du fromage qui doit attirer le médecin, il faut au moins qu'il y ait quelque chose qui l'attire !! Et c'est là que la commune doit prendre des décisions importantes au travers peut-être d'un salaire d'une assistante médicale, au travers de murs à racheter, et payer un minimum de prix.

Oui. La mairie peut tout à fait mettre à disposition un local dans un premier temps, je suppose, si tant est qu'elle le veuille.



Soulager la charge de travail du médecin

Que faire pour soulager cette charge administrative ?

Externaliser, Sous-traiter.

Oui, mais ça a un coût aussi.

Ça a un coût mais c'est une sérénité.



Ce système permettrait d'avoir plus de lisibilité sur l'installation des médecins et permettrait de mieux contrôler leur pratique et leur répartition. Une mise en place d'une concurrence entre les médecins pour attirer les patients a aussi été évoquée. En parlant même de retrouver une forme de business dans la santé.

25. Aides à l'installation

Il a été suggéré de proposer des aides à l'installation pour les médecins généralistes. Ces aides pourraient prendre la forme d'aides financières ou d'autres incitations pour encourager les professionnels de la santé à s'installer dans les zones rurales.

Il a été recommandé de créer de bonnes conditions pour accueillir les nouveaux arrivants, notamment en proposant des horaires souples adaptés à leurs besoins et en mettant à leur disposition des locaux bien équipés et disposant de places de parking.

La transmission entre anciens et nouveaux médecins a également été identifiée comme un élément clé pour favoriser l'installation en zone rurale. Les anciens praticiens peuvent partager leur expérience et leur connaissance du terrain avec les nouveaux arrivants, facilitant ainsi leur intégration et leur implantation durable.

Enfin, les communes peuvent également jouer un rôle important dans l'installation de nouveaux médecins. Plusieurs solutions ont été proposées, telles que la mise à disposition d'un local ou la construction d'un cabinet par la municipalité, puis la location pour les soignants. La municipalité pourrait également prêter des terrains ou payer un assistant médical pour faciliter l'installation et le développement de l'activité médicale.

26. Soulager la charge de travail du médecin

L'une des principales préoccupations des médecins est la charge de travail qui peut être très lourde. Pour répondre à cette problématique, plusieurs pistes ont été explorées.

Quel autre professionnel pourrait faire le suivi entre deux consultations du médecin généraliste?

Ah ! Moi, je pense que la pharmacie peut le faire.

La pharmacie peut le faire ?

Oui, bien sûr. À partir du moment où c'est une ordonnance qui est renouvelable.



Pourquoi voulez-vous que les jeunes médecins ne veuillent pas la même qualité de vie que « toutes les autres professions » entre guillemets ?! On est aux 35 heures ! Ce sont des générations, ils ont été biberonnés aux 35 heures.



Mise en place d'outil commun

Je pense que les médecins, s'ils se regroupaient, ils pourraient avoir déjà un service administratif, ils délégueraient déjà du service administratif, une secrétaire ou un secrétaire.

Oui il faut être bien entouré et avoir des outils en commun.



D'abord, en ce qui concerne le modèle de travail, il a été suggéré de passer d'une pratique individuelle à une pratique en équipe, avec un collaborateur chargé des tâches administratives. Il est également important de mieux gérer l'informatique et de disposer d'un secrétariat qui prend en charge le parcours du patient. Enfin, pour soulager la charge de travail administrative, il est possible d'externaliser la gestion administrative ou de former des spécialistes de l'administratif dans le secteur de la santé.

En termes de pratique de tous les jours, comme proposé précédemment, il est important de stopper les certificats inutiles et de proposer aux patients atteints de pathologies chroniques de venir tous les six mois au lieu de trois. Il est également proposé par certains participants d'apprendre à dire "non" sans utiliser le mot. Pour faciliter le travail des médecins, il est important de leur accorder plus de souplesse horaire et de respecter les 35 heures. Il est également nécessaire de créer plus de temps médical.

En ce qui concerne les échanges avec les autres soignants, il a été proposé de partager les charges administratives et de se répartir certaines tâches avec d'autres soignants, tels que les pharmaciens qui peuvent prendre le relai sur certains soins. Il est également important de permettre à certaines infirmières de réaliser certains renouvellements.

27. Mise en place d'outil commun

Les résultats de notre étude montrent que plusieurs outils peuvent être développés et utilisés pour améliorer la coordination des soins et la gestion administrative.

Le Dossier Médical Partagé (DMP) est un outil qui peut être développé et utilisé pour améliorer la coordination des soins. Cependant, nos résultats ont également montré qu'il est nécessaire de repenser fondamentalement le DMP pour le rendre plus efficace. Ce sujet a été source de débat durant les entretiens.

Il est également important de mieux gérer l'informatique et de simplifier les démarches administratives pour les patients et les professionnels de santé. Un secrétariat commun peut être mis en place pour faciliter la communication entre les professionnels de santé.

Et le Dossier médical partagé vous en pensez quoi ?

Qu'il faudrait le faire ! Mais en reprenant tous à zéro !



Soignants porteurs de projet

un cabinet médical ? Moi, je pense que ça doit être fait par les professionnels, là, cette demande.

La mairie peut provoquer, aider mais c'est des médecins qui doivent dire : « On veut travailler, on veut faire ci, on veut faire là ».



« Je pense que ce qui doit fonctionner le mieux c'est un projet privé. Public ? Je pense que ça n'a pas lieu d'être. Il faut vraiment une initiative privée venant des soignants. »

L'utilisation d'une messagerie sécurisée et d'une plateforme de prise de rendez-vous partagé peut également améliorer la coordination des soins. Par exemple, pour partager les charges administratives entre les soignants, il est possible de mettre en place une répartition des tâches ménagères.

Au niveau de la communauté de commune, la mise en place d'une plateforme de coordination pour les sujets âgés pouvant améliorer la prise en charge de ces patients a été proposée. En expliquant dans le détail la création d'une plateforme "Mormal et vous" sur les soins, la prévention et l'habitat.

28. Soignants porteurs de projet

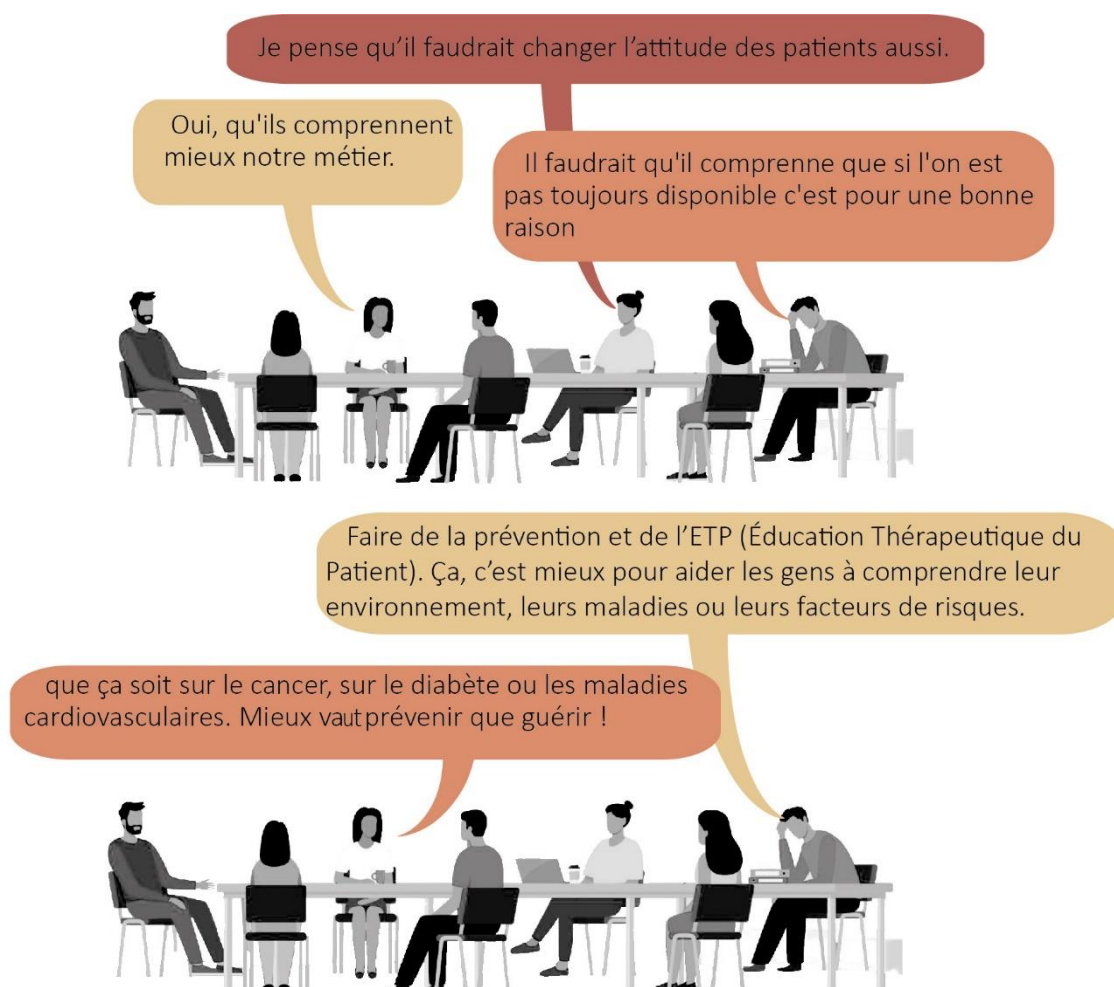
L'évolution du système de santé passe par une prise en charge plus importante des soignants. C'est ce que suggèrent les résultats de notre recherche. Nous avons identifié deux pistes d'amélioration : le modèle économique et le rôle des communes.

En ce qui concerne le modèle économique, il est proposé de diminuer la dépendance à l'Etat en encourageant les initiatives privées portées par les soignants. Il est aussi proposé que les soignants soient responsables de la gestion des structures de soins, en gardant un lien avec la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) mais avec plus d'autonomie. Ils seraient propriétaires des lieux et auraient moins de compte à rendre aux institutions. L'objectif est de se libérer des contraintes administratives pour se concentrer sur la qualité des soins.

Quant au rôle des communes, il est suggéré qu'elles accompagnent les projets de santé sans pour autant qu'elles en soient à l'origine. En effet, c'est aux professionnels de la santé de prendre l'initiative pour lancer les projets, avec le soutien des communes. Il s'agit ainsi de permettre aux soignants de jouer un rôle plus actif dans l'organisation des structures de soins et de s'adapter aux besoins locaux.

29. Eduquer le citoyen

La thématique « éducation du patient » a suscité beaucoup de débat et une certaine unanimité des participants. L'idée la plus évoquée était de rendre le patient plus acteur de sa santé. Ainsi, il est important de consacrer plus de temps à la prévention pour éviter la surconsommation médicale, tout en faisant du patient le premier acteur de sa santé. L'éducation du patient doit également passer par la compréhension de la valeur du travail d'un soignant et l'acceptation de ne pas toujours avoir un soignant à sa disposition. Nos résultats ont également montré qu'il est important d'éduquer les patients au fait d'avoir plusieurs médecins traitants pour les soins aigus, et de s'adapter à avoir plusieurs médecins généralistes au sein d'une maison médicale. Enfin, un élément clé de l'éducation du patient est de lui apprendre à ne pas appeler les soignants pour rien, afin de ne pas surconsommer de soins médicaux inutilement.



4) Valeurs communes

En analysant les solutions proposées par les acteurs de santé de Maroilles, il est apparu qu'ils partageaient un certain nombre de valeurs communes. Ces valeurs sont essentielles pour guider l'action future des professionnels de santé dans l'objectif d'une offre de soins adaptée et équilibrée. Ce sont des résultats subjectifs identifiés suite à l'écoute des entretiens, la relecture multiple du verbatim et le ressenti de l'observateur. C'est la troisième et dernière analyse menée sur le Verbatim de cette étude.

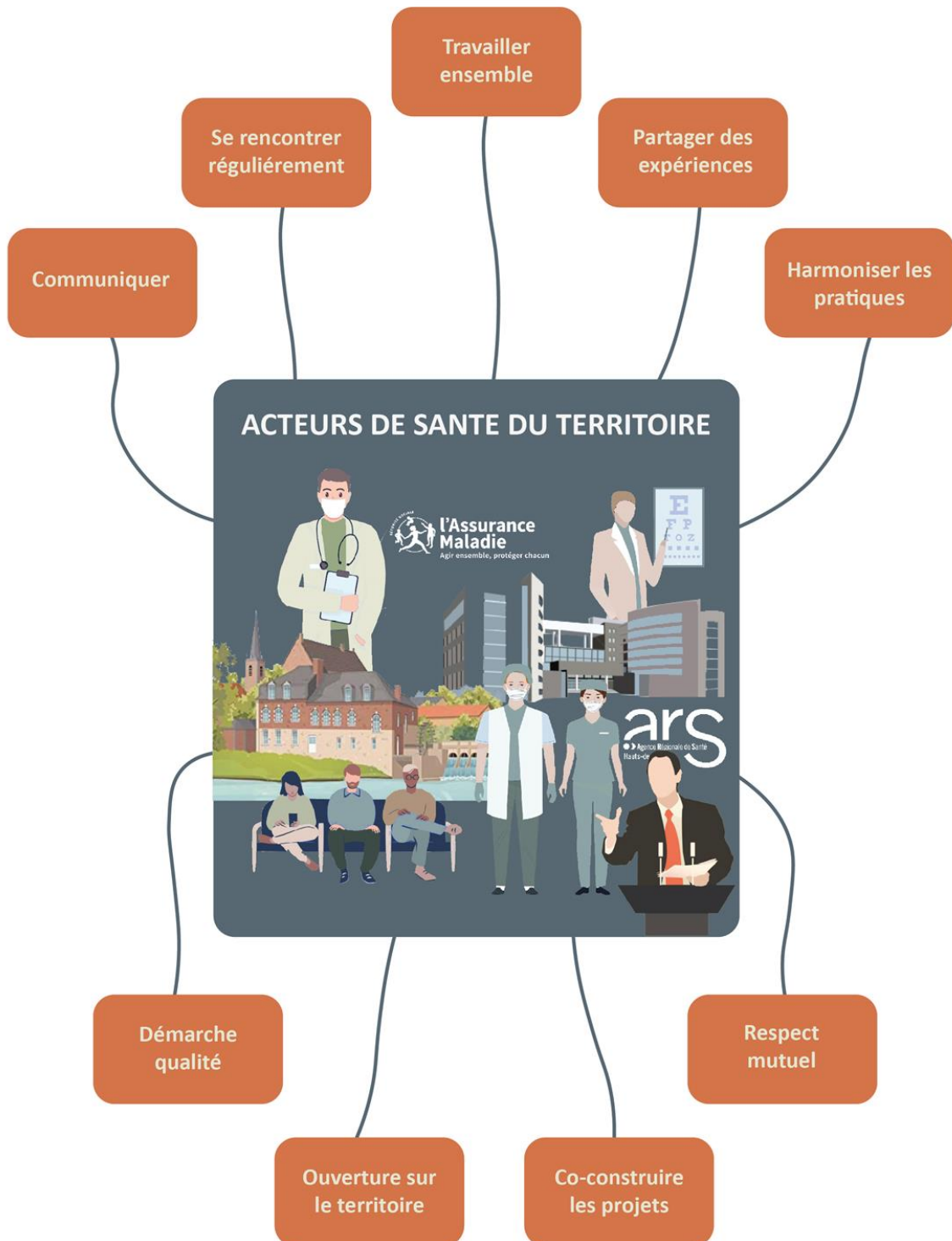
Parmi ces valeurs, **la communication** a été identifiée comme une priorité. Il est en effet essentiel que les professionnels de la santé communiquent entre eux pour assurer une meilleure coordination des soins prodigués à la population. Cela permettra également de renforcer les liens entre les différents acteurs de la santé et de mieux répondre aux besoins de la population locale.

Se rencontrer régulièrement a également été identifié comme fondamental par les participants. Lors des entretiens, des nombreux soignants, pourtant pratiquant dans le même village se rencontraient pour la première fois et étaient surpris de ne pas avoir encore tissé de lien. De ces échanges sont ressorties de nombreuses idées et l'envie de se revoir.

Les acteurs de la santé de Maroilles ont souligné l'importance du **travailler ensemble**. Travailler ensemble permet en effet d'optimiser les ressources et de partager les bonnes pratiques. Le travail d'équipe est présenté comme un remède à la solitude des soignants. Prendre en compte ce problème permettra d'assurer une meilleure qualité des soins prodigués à la population.

Ils ont exprimé la nécessité de **partager des expériences** professionnelles pour s'enrichir mutuellement et pour trouver des solutions innovantes aux problèmes rencontrés. **L'harmonisation des pratiques** a aussi été mise en avant. Les pratiques en matière de santé peuvent varier d'un professionnel à l'autre, et même d'une région à l'autre. Pourtant, pour améliorer la qualité des soins et assurer une meilleure coordination il est nécessaire de travailler à l'harmonisation des prises en charge.

VALEURS COMMUNES



C'est cette **démarche qualité** autour de la pratique pluri-professionnelle qui peut permettre une meilleure prise en charge globale du patient. Cette pratique permet de quitter le schéma classique du médecin traitant sachant et seul comme coordinateur du système de soins. Ce fonctionnement vertical est reconnu par les participants comme une cause de la solitude et de la surcharge de travail du médecin. Cette collaboration peut prendre la forme de consultations interdisciplinaires, de partage de dossiers médicaux, ou encore de réunions de concertation pluri-professionnelle.

L'ouverture au territoire est une autre valeur importante identifiée par les acteurs de la santé de Maroilles. S'intéresser aux spécificités locales permet aux professionnels de santé de mieux comprendre les besoins de la population locale et de s'adapter à leurs demandes. S'intégrer et s'investir dans le territoire où l'on s'implante semble aujourd'hui une nécessité pour comprendre les enjeux locaux. Cette curiosité peut se traduire par la visite de structures locales, la participation à des événements locaux, ou encore la rencontre avec les habitants de la région.

Co-construire des projets entre professionnel de santé a été présenté à différentes reprises comme la clef d'un projet pérenne. Travailler ensemble à la création de projets innovants peut permettre de répondre aux besoins de santé non satisfaits à Maroilles. Cette collaboration peut prendre la forme de simples rencontres régulières ou en allant plus loin et en créant une MSP ou en intégrant une CPTS.

Enfin, **le respect mutuel** est une des valeurs fondamentales qui est le plus ressortie des échanges. Tout en travaillant ensemble pour améliorer la qualité des soins, il est important que chaque professionnel de santé ressente du respect et de la considération en particulier venant des élus locaux et des institutions de santé telles que l'ARS et la sécurité sociale. Un manque d'autonomie et d'indépendance a souvent été évoqué par les soignants avec un sentiment de ne plus pouvoir pratiquer son métier tel qu'ils l'imaginent. Ce climat peut créer une défiance générale qui s'est aussi ressentie entre soignants et patients. Un respect mutuel entre tous les acteurs de santé semble un préalable essentiel à la création d'une dynamique commune.

IV. DISCUSSION

A. Critiques

1) Faiblesses de l'étude

Le sujet de la thèse s'est avéré être assez vaste et les idées très nombreuses. Malgré la sélection rigoureuse des thèmes et l'organisation de l'information, certains résultats n'ont pas pu être présentés pour éviter de créer de la confusion dans une masse de données. Il a été nécessaire de hiérarchiser les résultats pour une présentation plus claire.

En ce qui concerne les participants, il convient de noter que la médecine parallèle n'a pas été représentée. Des professions comme les ostéopathes ou les sophrologues, présentes sur ce territoire, n'ont pas été contactées. Bien que cela n'ait pas eu un impact sur les résultats, cela aurait pu enrichir l'étude et offrir un point de vue complémentaire. De plus, deux participants ont été perdus de vue pour des raisons d'agenda ce qui peut avoir des conséquences sur la qualité des données recueillies.

Concernant la méthode, nous avons rencontré plusieurs limites. La théorisation ancrée, méthode choisie pour cette étude qualitative, n'a pas été effectuée convenablement. Les quatre entretiens ont été menés à la suite sans pouvoir réaliser d'analyse entre chaque focus group pour adapter et enrichir la grille d'entretien. Les raisons sont une logistique trop complexe à mettre en place entre l'animateur, l'observateur, le lieu des entretiens et le calendrier de chaque participant. Nous avons donc décidé d'enchaîner les entretiens sur une courte durée. Une véritable théorisation ancrée aurait permis de mieux organiser la recherche en réalisant un cinquième groupe de discussion avec des acteurs de santé mentionnés mais absents. L'inclusion de professionnels tels que des vétérinaires ou des salariés de la CPAM, tels qu'un médecin conseil, aurait permis d'enrichir le débat en confrontant différents points de vue. Ces deux corps de métier ont été souvent mentionnés dans les discussions et il aurait été intéressant de les entendre.

En ce qui concerne la méthode, il convient de souligner que nous n'avons pas effectué de double lecture du verbatim, ce qui aurait amélioré la fiabilité des résultats et apporté une perspective supplémentaire. Cela n'a pas été possible en raison d'une contrainte de temps et du grand nombre de données à traiter. Cependant, les résultats et les analyses ont été soumis à une confrontation et à une discussion avec

plusieurs personnes afin de permettre une diversité de perspectives sur les résultats et le modèle explicatif qui en découle.

2) Forces de l'étude

Le sujet de la thèse est au cœur de la société et revêt donc une grande importance. Il s'agit d'une problématique pertinente qui a réussi à mobiliser de nombreux acteurs de santé et citoyens.

En ce qui concerne les participants, l'hétérogénéité de la population et la diversité des soignants ont permis d'obtenir des points de vue multiples et variés sur la question. La présence de plusieurs citoyens et patients engagés sur le territoire ainsi que d'élus politiques de l'échelle locale à l'échelle parlementaire a également offert un regard complet sur la situation.

Au niveau de la méthode, l'étude de terrain réalisée au cœur de la campagne a permis une immersion totale dans l'environnement étudié. La réalisation des entretiens au sein même du village de Maroilles dans la salle des fêtes a également favorisé la participation des acteurs locaux et la richesse des débats. Cette recherche nous a permis de nous immerger dans la réalité concrète de la vie à la campagne.

Enfin, les résultats de l'étude se sont avérés être très nombreux et ont permis de créer des liens et des échanges entre des acteurs de l'offre de soins qui ne se connaissaient pas auparavant. Les projections pour l'avenir ont également été envisagées, ce qui montre que cette étude a permis de mettre en évidence des pistes d'amélioration pour l'offre de soins sur ce territoire.

En conclusion, malgré quelques faiblesses, cette étude a permis de mettre en évidence de nombreuses forces, notamment la pertinence du sujet, la diversité des participants, l'approche de terrain et les résultats riches en enseignements. Elle constitue donc une contribution importante pour la compréhension de la situation de l'offre de soins sur le territoire de Maroilles.

B. Résultats principaux

1) Systeme de sante local complexe

Le premier volet de l'analyse a permis de comprendre le fonctionnement du système de santé dans le village de Maroilles. Les problèmes et les solutions exposés ont mis en lumière plusieurs acteurs de la santé qui interagissent dans un écosystème complexe.

Au centre de ce système, le lien entre le médecin et le patient représente le premier point de contact pour les soins de santé. Les para-médicaux et les médecins spécialistes gravitent autour de ce binôme et interagissent avec eux. Ces quatre entités sont en lien avec les institutions de santé telles que l'ARS et la sécurité sociale. Parallèlement à ces institutions, les élus locaux font également partie intégrante du système de soins. Tout cela est situé au cœur d'un territoire spécifique, la Sambre-Avesnois, et plus précisément le village de Maroilles.

Ces sept entités forment la trame territoriale du système de santé et ont permis de répartir les idées émises lors des entretiens selon chaque acteur concerné.

2) Des thématiques communes

Le deuxième temps d'analyse a permis de classer l'ensemble des idées recueillies en différentes thématiques. Comme indiqué dans la grille d'entretien, deux grandes familles d'idées ont été identifiées : les problématiques du territoire et les solutions pour améliorer l'offre de soins.

Nous avons observé que de nombreuses thématiques impliquaient plusieurs acteurs du système de soins, et nous avons donc choisi de nous concentrer sur les thématiques communes. Les thématiques les plus partagées étaient : l'offre de soins insuffisante, la surcharge administrative, les politiques institutionnelles inadaptées, la revitalisation des zones rurales, la création de liens et la communication, la pratique pluri-professionnelle et le travail en équipe. Nous avons également présenté les thématiques ayant recueilli le plus d'idées afin de mettre en valeur les sujets qui ont animé le débat.

Cette étude a permis de recenser 38 thématiques au total, dont 29 ont été développées en présentant les idées qui les concernent, et en les illustrant avec des schémas et des dessins mettant en scène le verbatim. Les résultats obtenus sont volumineux et reflètent les enjeux actuels qui touchent les acteurs de santé.

3) Des valeurs communes

Pour notre troisième et dernier temps d'analyse, nous nous sommes focalisés sur les résultats qui proposent des solutions aux problématiques d'offre de soins. En étudiant attentivement le Verbatim, nous avons identifié des valeurs communes partagées par tous les participants à cette thèse. Ces valeurs font l'unanimité et sont portées non seulement par les soignants, mais aussi par les citoyens et les élus locaux.

Neuf valeurs communes sont ressorties des résultats : communiquer, se rencontrer, travailler en collectivité, échanger nos pratiques, harmoniser les pratiques, faire de la pratique pluri-professionnelle, curiosité du territoire, entreprendre ensemble, indépendance et autonomie des soignants.

C. Retour d'expériences sur la démarche :

1) Le contexte

J'ai présenté dans l'introduction une problématique de santé publique : la désertification médicale. Le constat actuel est sans appel. Les zones médicales sous-denses s'accroissent d'année en année et malgré un ensemble de mesures proposées, la courbe ne s'inverse pas. En tant qu'interne de médecine générale en fin de cursus, j'ai souhaité à travers cette étude poser la question de l'implantation du médecin généraliste dans un territoire précis. Face aux zones médicales sous-denses, territoire dont je suis originaire, j'avais à cœur de comprendre comment faire venir les médecins et surtout pérenniser leur installation. En collaboration avec mon directeur de thèse, nous avons conclu que la solution ne pouvait venir que du territoire où le médecin s'implante. Ainsi, nous avons mis en place une démarche qui impliquait les habitants, les soignants et les élus locaux en allant à leur rencontre et en leur posant des questions sur l'état de l'offre de soins dans leur village, en l'occurrence le village de Maroilles.

2) Des entretiens enrichissants

J'étais un peu inquiet avant chaque groupe de discussion. Réunir des citoyens, des élus locaux et des soignants était un véritable défi pour moi et je craignais que cela ne fonctionne pas. Les élus étaient issus de différents partis politiques, ce qui me préoccupait quant à la possibilité de conflits. De plus, les relations entre les professionnels de la santé et les politiques ne sont pas toujours idéales, ce qui m'a fait douter de la réussite de cette confrontation et de la possibilité de susciter un débat constructif qui ferait émerger de nouvelles idées. Cependant, j'ai réalisé que mes inquiétudes étaient infondées.

J'ai été agréablement surpris de constater que les échanges ont été très cordiaux. Les interviews se sont déroulées dans le calme et les participants ont fait preuve d'une grande écoute. Bien qu'il y ait eu quelques échanges un peu plus animés sur certains sujets, tels que l'investissement des médecins généralistes dans la région, dans l'ensemble, tous les participants ont joué le jeu en permettant à chacun de s'exprimer librement. Cette écoute mutuelle a permis d'approfondir les idées et de creuser le fond du sujet. J'ai été surpris de constater qu'il y avait une certaine unanimité sur les avis exprimés.

3) Des résultats surprenants

En commençant cette étude, j'avais une vision floue quant aux résultats que j'allais obtenir. Je pensais naïvement que j'allais obtenir un diagnostic précis des problèmes de santé territoriaux à Maroilles. Je m'attendais à ce que les participants s'expriment sur l'état de santé de la population en évoquant des grandes pathologies telles que le diabète et l'addictologie ou des sujets de société comme la fin de vie, mais ces sujets n'ont été que très peu abordés. En fait, le domaine de la médecine n'a quasiment jamais été évoqué en détail et les discussions se sont principalement concentrées sur l'offre de soins actuelle en dépassant l'échelle du médecin généraliste.

Une grande partie du débat a porté sur les problèmes liés à l'offre de soins. Bien que l'animateur ait insisté pour recentrer le débat sur les solutions à apporter - ce qui était l'objectif principal de ma thèse -, les participants ont eu tendance à revenir sur les problèmes et à concentrer leurs idées sur les difficultés. J'ai ressenti une forme d'unité et d'unanimité dans les problèmes, mais une plus grande difficulté à s'unir et à se rassembler autour des solutions. J'ai trouvé ce constat révélateur d'un système malade créant une grande frustration chez des acteurs de santé démunis. Pour mettre en œuvre une politique de changement et orienter le système vers un état d'esprit optimiste plutôt que résigné, il est je pense nécessaire d'adopter un changement de mentalité.

J'ai été surpris par la virulence de l'ensemble des participants envers deux acteurs de santé : les médecins généralistes et les patients. J'ai résumé cela dans les résultats en utilisant les thématiques « désinvestissement des médecins » et « patientèle difficile », qui ont souvent été évoquées et ont cristallisé les débats. Ce sont les seuls sujets qui n'ont pas été unanimes et qui ont poussé certains participants à exprimer leur désarroi.

4) Un écosystème malade

En écologie, un écosystème est un ensemble formé par une communauté d'êtres vivants en interaction avec leur environnement. Les composants de l'écosystème développent un dense réseau de dépendances,

d'échanges d'énergie, d'information et de matière permettant le maintien et le développement de la vie (19). J'ai utilisé le terme "écosystème" pour caractériser le système de santé, car j'ai trouvé cette définition pertinente. Il est possible d'établir un parallèle entre les acteurs de santé d'un territoire et la "communauté d'êtres vivants" d'un écosystème. De même, le maillage du système de soins peut être assimilé au "réseau de dépendances essentiel" décrit dans la définition.

Il convient de nuancer le portrait dressé de cet écosystème, car les participants ont omis de mentionner certains acteurs importants du système de soins. Il est intéressant de souligner que la médecine parallèle, telle que l'ostéopathie et la sophrologie, ainsi que les structures de soins locales telles que les EHPAD, n'ont jamais été évoquées. De même, l'industrie pharmaceutique n'a jamais été mentionnée, bien qu'elle soit un acteur majeur du système de soin.

Dans cette discussion, j'utilise le terme d'écosystème malade car l'idée de « communauté en interaction » avec des « échanges d'énergie et d'information » n'est pas du tout ressortie de l'étude. Les professionnels de santé présents ont décrit une pratique solitaire de leur métier avec un manque criant de coordination avec les autres acteurs du système de soins. J'ai perçu une vraie détresse chez plusieurs d'entre eux, qui se sentent abandonnés et dévalorisés. Les élus et les citoyens présents ont également constaté un manque de coordination dans le système de santé. A travers les échanges, j'ai perçu une vraie défiance au sein du système de santé. Une défiance des soignants envers leur patientèle. La thématique de la « patientèle difficile », qui a monopolisé de longs échanges, en témoigne. Les soignants semblent fatigués du lien avec certains de leurs patients, décrivant une perte de confiance et de respect mutuel. Il y a aussi une défiance cette fois-ci des patients envers le médecin généraliste qui a souvent été ciblé durant les entretiens. Le manque de vocation de venir à la campagne et le manque d'investissement, selon certains participants, crée une véritable incompréhension et une inquiétude pour l'avenir. Il est ressorti plusieurs fois une forme d'agacement envers la nouvelle génération des médecins qui désertent la campagne et j'ai senti un scepticisme envers les valeurs et les nouvelles pratiques de ces médecins. Enfin, les soignants ont également exprimé une forme d'oppression de la part de la Sécurité sociale, qui semble être perçue comme un organisme autoritaire plutôt qu'un financeur travaillant en coordination avec les professionnels de santé. Je trouve cette situation inquiétante, car le trio Sécurité sociale-Patients-Médecins généralistes est au cœur de la santé et doit fonctionner de manière interdépendante pour que l'ensemble du système de soins fonctionne correctement. Si ce n'est pas le cas, je crains que l'écosystème de santé ne puisse guérir.

Malgré un diagnostic alarmant sur l'état de l'offre de soins à Maroilles, de nombreuses idées sont tout de même ressorties de cette thèse et ont ouvert de belles perspectives.

5) Un nouveau modèle économique

Je ne m'attendais pas à avoir une remise en question si forte du système libéral et du système de conventionnement. Principalement deux groupes ont abordé ces sujets mais en les développant et en abordant des problématiques de fond. Il est ressorti, et de manière unanime, que le système libéral actuel n'était peut-être plus idéal pour répondre à la problématique des déserts médicaux. La liberté d'installation et d'exercice est vue comme un droit de moins en moins adapté à l'époque et comme un frein à la répartition homogène des médecins sur le territoire. L'idée du salariat a souvent été avancée comme la solution pour palier à la désertification et à la demande de confort grandissant des nouveaux médecins généralistes.

Le système du conventionnement lui aussi a été remis en question. La défiance entre soignant et sécurité sociale a poussé plusieurs soignants à repenser le lien et évoquer un système avec plus d'indépendance et d'autonomie des soignants dans leur pratique. Sans proposer un nouveau modèle de financement, l'impression d'être surveillé voire dirigé par les institutions comme l'ARS et la CPAM crée, selon plusieurs soignants, le sentiment d'être dépossédé du cœur de son métier. Des modèles économiques différents ont été proposés comme le déconventionnement ou encore l'appropriation de la médecine générale par le secteur privé avec des salariés médecins n'ayant plus de lien avec la CPAM. Ces résultats recroisent les travaux effectués par l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé) qui est une institution qui réfléchit au modèle économique du système de soin (20).

6) Un avenir à construire en commun

Malgré un constat alarmant quant à l'état du système de santé, j'ai été frappé par l'engagement et la volonté de tous les participants à trouver des solutions. Les problématiques abordées ont suscité un consensus entre les quatre groupes de discussion, ce qui constitue pour moi la principale conclusion de cette étude. Mon objectif était de faciliter l'installation d'un médecin généraliste en rencontrant les acteurs de santé d'une région défavorisée, et ces échanges ont révélé des valeurs communes qui, à mon sens, constituent la boîte à outils dont un médecin devrait se saisir en s'installant à Maroilles.

La clé réside dans la nécessité d'établir une communication efficace entre les acteurs de santé. La solitude des soignants a été mise en avant, soulignant ainsi l'importance de créer des liens entre les professionnels afin de faire face ensemble aux difficultés actuelles. Cette approche d'ouverture envers les autres doit impliquer tous les acteurs, y compris les élus et les institutions. Plusieurs solutions ont été proposées,

telles que la création de cabinets médicaux, l'utilisation d'outils partagés, la mise en place de Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) ou l'intégration d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS). Cependant, il est crucial de se connaître et de se rencontrer avant tout. Apprendre à communiquer efficacement est donc au cœur de la problématique et représente également la solution pour surmonter les défiances grandissantes entre les différents acteurs de santé. Ces temps d'enthousiasme collectif entre soignants ont permis de créer une dynamique humaine autour de valeurs communes et pourquoi pas permettre de dessiner les premiers traits d'un futur projet commun prometteur pour l'avenir.

D. Confrontation à d'autres travaux

Nous avons confronté nos résultats et les conclusions des analyses à de précédentes études et recherches sur ces sujets pour voir si des méthodologies équivalentes avaient déjà été réalisées et si c'était le cas, si les résultats concordaient.

1) Ecosystème de santé rural malade, un constat partagé

En juillet 2022, une étude menée par l'Université de Bordeaux a posé la question de l'accès aux soins face aux défis de la désertification médicale à l'échelle nationale (21). Dans son introduction, cette recherche dresse une bibliographie sur l'état de l'offre de soins en milieu rural et en explique les origines. Le constat est que les inégalités dans la répartition de l'offre de soins sur le territoire national relèvent d'une organisation de type "centre-périphérie" (Krugman, 1991) (22). Ce phénomène se traduit par la formation de vastes centres urbains qui concentrent les activités économiques, tandis que les régions périphériques, souvent exclues de ce développement, se retrouvent marginalisées. D'un côté, les centres, qui sont ouverts sur le monde et génèrent de la valeur, attirent les populations et les activités économiques des autres régions. De l'autre, les périphéries sont progressivement abandonnées et leurs conditions socio-économiques continuent de se détériorer, créant des inégalités démographiques, sociales et économiques ainsi que des disparités dans l'accès aux soins de santé. "En l'état, si l'offre de soins reste constante et en raison des modifications démographiques, la situation des déserts médicaux va mécaniquement se tendre" (Vernay et al., 2015 ; Bontron, 2013). Ce constat d'inégalité d'offre de santé correspond au diagnostic posé sur le territoire de Maroilles.

La conclusion est particulièrement intéressante car elle est en lien direct avec notre étude. Elle propose que, à l'échelle départementale et locale, des analyses opérationnelles et expérimentales soient menées afin d'appréhender l'impact des initiatives locales dans la lutte contre la dépopulation médicale. Cette méthodologie est similaire à celle que nous avons employée en rencontrant les acteurs locaux de la santé. L'étude conclut en défendant, tout comme nos résultats, l'importance fondamentale du développement territorial. La dynamique de développement du territoire ainsi que la présence de services et d'équipements publics sont présentés comme des facteurs clés qui influencent l'installation des médecins. Nous retrouvons ainsi la proposition centrale de notre recherche : "revitaliser la campagne".

Une autre étude, publiée en 2013 dans la revue "Gérontologie et société" sous le titre "L'accès aux soins des personnes âgées en milieu rural : problématiques et expériences", soulève également la question de l'inégalité d'offre de soins en milieu rural (23). Cette étude observationnelle se penche sur les problèmes de mobilité rencontrés en milieu rural en calculant les délais d'accès aux soins, en particulier pour les personnes âgées. Les résultats corroborent les observations de notre étude : l'accès aux médecins généralistes et spécialistes est de plus en plus difficile. Le temps d'accès aux soins et à un médecin généraliste a été estimé par l'IRDES à une moyenne de 20 minutes de voiture pour plus de 25% de la population résidant en zone rurale en France. Il est intéressant de noter que cette étude date de 2013 et que, à cette époque, la zone de Maroilles était considérée comme bien couverte car plus de 95% de la population avait accès à un médecin généraliste en moins de 20 minutes.

Cette étude souligne également le constat du manque d'installation de médecins généralistes et confirme la problématique de la "raréfaction des médecins généralistes", largement évoquée lors de nos échanges. Elle présente les chiffres de l'installation de médecins généralistes au fil des années. Entre 1988 et 2010, sur les 36 571 communes de France, en moyenne seulement 6 nouvelles communes précédemment démunies ont accueilli un nouveau médecin généraliste, contre plus de 200 entre 1970 et 1988. Ces chiffres alarmants confirment la tendance à la désertification médicale.

Un article publié en 2016 sous le titre « Dépeuplement rural et offre de soins de premiers recours : quelles réalités et quelles solutions ? » propose un diagnostic territorial de l'état de santé des campagnes (24). Selon cet article, « des changements sociologiques tels que les choix organisationnels et les comportements d'installation des jeunes médecins généralistes renforcent les inégalités constatées. En effet, une moindre attractivité pour l'exercice libéral, des aspirations à une durée de travail hebdomadaire réduite, la féminisation de la profession, et le rôle du cadre de vie dans les choix d'implantation, favorisent l'installation en milieu urbain » (Aulagnier et al., 2007 ; Dussault, 2006). Ce court extrait synthétise une grande partie des idées abordées lors des focus group à Maroilles et montre que le constat posé à cette échelle locale rejoint un constat partagé à l'échelle nationale.

2) Des solutions et valeurs communes partagées

3)

Le même article examine également les solutions possibles (24). Tout d'abord, il passe en revue les différentes propositions déjà mises en place, telles que les bourses d'études, la majoration des honoraires et les exonérations fiscales, ainsi que l'accompagnement progressif vers le regroupement pluri-professionnel. Ensuite, il présente ses conclusions sur la mise en place de modes de pratique partagée. Comme les thèmes abordés dans nos discussions - créer du lien, pratiquer en équipe pluri-professionnelle et travailler en équipe -, il constate que cette méthode de travail se développe et est présentée par les

professionnels de la santé comme une nouvelle pratique attrayante. Il est souligné que ce mode de fonctionnement ne permet pas de soigner davantage et de répondre à la désertification médicale, mais plutôt de repenser les façons de faire pour créer un environnement de travail attractif pour les jeunes et nouveaux médecins généralistes en milieu rural.

Un article intitulé « Santé en milieu rural : réalités et controverses », extrait de la revue « POUR » en 2012, aborde deux des valeurs communes développées dans nos résultats, à savoir « communiquer et se rencontrer régulièrement » (25). Cet article, rédigé par des élus locaux, traite de la nécessité d'être ensemble dans ce domaine. Les auteurs expliquent que « la concertation et le dialogue sont absents et les élus tenus à distance. La présence d'un professionnel de santé – médecin, pharmacien... – est un bien précieux. Elle doit se penser autour de projets de territoires qui intègrent l'enjeu du maillage médical ». Ils proposent plusieurs solutions pour améliorer l'offre de soins, qui correspondent bien à celles évoquées par les participants, telles que l'intervention dans la formation des jeunes médecins, la valorisation de l'image de la ruralité, le développement de l'usage des technologies de l'information et de la communication et la valorisation des échanges entre élus et soignants. Enfin, ils ouvrent le débat sur la liberté d'installation, sujet clivant qui a été au cœur de vifs débats durant nos entretiens.

Notre recherche bibliographique a révélé que des rencontres entre acteurs de la santé ont déjà eu lieu par le passé, bien que dans des contextes différents. Par exemple, dans le département de l'Indre, une rencontre a été organisée par le parc naturel régional de la Brenne en réponse à l'élaboration d'un Contrat Local de Santé (CLS) (26). Les objectifs de cette rencontre étaient de permettre aux professionnels de la santé de se rencontrer, d'échanger et de repenser la santé. L'initiative, organisée selon une méthodologie similaire à la nôtre, avait pour fil rouge « la promotion de la santé dans toutes les pratiques et toutes les politiques ». Bien qu'il ne nous ait pas été possible de retrouver la date précise de cet échange, il est intéressant de constater que des initiatives similaires existent ailleurs.

4) Communication interprofessionnelle (CIP), le relationnel au cœur du projet

En mars 2021, Florent DESMET a présenté sa thèse de médecine générale à Lille, portant sur les communications interprofessionnelles au sein des MSP des Hauts-de-France (27). « Depuis plusieurs années, la relation interprofessionnelle dans le milieu de la santé fait l'objet d'un intérêt grandissant. Le champ de connaissances médicales s'est considérablement étendu et un seul soignant ne peut détenir tout le savoir nécessaire pour une prise en charge optimale d'un patient » (28). Pour sa recherche, il s'est appuyé sur le travail de Madame Danielle D'amour, docteur en santé publique, qui a identifié trois déterminants clés de la CIP : le soutien systémique des pouvoirs publics, l'organisation de la structure autour d'un projet de santé et une dimension relationnelle essentielle (29).

Les participants dans notre étude ont identifié des solutions communes, notamment le travail d'équipe, la mise en place d'outils communs et la pratique pluri-professionnelle. Dans sa discussion, Florent DESMET souligne que ces solutions ne suffisent pas à garantir un projet pérenne. En effet, un simple regroupement ne garantit pas nécessairement une dynamique pluri-professionnelle. Florent DESMET explique que les temps conviviaux, qui vont au-delà de l'aspect purement professionnel, sont essentiels pour créer une dynamique humaine efficace et que les projets de MSP qui négligent l'aspect relationnel peuvent échouer.

Ce constat revient sur l'un des résultats fondamentaux de notre recherche : « le soignant porteur de projet ». En effet, le soignant doit être au cœur du projet de MSP et être impliqué dès l'écriture du projet de santé. Sans cela, il peut y avoir des différences d'opinion sur une pratique commune et des divergences de points de vue, compromettant ainsi la dynamique de la MSP. La première étape d'une MSP pour avoir cet élément central qu'est le relationnel nécessite donc un noyau d'acteurs de santé soudé avec un objectif commun pour mettre en place une CIP de qualité et éviter la création redoutée de « coquilles vides » qui fleurissent dans les campagnes.

5) Des déserts médicaux aux oasis de santé

Dans un ouvrage intitulé « Médecine et santé dans les campagnes, approches historiques et enjeux contemporains », Guy Vallancien, Professeur honoraire d'urologie à l'université Paris-Descartes et membre de l'Académie nationale de médecine, présente son modèle d'oasis de santé (30). Il plaide en faveur d'une réforme profonde de la médecine générale, en particulier dans les zones rurales, considérant cette évolution comme une opportunité pour les régions les plus fragiles. Sa démonstration repose sur deux grands axes. Le premier consiste à créer un nouveau maillage territorial et à mieux informer la

population. Pour cela, il encourage la dynamique des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) et des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), en favorisant les échanges entre médecins généralistes, spécialistes et paramédicaux grâce aux nouveaux outils numériques tels que la télémédecine et la téléconsultation. Il estime également que l'éducation des patients est essentielle pour faciliter cette coordination et éviter une surconsommation de soins. Le deuxième axe concerne les nouvelles pratiques. Il préconise le travail en équipe et la relation comme étant au cœur des soins, tout en considérant que le médecin doit rester coordinateur, mais dans un système horizontal de respect mutuel. En conclusion, Guy Vallancien propose un système de soins fluide et interconnecté qui repense dans son ensemble le système de santé actuel : « Sortons de nos vieilles habitudes. Embarquons-nous dans l'exercice d'une médecine de proximité rénovée dans ses moyens et portée par les outils numériques les plus performants, priorisant la prévention et le diagnostic précoce à l'aide des innovations qui déferlent ».

Après le terme "écosystème" emprunté à la biosphère, le terme "oasis" trouve bien sa place dans les réflexions que nous portons (31). Se définissant comme un lieu reposant et agréable dans un milieu hostile, nous pouvons faire un parallèle entre l'écosystème malade diagnostiqué et l'oasis de santé comme remède.

Nous avons trouvé particulièrement intéressant de constater la concordance entre nos résultats et les recherches bibliographiques ultérieures. Cette étude met en évidence que la participation citoyenne, de plus en plus demandée sur le plan politique, peut être bénéfique. Il suffit de rassembler les acteurs de santé d'un village défavorisé autour d'une table pour établir un diagnostic territorial précis et, surtout, esquisser les grandes lignes des solutions à venir visant à améliorer le système de santé. Cette thèse a surtout l'intérêt d'appuyer l'importance de la consultation des acteurs de santé et la présence sur le terrain pour en saisir les enjeux. Cette démarche et ces questionnements rejoignent ce qu'on appelle la démarche communautaire (32). L'action communautaire est une des cinq stratégies de la promotion de la santé. « Elle part du postulat que pour améliorer la santé des populations, il est essentiel que les personnes vivant en proximité, les communautés, s'impliquent dans les projets ; qu'elles définissent leurs besoins communs, cherchent ensemble une réponse, des moyens, et s'organisent pour y arriver ».

E. Perspectives

1) Création d'un projet commun. Une MSP dans l'Avesnois ?

Comme pour toute étude, il existe un critère de jugement principal ainsi que des critères secondaires. Bien que la problématique de l'offre de soins et l'installation d'un médecin généraliste sur Maroilles aient constitué l'objectif principal de cette thèse, son objectif secondaire était de peut-être poser la première pierre d'un projet commun en rassemblant des soignants et de créer une structure telle qu'une maison de santé pluri-professionnelle (MSP). Dans son livre intitulé "Monter et faire vivre une Maison de Santé" publié pour la première fois en 2010, Pierre de Haas partage son expérience des projets de santé collectifs (33). Dans cet ouvrage, l'auteur décortique le mécanisme de la construction d'une maison de santé à partir de quatre expériences récentes. Après une présentation des parties prenantes, il détaille les six briques porteuses de l'édifice : approche territoriale, dynamique d'équipe, montage juridique, financement, immobilier, projet de santé et projet professionnel (34). Il insiste sur la dynamique humaine comme étant la pierre angulaire de la réussite, mettant en avant l'importance de travailler sur les aspirations de chacun, le partage des valeurs, des horaires de travail et des outils (35).

En élaborant la méthode de cette thèse, nous avons envisagé qu'elle pourrait être la première étape vers la création d'une structure de soins future. En réunissant des professionnels de santé et des élus locaux, nous espérions créer un lieu de rencontre pour les acteurs de santé d'un territoire sous-doté en médecins. Nous ne voulions pas que ces échanges soient éphémères, mais plutôt qu'ils constituent le début d'un projet commun et pourquoi pas la première pierre d'une MSP dans le secteur de Maroilles ou dans les environs.

Après avoir analysé les résultats, nous avons constaté que le travail d'équipe et la pratique pluri-professionnelle étaient des valeurs qui ressortaient le plus des échanges. Nous avons également remarqué une véritable envie de la part des professionnels de santé de se rencontrer et de mieux se connaître, souvent surpris de se rencontrer pour la première fois. Comme décrit dans ma bibliographie, le relationnel est la pierre angulaire d'un projet commun et j'espère que cette thèse aura permis de tisser ces liens fondamentaux. L'heure est encore à la rédaction mais sur le terrain, ces quatre rencontres nous ont rapprochés et aujourd'hui, je suis convaincu qu'une dynamique est en cours et qu'un projet commun verra bientôt le jour.

2) Mise en place d'une méthode reproductible

Cette thèse a été élaborée en partenariat avec la FEMAS (Fédération des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France). Sylvain Derensy, coordinateur de la FEMAS, a été l'animateur de cette étude, tandis que Sylvain Duriez, vice-président, en a assuré la direction.

La FEMAS Hauts-de-France est une association loi 1901 résultant de la fusion de la Fédération Picarde des Maisons et Pôles de Santé et de la FEMASNORD, Fédération des Maisons et Pôles de Santé Nord-Pas-de-Calais, qui existe depuis 2011. Elle a été créée par et pour les professionnels de santé exerçant en structures d'exercice coordonné avec pour objectif de promouvoir l'exercice coordonné en soins primaires (36). L'association apporte une expertise et un soutien aux structures d'exercice coordonné, aux équipes de soins primaires (ESP) et notamment aux maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).

Notre deuxième objectif secondaire était de rendre cette recherche reproductible. En collaboration avec la FEMAS, nous souhaitions appliquer cette méthode dans un village en difficulté, rencontrer les acteurs de santé, établir un diagnostic des difficultés et recueillir les idées de chacun afin de proposer une solution adaptée au territoire étudié. Cette thèse représentait une opportunité de tester une nouvelle proposition pour lutter contre les zones médicales sous-denses.

Les résultats de cette étude ont été concluants, permettant ainsi d'établir un diagnostic complet et de mettre en avant un ensemble de solutions. Aujourd'hui, la perspective est de reproduire cette forme de recherche avec la FEMAS en appliquant cette méthode dans d'autres territoires des Hauts-de-France touchés par la raréfaction des médecins généralistes. Nous avons constaté que la méthode de recherche que nous avons utilisée était très chronophage. Les entretiens se sont étalés sur plusieurs jours, la transcription des enregistrements, qui ont duré plus de sept heures, et l'analyse ont pris plusieurs mois de travail. Si cette méthode est reproduite, nous pourrions proposer de répartir les groupes de discussion sur une journée et d'en organiser trois pour simplifier la logistique et limiter les déplacements de l'animateur. La transcription a été confiée à un organisme externe, ce qui a été très bénéfique en termes de gain de temps. Quant à l'analyse, elle nécessite une écoute et une lecture attentives pour tirer le maximum d'idées émises par les participants. Il faudra donc consacrer une personne à cette tâche. Ce sont quelques-uns des conseils que nous proposons pour faciliter la reproduction de ce travail.

3) Repenser l'offre de soins et dépasser les acteurs de santé classiques

"La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité [...] elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des États. [...] Une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations." Citation de la constitution de l'OMS 1948 (37).

La dernière perspective que je souhaitais aborder est beaucoup plus personnelle. J'ai compris à travers cette thèse que l'offre de soins devait être repensée. Les espaces de dialogue entre les acteurs de la santé sont pauvres et doivent être réinventés. Les participants ont souligné l'importance de tisser des liens entre les soignants, les patients et les élus, conformément aux recommandations de l'OMS pour favoriser le bien-être global. Actuellement, les soignants sont perçus comme les détenteurs du savoir médical, en haut de la pyramide des soins. Je pense que cette vision doit être élargie. L'offre de soins se résume-t-elle juste à une simple interaction entre le patient et le médecin ? L'offre alimentaire, sociale, culturelle et éducative ne font-elles pas également partie intégrante de l'offre de santé ? Cette réflexion m'a amené à repenser mon métier et à considérer les acteurs de la santé de manière beaucoup plus large que je ne l'aurais imaginé. Par exemple, je pense que les maraîchers, les associations culturelles, les clubs de sport et les enseignants ont tous un rôle à jouer dans la santé et le bien-être global, et qu'il est important de créer des liens entre ces différents corps de métiers. Les résultats de cette étude ont révélé un manque de communication entre les professionnels de la santé et je pense que ce constat s'applique à l'ensemble de la société. Je suis convaincu qu'un projet commun est réalisable à une échelle bien plus grande que celle des maisons de santé. Il ne s'agit pas nécessairement de créer un lieu physique, mais plutôt de fournir des outils et un cadre pour permettre à tous les acteurs du soin de communiquer en plaçant le patient - voire le citoyen - au cœur de cette nouvelle réflexion.

V. CONCLUSION

L'objectif de cette étude était de trouver des solutions pour répondre au problème des déserts médicaux et faciliter l'installation d'un nouveau médecin généraliste en rencontrant les acteurs de santé d'un territoire défavorisé. Nous avons choisi le village de Maroilles et mené quatre entretiens de groupe avec des soignants, des élus locaux et des citoyens.

Les résultats ont mis en évidence les problématiques concernant l'offre de soins et les solutions possibles. Le premier temps de l'analyse a permis d'examiner le fonctionnement du système de santé dans le village de Maroilles, ce qui nous a permis de dresser le portrait d'un écosystème de santé complexe et fragile. Dans un deuxième temps, nous avons identifié des thématiques communes aux différents acteurs de santé, ce qui nous a permis de diagnostiquer les difficultés et de présenter les propositions communes partagées par les participants pour améliorer le système de soins. Dans un dernier temps, notre analyse s'est concentrée sur les solutions proposées par les participants et neuf valeurs communes sont ressorties. Nous concluons que ces valeurs pourraient être présentées à un futur médecin généraliste pour qu'il puisse s'intégrer au mieux au territoire où il s'installe et à sa complexité.

En effectuant une bibliographie à partir des résultats obtenus, de nombreuses similitudes et constats ont été révélés à l'échelle nationale. Plus particulièrement, des valeurs communes ont été identifiées et de nombreuses études ont déjà souligné l'importance de ces idées novatrices en matière de travail en équipe.

A l'avenir, le protocole de cette étude pourrait être utilisé dans d'autres zones médicales sous-denses comme outil pour mieux comprendre les enjeux de l'offre de soins et trouver des solutions adaptées provenant du terrain et des acteurs de santé. Une deuxième perspective de cette étude serait de poursuivre les échanges initiés à travers les entretiens et de créer une dynamique de soignants. Le travail en équipe et la pratique pluri-professionnelle sont les valeurs marquantes issues de notre recherche, et nous espérons que ces échanges entre acteurs de santé permettront de poser les premières briques d'un futur projet commun.

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard [Internet]. Sénat. 2023 [cité 18 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-589.html>
2. Accès aux soins : rétablir l'équité territoriale face aux déserts médicaux [Internet]. vie-publique.fr. 2022 [cité 26 avr 2023]. Disponible sur : <http://www.vie-publique.fr/en-bref/284823-acces-aux-soins-quelle-equite-territoriale-face-aux-deserts-medicaux>
3. DGOS. Accès aux soins : pourquoi et comment identifier les zones sous-denses en médecins ? [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/zonage-medecin>
4. Zonage Hauts-de-France [Internet]. URPS Médecin libéraux Hauts de France. [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.urpsml-hdf.fr/zonage/>
5. Zonage médecins libéraux en Hauts-de-France : trouvez votre commune [Internet]. 2022 [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/zonage-medecins-liberaux-en-hauts-de-france-trouvez-votre-commune>
6. « -70% de médecins depuis 2000 », le casse-tête de l'offre médicale dans le territoire Sambre-Avesnois [Internet]. France 3 Hauts-de-France. 2021 [cité 26 avr 2023]. Disponible sur : <https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/nord-0/avesnois/sambre-avesnois-aulnoye-aymeries-70-de-medecins-depuis-2000-le-casse-tete-de-l-offre-medicale-2341732.html>
7. Maroilles (Nord). In: Wikipédia [Internet]. 2022 [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Maroilles_\(Nord\)&oldid=199630931](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Maroilles_(Nord)&oldid=199630931)
8. Brochure PTS ARS HDF.pdf [Internet]. [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2017-06/Brochure%20PTS%20ARS%20HDF.pdf>
9. DGOS. Le principe du CESP [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp>
10. ptmg-une-mesure-incitative-05-07-2013.pdf [Internet]. [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/ptmg-une-mesure-incitative-05-07-2013.pdf>
11. Enquête sur les déterminants à l'installation [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/enquete-determinants-linstallation>
12. doc_num.pdf [Internet]. [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: https://crehpsy-documentation.fr/doc_num.php?explnum_id=774

13. Onwuegbuzie AJ, Dickinson WB, Leech NL, Zoran AG. A Qualitative Framework for Collecting and Analyzing Data in Focus Group Research. *Int J Qual Methods*. 1 sept 2009;8(3):1-21.
14. Aubin-Auger I, Cadwallader J-S, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, Peltier A, Lebeau J-P directeur. *Initiation à la recherche qualitative en santé*. France : Co-édition Global média santé et CNGE; 2021.
15. Mougeot F, Robelet M, Rambaud C, Occelli P, Buchet-Poyau K, Touzet S, et al. L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France : une revue narrative de la littérature entre sciences sociales et santé publique. *Santé Publique*. 2018;30(1):73-81.
16. Baumgartner TA, Strong CH, Hensley LD. *Conducting and Reading Research in Health and Human Performance*. McGraw-Hill; 2001. 456 p.
17. L.Morgan D. *Focus Groups as Qualitative Research* [Internet]. SAGE Publications, Inc.; 1997 [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: <https://methods.sagepub.com/book/focus-groups-as-qualitative-research>
18. *Focus Groups* [Internet]. Sage Publications Inc. 2023 [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: <https://us.sagepub.com/en-us/nam/focus-groups/book243860>
19. ÉCOSYSTÈMES - Encyclopædia Universalis [Internet]. [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/ecosystemes/>
20. Irdes [Internet]. [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/publications.html>
21. RAPPORT CBD.pdf [Internet]. [cité 26 avr 2023]. Disponible sur : <https://cnrs.hal.science/hal-03740395/file/RAPPORT%20CBD.pdf>
22. Coissard S. Perspectives. La nouvelle économie géographique de Paul KRUGMAN. Apports et limites. *Rev D'Économie Régionale Urbaine*. 2007;mai(1):111-25.
23. Bontron JC. L'accès aux soins des personnes âgées en milieu rural : problématiques et expériences. *Gérontologie Société*. 2013;36 / 146(3):153-71.
24. Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y, Rican S, Salem G. Dépeuplement rural et offre de soins de premiers recours : quelles réalités et quelles solutions ? *Espace Popul Sociétés Space Popul Soc* [Internet]. 20 mars 2016 [cité 26 avr 2023];(2015/3-2016/1). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/eps/6177#tocto1n7>
25. Berberian V. Médecine de campagne : ne plus attendre. *Pour*. 2012;214(2):120-4.
26. SAURET E. Une rencontre pour les acteurs de la santé [Internet]. [cité 26 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.parc-naturel-brenne.fr/le-parc/le-parc-en-action/developpement-local/territoireet-sante/rencontre-sante>

27. Desmet Florent. Niveau de collaboration interprofessionnelle au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles. Thèse de médecine générale. Université de Lille ; Mars 2021.
28. Oandasan I, Reeves S. Key elements of interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. J Interprof Care. 1 mai 2005;19(sup1):39-48.
29. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Serv Res. 21 sept 2008;8(1):188. p 401-5.
30. Bolton M, Fournier P, Grimmer C directeur. Médecine et santé dans les campagnes, Approches historiques et enjeux contemporains. Bruxelles (Belgique) : Edition Peter Lang ; 2019.
31. oasis - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert [Internet]. [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/oasis>
32. Démarche participative - La démarche communautaire en santé [Internet]. [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23864/mod_resource/content/1/co/demarche_communautaire.html
33. Pierre de Haas. Monter et faire vivre une maison de santé. Édition Le Coudrier ; 2010.
34. Monter et faire vivre une maison de santé - Édition 2015 - Pierre De Haas (EAN13 : 9782919374113) | Editions Le Coudrier - Savoirs et savoir-faire en santé [Internet]. Edition Le Coudrier. [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.edition-lecoudrier.fr/produit/5/9782919374113/monter-et-faire-vivre-une-maison-de-sante>
35. Les 6 briques d'une maison de santé [Internet]. 2019 [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=wf7gS9vTZVQ>
36. Bienvenue sur le site de la FEMAS Hauts-de-France [Internet]. Fédération des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France. [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.femas-hdf.fr/>
37. Constitution [Internet]. [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

Serment d'Hippocrate

*« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle
aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments,
physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur
état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou
menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes
connaissances contre les lois de l'humanité.*

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer
les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer
par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur
des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne
provoquerai jamais la mort délibérément.*

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

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

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois
deshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque »*

AUTEUR : Nom : BRASSART

Prénom : Simon

Date de soutenance : 24 mai 2023

Titre de la thèse : Accompagnement de l'installation d'un médecin généraliste : étude qualitative par focus group avec les acteurs de santé de Maroilles

Thèse - Médecine - Lille « 2023 »

**Cadre de classement : Médecine Générale
DES + FST/option : *DES de Médecine Générale***

Mots-clés : Médecine générale, Zone médicalement sous-équipée, Prestations des soins de santé, Diagnostic territorial.

Résumé :

Introduction : la préoccupation démographique de l'offre de soins en médecine générale est croissante en France. Malgré la mise en place de nombreuses mesures, les zones sous-dotées en médecins généralistes continuent d'augmenter. L'objectif visé de cette étude est de répondre à cette problématique en menant une démarche pro-active dans le village de Maroilles, un territoire sous-doté, pour faciliter l'installation d'un médecin généraliste.

Méthode : étude qualitative par focus group auprès des acteurs de santé de Maroilles : les soignants, les élus locaux et les citoyens. Les entretiens ont été menés par un animateur qui a abordé les problèmes d'offre de soins et les solutions à apporter. La méthode de sélection par échantillonnage raisonné et homogène a été utilisée.

Résultats : 22 acteurs de santé de Maroilles ont participé aux échanges, répartis en quatre focus group. Le premier constat posé est celui d'un écosystème de santé complexe, impliquant sept acteurs de santé. Parmi les 470 idées analysées dans le verbatim, 38 thématiques sont ressorties, réparties entre les problématiques de soins et les solutions proposées par les participants. Les thématiques les plus communes ont été développées, suivies de celles les plus fréquemment évoquées. L'écosystème de santé actuel de Maroilles est décrit comme étant malade, avec de nombreuses difficultés telles qu'une offre de soins insuffisante, un désinvestissement des médecins et une surcharge administrative. De nombreuses solutions ont été proposées, synthétisées en neuf valeurs communes à l'ensemble des acteurs de santé. Les valeurs de communication, de collaboration et de respect mutuel ont été les plus souvent citées.

Discussion : La bibliographie menée sur les résultats a confirmé le diagnostic national commun concernant la désertification médicale. Cette étude a montré l'intérêt de s'appuyer sur les acteurs locaux et le territoire pour aborder ces problématiques. La première perspective serait de répéter cette démarche sur d'autres territoires souffrant des mêmes difficultés pour évaluer l'état de l'offre de soins et identifier des solutions. La seconde perspective serait de capitaliser sur ces échanges pour générer une dynamique humaine entre soignants, créer un projet commun et poser les premières briques d'une possible Maison de Santé Pluri-professionnelle.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Philippe AMOUYEL

**Assesseeurs : Monsieur le Professeur Benoit VALLET
Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Sylvain DURIEZ

