HAL
open science

Recueil des attentes et du ressenti des professionnels de santé participant aux réunions de territoire du plan démographie Meuse 2007/2017 : étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Laure-Isabelle Thietry Gonnand

To cite this version:

Laure-Isabelle Thietry Gonnand. Recueil des attentes et du ressenti des professionnels de santé participant aux réunions de territoire du plan démographie Meuse 2007/2017 : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Sciences du Vivant [q-bio]. 2012. hal-01734122

HAL Id: hal-01734122

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734122

Submitted on 14 Mar 2018

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

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

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
2012

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

par

Laure-Isabelle THIETRY
épouse GONNAND

le 29 Juin 2012

RECUEIL DES ATTENTES ET DU RESSENTI DES PROFESSIONNELS DE SANTE PARTICIPANT AUX REUNIONS DE TERRITOIRE DU PLAN DEMOGRAPHIE MEUSE 2007/2017 : ETUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGES

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN	Président
M. le Professeur Serge BRIANCON	Juge
M. le Professeur Jean-Marc BOIVIN	Juge
M. le Docteur Paolo DI PATRIZIO	Juge
Mme le Docteur Éliane PIQUET	Juge
M. le Docteur Olivier BOUCHY	Juge et Directeur

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
2012

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

par

Laure-Isabelle THIETRY
épouse GONNAND

le 29 Juin 2012

RECUEIL DES ATTENTES ET DU RESSENTI DES PROFESSIONNELS DE SANTE PARTICIPANT AUX REUNIONS DE TERRITOIRE DU PLAN DEMOGRAPHIE MEUSE 2007/2017 : ETUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGES

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN	Président
M. le Professeur Serge BRIANCON	Juge
M. le Professeur Jean-Marc BOIVIN	Juge
M. le Docteur Paolo DI PATRIZIO	Juge
Mme le Docteur Éliane PIQUET	Juge
M. le Docteur Olivier BOUCHY	Juge et Directeur

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

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

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

DOYENS HONORAIRES

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

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

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

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Professeur Bernard FOLIGUET
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2ème sous-section : *(Physiologie)*
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT
3ème sous-section : *(Biologie Cellulaire)*
Professeur Ali DALLOUL
4ème sous-section : *(Nutrition)*
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI
3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA
2ème sous-section : *(Médecine et santé au travail)*
Professeur Christophe PARIS
3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*
Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY
Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : *(Immunologie)*
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE
4ème sous-section : *(Génétique)*
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1ère sous-section : *(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)*
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ
Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER
2ème sous-section : *(Réanimation médicale ; médecine d'urgence)*
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT
Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET
4ème sous-section : *(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)*
Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : *(Neurologie)*

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

2ème sous-section : *(Neurochirurgie)*

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

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

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : *(Rhumatologie)*

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

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

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

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

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

2ème sous-section : *(Cardiologie)*

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

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

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

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

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

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

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

3ème sous-section : *(Néphrologie)*

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : *(Urologie)*

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

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

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1ère sous-section : *(Pédiatrie)*

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)*

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*
Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ
3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Docteur Aude BRESSENOT

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER
Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)
Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT
Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND
Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*
Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN
2ème sous-section : *(Parasitologie et mycologie)*
Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
2ème sous-section *(Médecine et Santé au Travail)*
Docteur Isabelle THAON
3ème sous-section *(Médecine légale et droit de la santé)*
Docteur Laurent MARTRILLE
4ère sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*
Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*
Docteur Lina BOLOTINE
3ème sous-section : *(Immunologie)*
Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT
4ème sous-section : *(Génétique)*
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50ème Section : RHUMATOLOGIE
1ère sous-section : *(Rhumatologie)*
Docteur Anne-Christine RAT
3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*
Docteur Laure JOLY

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
3ème sous-section :
Docteur Olivier MOREL
5ème sous-section : *(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)*
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER
40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER

66ème section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale
Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Arnaud MASSON

========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY
Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Michel BOULANGÉ – Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

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

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

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

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

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

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

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

Professeur de Médecine Interne

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

Votre regard et vos conseils sur ce sujet de thèse nous ont été précieux.

Pour votre disponibilité, votre écoute et pour votre accompagnement dans notre travail, veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Serge BRIANCON

Professeur d'Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention

Pour l'honneur que vous nous faites en siégeant dans le jury de cette thèse, recevez l'expression de notre sincère gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Jean-Marc BOIVIN

Professeur des Universités de Médecine Générale

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de faire partie de notre jury de thèse.

Veuillez trouver ici, l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre profonde considération.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Docteur Paolo DI PATRIZIO

Maître de Conférences associé en Médecine Générale

Nous vous sommes reconnaissant pour votre accueil, vos conseils et votre disponibilité.

Nous vous remercions de juger notre travail.

A NOTRE JUGE ET MAITRE

Madame le Docteur Éliane PIQUET

Médecin Généraliste à l'ARS, Responsable de la Direction Territoriale de la Meuse

Vous nous accordez votre attention en participant à ce jury.

Recevez ici toute notre gratitude.

A NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Olivier BOUCHY

Médecin Généraliste à Revigny-sur-Ornain en Meuse

Vous avez été présent à chaque étape de la réalisation de ce travail, de l'initiation du projet à sa finalisation.

Merci pour votre disponibilité, vos précieux conseils et votre soutien.

Recevez l'expression de ma sincère gratitude.

A ma famille, et tout particulièrement,

A Julien, mon cher et tendre, toujours présent dans les moments difficiles à m'encourager et à croire en moi. Merci d'être toi, d'être là.

A mes deux rayons de soleil, Oscar et Hortense, plein de vie, qui me rappelle où est l'essentiel. Merci pour votre amour.

A mes parents, qui ont cru en moi depuis mon plus jeune âge. Merci pour votre soutien et vos encouragements. Ça y est, j'ai enfin fini mes études !

A ma sœur. Merci pour ta confiance. Ton investissement dans cette thèse n'a pas été des moindres, ma précieuse relectrice, et que de discussions syntaxiques et linguistiques nous avons eues ! A ton soutien.

A Nicolas, bien plus qu'un beau-frère, qui m'encourage depuis 19 ans pour qu'un jour je réalise mon rêve.

A mon frère, Xavier, pour ses encouragements. Merci pour notre complicité. A Florence, qui sera bientôt ma belle-sœur (tout mes vœux de bonheur!).

A Clara. Merci pour ton aide précieuse lors de la retranscription (heureusement que tu étais là !). A Benoît, pour ces précieux moments de détente (histoire de décompresser un peu !!).

A mes beaux-parents, Pierre et Françoise pour leur gentillesse et leur disponibilité. A Caroline pour son soutien.

A mes amis, et particulièrement,

A Johanna, si loin et si proche à la fois. Profites-en !

Aux copines et aux copains qui me suivent depuis des années déjà ! Marie Julie, ma petite toxique, ma compagnon d'APP (de soirée aussi...), que de souvenirs ! Merci pour ton coaching qui a su me remuer de temps en temps ! Claire (Hum, mais c'est qu'ça a l'air bon ton p'tit truc-là !) et Jean-Bat sa moitié, Nélaine (la reine de l'orga, vas-y je gère !) et Nico (et sa belle moto...), Marie, Tony et Sarah (qui un jour n'aura plus peur d'Oscar !), Moumou, Rické et Isaac, Kahled et Delphine, merci pour votre gentillesse, Marie et Max, Annabelle et Max (pas le même!). A Julitis (je sais...je sais ce que tu vas dire!). Un clin d'œil particulier aux meusiens : Florence et Séb, une vraie chance de vous avoir si proches de nous, un réel plaisir à chaque rencontre, merci pour vos encouragements. Camille (ça y est j'ai fini!), Guilhem et leurs deux doudounets. Merci pour votre soutien.

A David et Julie qui m'ont encouragée et motivée, mois après mois (ça y est c'est bon!), à Jeanne si jolie (qui viendra bientôt en vacances en Meuse jouer dans la gadoue !).

Aux docteurs Briolet et Michel, pour leurs encouragements, à Régine et Marie-Pascale pour leur gentillesse.

Enfin, je tiens également à remercier tous les professionnels de santé qui ont accepté de me rencontrer pour réaliser cette étude.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.
Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.
Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me 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 déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS 8

Serment d'Hippocrate 13

TABLE DES MATIERES 14

LISTE DES ABREVIATIONS 19

ARTICLE A SOUMETTRE 20

INTRODUCTION 39

I/ LA MEUSE FACE A LA CRISE DEMOGRAPHIQUE MEDICALE 40

1- La crise démographique médicale en France 40

- **1-1- Une répartition inégale sur le territoire français** 40
- **1-2- La liberté d'installation** 40
- **1-3- Une population médicale vieillissante** 41
- **1-4- Le numerus clausus** 41
- **1-5- La médecine rurale et semi-rurale** 42
- **1-6- L'exercice libéral moins attractif** 42
- **1-7- Les aspirations des jeunes et futurs médecins** 43
- **1-8- Les aides à l'installation** 44

2- La loi HPST 45

2-1- Les principales mesures de la loi HPST 45

2-1-1- Une organisation régionale du système de santé 45

2-1-2- La modernisation des établissements de santé 46

2-1-3- L'amélioration de l'accès aux soins 46

2-1-4- Prévention et santé publique 47

2-1-5- Les Ordres Professionnels 47

2-2- Le rapport de la mission Legmann 48

2-3- Le rapport Hubert 48

2-4- Dans les suites 49

3- La problématique meusienne 50

3-1- La démographie meusienne 50

3-2- La démographie médicale en Meuse 50

3-3- Les inquiétudes des professionnels de santé 51

4- Le Plan d'action départemental sur la démographie des professionnels de santé en Meuse 51

4-1- Les prémices 51

4-2- Le"Plan d'action départemental sur la démographie des professionnels de santé en Meuse" 52

- 4-2-1- Le lancement du plan 52
- 4-2-2- La constitution d'un comité de pilotage 52
- 4-2-3- Le groupe 1 « État des lieux » 53
- 4-2-4- Le groupe 2 « Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires » 53
- 4-2-5- Le groupe 3 « Relations Faculté de Médecine-Département » 54
- 4-2-6- Le groupe 4 « Les conditions d'exercice des professionnels de santé » 54

5- Les Réunions de Territoire 56

5-1- L'organisation des Réunions 56

5-2- Le déroulement d'une Réunion de Territoire 56

5-3- La réalisation des Réunions de Territoire 57

II/ LA METHODOLOGIE : 58

1-Le choix de la méthode 58

2- Les entretiens semi-dirigés 58

2-1- L'échantillonnage 58

2-2- La sélection des personnes interrogées 58

2-3- La préparation des entretiens 59

- 2-3-1- La documentation 59
- 2-3-2- La réalisation du questionnaire 59

2-4- La prise de contact 60

2-5- Le déroulement des entretiens 60

2-6- La transcription des données et l'analyse des données 61

III/ LES RESULTATS 62

1- De la sélection des candidats à l'analyse des données 62

1-1- L'échantillonnage 62

1-2- La prise de contact 65

1-3- Le déroulement des entretiens semi-dirigés 65

2-Les résultats des entretiens semi-dirigés 65

2-1- Quelles sont les raisons pour lesquelles cette réunion vous intéressait ? Les attentes des professionnels de santé 65

2-2- Ces réunions ont été l'occasion de rencontrer les élus locaux de votre secteur, quel intérêt cela a-t-il présenté pour vous ? La rencontre avec les élus locaux 69

2-3- Que pensez-vous des thèmes abordés durant la Réunion de Territoire ? : Les thèmes abordés durant la Réunion de Territoire 74

- 2-3-1- Le choix des thèmes ou à la qualité des présentations 77
- 2-3-2- Un tour d'horizon concernant la démographie médicale 78
- 2-3-3- Des solutions développées afin d'endiguer la crise de la démographie médicale en Meuse. 80

2-4- En quoi la Réunion de Territoire a-t-elle permis l'émergence de projets ? Efficacité de la Réunion de Territoire en terme de projets 87

2-5- Quels bénéfices retirez-vous de cette réunion ? Les bénéfices de la Réunion de Territoire **91**

2-6- Comment améliorer la Réunion de Territoire ? La critique de la Réunion de Territoire **97**

IV/ LA DISCUSSION **107**

1- Sur la méthode **107**

1-1- Les intérêts de la méthode **107**

1-2- Les limites de la méthode **107**

- 1-2-1- Les biais internes **107**
- 1-2-2- Les biais externes **107**
- 1-2-3- Le biais d'investigation **107**
- 1-2-4- Le biais d'interprétation **107**

2- Sur les résultats **108**

2-1- De l'enregistrement des entretiens à l'analyse des données **108**

2-2- Les résultats : Les Réunions de Territoire, intérêt et ressenti pour les Professionnels de Santé participant **109**

- 2-2-1- Le concept de la Réunion de Territoire **109**
  - **2-2-1-1- Le fond et la forme** **109**
  - **2-2-1-2- Les thèmes abordés** **111**
  - **2-2-1-3- Les pistes pour améliorer les Réunions de Territoire** **112**
- 2-2-2- Le ressenti des professionnels de santé **112**
  - **2-2-2-1- Les inquiétudes des professionnels** **112**
  - **2-2-2-2- Les rencontres permises par les Réunions de Territoire** **113**
  - **2-2-2-3- Les informations apportées par les Réunions de Territoire** **115**
- 2-2-3- Les apports de la Réunion de Territoire pour les professionnels de santé **118**
  - **2-2-3-1- L'émergence de projets** **118**
  - **2-2-3-2- Un rassemblement** **119**
  - **2-2-3-3- Un dynamisme** **120**
- 2-2-4-Le bilan des Réunion de Territoire aujourd'hui **120**

2-3- Mon ressenti **123**

CONCLUSION **125**

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES **127**

ANNEXES **131**

LISTE DES ABREVIATIONS

- ADELI : Automatisation DEs Listes
- ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural
- ALD : Affection de Longue Durée
- ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
- ARS : Agence Régionale de Santé
- CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
- CESP : Contrat d'Engagement du Service Public
- CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- CODECOM : COmmunauté DE COmmunes
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
- DCEM : Deuxième Cycle des Études de Médecine
- DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- EGOS : États Généraux de l'Organisation de la Santé
- FAQSV : Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
- FEMALOR : FEdération des MAisons et pôles de santé de LOrraine
- FIR : Fonds d'Intervention Régional
- HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
- IDE : Infirmier Diplômé d'État
- IMG : Interne en Médecine Générale
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
- MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
- MRS : Mission Régionale de Santé
- MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
- PCEM : Premier Cycle des Études de Médecine
- PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires
- PSAP : Pôle de Santé Ambulatoire Pluridisciplinaire
- SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé
- SDOS : Schéma Départemental d'Organisation des Soins
- SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
- SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
- SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
- URCAM : Unions Régionale des Caisses d'Assurances Maladies
- URML : Unions Régionales des Médecins Libéraux
- URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
- ZFU : Zone Franche Urbaine
- ZRR : Zone de Revitalisation Rurale

ARTICLE A SOUMETTRE

RECUEIL DES ATTENTES ET DU RESSENTI DES PROFESSIONNELS DE SANTE PARTICIPANT AUX REUNIONS DE TERRITOIRE DU PLAN DEMOGRAPHIE MEUSE 2007/2017 : ETUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGES

Interests and feelings shared by the healthcare professionals in the territories meetings of the demographic plan of Meuse 2007/2017 : Qualitative study by semi managed conversations

L.I. Gonnand [1], O Bouchy [2] , J.D de Korwin [3], S. Briançon [4], J.M Boivin [5], P. Di Patrizio [6]

[1] : Médecin Généraliste, Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Nancy.
[2] : Médecin Généraliste à Revigny-sur-Ornain (Meuse), Secrétaire Général du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Meuse.
[3] : Professeur des Universités, Praticien Hospitalier de Médecine Interne au CHU de Nancy, Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Nancy.
[4] : Professeur des Universités, Praticien Hospitalier de Santé Publique au CHU de Nancy, École de Santé Publique à la Faculté de Médecine de Nancy.
[5] : Médecin Généraliste à Laxou (Meurthe-et-Moselle), Professeur des Universités de Médecine Générale au Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Nancy.
[6] : Médecin Généraliste à Dombasle-sur-Meurthe (Meurthe-et-Moselle), Maître de Conférences associé au Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Nancy.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt concernant cet article

Abstract :

- *Context: In the next few years, France will be confronted with important demographic problems in the healthcare sector. Meuse, which is one of the rural areas that will be the most affected by this demographic crisis,has already launched an action plan by organising meetings between healthcare professionals and local authorities.*
- *Aims: To understand the healthcare professionals' expectations and views on the conclusions of these meetings. To identify the benefits of these meetings and to measure their impacts on a local scale.*
- *Method: Qualitative study using semi-structured interviews.*
- *Results: Healthcare professionals were satisfied with these meetings as they enabled them to explain and discuss the healthcare demographic issues. Local authorities got acquainted with the healthcare demographic crisis and listened the professionals' views on this issue. Healthcare professionals want to play a role in the decisions made for their professional future. Among the possible solutions fund, the reorganisation of the outpatient healthcare schema and the creation of multidisciplinary MSPs have interested the professionals. Local authorities contributed to the achievement of this difficult project. The meetings had positive impacts on a local scale.as initiatives were taken to fight the demographic crisis. Reflection groups were set up and brought together people involved in the project. Lacks in the project still remained. The meetings have also revealed a local dynamic the support of local authorities. Local actors were told the same official speech.*
- *Conclusion: These meetings led to a successful collaboration between entreaties, local authorities and healthcare professionals. Everyone could express and share his views on the issue and suggestions have been made to improve the meetings content. For many healthcare professionals, these meetings made the project's process easier and quicker.*
- *Keys words: general practice, healthcare demographics, healthcare professionals, local authorities.*

Résumé:

- Contexte : La France va devoir faire face à une crise démographique médicale importante malgré les mesures pour en limiter l'impact. La Meuse, département rural qui va être durement touché, a réagi tôt en lançant un Plan d'action départemental sur la démographie des professionnels de santé avec la réalisation de réunions de territoire rassemblant professionnels de santé et élus locaux autour de cette thématique.
- Objectifs : Identifier les attentes des professionnels de santé et leurs ressentis sur le contenu de ces réunions. Secondairement, évaluer l'intérêt de réunir élus et professionnels et mesurer la portée des réunions en terme de dynamique locale.
- Méthode :Étude qualitative par entretiens semi-dirigés.
- Résultats :Par son rôle informatif et la possibilité de rencontres et d'échanges, les réunions ont répondu aux attentes des professionnels. Les élus devaient être à l'écoute de la réalité de la crise démographique médicale et des opinions des professionnels qui veulent décider de leur avenir. Une prise de conscience a eu lieu nécessitant de se mobiliser. Les solutions exposées : schéma départemental d'organisation des soins ambulatoires, maisons et pôles de santé pluridisciplinaires ambulatoires, ont intéressé les professionnels. Le montage d'un projet restait difficile mais facilité par les élus. Les réunions ont déclenché des dynamiques locales pour combattre la crise : lancement d'une réflexion, mobilisation importante pour un projet. Des carences de projets ont persisté. Les réunions ont révélé le dynamisme du département et le soutien de ses autorités. Tous les acteurs locaux ont entendu le même discours, lui conférant un caractère officiel.
- Conclusion : Ce nouveau concept de réunion a permis une rencontre fructueuse entre instances, élus locaux et professionnels de santé. Chacun a pu s'exprimer, des propositions ont été faites pour améliorer les réunions. Pour de nombreux professionnels, la réunion a été un déclencheur ou un accélérateur dans l'émergence de projets et a amorcé une dynamique de territoire.

Mots clés: médecine générale, démographie médicale, professionnels de santé, élus locaux

INTRODUCTION

Depuis quelques années, les patients ressentent la crise démographique médicale au quotidien : délais de rendez-vous de plus en plus longs, certaines spécialités difficiles d'accès, recherche délicate d'un nouveau médecin traitant à la suite d'un déménagement ou du départ d'un médecin à la retraite… Les patients sont conscients du dysfonctionnement de notre système de santé(1).

Pourtant la France n'a jamais bénéficié d'autant de médecins en exercice sur le territoire. Toutefois leur répartition montre de fortes disparités interrégionales notamment entre les départements ruraux et ceux où siège une faculté de médecine. Le vieillissement de la population médicale laisse présager d'une aggravation de la situation avec une moyenne d'âge de 51.4 ans des omnipraticiens français, 42,9% de plus de 55 ans contre 13.9% de moins de 40 ans (2,3). Cette situation démographique actuelle est favorisée par plusieurs facteurs : la politique du numerus clausus dans les années 1990 (4), la liberté d'installation défendue par le corps médical mais que les politiques aimeraient réaménager, un exercice en milieu rural et libéral mal connu et moins attractif (5). Pour pallier cet état de fait, des aides à l'installation sont proposées par les pouvoirs publics mais elles sont souvent mal connues et peu incitatives (6). Il faut avant tout tenir compte des aspirations des jeunes médecins (exercice collectif, épanouissement personnel et familial, travail pour le conjoint, conditions d'exercice) mais aussi travailler avec les médecins exerçant dans des territoires fragiles (7). Les professionnels de santé sont marqués par l'émergence de véritables déserts médicaux où la qualité des soins est mise en danger. Les élus locaux s'inquiètent de l'accessibilité de l'offre de soins pour leurs habitants ; quels services à la personne peuvent-ils proposer dans des régions où même le médecin est parti ?

Les différentes politiques de santé s'évertuent à trouver des solutions efficaces pour une équité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Les états généraux de l'organisation de la santé en 2008 (8) et plusieurs rapports demandés ces dernières années ont émis des propositions pour redynamiser la médecine générale entre autre en milieu rural (9,10,11). Dans le cadre de la loi Hôpital Patient Santé Territoire du 21 juillet 2009 (12), le gouvernement a tenté de réduire la fracture territoriale par différentes propositions (statut du médecin généraliste et du pharmacien d'officine, un schéma régional d'organisation des soins (SROS) avec un volet ambulatoire, la création de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et de pôles de santé ambulatoires pluridisciplinaires (PSAP), de contrats d'engagement de service public envers les étudiants en médecine et les internes (13)).

En Lorraine, la Meuse, département typiquement rural, risque d'être sévèrement touchée par la crise démographique. Sa densité médicale en généralistes est de 119 pour 100000 habitants d'une moyenne d'âge de 52 ans et des disparités sont importantes entre les différents bassins de vie (14). Cette situation faisait craindre en 2007 la disparition d'un médecin sur deux dans les 10 ans si rien n'était fait.

Depuis 2006, le département a alors entrepris une réflexion sur la démographie médicale dans le cadre du "Plan d'action départemental sur la démographie des professionnels de santé en Meuse" sous l'égide du préfet Lafon (15). Il a proposé de constituer ce plan, selon les 3 axes suivants :

1. Faire un état des lieux de l'offre actuelle et à venir, élaborer la cartographie des moyens d'offres de soins en Meuse.
2. Élaborer des propositions à faire aux professionnels, en particulier la maison de santé pour laquelle il faudrait établir une planification équilibrée sur le territoire qui soit adaptée aux soins.
3. Établir un lien entre la faculté de médecine, les étudiants et les collectivités locales par la création d'un guichet unique d'informations.

Afin de réfléchir à ces enjeux, un des quatre groupes de travail mis en place a réfléchi « aux conditions d'exercice des professionnels de santé », piloté par le Conseil de l'ordre des médecins et le syndicat des infirmiers.

En avril 2007, ce groupe a proposé le concept de pôle de santé avec un schéma départemental d'organisation des soins ambulatoires (SDOS) s'appuyant sur les communautés de communes. La création d'un guichet unique sous la responsabilité de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires Sociales (DDASS), conseillé par un comité de pilotage regroupant tous les acteurs institutionnels, politiques et professionnels permettait de superviser tous les projets de MSP. La promotion de la maîtrise de stage en médecine générale ambulatoire et l'organisation de rencontres semestrielles avec les internes effectuant leurs stages hospitaliers dans le département ont été mises en place (15). Enfin, l'organisation de réunions de territoire regroupant les professionnels de santé et les élus locaux pour débattre de la situation meusienne et des solutions envisageables pour anticiper la crise démographique a été proposée. Leurs buts étaient de provoquer une rencontre entre les différents acteurs de la problématique, de leur apporter une information unique et claire et de favoriser les discussions entre les différents protagonistes. Ces réunions ont servi de base au recueil des données de l'étude.

OBJECTIFS

L'objectif principal de notre travail était d'identifier les attentes des professionnels de santé et leurs ressentis sur le contenu de ces réunions de territoire. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'intérêt de réunir élus et professionnels de santé et de mesurer la portée de ces réunions en terme de dynamique locale.

METHODES

Il a été réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de professionnels de santé ayant participé aux réunions de territoire (16). La sélection du panel s'est effectuée à partir des feuilles d'émargement des participants. Les critères retenus pour la constitution d'un large panel ont tenu compte des modalités d'exercice actuel ou envisagé (projet en cours, refus d'exercice collectif...), du contexte local (départ du dernier médecin, mésententes interprofessionnelles...), de la représentativité en terme de générations, de professions de santé et de répartition géographique (l'ensemble des réunions de territoire).

Un guide d'entretien a été élaboré. Des données administratives étaient d'abord recueillies (âge, sexe, type d'exercice (en groupe ou individuel), lieu (ruralité ou non) et ancienneté d'exercice), puis étaient abordées cinq questions ouvertes (tableau 1).

Tableau 1 : Guide d'entretien
1. Quelles sont les raisons pour lesquelles cette réunion vous intéressait ? 2. Ces réunions ont été l'occasion de rencontrer les élus locaux de votre secteur, quel intérêt cela a-t-il présenté pour vous ? 3. Que pensez-vous des thèmes abordés durant la réunion de territoire ? 4. En ce qui vous concerne, 1. en quoi la réunion de territoire a-t-elle permis l'émergence de projets ? 2. quels bénéfices retirez-vous de cette réunion ? 5. Comment améliorer la réunion de territoire ?

Par un contact téléphonique, un rendez-vous a été pris avec le professionnel. L'entretien a ensuite eu lieu.

Les entretiens enregistrés ont été intégralement retranscrits en y précisant les attitudes non verbales. Après plusieurs lectures des corpus par l'investigateur et des enseignants formés à la pratique des études qualitatives, il a été élaboré un tableau d'encodage. Ce dernier a été validé par le thésard et le directeur de thèse, lors d'une triangulation, permettant de mettre en évidence les idées développées durant les entretiens. La saturation des données a été étudiée selon la méthode de recherche qualitative (17).

RESULTATS

1. Les réunions de territoire :

Douze réunions de territoire ont été organisées entre juin 2008 et novembre 2011. Elles ont regroupé les acteurs de plusieurs communautés de communes et ont été un réel succès particulièrement en terme de mobilisation : réunissant à chaque fois 50 % des invités mais surtout 70% des professionnels invités. Le détail des réunions de territoire est précisé dans le tableau 2.

Tableau 2 : Les réunions de territoire

Date	Lieu	Élus présents	Professionnels de santé présents
02/07/08	Vaucouleurs	29	43
23/09/08	Stainville	21	22
10/03/09	Montmédy	26	34
28/04/09	Etain	17	23
12/05/09	Clermont-en-Argonne	12	20
09/06/09	Villotte-sur-Aire	22	11
19/06/10	Commercy	7	23
17/06/10	Ligny-en-Barrois	6	24
24/06/10	Saint-Mihiel	8	17
23/09/10	Verdun	4	34
07/10/10	Sommedieue	8	4
25/11/10	Bar-le-Duc	5	8
	TOTAL	**165**	**263**

2. L'échantillonnage :

Après une première sélection de 70 participants, 27 ont effectué ces entretiens semi-dirigés. Toutes les réunions de territoire ont été représentées.

Les caractéristiques de l'échantillonnage interrogé sont résumées dans le tableau 3.

Tableau 3 : Échantillonnage
• Les professions de santé représentées : ○ 15 médecins dont un remplaçant et un interne en médecine générale ○ 5 infirmiers diplômés d'État ○ 4 masseurs-kinésithérapeutes ○ 3 pharmaciens • Le sexe : 12 femmes pour 15 hommes • L'âge : de 27 à 59 ans • L'ancienneté de l'exercice libéral : de 0 à 32 ans • Type de patientèle (suivant le ressenti du professionnel) : ○ 17 rurales ○ 8 semi-rurales ○ 2 urbaines • Type d'exercice : ○ 2 non installés ○ 11 en exercice isolé ○ 7 associés à des collègues de la même profession ○ 3 en structure pluridisciplinaire ○ 3 en maison de santé pluridisciplinaire (MSP) ○ 1 en mi-temps isolé et mi-temps MSP

3. Les entretiens semi-dirigés :

L'enquête s'est déroulée de fin avril à mi-juin 2011. L'entretien avec le candidat s'est effectué en dehors de son lieu de travail et a duré entre 10 minutes et 40 minutes.

Les entretiens intégralement retranscrits ont ensuite été analysés, la triangulation s'est faite après l'analyse du 3ème entretien et la saturation a été obtenue au vingt-quatrième entretien.

Après analyse du corpus des entretiens semi-dirigés, les thématiques suivantes sur les ressentis professionnels ont été mises en évidence.

1. Un temps d'échange et d'information

Durant de ces réunions, les professionnels de santé voulaient *« être présents sur le territoire et donner **[leur] avis** à [eux] et pas l'avis des autres. »*. Ils ont fait part de **leurs inquiétudes** concernant « la **couverture du territoire** *en fonction des cabinets et pas en fonction du nombre d'infirmiers »*, la **pénurie de médecins** avec *« la crainte de [se] retrouver un petit peu tout seul »,* et les **conséquences sur les autres professions de santé de cette crise** qui « *peut avoir des répercussions sur [eux] aussi »*.

Les professionnels de santé émettaient des avis à propos du **début de leur carrière** médicale : *« quels étaient les projets proposés dans le coin, pour avoir des éléments de comparaison »* ou de la **fin de leur carrière** qui s'annonce sans successeur afin de *« savoir un petit peu quels vont être [leurs] modes de sortie. »*.

Cette soirée a été perçue comme *« une opportunité aussi pour pouvoir se rencontrer entre médecins et paramédicaux du secteur »* et *« a permis surtout d'établir un contact avec les élus locaux... »*. Elles ont permis à **tout le monde de s'exprimer** et ont été **bien représentatives** : *« il y avait à peu près toutes les catégories de personnes qui pouvaient être là quand même donc chacun pouvait s'exprimer, toutes les catégories, chaque catégorie pouvait être présente, il y avait également des groupements professionnels tel que l'Ordre des médecins donc…c'était très représentatif ».*

Cette réunion leur est apparue différente des autres parce qu'***« elle était locale »*** et *« parce que c'était **pluridisciplinaire**, c'était adressé donc à tous, médecins, infirmières, etc... ».* Elle permettait de connaître **les réponses des instances** : *« Ce que peuvent nous proposer les instances vis-à-vis de ça justement... son évolution, c'est un petit peu pour voir… ce qui va être fait, qu'est-ce que nos énarques vont proposer... »,* **l'opinion des intervenants et des élus locaux** : *« voir…qu' ont pensé …tous les gens concernés par ce problème autant les élus, la DDASS et... l'ordre, et quelles solutions…, quelles voies en tous les cas, ils prenaient dans la résolution de ces problèmes » et* d'appréhender « *l'avenir, l'évolution de la politique de santé au niveau national »*.

Par ailleurs, ils étaient venus pour recevoir une **information sur les maisons et pôles de santé ambulatoires pluridisciplinaires** : *« je commençais à m'intéresser aux...maisons...de santé... pluri-professionnelles et ce qui m'intéressait c'était de voir, comment ça fonctionnait »*, sur le **montage d'un projet** : *« à ce qu'on avait le droit de faire, à ce que l'on pouvait faire ou pas »* et les subventions qui en découlaient. Ils étaient en attente de *« solutions pour favoriser l'installation de jeunes personnes »* et d'informations à propos de **l'évolution de la démographie médicale**.

Un élément majeur décrit par les professionnels de santé a été la possibilité de **rencontres et d'échanges avec les élus locaux et les autres métiers de la santé.** Même si la majorité des participants connaissait déjà les élus de son secteur : *« on les connaît »,* leurs opinions concernant la problématique médicale ne l'étaient pas : *« je les connaissais de vue, mais aucune idée de leurs opinions sur ce genre de thème ». Cela a été l'occasion de* les confronter **:** *« c'était intéressant de…pouvoir [...] avoir leurs opinions… les confronter aux nôtres qui ne sont pas forcément identiques et donc c'est vrai qu'effectivement c'était intéressant d'avoir également des élus locaux sur place »,* permettant **des débats enrichissants** : *« rencontrer, oui voir qui était là, rencontrer, discuter avec eux, voir un petit peu comment eux appréhendaient les années à venir. Est-ce que eux commençaient à se poser des questions ou pas. Et la façon, dont ils voyaient un petit peu l'avenir, était assez intéressant, oui. »*. Les **préoccupations des élus locaux étaient différentes :** *« eux ils répartissent sur le territoire, par exemple ils vont mettre, là, des maisons de santé, là, des écoles, des … voilà, il en faut un peu pour tout le monde. Alors que nous on voit notre,... notre problème professionnel »* et **les professionnels leur rappelaient qu'ils les avaient alertés sur ces problématiques depuis déjà des années** : *« Je leur... ai dit... que j'étais étonné, qu'ils s'inquiètent de ça maintenant, alors qu'il y a 5 ans quand je les ai alertés, ils n'étaient pas du tout intéressés et ça ne les préoccupait pas du tout. »*.

Pour les professionnels de santé, **les élus «** *n'avaient pas grand-chose à apporter, ils étaient là plus pour écouter »* et l'ont fait : *« les politiques se pliaient plus ou moins aux professionnels de santé, et étaient réceptifs »*. Plusieurs messages devaient être transmis : **les professionnels de santé décideurs et porteurs du projet** en faisant : *« repasser le projet si on veut sur le dos des professionnels de santé et pas sur le dos des politiques », « **la liberté d'installation** était toujours présente et était aussi un frein à la régulation complète de la démographie médicale sur des secteurs » et écouter* **les souhaits des nouvelles générations :** *« le mode d'exercice qui était souhaité par les plus jeunes générations...c'est-à-dire qu'ils ont encore des modèles, très archaïques sur le secteur, c'est-à-dire que ce serait enfin un médecin par clocher, si on pouvait avoir ça, plutôt que des groupes médicaux ».* Pour eux, les élus devaient recevoir une **information claire** permettant *« de prendre conscience de ce qu'était le système de santé »*, concernant la **problématique de la démographie médicale** : *« c'était la première fois que les élus voyaient vraiment la problématique de démographie mieux exposée, on va dire, l'intérêt de réaliser ces maisons médicales » et concernant* les **pôles de santé :** *« ça a permis ensuite d'ouvrir le débat sur justement ce qu'était le pôle de santé... »*.

Cependant, des remarques ont été faites sur **l'investissement des élus locaux :** parfois **trop insistants** vis-à-vis des professionnels : *« C'est les élus locaux, qui voulaient faire une maison de santé. Nous, on n'était pas demandeur »,* d'autres fois, bien **mobilisés** : *« partie prenante de toute façon pour essayer de trouver une solution à ce problème-là, au départ du médecin. », les professionnels* reconnaissant qu'ils étaient une **aide précieuse et un soutien important lors du montage du projet :** *« il connaît toutes les ficelles au niveau de la CODECOM, quoi, parce que nous on n'y connaît rien, on n'est pas politiciens nous, on n'est pas des administratifs, on n'y connaît rien [...]les médecins, qui sont pas loin d'être en retraite d'ici 4-5 ans, là, qui commencent à s'affoler un petit peu [...] mais ils ne savent pas du tout comment il faut s'y prendre »*. Lors de certaines réunions, comme celles organisées dans les deux plus grandes villes, les professionnels ont perçu la faible mobilisation des élus comme un *« **acte de présence** purement politique* », image de leur « *intérêt limité pour les... professions médicales ou paramédicales* » alors que « *les élus de toute façon d[evai]ent défendre leurs territoires, donc que... il [était] obligatoire qu'ils soient présents* ».

2. Prise de conscience de la crise démographique et appropriation des solutions développées

Les exposés de la Réunion de Territoire ont bien répondu **aux attentes** des professionnels de santé : *« Tous les axiomes ont été posés »* et ont permis de *« mettre en commun toutes ces idées, et d'arriver à faire une synthèse de tout ça... », cependant* **des solutions sont restées à trouver** : *« pour le moment, on analyse bien la situation, mais on ne trouve pas forcément des solutions »,* proches de **la réalité du terrain** : *« il y a une trop grande différence entre les...décideurs, les...ceux qui réfléchissent et les réalités du terrain »*. Ils ont constaté **l'absence d'action concrète** qui améliorerait leurs conditions d'exercice : *« j'ai toujours l'impression que c'est beaucoup de mots, beaucoup de projets mais concrètement, moi je vois rien. ».*

Derrière les thèmes débattus, c'est **la qualité des soins aux patients** qui préoccupait les professionnels pour *« que [les] patients soient pris en charge, puissent avoir un médecin à disposition... dès qu'ils en ont besoin... »*, avec une inquiétude particulière concernant les personnes âgées qui *« vont se sentir complètement démunies si elles savent qu'il n'y a plus de médecin sur place ».*

L'exposé concernant **l'état des lieux de la situation démographique** *« était déjà connu »* pour certains, les médecins notamment, *mais « les statistiques sont cruelles »* ce qui a permis une **prise de conscience de la situation** et des **lourdes répercussions sur l'activité des paramédicaux** d'autant plus qu'ils voulaient rester **décideurs de leur avenir**. Ils étaient conscients que **combattre la crise démographique était devenu une obligation** : *« après une réunion comme ça on... on se rend compte finalement, que c'est une obligation mais je vous dis c'est quelque chose qui est inéluctable, quoi. On est obligé de le faire»*.

Concernant **<u>les conditions d'exercice des médecins</u>,** les autres professions de la santé et les élus ont découvert **la réalité du terrain** : « *toutes ces idées préconçues [que les élus] avaient déjà sur les modalités d'exercice »* et également les **aspirations des nouvelles générations** : *« le pourquoi du comment du manque d'installations dans [ce] département. Les jeunes, c'est vrai, veulent travailler en groupe, ne veulent plus travailler en milieu rural, parce que horaires importants, parce que contraintes de mobilité »* afin d'**adapter les aides** au maximum, *« parce que quand on sait déjà ce que les gens veulent, c'est peut-être plus facile de les attirer plutôt que de pondre des subventions à tire-larigot pour essayer d'attirer les choses qui sont complètement inadaptées...donc ça leur a permis d'entendre ce qu'il fallait faire pour appâter un petit peu le médecin* ». Il a été évoqué **l'importance de la fonction de maître de stage** pour les nouvelles générations : *« J'estime qu'un médecin généraliste peut apporter beaucoup... pour... un futur installé surtout dans la médecine générale »*.

Une réflexion s'est engagée qui a concerné **<u>les freins à l'installation en milieu rural</u>**. Ce type d'exercice présentait en effet de nombreuses contraintes : **une permanence des soins très contraignante :** *« [les intervenants] avaient soulevé le problème des gardes, que évidemment les jeunes avaient tout intérêt à s'installer en ville où il n'y avait plus de garde que venir se perdre à M., où ils allaient faire une garde par semaine […] donc du coup le problème de la garde était donc un problème...je pense à mettre en valeur dans ce problème démographique. »*, qui plus est avec l**a féminisation de la profession médicale :** *« surtout que c'était de plus en plus de femmes, qui avaient de plus en plus d'enfants à charge enfin d'enfants à gérer, que les hommes n'avaient pas forcément »*, les **charges de travail plus lourdes qu'en ville :***« Faut arrêter de se voiler la face, pourquoi les gens ne viennent pas à la campagne. Ce n'est pas parce qu'ils n'aiment pas... c' est pas parce qu'ils aiment habiter en ville [...] C'est bien un problème quand même de charge de travail, qui n'est pas la même qu'en ville, enfin... il ne faut pas se voiler la face [...] Et tant que l'on n'aura pas trouvé des solutions, si tant est qu'il y en ait, on aura ce problème de démographie. »,* l'**éloignement des équipes du SAMU** du lieu d'exercice : *« on a quand même des zones qui sont objectivement loin du SAMU. »*, la **complexité des aides à l'installation :** *« les aides à l'installation c'est tellement compliqué »*, les **difficultés à trouver un emploi pour le conjoint :** *« il y a beaucoup de gens qui pourraient, éventuellement s'installer à la campagne qui ne sont pas forcément contre. Mais, il n'y a pas de boulot pour le conjoint ».* Mais il a été mentionné aussi que **la médecine rurale restait une vocation :** *« s'il n'était pas fait pour travailler à la campagne et ben il ne travaillera pas à la campagne»*.

Les professionnels de santé ont réagi aux solutions proposées :

<u>Le schéma départemental d'organisation des soins ambulatoires (SDOS)</u> permettait de **se sentir intégré dans une problématique globale :** *« ça permet de savoir comment on se situe et de savoir aussi que c'est un projet global et que c'est raisonné sentir que c'est une démarche départementale »,* l'organisation en pôles primaires et secondaires était alors bien accueillie : *« l'utilisation de pôles de santé, de maisons médicales est une bonne chose, ça a bien été exposé. »,* et **le médecin devait rester l'acteur principal** de cette organisation avec *« **la CODECOM, pilier central** de l'organisation des soins d'une manière réfléchie entre élus locaux et professionnels de santé »*.

On notait aussi des réserves comme **les obstacles humains et surtout relationnels** : *« le principe de la formation des pôles de santé est intéressant mais... on est confronté à des problèmes de personnes et des problèmes locaux qui torpillent un peu le fonctionnement. », tout comme* le fait que cette organisation ne soit que départementale : « *c'est pas très juste, en fait, parce que nous on travaille avec des populations de la Marne et des Ardennes et ce plan-là ne tient pas compte de... de cette particularité, des limitrophes » ou encore* le risque de gestion bureaucratique de la santé et de remise en cause du **principe d'indépendance du médecin** : *« Une fois que le paysage national sera en pôle de santé... ou maisons de santé, rien n'empêchera les gestionnaires de la santé de dire " maintenant nous allons gérer ça ", alors, évidemment... les vieux médecins qui se seront investis à gérer, à faire leur pôle de santé, à organiser le système, on dira, " attends ils se sont vachement investis ", on leur dira, "c'est pas à vous puisque c'est avec l'argent publique que vous l'avez fait, donc maintenant nous on gère et on va prendre un médecin, deux médecins, y'en manque un là, on va le faire travailler ici, on va le faire travailler là " »* ou encore la **perte de la relation privilégiée avec la patientèle** : *« vous serez payé à l'acte mais vous n'aurez plus...de patientèle propre... ce qui veut dire c'est ce pourquoi je me suis installé en tant que profession libérale indépendante, j'ai voulu être " médecin de famille "* ». On retenait que ce type d'organisation des soins marquait une **évolution du métier de médecin** : *« le schéma d'organisation des soins dans son évolution possible sera peut-être pas négatif pour nous mais ça,... c'est vrai que quand t'as vécu comme on a vécu... changer de cap... c'est tout... ».*

La notion de maison de santé pluridisciplinaire était également sujet à de nombreux commentaires. Elle était ressentie comme un **phénomène de mode** : *« Il y a aussi une espèce de contre élan qui dit surtout nous dans des villes, où pour l'instant, effectivement, on n'a pas de souci, à nous dire il faut peut-être pas que l'on fasse tous pareil et puis voilà, c'est peut-être une mode, ça va passer, faut s'arrêter, il faut pas tous s'engager là-dedans, il faut réfléchir etc... », imposant* ***des contraintes du salariat à des libéraux*** *: « on a... tous les poids de la profession libérale et en plus de ça, il va falloir qu'on ait en plus le poids des professions non libérales ». E*lle avait ses limites, ainsi **ce mode d'exercice ne pouvait pas convenir à tous** : *« Il y a forcément des gens qui ne vont jamais avancer dans la dimension maison de santé pluridisciplinaire, parce que c'est pas leur logique et on ne peut pas les condamner pour ça », et* n'était **pas transposable à tous les lieux** comme les zones urbaines par exemple : *« Quand vous êtes dans un secteur plus urbain, où il y a plus de professionnels de santé, vous avez beaucoup plus d'interfaces. [...] on mettra pas 70 personnes dans une maison de santé pluridisciplinaire, ça n'a aucun intérêt »*. L'intégration dans ce type de structure était un frein pour ceux **qui ont investi dans leurs cabinets :** *« quel intérêt j'aurais d'aller dans un…dans une maison à 500 m de chez moi avec tout un déménagement etc… alors que moi ici je suis installé, j'ai mes meubles, j'ai mes habitudes, j'ai mon bureau, mes patients qui savent exactement comment cela fonctionne, je suis propriétaire de mes murs, de ce fait j'ai droit à des défiscalisations, sur le plan fiscal, enfin… pour partir quelque part où je vais devoir payer un loyer, modifier tout mon système informatique, à 55 ans, j'ai pas envie »*.

L'élaboration des projets semblait être **lourd et chronophage** démotivant les équipes : *« Au départ ils étaient tous là. On a fait une réunion, tous les médecins étaient là, tous les pharmaciens, tous les kinés, tout le monde était là. À partir du moment où on a dit, il faut faire une association, il faut cotiser, il faut faire des A.G., faut faire ci, faut faire ça, plus personne. »* avec **un aspect administratif perçu comme une contrainte importante démotivante :**« *tout ça, ça pèse trop lourd »* et **une lenteur administrative à la mise en place des projets :**« *y a X multiplié par puissance 3 réunions pour un résultat qui est très très maigre. C'est-à-dire rien… rien de concret pour le moment »*. Ils voulaient, surtout les médecins, rester **les premiers des acteurs du projet** : *« je trouve que le moteur, c'est vraiment les médecins, c'est eux les premiers concernés »*.

Les aides à l'installation ont également suscité des réflexions. Elles **ne concernaient que les médecins** : *« c'est une aide qui n'existe que pour les médecins je trouve ça anormal, parce que des jeunes kinés ont le même mérite que les jeunes médecins qui viennent s'installer »*. Et **rien n'était prévu pour les médecins déjà installés** : *« pour les existants, il ne se passe rien, c'est-à-dire qu'on ne cherche même pas à favoriser...ceux qui sont là on ne les favorise pas »* **ou les autres professionnels.** Les plus jeunes les ont trouvées **trop complexes** : *« les aides à l'installation c'est tellement compliqué que moi ça me paraissait encore loin. C'était pas un sujet qui me... je me disais que j'aurais le temps de voir ça. »* souvent **inadaptées et inefficaces.**

3. Instauration d'une dynamique de territoire

1. Dynamique locale

Au décours des réunions de territoires des dynamiques locales ont été mises en évidence par les professionnels de santé. Une idée forte s'est dégagée : **la volonté que les choses changent** dans le secteur **en redynamisant un projet :** *« cette réunion m'intéressait, parce que c'est un projet au niveau de G. de longue date. Ca fait bien 6 ans qu'il est en cours, enfin, et les choses n'avancent pas... tellement »*, même si ce projet n'en est qu'au stade de réflexion : *« on était intéressé par la possibilité d'une maison médicale...or c'était aussi le but...de la réunion »*, **en mobilisant les autres professionnels du secteur** :*« je pense que tout le monde doit s'y mettre ».*

Grâce à cette prise de conscience et aux solutions suggérées**, les acteurs locaux se sont rassemblés** : *« ça a permis de rassembler tout le monde »* autour d**'un même projet** : *« à faire un projet de soins »* car elle a contribué à faire se rencontrer **des professionnels du secteur** qui étaient **vraiment intéressés et motivés** par ces questions : *« ça a permis effectivement, j'allais dire aux professionnels de santé qui étaient là, de se rencontrer, effectivement déjà triés, forcément intéressés ou au moins à l'écoute de ce que ça pouvait être que cette nouveauté de mode d'exercice »* en créant une **solidarité interprofessionnelle** : *« de faire partie du même groupe [...] D"être moins isolés les uns les autres... j'ai trouvé que ça permettait aux professionnels de santé d'être plus unis, [...] y a une solidarité interprofessionnelle qui s'est mise en place »*.

On a remarqué suite à la réunion la **création de pôles de santé ambulatoire pluridisciplinaire** : *« un pôle de santé, l'association, oui, oui, tout à fait un pôle s'est mis en place »* car cette dernière a été **un déclencheur, un tremplin pour démarrer un projet** : *« ça a amorcé », et **un accélérateur** : « ça a servi d'accélérateur... pour tout le monde les élus et les paramédicaux ».*

« Travailler ensemble » recouvrait différents objectifs comme celui d'**un moyen de pression** envers les élus : *« un contre-pouvoir...une association...une fédération locale de professionnels de santé qui puisse parler au nom des acteurs de santé auprès des élus locaux. Donc on veut dire c'était dans cette optique-là que le pôle de santé a été créé...c'est-à-dire qu'il y ait une réponse locale des professionnels de santé aux élus locaux »*, d'**une optimisation de la prise en charge des patients** : *« la seule possibilité que l'on ait nous de pouvoir travailler dans l'avenir et de pouvoir apporter du confort aux patients... » par une nouvelle organisation « faire un projet de soins et à permettre d'arriver sur l'éducation thérapeutique et puis on va pouvoir organiser » .* Ce regroupement avait pour but parfois de **trouver un successeur**, d'**offrir une autre forme d'exercice** aux jeunes car la médecine " solitaire " n'avait plus d'avenir : *« Ça [la médecine seule, sans secrétariat...] n'existera plus moi j's'rais jeune je ferais jamais ça, c'est tout l'intérêt d'avoir des maisons de santé et des pôles de santé, c'est de pouvoir gérer... et que ça puisse être attractif pour les jeunes, pour qu'ils puissent venir.. j'pense que c'est le seul moyen pour l'avenir.. et la succession ».*

Les professionnels ont **réadapté leur projet au secteur** car au départ la structure était sur-dimensionnée pour le territoire : *« La maison de santé de toute façon non, bon déjà l'ordre a dit non, et c'est vrai c'est pas la peine »,* en le remplaçant par un nouveau plus adapté et en **remobilisant des acteurs sur des projets réalisables** : *« ça a permis par contre de remobiliser les gens qui avaient ces projets-là sur les autres projets et ça a été intéressant parce qu' ils ont réinvesti tout ce qu'ils avaient mis en place donc ils ont consolidé ce qui était présent »*. Elle a permis de **faire comprendre aux élus que les professionnels étaient les décideurs sur le lieu d'implantation** : « *des élus locaux qui auraient bien voulu voir leur cabinet là où c'était peut-être pas le bon endroit... ».* **Ils ont constaté grâce au SDOS que de nombreux projets inopportuns ont avorté** : *« elle a surtout permis la non-émergence de projets...inopportuns... ce qui est déjà pas mal! […] ça a permis que ça parte pas dans le mauvais sens »*.

D'autres réunions ont souvent suivi et **une réflexion s'est alors engagée** : *« la réflexion a été intéressante ça a dégagé, quand même, des pistes de réflexion entre nous, de pôles de santé, de travail en commun, de mutualisation… de certaines façons d'exercer »*. A d'autres endroits, ce fut **un accélérateur** par **une prise de conscience** des professionnels du secteur : *« elle a servi à faire prendre conscience probablement à certains, ce qui a activé les choses »* en relation avec la **motivation des élus locaux** : *« ils se sont senti un petit peu obligés de s'y mettre quoi! Dans la mesure où les instances officielles commencent à tirer la sonnette d'alarme... »* ou par **une évolution des mentalités** des professionnels du secteur : *« les professionnels ont, quand même, évolué par rapport à cette réunion. Initialement, quand on a fait les premières réunions, pour justement essayer de se rassembler, non, non, non. Et après, bon je pense que c'était, ils étaient partants »*. La rencontre a permis de **donner des outils** pour poursuivre un projet : *« c'est des choses qu'on a de toute façon reprises après par ailleurs »*.

Des situations de carences de projets ont été notifiées pour différentes raisons : **un accès aux soins de bonne qualité à proximité** malgré sa situation rurale : *« elle n'a pas été efficace parce que encore une fois mon cas personnel est très particulier, certes je suis dans une zone de désertification, mais j'ai l'avantage ou l'inconvénient de travailler à très proche proximité d'une ville »*, **des zones urbaines moins concernées** : *« De projet à mon niveau? Non...pas à mon niveau puisque moi, je suis en milieu urbain j'ai pas... j'ai moins ce problème de démographie médicale... »* et une **motivation initiale de faible durée** et finalement aucun projet lancé sur le secteur : *« ça n'a pas suivi, puis on ne s'est pas revu depuis près d'un an, donc je pense que c'est mort »*. **L'habitude d'un exercice isolé,** pour certains, expliquait le peu d'impact de cette réunion en terme de projet: *« ça m'a pas touché énormément. On travaille un petit peu... je dis pas chacun de son côté, mais un peu en électron libre »*.

2. Dynamique globale

La réunion de territoire a permis aussi de **révéler le dynamisme et le soutien du département.** Les professionnels se sont sentis **moins isolés** : *« La réunion à S. nous a plus montré... la réflexion au niveau départemental, on n'était pas isolé... puis des retours d'expériences »* par la **présentation de projets mis en place** sur le département: *« on voit qu'il y a des projets, quand même, qui se mettent en place ».*

Cette réunion a participé **au changement d'image de la Meuse** dans le but d'attirer de jeunes professionnels : *« J'essaie un peu de vendre notre département, notre ville aussi, de vendre les petits patelins qu'il y a autour, qui me tiennent à cœur, […] et j'ai pas attendu cette réunion-là pour le faire. De vendre notre département à mes futurs jeunes confrères, mais avec du mal. Et justement, cette réunion a bien exposé les axiomes, a bien expliqué le pourquoi du comment du manque d'installations dans notre département ».*

Elle a permis de faire entendre **un discours unique pour tous les acteurs,** tant professionnels que politiques, très motivant : *« je pense que l'intéressant c'est de partir tous sur les mêmes bases en ayant entendu, effectivement, tous la même chose […] intéressant de se rencontrer tous dans un même lieu avec des représentants, effectivement, des élus locaux etc... d'entendre tous la même information, au même moment ».*

4. Les propositions d'amélioration des réunions de territoire :

De façon générale, les réunions de territoire ont été un succès *« ça a été une bonne réussite »* apportant une information adaptée et précise : « *les thèmes abordés accessibles compréhensibles... pas de faux débats, des questions avec des réponses claires de la part des intervenants ».* Cependant quelques paramédicaux l'ont jugée « *trop médicale […] [se] sent[ant] un peu mis à l'écart » tandis que pour des prescripteurs* « *c'était peut-être un peu trop général ».*

De nombreuses observations ont permis de dégager des propositions pour améliorer ces réunions.

- D'autres choix de secteur ont été suggérés pour **l'organisation des réunions fondée sur une unique CODECOM, sur les bassins de vie ou sur les cantons** : « *canton par canton, parce qu'on n'a pas la même problématique ».*
- Concernant les invitations, certains ont proposé de **réaliser un rappel téléphonique** pour favoriser la mobilisation : « *l'idéal c'est un courrier avec un rappel téléphonique derrière »,* d'autres, de faire **connaître la liste des invités** pour permettre « *de comprendre qu'y a certaines personnes qui ne sont pas intéressées par... le débat et qui ont été invitées... ».* Ils ont remarqué que **d'autres professions de la santé auraient pu avoir leur place** : **des étudiants en particulier paramédicaux** : *« je ne crois pas qu'il y avait d'étudiants autres que les médecins, il n'y avait pas d'infirmier ou de kiné […] ce serait peut-être une idée aussi, de les prendre aussi, plus tôt...parce qu'on en manque de ce côté-là aussi, sage-femmes...qui pourraient peut-être être intéressés aussi...de rentrer dans la démarche, beaucoup plus tôt dans leur raisonnement »*, **des associations d'aide à domicile et de patients** : *« inviter des représentants...des patients, j'entends par là représentants d'associations d'aide à domicile, ou des choses comme ça, parce qu'ils travaillent, aussi, au contact des patients, ils se rendent compte aussi de la difficulté démographique, vis-à-vis de ça, de la difficulté de soins. Donc ça on pourrait le faire, inviter des gens de ce secteur-là... l' ADAPA »*, **des professionnels exerçant en MSP** pour partager leur expérience : *« avoir une intervention...d'une maison de santé qui fonctionne...bien. Développer un exemple ? comment ils fonctionnent, enfin grossièrement bien évidemment, pas dans les détails ».*
- Concernant la réunion elle-même, elle aurait pu être plus dynamique pour favoriser les débats grâce à un tour de salle de présentation *: « il n'y a pas eu de présentation de toute manière, donc euh... les échanges ont été limités »*. La démarche aurait pu aller plus loin par la répétition de ce type d'initiative pour « *marteler un peu plus fort sur ce genre d'opération, pour pouvoir, vraiment, mobiliser plus... plus intensément les groupes ».*

- Une partie des professionnels de santé a considéré que **la présence des élus n'avait pas été assez exploitée** car il aurait été intéressant de connaître leur ressenti : « *comment le politique, lui, entend euh...les retours en mairie des problèmes d'offre de soins »*, d'autant plus qu'ils possèdent des **informations importantes pour les professionnels de santé d'ordre social par le biais des retours en mairie** et qui sont liées à l'offre de soins du secteur : *« Ils ont des infos, qu'on n'a pas […] on n'a pas la même version des choses. Ils ont un côté social, que nous on n'a pas forcément, que les patients ne viennent pas forcément nous dire ».* Ainsi, il aurait été intéressant de leur demander de **préparer eux aussi un exposé sur le secteur** et d'**obtenir un retour** quant aux informations qu'ils ont reçues à la réunion : « *on sait toujours pas d'ailleurs comment ils sont pris cette info-là ».*

DISCUSSION

Globalement, la démarche a bien été accueillie parmi les professionnels de santé et peu d'entre eux ont refusé d'être candidats. Cela a été cependant le cas, faute de temps, des deux seuls chirurgiens-dentistes qui s'étaient rendus aux réunions de territoire. Cette profession a été la seule à ne pas être représentée dans l'étude. Le troisième refus a concerné un médecin qui a refusé d'être enregistré durant l'entretien malgré l'anonymisation. Les points de vue recueillis ont été très différents et les entretiens ont représenté toutes les réunions de territoire à travers tout le département et toutes les professions de santé qui y ont été conviées.

Pour limiter les biais internes (16), il a été décidé, après les deux premiers entretiens, de remémorer également la réunion de territoire en quelques phrases pour éviter toute confusion. En effet, les premières réunions ont eu lieu en juillet 2008 soit presque trois ans avant les entretiens.

1. <u>Les réunions de territoire</u>

La mobilisation a été meilleure en milieu rural qu'en ville. La réunion de territoire de Sommedieue a rassemblé peu de professionnels de santé, probablement car la maison de santé pluridisciplinaire du secteur était déjà en place. Par ailleurs, les élus qui ont fait le déplacement étaient de tout type mais il est remarquable que les conseillers généraux, les présidents et vice-présidents de CODECOM et les maires de chefs-lieux se soient mobilisés. En se basant sur les listings de présence, qui n'ont pas toujours été complets, 165 élus se sont rendus à ces réunions pour 263 professionnels de santé, Les invités ont donc été au rendez-vous et la mobilisation a été satisfaisante.

La réunion de territoire a été perçue comme un nouveau concept de réunion. Elle a réuni professionnels de santé et élus locaux. De plus les intervenants, représentants ordinaux et administratifs, se sont complétés dans leurs approches. Elle a été perçue comme une réunion différente des autres, de nombreux professionnels y ont relevé le caractère local et pluridisciplinaire. Les invités étaient bien choisis et y avaient leur place.

L'organisation de ces réunions a été globalement appréciée, une majorité des professionnels l'a considérée comme une réussite ayant demandé un gros travail de préparation. Les exposés ont été jugés de bonne qualité, adaptés aux attentes des professionnels.

<u>Les objectifs des réunions de territoire</u> ont été atteints :

- Provoquer une rencontre entre les instances, les élus locaux et les professionnels de santé : elle a été l'occasion d'un échange avec les personnes de terrain. Cette rencontre était bien une des premières attentes des professionnels. Il était important de connaître tous les acteurs impliqués.
- Apporter une information claire : l'information apportée a été appréciée par les professionnels présents et a permis de faire le point sur la thématique démographique médicale meusienne. Cependant quelques-uns auraient apprécié des discussions plus centrées sur le patient.
- Exprimer un discours unique pour tous les acteurs de la problématique : toutes les personnes présentes entendaient le même propos leur conférant un caractère officiel pour les élus locaux de la part d'un représentant de l'État, et pour les professionnels de santé des instances ordinales.

- Faire passer des messages importants pour faire avancer les projets : une des priorités des professionnels était de faire comprendre aux élus qu'ils ne pouvaient rien faire seuls et que les professionnels de santé devaient impérativement être acteurs du projet (10).
- Permettre aux invités de s'exprimer : les débats en fin de réunion permettaient à chacun d'exprimer ses inquiétudes ou ses opinions concernant les thèmes qui avaient été abordés durant la soirée.

Plusieurs propositions ont été faites pour améliorer les réunions de territoire :

- Organiser une réunion par CODECOM voire par bassin de vie pour être plus proche des difficultés locales,
- Recontacter les invités par téléphone peu de temps avant la réunion afin d'en améliorer la mobilisation,
- Permettre aux personnes présentes d'avoir accès à la liste des invités afin qu'elles puissent se faire une idée de la motivation des autres professionnels absents du secteur,
- Inviter des étudiants médicaux et paramédicaux pour les sensibiliser au problème plus tôt dans leurs études,
- Inviter des associations d'aide à domicile,
- Convier des professionnels de MSP pour qu'ils puissent faire part de leur expérience et de leurs conseils,
- Favoriser les débats en dynamisant les exposés et en demandant aux invités de se présenter afin de mieux situer les personnes qui prenaient la parole,
- Aller plus loin dans la démarche par d'autres réunions et une meilleure communication,
- Demander également aux élus locaux de réaliser une présentation sur les difficultés sociales notamment du secteur,
- Obtenir par la suite des élus un retour sur les informations qu'ils ont reçues durant la réunion de territoire afin d'en évaluer le ressenti.

2. Les rencontres permises par les réunions de territoire

Pour les professionnels, il était attendu de pouvoir exprimer leur point de vue sur :

- les conditions d'exercice des médecins,
- les réalités du terrain, l'organisation de l'exercice en libéral,
- leurs craintes qu'elles aient concerné la gestion locale de l'accès aux soins ou l'avenir de la politique de santé,
- leurs projets locaux.

Les professionnels de santé ont vu dans la réunion de territoire, l'occasion d'une rencontre et d'un échange avec les élus locaux, qu'ils ne connaissaient pas toujours. Même lorsqu'ils les avaient déjà rencontrés, certains se sont aperçus qu'ils n'appréhendaient pas leur opinion sur la démographie médicale et cette réunion a permis d'aller au fond du problème.

Lors de cette rencontre, la présence et l'écoute des élus ont été appréciées. En effet, pour comprendre quelle était la situation et comment fonctionnait le système de soins, il était nécessaire de commencer par entendre les informations des exposés mais aussi d'écouter les remarques des professionnels du secteur. Pour une majorité, il était important que les élus comprennent un certain nombre de messages importants comme le fait que les professionnels menaient le projet. Cette réunion permettait alors aux politiques de prendre conscience de la situation.

Dans la plupart des cas, ces rencontres, les discussions qui ont suivi et les éventuelles prises de conscience ont permis qu'ensuite un travail en commun puisse s'engager. Pour certains, il était clair que les élus étaient d'une aide précieuse lors du montage du projet par leurs compétences administratives. Leur présence aidait les professionnels à se sentir moins isolés.

Cependant, les professionnels ont souvent fait remarquer le manque de mobilisation des élus, y comprenant un manque d'intérêt pour les problèmes relatifs à la démographie médicale. Pour quelques-uns, il était du devoir des élus de défendre leur territoire et de se mobiliser pour trouver des solutions. Il est à noter que leur investissement a été très variable selon les regards, d'un simple acte de présence à la réunion sans autre contact depuis à un " sur-investissement " empêchant les professionnels de mener leur projet.

La réunion de territoire a également permis d'autres rencontres. Certains y ont apprécié d'y retrouver des amis et collègues. Pour d'autres, elle a permis de se rapprocher des autres professionnels de santé du secteur. En effet, la réunion rassemblant les principaux acteurs, une partie des professionnels s'y est rendue dans l'optique d'y établir des relations pour faire avancer un projet. Rencontrer les intervenants a également été une des attentes de la soirée.

3. Les informations apportées par les réunions de territoires

Les attentes des professionnels de santé en terme d'informations étaient très différentes, les principaux thèmes cités en ont été les suivants :

- la situation démographique et la pénurie médicale annoncée,
- les projets en cours ou en réflexion dans le secteur,
- l'avis des politiques sur la crise actuelle,
- l'évolution de la politique de santé,
- les pôles et les maisons de santé pluridisciplinaires,
- le montage d'un projet et l'accès aux subventions de l'ARS,
- les informations que vont recevoir les élus et les réactions des invités.

Pour certains, les exposés devaient faire passer plusieurs messages aux autres invités et en particulier aux élus (7) :

- les aspirations des nouvelles générations de médecins,
- le principe de la liberté d'installation des médecins et ses conséquences,
- le problème de la démographie médicale.

En effet, pour plusieurs, les élus possédaient une mauvaise information qui avait engendré de nombreuses fausses idées, il était donc nécessaire qu'une information claire soit donnée aux élus.

Il a été intéressant de constater qu'alors que pour certains paramédicaux la réunion était trop médicale, des médecins ne se sentaient pas la cible des exposés considérant qu'ils possédaient déjà ces informations trop générales, ne permettant pas de répondre avec précision à leurs questions locales.

La place de l'ARS a été clarifiée et l'a rendue moins impersonnelle même si pour la majorité des professionnels ce sujet a éveillé peu d''intérêt. Ils ont jugé cette organisation trop complexe, trop éloignée des préoccupations du terrain. Une grande partie n'en a gardé que peu ou pas de souvenir.

De nombreux membres du corps médical ont retenu qu'un changement de mentalité avait été perçu car, pour beaucoup d'invités, c'était la première fois que le fonctionnement du système de soins et les enjeux de la politique de santé leur étaient expliqués. Pour plusieurs professionnels paramédicaux, les exposés ont permis de mieux comprendre les conditions d'exercice des médecins au quotidien, les attentes des nouvelles générations de praticiens et à quel point leur arrivée modifiait le paysage médical du secteur.

Les professionnels voulaient rester maîtres de leur avenir, ils reconnaissaient le médecin en tant que pivot dans l'organisation des soins du secteur.

L'intérêt d'être maître de stage et d'accueillir des stagiaires a été relevé.

Enfin, il a été reproché aux aides à l'installation de ne concerner ni les médecins déjà en place dans un secteur fragile, ni certains paramédicaux, également en sous-effectif dans le département (les masseurs-kinésithérapeutes). Des professionnels ont remarqué que les aides à l'installation étaient trop complexes pour un jeune médecin cherchant à s'installer, ne facilitant ainsi pas son arrivée. Il était important que les aides soient pensées au mieux pour une meilleure efficacité (19), et une fois en place, l'information devait être bien relayée auprès des étudiants. Cependant, l'installation en milieu rural est restée un sujet d'inquiétude. Il a souvent été remarqué que le système de garde y était trop lourd avec d'importantes charges de travail, une permanence des soins trop astreignante, des services d'urgence trop distants. A ces charges se sont ajoutés la difficulté pour le conjoint d'y trouver un emploi, et le fait que la médecine rurale restait une vocation.

4. Le schéma départemental d'organisation des soins et la place des maisons de santé pluridisciplinaires

Comme dans de nombreuses études, les inquiétudes des professionnels étaient nombreuses (7,18). Grâce à la réunion certains ont été rassurés ou ont obtenu des réponses et d'autres ont pris conscience de la gravité de la situation. Les répercussions peuvent être nombreuses sur leur propre exercice. De nombreux professionnels ont considéré que les décideurs étaient trop loin de la réalité du terrain et que, dans les faits, rien ne changeait vraiment. Cependant, les solutions proposées ont attiré leur attention car la qualité de la prise en charge des patients est demeurée une priorité pour les professionnels.

Le schéma départemental d'organisation des soins ambulatoires a permis à un certain nombre de sentir qu'ils appartenaient à un projet global départemental, sentiment dynamisant et rassurant. L'organisation en pôles était alors bien accueillie d'autant plus qu'elle était façonnable et modulable dans le temps.

Beaucoup de professionnels ont réagi à l'annonce de ce schéma d'organisation des soins, en particulier les médecins pour qui :

- le schéma était court-circuité par des structures déjà en place,
- le schéma était intéressant mais force était de constater que c'était souvent des obstacles humains qui en empêchaient la réalisation,
- le médecin devait rester l'acteur principal de ce schéma dont l'organisation devait se fonder sur les CODECOM,
- cette organisation départementale posait le problème des secteurs frontaliers, la barrière y est perçue comme totale et l'offre de soins par conséquent compliquée,
- cette organisation soulevait des inquiétudes, comme indiquées plus haut, relatives à la perte d'indépendance de son métier et au risque de voir disparaître le « médecin de famille ».

Au sujet des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), là encore, le médecin est considéré comme le premier acteur du projet. L'aspect financier du montage d'un projet n'était pas intéressant pour de nombreux paramédicaux qui ne se sentaient pas concernés. La motivation était mise à rude épreuve pour plusieurs d'entre eux, le montage d'un projet étant lourd. Les professionnels remarquaient que face à ce dossier très chronophage, ils se retrouvaient seuls (19).

La MSP a semblé être une bonne solution pour combattre la crise démographique médicale. Elle répondait mieux aux exigences des nouvelles générations qui recherchaient un travail en groupe et un allègement des contraintes administratives (7). Consciente de ce fait, une partie des paramédicaux entrevoyait les possibilités d'évolution de leur métier que pouvait leur offrir une telle structure (éducation thérapeutique...), tandis qu'une autre trouvait que ce type d'organisation amenait beaucoup de complications pratiques (pour les infirmiers par exemple) et des charges supplémentaires (frais de fonctionnement, loyer…) (20). Le travail en MSP a des particularités par son fonctionnement en équipe, sa promiscuité avec d'autres professionnels ou son organisation. Il ne convenait pas à tous. Ces alternatives n'étaient pas toujours la solution en milieu urbain car le nombre d'interfaces possibles était très important et le regroupement des professionnels du secteur devenait énorme. De plus, le milieu urbain était moins concerné par la crise démographique médicale. Des professionnels soulevaient la notion de phénomène de mode dont il valait mieux se méfier.

Quelques professionnels n'étaient pas convaincus par ces structures, perçues comme une nouvelle forme d'assistanat à la population. Une partie de ces professionnels libéraux redoutait une gestion bureaucratique de la santé et la perte de leur indépendance. Selon eux, intégrer une MSP imposait les contraintes du salariat à des libéraux déjà surchargés. Pour aller plus loin, certains expliquaient qu'en laissant se monter des projets à financement public, ils risquaient de devoir un jour rendre des comptes perdant leur liberté d'exercice et une notion qui leur est chère, celle de « médecin de famille ».

5. La dynamique de territoire

La réunion a permis fréquemment une prise de conscience de la situation mais aussi qu'il était temps de se mobiliser. Une partie des professionnels avait déjà bien réalisé qu'il devenait nécessaire de s'organiser (6). Plusieurs arguments ont été relevés, en effet, cela restait le meilleur moyen d'assurer un accès aux soins de qualité pour les patients, de favoriser l'arrivée d'un successeur pour reprendre sa patientèle et de permettre d'exercer son métier dans les meilleures conditions. Ainsi ces réunions ont permis de faire avancer les projets du secteur, qu'ils soient en cours de réalisation ou une simple réflexion.

La réunion a été l'occasion de se réunir autour d'un même projet et d'avoir une vision plus interdisciplinaire du secteur. Elle a permis une prise de contact entre professionnels et élus locaux ainsi qu'un échange de points de vue que la plupart a trouvé intéressant. La rencontre avec les élus permettait à certains de sentir qu'ils devaient travailler ensemble pour élaborer un projet commun afin de faciliter l'accès aux soins à tous notamment aux plus fragiles. Par la suite, plusieurs professionnels ont noté l'apparition ou l'accélération des rencontres interprofessionnelles avec ou sans les élus locaux selon les cas. Parfois, une réflexion complète sur le secteur s'est engagée entre professionnels motivés. Des pôles de santé ont vu le jour. Ces derniers ont été perçus comme la possibilité de créer une fédération de professionnels de santé d'un secteur qui pourrait parler au nom de tous et constituer un contre-pouvoir aux élus locaux.

Les débats et le regard extérieur des intervenants ont permis d'adapter le projet aux réalités du secteur. Ainsi, ont été discutés des projets de trop grosses structures, d'anciens projets mal acceptés par une partie des professionnels du secteur, ou des projets trop portés par les élus pour ensuite se remobiliser vers des projets réalistes soutenus par les professionnels de santé. Malgré tout, dans certains secteurs, les professionnels ont avoué que depuis la réunion rien n'avait été fait et qu'aucun projet n'était en discussion Dans certains cas, la réunion n'a pas permis l'émergence de projets, les professionnels s'en expliquaient alors par la structure urbaine ou l'absence de meneur.

Pour de nombreux professionnels la réunion a été considérée comme un déclencheur ou un accélérateur pour l'émergence de projets : les bases ont été posées, les concepts ont été repris au niveau local, la prise de conscience a eu lieu, une majorité d'invités en est ressortie motivée pour combattre la crise démographique.

Tous ont apprécié l'intérêt des instances pour les problématiques locales. Un des effets des réunions a été la motivation ou la remotivation de professionnels de santé et d'élus locaux qui se sont sentis prêts à monter ou à poursuivre un projet dans leur secteur. Il est vrai cependant, que parfois l'engouement a été de courte durée et n'a pas permis de réelles avancées locales.

Pour beaucoup, ces réunions ont montré le dynamisme du département, dans lequel des professionnels se sentaient appartenir à un mouvement global et où se mettaient en place de nombreux projets. L'organisation des réunions de territoire a participé pour certains au changement d'image de la Meuse.

Concrètement, depuis 2007, c'est pratiquement l'ensemble du département qui a été restructuré avec 17 maisons ou pôles de santé ambulatoires pluridisciplinaires en fonctionnement ou en cours de construction. Ainsi, ce dynamisme a permis jusqu'à présent de réaliser autant d'installations que de départs en retraite soit 20 installations de jeunes médecins mais aussi des chirurgiens dentistes, podologues, sages-femmes, psychologues, infirmières, kinésithérapeutes.

Conscient des bénéfices de ces réunions de territoire sur l'émergence de projets locaux, l'ARS de Lorraine a retenu le projet. Après y avoir intégré un volet médico-social, elle a décidé de poursuivre cette initiative en organisant de nouvelles réunions de territoire à travers les zones déficitaires de toute la Lorraine depuis mars 2012.

CONCLUSION

Devant la pénurie de médecins qui menace le département, la Meuse a su réagir en mettant en place dès 2007, le Plan d'action départemental sur la démographie des professionnels de santé en Meuse. Ainsi, elle a anticipé plusieurs mesures de la loi HPST.

Les réunions de territoire ont été un succès. Les invités se sont mobilisés en nombre, la rencontre entre instances, élus locaux et professionnels de santé a été fructueuse, une information claire et complète a été entendue par tous les acteurs de la problématique et les débats qui ont suivi ont été riches et variés. Pour de nombreux professionnels, ce nouveau concept a été un déclencheur ou un accélérateur dans l'émergence de projets et a amorcé une dynamique de territoire. Les réunions de territoire ont participé à l'émergence de nombreux projets. Ainsi, pratiquement tout le département a été restructuré depuis 2007 avec la mise en place de nombreuses maisons de santé pluridisciplinaires et l'installation en nombre de professionnels de santé notamment de jeunes médecins.

Des propositions ont été faites pour améliorer ces réunions. Ces dernières pourraient permettre d'adapter les mesures incitatives dans le cadre de la crise démographique, de favoriser les relations entre les élus et les professionnels de santé et de mettre tout en œuvre pour attirer les jeunes professionnels vers des territoires ruraux.

Ce concept de réunions peut être décliné dans d'autres départements pour les zones rurales, par quartier pour les grandes villes afin de développer les pôles de santé ambulatoires pluridisciplinaires ayant un projet de santé ambulatoire (prévention, parcours de soins avec coopération interprofessionnelle, enseignement et recherche) spécifique à ce territoire.

Sociologiquement, il serait intéressant de compléter cette étude en interrogeant les élus locaux, en rencontrant les professionnels de santé qui ne se sont pas rendus aux réunions de territoire afin d'en recueillir les raisons et leurs ressentis ou enfin en réinterrogeant dans quelques temps les professionnels de cette étude, voire d'autres, pour en évaluer le ressenti une fois la maison de santé pluridisciplinaire ou le pôle de santé ambulatoire pluridisciplinaire fonctionnant.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Parienté J., Sabot A., Potet F., « Les candidats face à l'enjeu des déserts médicaux », Le Monde n° 20923 du 27 avril 2012.

2. Romestang P. Le Breton-Lerouvillois G., « Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2011 », Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2011.

3. Attal-Toubert K., Vanderschelden M., « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », Études et résultats n°679, DREES, février 2009.

4. Legmann M., « Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale », avril 2010, disponible sur:http://www.conseil-national.medecin.fr

5. Berland Y., Rapport de la Commission Démographie médicale, ONDPS, avril 2005.

6. Juilhard J.M., « Offre de soins: comment réduire la fracture territoriale », rapport d'information, annexe au PV du 3 Octobre 2007.

7. Aubertin B., « Les aspirations professionnelles des futurs médecins généralistes : enquête auprès des internes du D.E.S. de médecine générale de Lorraine et des médecins remplaçants en Meuse » , Thèse méd. : 2008NAN11127, Nancy, 2008.

8. États généraux de l'organisation de la santé. Lien internet : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/egos/accueil.htm

9. Juilhard J.M., Crochemore B., Touba A., « Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement », rapport ministériel, Janvier 2010, tome 1.

10. Bruguière M.T., « Santé et territoires : à la recherche de l'équilibre, Rapport d'information », rapport d'information No 600, au nom de la délégation aux collectivités territoriales, déposé le 14 juin 2011.

11. Hubert E., « Mission de concertation sur la médecine de proximité. », Rapport du Docteur Elisabeth Hubert, 25 Novembre 2010.

12. Loi HPST : Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

13. JORF n°0150 du 1 juillet 2010, décret n° 2010-735 du 29 juin 2010 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études médicales disponible sur legifrance.gouv.fr.

14. Romestang P., Le Breton-Lerouvillois G., « Atlas de la démographie médicale en Lorraine. Situation au 1er juin 2011 », Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2011.

15. "Plan d'action départemental sur la démographie des professionnels de santé en Meuse", CR des réunions du 11 Avril 2006 et du 24 Avril 2007, consultables sur demande à la Préfecture de la Meuse, 40 rue du Bourg, 55000 Bar-le-Duc

16. Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann L. et all. « Introduction à la recherche qualitative », Exercer 2008 ; 84 : 142-5.

17. Mukamurera J., Lacourse F. et Couturier Y., « Des avancées en étude qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques », Recherches qualitatives, Vol. 26(1), 2006, pp110-138.

18. Vasseur G., Schweyer F.X., « Information d'ordre sociologique sur les médecins généralistes et leurs activités en Bretagne », Les dossiers de l'"URCAM n°14, Septembre 2003.

19. Vauthier J.C., « L'exercice de la médecine générale en milieu rural en Lorraine : état des lieux, enquête sur les modalités actuelles et les perspectives futures : proposition pour le développement des maisons de santé en milieu rural. » Thèse méd. Nancy, 2006: 2006NAN11003.

20. Druz J., « Identification des obstacles à l'adhésion des infirmier(e)s diplômé(e)s d'état à un projet de soins lors de la création d'une maison de santé pluridisciplinaire », thèse méd, Grenoble, 2011.

INTRODUCTION

Depuis quelques années, c'est au quotidien que les patients ressentent la crise démographique médicale : les délais de rendez-vous sont de plus en plus longs, certaines spécialités sont difficiles d'accès pour de nouveaux patients, un médecin traitant disponible devient rare lorsque l'on vient d'emménager dans une région, et parfois il n'y en a même plus dans le secteur… Les patients sont bien conscients que le système de santé ne fonctionne plus. Les professionnels de santé eux-mêmes sont excédés, en effet certains secteurs sont devenus de véritables déserts médicaux où il est de plus en plus difficile de proposer des soins de qualité. Les élus locaux s'inquiètent de l'accessibilité de l'offre de soins pour leurs habitants ; quels services à la personne peuvent-ils proposer dans des régions où même le médecin est parti ? De leur côté, les politiques travaillent activement pour trouver des solutions efficaces sur tout le territoire.

Cette crise est nationale mais se fait encore plus durement sentir dans certains secteurs. Aussi, la loi Hôpital Patient Santé Territoire a tenté de réduire la fracture territoriale. La Meuse, typiquement rurale, est sévèrement touchée avec la disparition d'un médecin sur deux d'ici 10 ans si rien n'est fait. Le département a alors entrepris depuis 2006 toute une réflexion sur la démographie médicale dans le cadre du "Plan d'action départemental sur la démographie des professionnels de santé en Meuse" (1), celui-ci a abouti notamment à l'organisation des Réunions de Territoire dans tout le département. Leur objectif était d'expliquer aux professionnels de santé et aux élus locaux quelle était la situation meusienne et quelles étaient les solutions possibles pour anticiper la crise démographique.

Il semble judicieux de prendre le temps de s'intéresser à ces professionnels de santé, à ce qu'ils attendaient de ces réunions et à ce qu'ils en ont retenu, permettant d'évaluer quel impact ces réunions ont eu sur la dynamique meusienne, en particulier en terme de création de maisons de santé pluridisciplinaires ambulatoires.

I/ LA MEUSE FACE A LA CRISE DEMOGRAPHIQUE MEDICALE

1- La crise démographique médicale en France (2)

Au 1er janvier 2011, la France compte selon ADELI 208 727 médecins dont 100 666 omnipraticiens (3), il n'y a jamais eu autant de médecins exerçant sur le territoire (4). Cet effectif correspond à une densité française tout secteur confondu (libéral, salariés...) de 161 médecins pour 100 000 habitants .

1-1- Une répartition inégale sur le territoire français (3,5,6)

Les professionnels médicaux ne sont pas répartis de façon homogène. Certains secteurs sont très largement dotés en offres de soins tandis que d'autres sont de véritables déserts médicaux.
Ainsi, selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en 2011, le Loiret compte 120 omnipraticiens pour 100 000 habitants tandis que les Bouches-du-Rhône en comptent 206 ; ou encore la Mayenne a une densité médicale générale de 114 alors que Paris avoisine les 286.

Il existe de fortes disparités inter-régionales :

- les régions Provence Alpes Côte d'Azur et parisienne présentent une densité médicale bien supérieure à la moyenne nationale,
- les régions du Nord sont globalement moins bien dotées en offre de soins,
- certaines régions comme le Centre, la Haute-Normandie ou la Picardie sont fortement déficitaires avec une densité entre 255 et 265 médecins pour 100 000 habitants.

La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) par ses cartographies départementales permet de réaliser qu'au final rares sont les régions qui ne contiennent pas un département à la situation médicale fragile. En terme de répartition, on remarque que même s'il existe quelques départements à faible densité médicale dans le Sud (comme l'Ardèche, la Lozère ou la Haute-Loire par exemple), la majorité des zones concernées est située dans la moitié Nord de la France .

Selon le CNOM, au 1er janvier 2011, la Lorraine était classée en douzième position avec une densité médicale de 276 pour une moyenne nationale de 306,7, légèrement inférieure à la moyenne (5,7).

1-2- La liberté d'installation

En France, un médecin est libre de s'installer dans la zone de son choix, il n'y a pas d'obligation d'installation selon sa région de formation, la démographie médicale ou les spécificités géographiques. C'est un des principes fondamentaux que l'on retrouve dans la charte de 1927 adoptée par la fédération nationale des médecins de France, repris dans le premier code de Déontologie. Cette liberté accroît encore les inégalités territoriales. En effet, une zone déficitaire en offre de soins est peu attractive pour un jeune médecin qui cherche à s'installer. L'isolement du milieu rural est ressenti comme une gêne importante (8).

Actuellement, l'Assemblée Nationale et le Sénat débattent des différentes façons de réduire les inégalités de répartition des médecins. Après avoir mis en place de nombreuses mesures incitatives, certains pensent que des mesures plus coercitives doivent être décidées. Plusieurs projets sont apparus, certains politiques proposant même que les vétérinaires puissent prêter main forte aux médecins surchargés. Citons aussi le projet de loi Vigier (9), rejeté en bloc par les milieux médicaux avant même d'être discuté en janvier 2012 à l'Assemblée (10,11,12).

1-3- Une population médicale vieillissante

Selon le CNOM, au 1er janvier 2011, l'âge moyen des médecins en activité régulière était de 51,4 ans (respectivement 53 ans pour les hommes et 49 ans pour les femmes). Les médecins âgés de 55 ans et plus représentent alors 42,9% des effectifs tandis que les moins de 40 ans comptabilisent 13,9% des effectifs (5). La part des médecins de plus de 55 ans était de 16% en 2001. C'est ainsi qu'un départ massif est attendu dans les 5 prochaines années (générations d'avant le numerus clausus), cela est d'autant plus grave que nombres de cabinets médicaux ferment ainsi au départ à la retraite du médecin en exercice (13).

La comparaison des pyramides des âges de 2000 et 2006 permet d'objectiver une accentuation de l'aspect en « as de pique » caractéristique des populations vieillissantes. Malgré un léger mieux, la pyramide des âges de 2011 confirme cette tendance (5).

1-4- Le numerus clausus (7, 8)

Créé en 1971, le numerus clausus, qui détermine le nombre d'étudiants reçus au concours de fin de première année des études de médecine, devait notamment réguler la consommation de soins en limitant l'offre de soins. Il était fixé à 8588 étudiants en 1971. Puis, il a progressivement été restreint à 3700 au cours des années 90 pour remonter à 7700 à la rentrée dernière et 8000 pour l'année 2012-2013 .

La population médicale va inéluctablement diminuer dans les années à venir puisque les « baby-boomers » vont faire valoir leur droit à la retraite (13). Parallèlement, selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), la population française devrait croître d'environ 10% entre 2006 et 2030, de même que ses besoins en soins du fait de son vieillissement, ce qui devrait encore aggraver la situation (33).

Compte tenu de l'évolution à la baisse du numerus clausus de 1972 à 1999, actuellement le nombre de médecins qui cessent leur activité est supérieur au nombre de médecins qui entrent dans la profession. Pour les prochaines années, différentes hypothèses de projections ont été retenues.

Dans un scénario tendanciel qui sert de référence (numerus clausus maintenu à 8000 jusqu'en 2020, comportements des médecins constants et politiques identiques) (14), les effectifs médicaux devraient baisser de près de 10% d'ici à 2019 avant de revenir à leur niveau actuel en 2030, avec de grandes disparités selon les spécialités et les lieux d'exercice (15).

1-5- La médecine rurale et semi-rurale (6,8,16)

La médecine libérale en milieu rural et semi-rural est un exercice particulier auquel les études médicales préparent mal.

Les médecins concernés reconnaissent un cadre de vie agréable, une meilleure considération de la part de la population de campagne (qui induit une meilleure relation avec les patients), une indépendance dans leur exercice. L'isolement est une des contraintes majeures souvent regrettée par ces praticiens, mais ce sentiment s'améliore nettement avec le développement des équipes SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) disponibles et celui du travail en réseau.

Il n'en demeure pas moins que la charge de travail est plus importante qu'en milieu urbain avec les contraintes horaires qui en découlent (12) et que la permanence des soins est imposante (17).

Le médecin libéral rural y reproche également le manque d'échange collégial pour les situations les plus complexes (tant du point de vue technique qu'émotionnel) et la faiblesse du plateau technique qui ne permet pas d'atteindre la meilleure qualité d'exercice possible. En effet, l'accès aux spécialistes, à la radiologie et à la biologie est rendu plus difficile du fait des distances et de l'isolement.

Il lui est également moins facile de se libérer pour sa formation professionnelle car peu de remplaçants sont disponibles dans ces régions.

Enfin, mais la liste n 'est pas exhaustive, les médecins libéraux ruraux et semi-ruraux ont des revenus moindres par rapport à leurs confrères des zones péri-urbaines même s'ils restent supérieurs à ceux de leurs collègues urbains (15).

1-6- L'exercice libéral moins attractif

Au 1er janvier 2009, seuls 9% des nouveaux médecins inscrits à l'Ordre avaient choisi un mode d'exercice libéral exclusif et 66% le statut de salarié. 25% avaient opté pour le statut de remplaçant parmi lesquels 85,4% de généralistes. Les femmes représentaient 52% des effectifs (13). L'exercice salarié au détriment du libéral est un phénomène que l'on observe depuis plusieurs années déjà comme le met en évidence le graphique en Annexe 1.

Les médecins libéraux apprécient leur cadre de travail, leur indépendance et leur relation privilégiée avec leurs patients (18). Il est vrai cependant que la médecine libérale est un exercice difficile, le médecin doit connaître des champs de connaissances étendus de la médecine, faire un diagnostic en quelques minutes, prendre une décision thérapeutique, il peine à maîtriser son emploi du temps (15,7).

Les médecins qui se sont tournés vers le salariat recherchent plutôt des revenus stables et un allègement des contraintes administratives. Les patients sont plus homogènes et l'unité de lieu d'exercice est la règle (8). Ce type d'exercice confère également des avantages sur le plan de la protection sociale (en terme d'arrêt maladie ou de congés maternité par exemple), des avantages sociaux, la responsabilité y est limitée. Il garantit un équilibre entre vie privée et vie professionnelle chez les nouvelles générations pour qui la qualité de vie est une priorité (13).

Les femmes jeunes médecins, souvent en charge de jeunes enfants, apprécient le salariat pour les horaires de travail et pour la protection sociale qu'il permet. Notons que le régime maladie des médecins libéraux est peu protecteur puisque le délai de carence avant le versement d'indemnités journalières par la Caisse d'assurance maladie est de 90 jours (7). Chaque médecin libéral est alors libre de prendre des assurances privées pour couvrir les différents risques (incapacités, décès...). Dans tous les cas, cet aspect est d'autant plus déterminant que l'on observe une féminisation de la profession. Actuellement, 2 femmes sur 3 se tournent vers une activité salariée contre 1 homme sur 3, ces rapports s'inversent en libéral avec 1 femme sur 3 et 2 hommes sur 3 qui choisissent ce mode d'exercice (7).

Par ailleurs, la formation même des futurs médecins au sein de structures hospitalières ne facilite pas la découverte de la médecine de ville (19). L'exercice hospitalier, en équipe, ne prépare pas le futur médecin à un exercice libéral beaucoup plus isolé. La mise en place de stages ambulatoires en milieu libéral devrait améliorer la situation (20).

Notons qu'à Nancy, la totalité des étudiants durant leur année de DCEM2 ou DCEM3 réalise, depuis 2007, un stage de découverte de la médecine générale chez le praticien de 100 heures. De plus, durant le 3ème cycle de médecine générale a lieu un stage chez le praticien de 6 mois et la possibilité dans le cadre du projet personnalisé de réaliser un Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS) de 6 mois également.

1-7- Les aspirations des jeunes et futurs médecins (6,7,17,21,22)

Les jeunes et futurs médecins recherchent un exercice collectif. Ce type d'exercice apporte plusieurs avantages : un avis collégial, une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles, des contraintes moins lourdes concernant la permanence des soins, une dynamique collective qu'ils connaissent bien de par leur formation hospitalière, un allègement des charges matérielles et administratives (tous souhaitent la présence d'un secrétariat).

Pour les nouvelles générations, l'exercice libéral passe obligatoirement par une informatisation correcte (23).

Le Dr. Aubertin, dans sa thèse (12), a réalisé une enquête qui retrace de façon très complète les aspirations des futurs et jeunes médecins en Lorraine.

Il en ressort que des attentes sont prioritaires pour le choix de l'installation :

- un épanouissement personnel et familial (pour 81% des personnes interrogées),
- une localisation compatible avec la profession du conjoint (58%),
- une possibilité d'y exercer le mieux son métier (55%).
- Ensuite sont mis en évidence la relation avec les patients et l'environnement géographique.
- Le revenu (16%) et l'utilité sociale du métier (16%) apparaissent comme anecdotiques.

1-8- Les aides à l'installation (2,6,8)

Afin d'augmenter l'attractivité de territoires sous-dotés en offre de soins, de nombreuses aides incitatives ont été mises en place depuis 2004 (descriptif non exhaustif) :

- L'avenant 20 de la convention médicale de 2005 paru au JO du 28 mars 2007 remplacé par l'option Démographie de la nouvelle Convention Médicale de juillet 2011 qui permet un complément de rémunération pour les médecins exerçant en zones déficitaires.

- L'arrêté du 3 Février 2005 dans le cadre de cette même convention prévoyait un « contrat des bonnes pratiques » : c'est une aide notamment pour les cabinets en milieu rural situés à plus de 20 minutes d'un accueil des Urgences et qui sont situés dans un secteur où la densité médicale est inférieure à 3 médecins pour 5 000 habitants, un complément de 300 euros par jour est alors prévu pour un remplaçant dans la limite de 10 jours par an.

- Les conseils généraux ont créé des bourses d'études engageant à un exercice en zone déficitaire plus tard, ces bourses s'adressant selon les départements aux étudiants du troisième cycle (Allier, Manche,Saône-et-Loire par exemple) ou à ceux du deuxième cycle (comme en Meuse) et les allocations étant différentes d'un territoire à l'autre.

  Cependant on note que ces bourses n'ont pas suscité l'engouement attendu. En Meuse, l'allocation de deuxième cycle, initialement mise en place a été abandonnée puisque seulement 4 bourses avaient été allouées en 5 ans (et parmi elles un étudiant a renoncé).
  Les contrats d'engagement du service public (CESP) ont ensuite été appliqués, créés dans le cadre de la loi HPST. Ce type de contrat s'adresse aux étudiants à partir de la PCEM2 et aux internes, signé avec l'Agence Régionale de Santé et la Commission Nationale de Gestion des Praticiens Hospitaliers. Cette bourse de 1 200 euros par mois engage l'étudiant à un exercice futur en zone déficitaire pour une durée de 2 ans ou plus (selon le nombre d'années d'allocation que l'étudiant a perçu). Ainsi à Nancy pour 2010, 8 étudiants et 2 internes ont signé un contrat.

- Les zones déficitaires en offres de soins définies en 2006, réévaluées en 2007 et gelées jusqu'au 31 Décembre 2010 donnent également accès à des aides :
  - Exonération fiscale sur le revenu par l'État des astreintes qui sont majorées dans le cadre de la permanence des soins pour 60 jours par an.
  - Aides à la création de maisons de santé pluridisciplinaires ambulatoires par la récupération de la TVA, par les collectivités locales, lors de la création de la structure, dont le loyer n'est pas assujetti à la TVA.
  - Prime à l'installation des collectivités locales.
  - Indemnité de logement (400 euros par mois) et de déplacement pour les étudiants en stage en zone déficitaire. Cette indemnité existe en Lorraine par le Conseil Régional.

  De nouvelles zones déficitaires vont être promulguées par un décret du directeur de l'ARS courant du premier semestre 2012 qui reposeront sur les bassins de vie intermédiaires.

- Il existe aussi une dispense de pénalités liées au parcours de soins pendant 5 ans lors d'une première installation. Ceci est prévu dans le cadre de la Convention de 2005 reconduit dans celle de Juillet 2011 (7).

- S'ajoutent les avantages fiscaux non spécifiques au milieu médical qui concernent les secteurs accessibles au statut de Zones de Revitalisation Rurale (ZRR) et aux Zones Franches Urbaines (ZFU). A noter que depuis l'amendement du 1er Janvier 2011 dans la loi de finances 2011, ces avantages ne concernent plus seulement la création d'un corps de métier dans la commune mais également l'association à d'autres médecins libéraux ou la reprise de l'activité d'un médecin quittant son exercice.

Cependant ces mesures mal appliquées ou méconnues s'avèrent peu efficaces (24).

Cette situation résumée du paysage médical est alarmante. Selon Monsieur J.M. Juilhard, Sénateur du Puy-de-Dôme : « Le dispositif de premier recours est à bout de souffle. Il ne répond plus ni aux attentes des professionnels, ni aux préoccupations des autorités publiques et n 'est plus apte à répondre aux évolutions démographiques et épidémiologiques de la population » (25). Une réforme de la régulation de l'offre de soins est devenue une nécessité (23,26,27). La loi HPST élaborée en 2009 a eu notamment pour but de lutter contre l'inégalité des patients en matière d'accès aux soins.

2- La loi HPST

C'est une loi promulguée le 21 Juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires, appelée plus couramment loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire », loi HPST ou encore loi Bachelot (28,29,30).

Cette loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009 fait suite à de nombreux travaux, les « États Généraux de l'Organisation de la Santé » (23,26,27) ont ainsi été une étape importante dans le bilan de la situation démographique.

Les objectifs de la loi HPST sont de réorganiser le schéma du système de santé par la création notamment des Agences Régionales de Santé (ARS), d'améliorer le fonctionnement des hôpitaux et de favoriser un accès aux soins de qualité.

2-1- Les principales mesures de la loi HPST (28, 29, 30)

2-1-1- Une organisation régionale du système de santé

Cette organisation passe par la création des ARS qui regroupent: l'ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation), les DDCS (l'ex DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales), les URCAM (Unions Régionales des Caisses d'Assurances Maladies) et une partie des activités des CRAM (Caisses Régionales d'Assurance Maladie), apportant des interlocuteurs uniques placés sous la tutelle des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.

Les ARS sont mieux ancrées dans les territoires, davantage décentralisées, au plus proche des besoins des patients. Ce sont les acteurs essentiels du système de santé au niveau régional. Leur but est de coordonner les hôpitaux, la médecine de ville et le secteur médico-social.

La loi modifie également la représentativité syndicale des professionnels de santé libéraux. Ainsi sont créées les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS), un collège pour chaque profession médicale ou paramédicale, et les Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) sont supprimées.

La politique régionale de santé doit permettre une clarification et une simplification de l'organisation sanitaire, un cadre est mis en place pour fédérer les initiatives des acteurs. Ainsi est mis en œuvre un plan stratégique régional de santé fixant les orientations des schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale. L'objectif est un accès aux soins pour tous, l'efficience des structures de santé, l'optimisation de la permanence des soins, tout en assurant la qualité et la sécurité de la prise en charge (21).

Ce projet pose également les bases de la télémédecine (24,31).

2-1-2- La modernisation des établissements de santé

La réforme consiste à renforcer les missions du service public des établissements, à alléger leurs contraintes de fonctionnement et à décloisonner leur organisation, tout en favorisant la mise en place de coopérations à l'échelle des territoires. Ainsi sont mis en place un conseil de surveillance, un directoire, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. La nomination et les compétences du directeur sont modifiées. D'autres modifications concernent les missions des chefs de pôles.

Le but est de permettre aux hôpitaux de débloquer leur fonctionnement. Cependant certains craignent que la logique économique l'emporte sur la logique médicale.

2-1-3- L'amélioration de l'accès aux soins

L'objectif de la loi est de réduire les inégalités d'accès aux soins, conséquences des profondes inégalités de répartition des professionnels de santé sur le territoire, tout en respectant leur liberté d'installation.

Les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS) (23), par l'intégration d'un volet « ambulatoire » permettent d'objectiver les besoins locaux et de mettre en œuvre les outils à disposition des différents acteurs (ARS, collectivités territoriales, URPS...) (7). C'est la première fois qu'un schéma d'organisation des soins ambulatoires est mis en place. Les zones prioritaires vont être redéfinies en terme de démographie (l'arrêté est attendu durant l'année 2012 pour la Lorraine).

Ce schéma va être à la base des outils incitatifs mis en place par les ARS :

- la création de Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) avec l'aide de l'État (par le Plan d'action des équipements en maisons de santé du circulaire du 8 Octobre 2010 qui prévoit le financement de 250 maisons entre 2011 et 2013, actuellement 89 maisons en ont bénéficié dont 5 en Meuse soit 5%) et des collectivités territoriales (Conseil Général et Conseil Régional),
- le Contrat d'Engagement de Service Publique est mis en place (32) *:* allocation aux étudiants et aux internes qui s'engagent à exercer dans les zones sous-dotées,

- le Contrat Santé-Solidarité voit le jour qui concerne les médecins exerçant dans les zones sur-dotées qui s'engagent à répondre aux besoins de santé de la population des zones sous-dotées. La loi Fourcade du 10 Août 2011 l' a remis en cause avec l'article 114-346 et annulé.
- l'instauration du FAQSV qui est le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville : ces aides concernent la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) et le fonctionnement des structures collectives comme les MSP.
- la création du Fonds d'Intervention Régional (FIR), en Mars 2012, dont le but est d'intervenir sur les zones déficitaires, sur la permanence des soins et sur l'éducation thérapeutique.

Une autre des missions de l'ARS est de réorganiser la PDSA. La mission du médecin généraliste dans sa participation est rappelée.

Le rôle pivot du médecin généraliste (21) est redéfini en terme de soins de premier recours. C'est la première fois.

Concernant la régulation de la répartition régionale des médecins, plusieurs mesures sont prévues :

- pilotage de la démographie médicale au niveau de l'internat (répartition des postes),
- fixation du nombre de postes en formation universitaire de médecine générale,
  mise en place des fameux contrats d'engagement de service public et contrats santé-solidarité cités plus haut,
- réorganisation des réseaux de santé (60),
- réorganisation en MSP et en pôles de santé ambulatoires pluridisciplinaires (PSAP). Un comité de sélection régional a été organisé sous l'égide du préfet de région et du directeur de l'ARS regroupant les professionnels de santé (URPS et FEMALOR (FEdération des MAisons et pôles de santé de LOrraine)) et les représentants des collectivités (4 conseils généraux).

2-1-4- Prévention et santé publique

L'éducation thérapeutique du patient devient une priorité nationale dans le cadre des maladies chroniques. La loi vise les cancers par la prévention de leurs principaux facteurs de risque (tabac, alcool), ainsi que par celle de leurs complications et de leurs rechutes.

2-1-5- Les Ordres Professionnels

La loi réforme également le fonctionnement des Ordres Professionnels concernant le statut de l'élu, la mise en place d'un système contrôle de la gestion des conseils régionaux et départementaux, et la modification de leur renouvellement.

2-2- Le rapport de la mission Legmann (13)

Suite aux tensions présentes dans le corps médical, liées à la loi HPST, au moment des vœux du Président de la République en 2010, un rapport est demandé au Dr Legmann, Président du CNOM.

Le document « Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale » (13), qu'il rend public en Avril 2010, propose entre autres des modifications à la loi HPST. Ainsi devant le peu d'efficacité des aides incitatives à l'installation de médecins en zones sous-dotées et devant la crise profonde que connaît la médecine libérale en France, il appelle à des réformes importantes.

Dans cette perspective la mission propose un certain nombre de mesures qui s'articulent autour de 3 axes :

- l'optimisation de la formation initiale en mieux sélectionnant les étudiants en médecine en début de cursus, en modifiant la formation médicale pour une meilleure connaissance du secteur de soins ambulatoires et en nommant des chefs de cliniques de médecine générale (16).
- l'installation veut être facilitée. Ainsi est mis en place un guichet unique, sous la responsabilité de l'Ordre, en partenariat avec l'ARS et les Universités, permettant d'accéder à de nombreuses informations tant démographiques, professionnelles (projets en cours dans le secteur, permanence des soins...), qu'administratives (démarches à accomplir pour l'installation, charges fiscales et salariales à prévoir...). La mission propose également de redonner aux médecins une capacité d'initiative concernant les projets locaux, de supprimer l'obligation de déclaration des congés des médecins libéraux à l'administration ou encore de supprimer le contrat Solidarité Santé, en raison de son caractère coercitif.
- les conditions d'exercice doivent être améliorées afin de favoriser les regroupements, moderniser les systèmes d'informatisation, développer la télémédecine, améliorer la protection sociale des médecins libéraux (maladie, maternité, retraite) et favoriser l'exercice mixte. Des postes d' assistant de santé pourraient être créés.

2-3- Le rapport Hubert

Ce rapport est demandé par le Président de la République, le 16 Avril 2010 devant le mécontentement et les inquiétudes des médecins suite à la loi HPST.

Ce rapport très complet propose une réforme en profondeur de la médecine de proximité. Plusieurs axes sont développés (35) :

- Réformer les études médicales notamment en améliorant la formation pratique des étudiants, en augmentant le nombre de maîtres de stage et en modifiant l'examen national classant.
- Développer les systèmes d'information et la télémédecine.
- Favoriser les coopérations entre professionnels.
- Inciter à un exercice regroupé et pluri-professionnel, par une nouvelle détermination des territoires sur lesquels implanter prioritairement les MSP et les PSAP et en créant des chefs de projets experts au sein des ARS entre autres.
- Développer les nouveaux modes de rémunération.
- Clarifier le rôle des différents acteurs institutionnels : État, organismes d'assurance maladie et ARS.

- Repenser la permanence des soins.
- Accompagner l'installation en en sécurisant les conditions.
- Favoriser les évolutions de carrières par la création de passerelles entre les professions.
- Améliorer la protection sociale des professionnels de santé libéraux.
- Adopter des mesures temporaires pour pallier rapidement le déficit de médecins dans certains territoires, reconnaissance de la mission de service public par une rémunération spécifique.

Il est présenté le 22 Octobre 2010 au Président de la République.

2-4- Dans les suites

Lors de son discours du 1er décembre 2010 à Orbec, le Président de la République assure que toutes les mesures seront en place pour 2012. Son discours introduit également la **loi Fourcade**, loi n°2011-940 qui sortira le 10 Août 2011 (41). Ce texte modifie certaines dispositions de la loi HPST, il prévoit entre autres la création de Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA), supprime les sanctions financières pour les médecins qui refusent de signer le contrat santé-solidarité, réaffirme le principe de la liberté d'installation, le retrait de l'article L6315-1 du Code de Santé Publique prévoyant le signalement obligatoire des absences programmées.

Plus tard, **la nouvelle Convention Médicale de juillet 2011** présente 3 orientations importantes (58) :

- elle conforte le rôle du médecin traitant dans le parcours de soins,
- elle souhaite renforcer l'accès aux soins, en facilitant notamment l'application du tiers payant, par l'option Démographie (qui va remplacer l'avenant 20 de la Convention de 2005) et l'option Santé-Solidarité Territoriale (sur la base de nouveaux zonages),
- elle a comme objectif d 'améliorer la répartition sur le territoire par :
  - l'option Démographie : elle remplace l'avenant 20 de la Convention de 2005. Les médecins qui exercent en zones déficitaires en MSPA bénéficient d'une aide à l'investissement de 5000 euros par an pendant 3 ans et d'une aide à l'activité représentant 10% de leurs honoraires annuels (consultations et visites) plafonnée à 20000 euros par an. Pour les PSA, il est prévu une aide à l'investissement de 2500 euros par an pendant 3 ans ainsi qu'une aide à l'activité plafonnée à 10 000 euros.
  - l'option Santé Solidarité Territoire : Les médecins installés dans une zone où les besoins sont satisfaits peuvent désormais apporter leur aide à leurs confrères en consacrant une part de leur temps médical à cette zone sous-dotée. Ils bénéficient alors d'une rémunération complémentaire correspondant à 10% de son activité (consultations et visites) dans la zone, plafonnée à 20 000 euros par an ainsi que d'indemnités de déplacement et de possibilités de remplacement.

3- La problématique meusienne

3-1- La démographie meusienne (33)

Selon l'INSEE, au 1er Janvier 2009, la population meusienne était de 194 000 hab pour 2 348 400 hab en Lorraine. La part des moins de 25 ans était de 29,7% (pour 30,5% en Lorraine), celle des plus de 65 ans était de 17,6% (pour 16,6% en Lorraine) (33).

C'est un département rural par excellence avec une densité de 31 hab/km2 (pour 99 en moyenne en Lorraine et 113 en France). Il n'y a que 2 communes de plus de 10 000 habitants : 16 002 pour Bar-le-Duc et 19 147 pour Verdun en 2007.

3-2- La démographie médicale en Meuse (34)

Avec ses 8 618 médecins inscrits (7 113 actifs et 1 505 retraités) et une densité moyenne de 276 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants (pour 306,7 en France), la région Lorraine occupe la 10ème place des régions les moins bien dotées, selon l'Atlas de la démographie médicale en Lorraine 2012 du CNOM (34).
Selon l'Ordre, seuls 5,8% des médecins actifs réguliers de Lorraine exercent en Meuse.

La Meuse, en 2012, compte 239 médecins spécialisés en médecine générale, dont seulement 154 libéraux stricts, et 142 médecins d'autres spécialités, soit des densités respectives de 119 et 71 pour 100 000 habitants.

Le fait que 30,3% des médecins meusiens soient des femmes et que la part de ces dernières représente 50% des nouveaux inscrits, montre que la Meuse est concernée par la féminisation de la profession.

En 2012 selon le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, la moyenne d'âge des médecins généralistes en Meuse est de 52 ans soit légèrement plus âgée que la moyenne nationale. La répartition des médecins par bassins de vie permet de bien mettre en évidence que la Meuse est un département dans lequel les médecins sont globalement plus âgés qu'ailleurs. Certains bassins de vie sont particulièrement fragiles comme celui de Stenay qui compte une densité de 2,3 médecins généralistes libéraux pour 5 000 habitants, d'une moyenne d'âge de 54 ans et dont 26,5% ont plus de 60 ans. Le bassin de vie de Gondrecourt-le-Château est tout aussi inquiétant avec une densité de 2,5 médecins généralistes libéraux pour 5 000 habitants, une moyenne d'âge de 59 ans et 24% de plus de 60 ans.

Concernant la densité des médecins généralistes, la majorité des bassins de vie du département est déficitaire. La Meuse est très rurale et les médecins sont particulièrement installés dans les 3 gros bassins de vie du département que sont Bar-le-Duc, Verdun et Commercy.

En Lorraine au cours de l'année 2010, on a recensé 10 nouvelles inscriptions en secteur libéral (soit 15% des nouvelles inscriptions), seule une inscription concernait la Meuse. La balance des médecins entrants et sortants est alarmante puisque les effectifs des nouveaux inscrits ont diminué de 25% en 20 ans tandis que les sortants sont 174% de plus.
Pour le département de la Meuse, le CDOM en 2007 au vue des pyramides des âges avait constaté que 50% des médecins généralistes partiraient à la retraite dans les 10 ans à venir.

3-3- Les inquiétudes des professionnels de santé

Les médecins des secteurs fragiles sont démoralisés. Ils doivent soigner de plus en plus de patients, de plus en plus complexes du fait de la technicité médicale et du vieillissement de la population. Les journées sont longues avec un important volume de travail et une permanence des soins contraignante (17). Exerçant encore souvent seuls, les médecins meusiens ont peu de relation collégiale et sont souvent isolés dans leur prise en charge. La perspective de la retraite est assombrie par la difficulté à trouver un successeur (12).

Les Infirmiers Diplômés d'État (IDE) et les Masseurs-Kinésithérapeutes s'inquiètent également de la crise que traverse le milieu médical. En effet, ils risquent de voir disparaître leur prescripteur avec une incidence directe sur leur exercice puisqu'ils ne peuvent travailler sans prescription.

Les pharmaciens sont tout aussi sensibles à la disparition d'un prescripteur d'autant plus qu'ils sont beaucoup moins mobiles du fait des lois qui régissent le fonctionnement des officines.

Mais avant tout, l'ensemble des professionnels de santé s'alarme de cette situation pour les patients les plus fragiles et les plus dépendants. En effet, le département possède de nombreuses personnes âgées à domicile qui nécessitent un accès aux soins de qualité sans lequel il risque d'apparaître un risque réel en terme de perte de chance dans les secteurs les plus isolés.

La Meuse est préoccupée par sa situation. Ce département rural attire peu de jeunes médecins malgré la loi sur le développement des territoires ruraux (36). De plus, la population médicale vieillissante expose le territoire à une grave crise démographique médicale. Devant ce constat tout un travail de réflexion a été entrepris.

4- Le Plan d'action départemental sur la démographie des professionnels de santé en Meuse

Il est à noter que la Meuse n'est pas le seul département à essayer de réagir. La Bretagne a également entrepris tout une réflexion par la Mission Régionale de Santé (MRS) avec les partenaires de la région pour définir une politique commune en matière d'aide à l'installation (37, 38). Citons également la Basse-Normandie qui a été très active notamment pour la constitution de Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires sur les Zones d'Intervention Prioritaires avec la mise en place d'une charte partenariale régionale (59).

4-1- Les prémices

Une première approche a eu lieu en 2003. Le conseil départemental de l'Ordre des médecins, sous l'égide du Docteur Claude Munier, a organisé à l'époque une réunion à laquelle ont participé le Conseil Général de la Meuse et la DDASS sur le thème de la démographie médicale. Cette dernière a été sans suite, les politiques ne prenant pas encore conscience de l'urgence de la situation.

4-2- Le"Plan d'action départemental sur la démographie des professionnels de santé en Meuse" (39)

4-2-1- Le lancement du plan

En Avril 2006, le préfet Lafon a souhaité mettre en place une réflexion sur la démographie des professions de santé pour anticiper les évolutions à venir (1), d'autant plus qu'à l'époque 60% des médecins meusiens avaient plus de 50 ans. Il fallait permettre aux collectivités locales d'attirer les jeunes professionnels (36).

Le préfet proposa de constituer un plan d'action, le "Plan d'action départemental sur la démographie des professionnels de santé en Meuse", qui devait s'articuler selon les 3 axes suivants :

1. Faire un état des lieux de l'offre actuelle et à venir, élaborer la cartographie des moyens d'offres de soins en Meuse.
2. Étudier les propositions à faire aux professionnels, en particulier la maison de santé pour laquelle il faudrait établir une planification équilibrée sur le territoire et adaptée aux soins (25,40).
3. Établir un lien entre la Faculté de Médecine et les étudiants d'une part et les collectivités locales d'autre part. Cela passe notamment par un guichet unique d'informations.

Il en a confié la tâche à la directrice de la DDASS de l'époque.

4-2-2- La constitution d'un comité de pilotage

En Juillet 2006, la DDASS a convoqué tous les partenaires de cette problématique (42). Un comité de pilotage est constitué et 4 groupes de travail ont été mis en place :

1. « État des lieux » sous l'égide de la DRASS et de l'URCAM.
2. « Qu'est-ce qu'une maison de santé ? » par la Préfecture de la Meuse, par la sous-préfète de Commercy et le Conseil Général de la Meuse , dans l'optique de rédiger un cahier des charges.
3. « Les relations entre la Faculté de Médecine et le département » sous l'égide du Professeur de Korwin et de Monsieur Dosé (Député de la Meuse et Maire de Commercy à l'époque).
4. « Les conditions d'exercice des professionnels de santé » par le CDOM et le syndicat des infirmiers diplômés d'état libéraux.

L'objectif est qu'un rapport soit rendu au Préfet de Meuse en Avril 2007 concernant les travaux des 4 groupes thématiques (43,44).

4-2-3- Le groupe 1 « État des lieux »

Il a eu pour objectif d'exposer quels étaient les bassins de vie meusiens qui étaient les plus pauvres de Lorraine.

Pour rappel, selon l'INSEE « le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements et à l'emploi », on y retrouve des commerces, des «services financiers », des services locaux de l'État (commissariat ou gendarmerie, collège public ou privé, perception) et des professions de santé (45).

Y était également proposée la démographie des médecins, des masseurs-kinésithérapeutes, des chirurgiens-dentistes, des infirmiers diplômés d'État (IDE) ; mais aussi l'exposé de marqueurs sociaux comme le taux d'Affection de Longue Durée (ALD) ou de précarité.

Les résultats ont mis notamment en évidence que les bassins de vie de Meuse étaient très fragiles. Pour exemple, sur les 78 bassins de vie lorrains, celui de Saint-Mihiel était au 78ème rang, celui de Vaucouleurs au 73ème rang tout comme celui de Stenay à égalité, celui d'Étain au 70ème rang selon l'URCAM au 31 décembre 2006. Ainsi la totalité des bassins de vie meusiens faisait partie de la moitié la plus fragile les bassins de vie de Lorraine (Annexe 2).

4-2-4- Le groupe 2 « Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires »

Les MSP semblent être le lieu d'exercice de l'avenir, elles permettent à la fois d'alléger les charges liées à l'exercice en milieu rural mais aussi d'élargir l'exercice à de nouvelles missions de santé publique (25,46,47).

La rédaction d'un cahier des charges de ces MSP a été décidée, son but était de définir ce qu'est une maison de santé pluridisciplinaire et quel cheminement il faut suivre pour mettre en place un bon projet, les aides possibles et les obligations à remplir pour y parvenir (quant à la composition et au fonctionnement de l'équipe professionnelle, à la structure architecturale, aux conditions de financement...).

La finalisation de ce cahier des charges a été réalisée en septembre 2007 par la Directrice de la DDASS, Madame Chabeau et le Comité de pilotage.

Ce type d'outils est important pour ne pas perdre de temps lors du montage du projet. D'ailleurs, la thèse du Docteur Vauthier avait déjà eu comme objectif la confection d'un « Guide d'aide à la rédaction d'un Cahier des Charges d'une Maison de Santé en milieu rural à l'usage des promoteurs » (2).

4-2-5- Le groupe 3 « Relations Faculté de Médecine-Département »

Le Professeur de Korwin avec le Docteur Adam ont réalisé un travail d'enquête à la Faculté de Médecine de Nancy auprès des internes en médecine générale (IMG) et des remplaçants en Meuse. Ce travail a fait l'objet de la thèse du Docteur Aubertin « Les aspirations professionnelles des futurs médecins généralistes » (12).

L'organisation d'une journée d'information a été également décidée en septembre 2007 pour sensibiliser les IMG à la problématique meusienne. Un colloque devait avoir lieu à Commercy sur l'exercice en milieu rural et semi-rural et la démographie médicale en Meuse, puis une visite de la MSP de Vigneulles-lès-Hattonchâtel devait être organisée suivie d'une détente autour du lac de la Madine. Ce type de projet s'inscrivait totalement dans les propositions du rapport Juilhard (24). Malheureusement, la journée dut être annulée devant le manque d'inscriptions (une dizaine).

4-2-6- Le groupe 4 « Les conditions d'exercice des professionnels de santé »

Il a fait un état des lieux de l'exercice des différentes professions de santé grâce à un travail d'enquête en amont qui a permis d'interroger les professionnels de santé du département.

Un groupe de travail a été constitué qui réunit les différentes professions médicales et paramédicales avec leurs représentants ordinaux, syndicaux et de formation médicale continue. Les pharmaciens, absents jusque-là, ont été réintroduits dans le groupe de travail. Chaque catégorie professionnelle a enquêté au niveau de sa base.

Concernant les médecins, le CDOM a envoyé un questionnaire aux médecins généralistes libéraux afin de connaître leur ressenti sur leurs conditions d'exercice et de recueillir leur avis sur l'avenir de la médecine générale en Meuse. La participation a été très importante avec 102 réponses sur 155 envois soit 66%.

Les conclusions en ont été les suivantes :

- une charge administrative pesante, d'où l'intérêt d'un secrétariat commun, ainsi que d'une simplification des protocoles avec la CPAM, la Maison Départementale des Personnes Handicapées(MDPH)...
- un cadre de vie culturelle aussi bien pour eux-même que pour leurs conjoints et enfants à prendre en compte,
- des inquiétudes concernant la reprise de leur clientèle, la difficulté à trouver des médecins remplaçants et, à terme, la crainte de voir disparaître leur cabinet,
- la nécessité pour 59 d'entre eux de se regrouper entre médecins ou entre professionnels de santé, mais avec certaines craintes relatives à :
  - une augmentation éventuelle des frais,
  - un investissement foncier lourd, mais une amélioration des horaires de travail, de temps de remplacement, de temps de secrétariat.

Ces conclusions ont ensuite été remises lors de la réunion d'avril 2007.

Le groupe a exposé le concept de pôle de santé et a proposé un schéma départemental d'organisation des soins ambulatoires (Annexe 3). Il est à noter que ce dernier schéma est proposé bien avant que la loi de Madame Bachelot ne soit votée en 2009. Ainsi la Meuse a mis en place un SDOS (Schéma Départemental d'Organisation des Soins) alors que justement la loi préconisera un SROS (Schéma Régional d'Organisation des Soins) à la suite des EGOS (États Généraux de l'Organisation de la Santé) de 2008 (23,26,27).

Il a proposé également la création d'un guichet unique sous l'égide de la DDASS pour chapeauter tous les projets de MSPA. En effet, de nombreux projets ont émergé, portés par des élus locaux sans pour autant qu'il y ait eu toujours une réelle concertation avec les professionnels de santé du secteur. Là encore, la Meuse a anticipé la loi Bachelot puisque ce guichet unique sera prévu dans les textes. Un comité de pilotage y est constitué représentant tous les acteurs : le CDOM, le Conseil Général, le Conseil Régional, les syndicats et les représentants des IMG. Son objectif était d'étudier les projets qui devaient tous être déposés au guichet unique à la DDASS, en se référant au cahier des charges rédigé par le groupe 2. Là encore, ce sont les prémices des cahiers des charges qui ont été mis en place depuis dans les ARS.

Il a démontré également que promouvoir la notion de maîtres de stage en Meuse pouvait favoriser la découverte du département aux IMG pour qu'ils remplacent et s'installent éventuellement dans ces secteurs ensuite (24).

De plus, des rencontres pourraient être organisées avec les IMG de Verdun et de Bar-le-Duc chaque semestre afin de mettre en avant l'exercice de la médecine générale en Meuse et de les sensibiliser à la crise démographique médicale, ces réunions ont lieu conjointement avec le Conseil Général, la DDASS et le CDOM.

Il est aussi suggéré la création d'un comité de pilotage entre les différents ordres, relatif aux contrats qui pourraient être signés entre les professionnels de santé d'une même MSP.

Enfin, le concept de Réunions de Territoire a été exposé. Elles ont eu pour but de réunir élus locaux et professionnels de santé autour d'un même sujet, la réalité de la crise démographique en Meuse, et d'y apporter des solutions.

Au final, le Préfet a retenu toutes les propositions du groupe 4 et en a demandé la mise en place dans le cadre du plan démographique de la Meuse. Madame Chabeau, désignée à la tête du comité de pilotage, a travaillé avec le Docteur Bouchy du CDOM à partir de septembre 2007 pour instaurer le comité de pilotage et organiser les Réunions de Territoire (48,49,50).

5- Les Réunions de Territoire

5-1- L'organisation des Réunions

Initialement le Conseil Général prévoyait 4 Réunions de Territoire : le pays du Barrois, le secteur de Verdun, celui de Commercy et celui du Nord meusien. Cependant il est vite apparu que ce découpage géographique du département risquait de regrouper trop de personnes avec des problématiques locales trop différentes en même temps. A l'inverse se fonder sur les pôles de santé amenait à l'organisation de 19 réunions, ce qui n'était pas réalisable. C'est pourquoi, finalement la décision s'est arrêtée sur 11 Réunions de Territoire en se basant sur les Communautés de Communes (CODECOM), et réunissant des CODECOM contiguës.

Le comité de pilotage décide de l'organisation des réunions : l'invitation (Annexe 4), les thèmes abordés, le mode d'invitation (par courrier), les invités (tous les élus locaux et tous les médecins, remplaçants, dentistes, pharmaciens, IDE, masseurs-kinésithérapeutes du secteur), le lieu (au centre de la problématique locale), l'horaire (20h30 pour ne pas gêner les professionnels de santé), le support (des diaporamas)...

5-2- Le déroulement d'une Réunion de Territoire

Une première présentation par Madame Chabeau (puis par Madame le Docteur Piquet plus tard responsable de la délégation territoriale de la Meuse pour l'ARS) a pour but de donner un état des lieux de la situation dans le secteur choisi, basé sur les résultats du groupe 1 (Annexe 5).

Puis, le Docteur Bouchy pour le CDOM développe la situation démographique médicale et paramédicale en Meuse et les risques pour l'avenir. Le travail du groupe 2 par la thèse du Docteur Aubertin permet de décrire quels sont les désirs des nouvelles et futures générations de médecins, tandis que le travail d'enquête du groupe 4 permet de bien connaître le ressenti des médecins meusiens quant à leur exercice actuel.

Des solutions sont ensuite proposées. Le schéma d'organisation des soins ambulatoires est présenté avec des pôles primaires, satellites et secondaires qui sont expliqués (Annexe 6). Il expose quels devraient être, dans l'absolu, les lieux où une présence médicale reste nécessaire. Il présente le guichet unique et son objectif. La solution d'une maison de santé pluridisciplinaire est expliquée dans son fonctionnement, son contenu, sa composition et sa réalisation tant sur le plan architectural que financier.

La dernière partie de la Réunion de Territoire laisse la parole aux invités lors d'un débat sur les thèmes abordés.

5-3- La réalisation des Réunions de Territoire

L'organisation prend du temps et finalement les réunions débutent en Juin 2008 (dans un premier temps avec la DDASS ensuite avec l'ARS). Ainsi ont lieu les réunions suivantes :

Date	Lieu	CODECOMS concernées
02/07/08	Vaucouleurs	Vaucouleurs, Gondrecourt-le-Château, Void-Vacon
23/09/08	Stainville	Ancerville, Haute-Saulx
10/03/09	Montmédy	Montmédy, Stenay, Dun-sur-Meuse, une partie de Montfaucon, Damvillers
28/04/09	Etain	Etain, Fresnes-en-Woëvre, Spincourt
12/05/09	Clermont-en-Argonne	Clermont-en-Argonne, Varennes-en-Argonne, l'autre partie de Montfaucon
09/06/09	Villotte-sur-Aire	Seuil d'Argonne/Rembercourt, Pierrefitte, Revigny-sur-Ornain
19/06/10	Commercy	Commercy
17/06/10	Ligny-en-Barrois	Ligny-en-Barrois, Bar-le-Duc
24/06/10	Saint-Mihiel	Saint-Mihiel, Vigneulles-lès-Hattonchâtel
23/09/10	Verdun	Verdun, Charny
07/10/10	Sommedieue	Souilly, Dieue-sur-Meuse
25/11/10	Bar-le-Duc	Bar-le-Duc

Il a été décidé de réorganiser une Réunion de Territoire supplémentaire à Bar-le-Duc devant le peu de professionnels de santé de la CODECOM de Bar-le-Duc qui s'était déplacé à Ligny-en-Barrois, soit 12 réunions au total.

Il existe un délai important entre les réunions de Villotte-sur-Aire et de Commercy que 2 raisons principales expliquent. D'une part, la mise en place de préventions en vue d'éviter l'épidémie de grippe H1N1 qui a débordé la DRASS durant l'automne et l'hiver 2009 ; d'autre part, la création de l'ARS à partir du 1er avril 2010. Dès la mise en place de l'ARS, le Docteur Bouchy est allé exposer le plan de la démographie meusienne aux responsables lorrains dont Monsieur Morais, chef du département des soins ambulatoires, et a demandé la réalisation des dernières réunions de territoires.

II/ LA METHODOLOGIE :

1-Le choix de la méthode

« Habituellement, les études qualitatives visent à décrire et à approfondir le comment, le pourquoi des phénomènes alors que les études quantitatives servent à mesurer un phénomène en vue d'une généralisation des résultats ou à tester une hypothèse » (52). Pour cette étude, le choix d'une méthode de recherche qualitative a paru évident puisqu'elle permettait la « production de données verbales » (53). Initialement l'étude qualitative était surtout utilisée en Sciences Humaines mais cette dernière est « particulièrement adaptée à certains types de questions de recherche en soins primaires » (54). Elle est appropriée « lorsque les facteurs observés sont subjectifs, et donc difficiles à mesurer » (54).

Le choix du recueil de données s'est ensuite précisé. Le sujet de l'étude s'intéressant notamment aux attentes des professionnels de santé concernant le Réunion de Territoire, la méthode par entretiens de groupe semi-directif ou « focus group » a été écartée de peur que le caractère collectif des discussions n'empêche toutes les opinions de s'exprimer librement (certains aspects financiers, de concurrence ou des angoisses de l'avenir par exemple). Il n'a pas paru non plus judicieux de choisir des entretiens libres pour réaliser l'étude, ce qui semblait être idéal mais difficile à réaliser pour une novice avec le risque d'obtenir des résultats hasardeux.

Il a finalement été décidé de se tourner vers des entretiens semi-dirigés (ou semi-structurés ou semi-directifs) pour réaliser l'étude. En effet, la problématique s'orientait vers « les causes et les logiques qui guident les comportements des individus » (55). Un entretien individuel est l'occasion pour les personnes interrogées de confier leur opinion profonde sur le sujet, permettant « aux individus, surtout les plus timides, de s'exprimer plus facilement » (52), d'autant plus que même si l'entretien est enregistré, il est anonymisé (55).

2- Les entretiens semi-dirigés

2-1- L'échantillonnage

En recherche qualitative « les échantillons sont le plus souvent composés de moins de trente individus » (55). La taille de l'échantillon est déterminée par la réalisation de l'étude elle-même. Lorsque le recueil de tout nouvel entretien n'apporte plus aucune donnée nouvelle, on a atteint la « saturation des données ». Après l'avoir confirmé par deux ou trois entretiens, on peut arrêter le recueil.

2-2- La sélection des personnes interrogées

Afin de ne pas multiplier inutilement des entretiens, la sélection des personnes interrogées a été longuement préparée. Ce n'était pas la taille de l'échantillon qui importait mais sa qualité. En effet, « la sélection des participants doit permettre la diversification des données, c'est-à-dire capter divers points de vue ou représentations du phénomène à l'étude » (52).

Le thème de l'étude concernait les professionnels de santé qui ont participé à la Réunion de Territoire de leur secteur, les feuilles d'émargement ont donc été récoltées auprès de la délégation territoriale 55 de l'ARS.

Ensuite, il a été nécessaire de sélectionner des professionnels médicaux et paramédicaux pour leurs opinions afin de recueillir un maximum de points de vue différents. Il a donc pu être réalisé une première sélection en se fondant sur différents critères : recueillir des points de vue différents, des situations différentes (projet en cours, refus d'un exercice collectif...), des contextes locaux différents (départ du dernier médecin du secteur, mésententes interprofessionnelles...), des générations différentes...

Par ailleurs, il a semblé nécessaire que toutes les Réunions de Territoire, et donc tout le département, soient couverts par l'étude et que toutes les professions de santé invitées soient représentées. Ce second critère a permis de restreindre l'échantillonnage.

2-3- La préparation des entretiens (52,54,55)

2-3-1- La documentation

Afin d'être le plus réactive possible durant les entretiens, une revue de la bibliographie a été nécessaire. Il fallait maîtriser la problématique démographique médicale. Il était important de s'informer sur les projets en cours dans le département, les références locales en terme de MSPA (47), le déroulement concret des Réunions de Territoire, l'actualité des départs et des nouvelles installations dans les secteurs, les contraintes géographiques...

De plus, ce travail d'information devait me permettre de pouvoir anticiper certaines remarques et réactions lors des entretiens, le but étant de me préparer pour garder un comportement adapté et conserver l'attitude empathique recommandée pour ce type d'étude.

2-3-2- La réalisation du questionnaire

Les questions devaient être ouvertes avec des formulations qui n'influençaient pas la personne interrogée. Les thèmes abordés ont été limités à 5 pour que l'entretien ne soit pas trop chronophage et ainsi faciliter l'adhésion des participants.

L'entretien devait apporter des réponses concernant 5 thèmes :

- ce qui avait amené le professionnel de santé à se rendre à la réunion,
- ce qu'il avait pensé du contact avec les élus locaux,
- quelles étaient ses opinions concernant les thèmes abordés,
- en quoi la Réunion de Territoire avait été efficace, en terme de projet dans un premier temps puis en terme de bénéfices autres (rencontre, dialogue...),
- quelles critiques de la réunion pouvaient être formulées.

2-4- La prise de contact

Les coordonnées des professionnels ont été recherchées sur le site internet des Pages Jaunes (56). La présentation était standardisée afin d'éviter tout oubli ou malentendu.

Durant la communication téléphonique, il a été convenu :

- de me présenter,
- d'expliquer le projet dans le cadre d'un travail de thèse,
- de préciser que le docteur Bouchy était le Directeur de thèse, professionnel connu sur le département,
- d'expliquer le déroulement de l'entretien, son caractère peu chronophage (environ 20 minutes) et anonyme,
- de notifier que la discussion serait enregistrée pour que le participant ne soit pas surpris le jour de la rencontre,
- de me tenir à leur entière disposition pour la date du rendez-vous, afin de faciliter au maximum leur adhésion et que ma démarche soit ressentie comme amicale et le moins invasive possible. En effet, ce premier contact est très important pour que la personne soit dans les meilleures conditions possibles afin d'obtenir des réponses de qualité.

Il a été décidé qu'aucun envoi préliminaire ne serait fait concernant les thèmes que l'entretien allait aborder afin de favoriser la spontanéité des réponses, notamment celles qui ne sont pas verbales.

2-5- Le déroulement des entretiens

Pour la rencontre, une attention particulière devait être portée au contexte de l'entretien (lieu, confort, environnement sonore, horaire...) c'est pourquoi je devais éviter un entretien sur le lieu de travail.

Dans un premier temps, la présentation et l'objet de la rencontre devaient être repris pour que l'interlocuteur resitue bien le contexte et l'objectif de ma venue.

L'enregistrement des données devait être assuré par l'utilisation de deux enregistreurs numériques, dont le bon fonctionnement allait être vérifié avant chaque entretien. Leur utilisation devait avoir lieu après avoir redemandé un accord préalable au candidat.

Une attitude bienveillante durant la rencontre devait inciter le participant à aller jusqu'au bout de ses idées. Mes interventions ne se limiteraient qu'au minimum pour entretenir la discussion tout en restant toujours neutre et sans orienter le discours du professionnel. Aucune note écrite ne serait prise durant la séance pour ne pas gêner ce dernier.

Le guide d'entretien était le suivant :

- Informations administratives : âge, sexe, type d'exercice, en groupe ou non, ruralité ou non, ancienneté de l'exercice.

- Quelles sont les raisons pour lesquelles cette réunion vous intéressait ?

- Ces réunions ont été l'occasion de rencontrer les élus locaux de votre secteur, quel intérêt cela a-t-il présenté pour vous ?

- Que pensez-vous des thèmes abordés durant la Réunion de Territoire ?

- En ce qui vous concerne,
  - en quoi la Réunion de Territoire a-t-elle permis l'émergence de projets ?
  - quels bénéfices retirez-vous de cette réunion ?

- Comment améliorer la Réunion de Territoire ?

2-6- La transcription des données et l'analyse des données (61)

La transcription des données allait se faire mot à mot, en y précisant les attitudes non-verbales.

Le but de l'étude doit être de comprendre pourquoi les professionnels de santé se sont rendus à la réunion et quels bénéfices ils en ont retirés. Chaque idée, même si elle n'a été exprimée qu'une seule fois, est à prendre en compte.

Pour l'analyse des données, une première étape consiste en plusieurs lectures des retranscriptions. Ensuite, un tableau d'encodage est élaboré, il permet de mettre en évidence les idées développées durant les entretiens : les thèmes, les codes, les différentes définitions du code considéré et le verbatim correspondant.

Une triangulation est nécessaire. En effet, « la triangulation renforce la validité des résultats : pour ce faire, plusieurs personnes effectuent l'analyse indépendamment et la confrontent ensuite »(55). Si les analyses sont globalement superposables, l'objectivité de l'enquêteur est jugée acceptable et l'analyse peut être poursuivie.

Lorsque la saturation semble atteinte, il faut vérifier cette dernière par un ou deux entretiens supplémentaires, puis les entretiens sont arrêtés. « La saturation des données n'est ainsi avérée qu'à la condition que l'échantillonnage raisonné ait été correctement fait » (55).

III/ LES RESULTATS

1- De la sélection des candidats à l'analyse des données

1-1- L'échantillonnage

Après étude des feuilles d'émargement et des premiers critères de sélection, 70 candidats ont été retenus. Puis la première sélection a été réduite à une quarantaine de personnes en fonction des autres facteurs de sélection notamment en terme de répartition géographique et professionnelle. Enfin, la prise de contact a encore limité les candidats.

Au final, toutes les Réunions de Territoire ont été représentées et 27 rendez-vous ont été programmés, comme le représente le tableau ci-dessous :

n°	Profession	Sexe (M/F)	Age	Type de patientèle	Seul ou en groupe	Ancienneté de l'exercice
1	IDE libéral	M	50 ans	rurale	avec 1 associé	15 ans
2	Médecin	M	34 ans	rurale	seul	2 ans 1/2
3	Médecin	M	59 ans	rurale	avec 1 associé	32 ans
4	Médecin	M	55 ans	semi-rurale	seul	24 ans
5	Médecin	M	37 ans	semi-rurale	en MSP	5 mois+10 ans de rempla
6	Médecin	M	55 ans	semi-rurale	seul	27 ans
7	Médecin	M	39 ans	rurale	avec 1 associé	10 ans
8	Pharmacien	M	52 ans	urbaine	seul	27 ans
9	IDE libérale	F	49 ans	rurale	seule	25 ans
10	IDE libérale	F	39 ans	rurale	en MSP	6 ans 1/2
11	Kinésithérapeute	M	32 ans	urbaine	seul	6 ans + 2 en hospitalier
12	Kinésithérapeute	F	51 ans	rurale	seule	22 ans
13	Médecin	F	44 ans	semi-rurale	seule	11 ans
14	Médecin, IMG à l'époque de la RT	F	27 ans	(future activité rurale)	(en MSP dans l'avenir)	non installée
15	IDE libérale	F	46 ans	rurale	associée avec 2	22 ans
16	Médecin	F	35 ans	semi-rurale	en groupe :2 méd, 1 ortho, 1 pédic	4 ans
17	Médecin	M	58 ans	rurale	seul	23 ans
18	Kinésithérapeute	F	43 ans	rurale	associée à 1 kiné	19 ans
19	IDE libérale	F	49 ans	semi-rurale	associée à 2 IDE	20 ans

n°	Profession	Sexe (M/F)	Age	Type de patientèle	Seul ou en groupe	Ancienneté de l'exercice
20	Médecin remplaçant	F	32 ans	rurale	collaboration avec 4 médecins	3 ans
21	Médecin	M	48 ans	semi-rurale	seul	12 ans
22	Pharmacien	M	47 ans	rurale	seul	19 ans
23	Pharmacien	F	50 ans	rurale	en groupe:1 méd, 1 ortho, 1 pédic, 1 dentiste, les IDE, ADMR	21 ans
24	Médecin	M	45 ans	rurale	en MSP	3 ans + 2 ans de rempla.+ médecine salariée avant
25	Médecin	M	46 ans	semi-rurale	1 dentiste,1 podologue, 1 ortho, 2 IDE, 1seul méd	12 ans
26	Kinésithérapeute	F	28 ans	rurale	mi-temps seule et mi-temps en MSP	5 ans 1/2
27	Médecin	M	56 ans	rurale	avec 1 méd	21 ans (+ 10 ans avant)

(NB : rempla : remplacement, méd : médecin, ortho : orthophoniste, pédic : pédicure, kiné : kinésithérapeute, IDE : infirmier diplômé d'État, ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural)

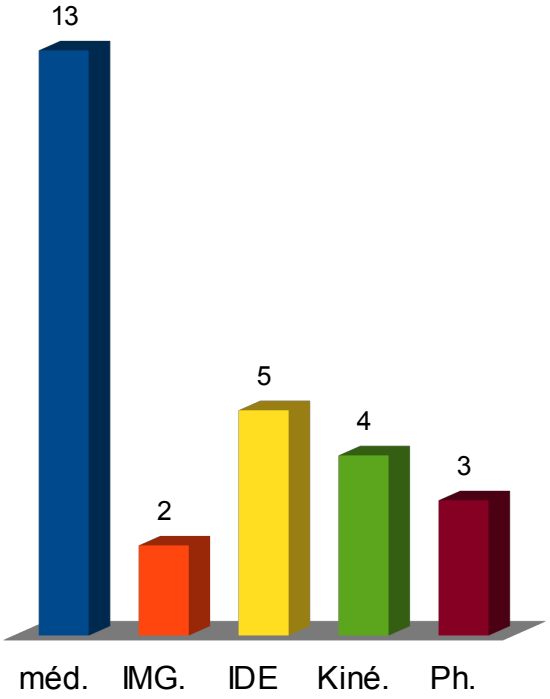
Il est à noter que l'évaluation de la ruralité de la patientèle s'est faite selon le ressenti de chaque professionnel de santé concerné et non suivant des critères démographiques relatifs à la zone d'implantation du cabinet en question.

Ainsi, sont représentés :

- 13 Médecins
- 4 Kinésithérapeutes
- 5 Infirmiers diplômés d'État
- 3 Pharmaciens
- 1 Interne de Médecine Générale
- 1 Médecin remplaçant

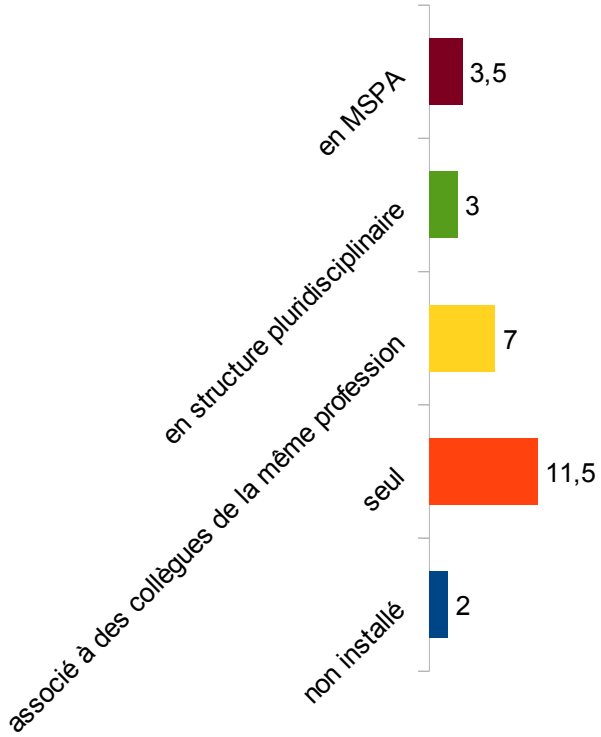
Soit 12 femmes et 15 hommes.

Répartition par profession

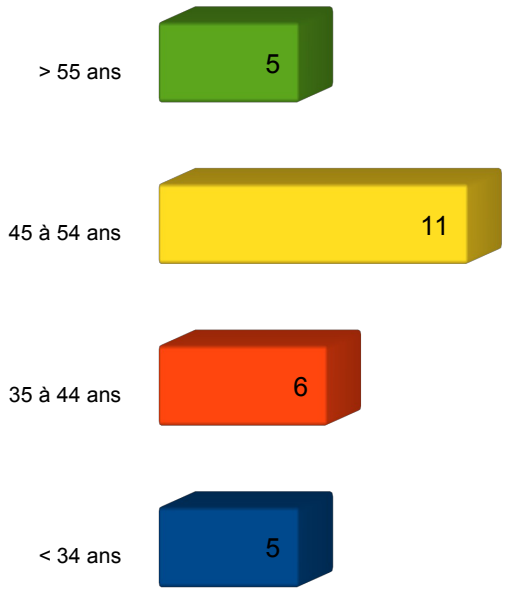


(méd : médecin, Kiné : kinésithérapeute, Ph : Pharmacien)

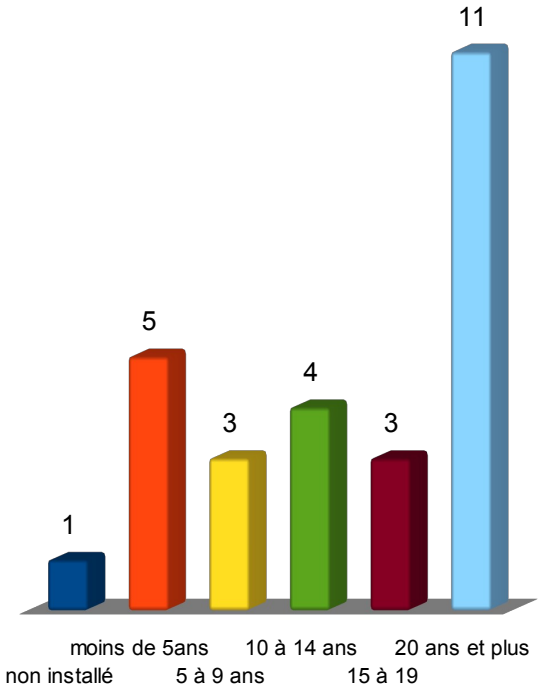
Répartition par type d'exercice



Répartition par âge



Répartition par ancienneté



1-2- La prise de contact

La prise de contact a eu lieu par téléphone à partir du mois d'avril 2011. La présentation de l'étude a été faite en suivant le plan initialement mis en place.

1-3- Le déroulement des entretiens semi-dirigés

Les entretiens ont eu lieu de fin avril à mi-juin 2011 et ont duré entre 10 minutes et 40 minutes selon la personne interrogée. Les opinions des 27 personnes ont été recueillies.

2-Les résultats des entretiens semi-dirigés

Pour une meilleure lisibilité, les résultats ont été présentés sous forme de tableaux par thème. Les références des citations sont annotées : (1/12-15) par exemple, correspond à un extrait de l'entretien 1 de la ligne 12 à la ligne 15.

2-1- Quelles sont les raisons pour lesquelles cette réunion vous intéressait ? Les attentes des professionnels de santé

THEMES	CODES	DEFINITIONS
Inquiétudes	Couverture des IDE sur le territoire	Confusion nombre de postes/nombre d' IDE libéraux
		Féminisation de la profession d' IDE
		Travail à temps partiel des IDE
		Répartition des IDE sur le territoire
	Concurrence	Risquer de se rapprocher d'autres confrères à cause du site de la maison médicale
		Être en concurrence sur les projets
	Pénurie médicale	Bouleversement de la démographie médicale à venir dans le secteur
		Jeune médecin risquant de se retrouver seul
		Situation déjà précaire
		Départ proche du dernier médecin
	Répercussions de la crise démographique sur tout le secteur	Sur la qualité des soins pour les patients du secteur
		Sur le travail du pharmacien dépendant des prescripteurs présents sur le secteur
		Sur le travail des IDE
	Début de carrière	Quels projets dans le secteur
	Fin de carrière	Départ dans quelques années

		Départ d'un associé
		Départ du seul médecin du secteur
Rencontres	S'exprimer	Le droit à la parole des IDE
		Une organisation libérale différente de l'hospitalière
	Rencontrer	Des professionnels du secteur
		Des amis, des collègues
		Des élus et des professionnels
		Les intervenants, le représentant du CDOM
Informations	Une réunion différente des autres	Locale
		Pluridisciplinaire
	L'avis des politiques	Les réponses des instances
		Le recueil de l'opinion des élus et des intervenants
		L'avis des élus locaux
		L'évolution de la politique de santé
	L'observation des professionnels	Quelles personnes présentes, quelles personnes intéressées?
		Leurs réactions
	Une activité secondaire en rapport	Membre du CDOM et responsable FMC
	Les informations collectées	Les informations que vont recevoir les élus
		Se tenir informé malgré son retrait du projet du secteur
		Les projets du secteur ?
		l'arrivée de jeunes médecins
		Les pôles et MSP
		Les subventions de l'ARS
		L'organisation des gardes
		La démographie médicale et la pénurie annoncée
Projets	Un projet en cours	Un projet à redynamiser
		Un projet porté par les élus
		Un projet en réflexion
	Nécessité de se mobiliser	S'organiser devient une nécessité
		Rebondir après l'échec d'un ancien projet
	MSP, à la « mode »	MSP, un phénomène de mode, qui agace

Les codes se sont articulés autour de 4 axes principaux :

- **<u>Les inquiétudes :</u>**

  - la **couverture du territoire :** *« ce qui est intéressant de voir c'est la couverture du territoire en fonction des cabinets et pas en fonction du nombre d'infirmiers y travaillant »* (1/18),
  - la **concurrence :** *« parce qu'on a des contraintes kilométriques, on a des contraintes de... avec d'autres professionnels »* (1/45-46),
  - la **pénurie de médecins :** *« j'ai toujours la crainte de me retrouver un petit peu toute seule. »* (20/8-10),
  - les **conséquences de cette crise** sur les autres professions de la santé :*«ça va être très grave (rires) et ça peut avoir des répercussions sur nous aussi »* (10/19-20) ,
  - le **début de sa carrière** médicale : *« ce qui m'intéressait c'était de voir [...] quels étaient les projets proposés dans le coin, pour avoir des éléments de comparaison »* (14/8-10),
  - la **fin de la carrière** qui s'annonce sans successeur : *« par curiosité,... parce qu'effectivement on arrive en fin de carrière... donc euh, savoir un petit peu quels vont être nos modes de sortie. »* (3/6-7).

- D'autres professionnels ont plus été intéressés par **<u>les possibilités d'échanges et de rencontres</u>** que proposaient cette réunion.

  - Ils voulaient **donner leur avis** : *« être présents sur le territoire et donner notre avis à nous et pas l'avis des autres. »* (1/27).
  - Cette réunion a été l'occasion de **rencontrer :**
    - les autres professionnels du secteur : *« une opportunité aussi pour pouvoir se rencontrer entre médecins et paramédicaux du secteur »* (5/32-34),
    - les élus locaux : *« ça a permis surtout d'établir un contact avec les élus locaux... »* (2/9),
    - un représentant ordinal : *« comme il y avait le euh... le représentant de l'ordre des médecins, ça nous intéressait aussi, puisque c'était une des premières fois, je pense qu'il venait, c'était la première fois »* (18/18-19).

- Certains ont été attirés par **<u>l'aspect informatif</u>** de la réunion :
  Cette réunion était différente des autres parce qu'*« elle était locale »* (6/22-23) et *« parce que c'était pluridisciplinaire, c'était adressé donc à tous, médecins, infirmières, etc...»* (19/7-8).

  - En attente de **réponses des instances** : *«Ce que peuvent nous proposer les instances vis-à-vis de ça justement... son évolution, c'est un petit peu pour voir un petit peu c' qui va être fait, qu'est-ce que nos énarques vont proposer... »* (4/8-10).
  - Connaître l**'opinion des intervenants et des élus locaux** : *« voir un petit peu ce que euh...qu' en pensaient voilà tous les gens concernés par ce problème autant les élus, que... la DDASS et... et l'ordre, et quelles solutions ils... enfin quelles solutions, quelles euh... voies en tous les cas, ils prenaient euh...dans la résolution de ces problèmes »* (20/10-14).

- Appréhender **l'avenir de la politique de santé :** *« pour voir l'avenir, l'évolution de la politique de santé au niveau... national... et puis oui... pour voir un petit peu... ce qui allait être fait, ce qu'il allait falloir qu'on fasse... ce à quoi nous allons aboutir »* (4/6-8) .
- **Observer les réactions** des invités suite aux informations : *« je pense que ce qui m'intéressait plus, effectivement, c'était de voir comment les autres allaient réagir à ce genre de... de diaporamas et de… de nouveautés. »* (13/44-45) d'autant plus que certains professionnels avaient une activité professionnelle en rapport avec les thèmes de la réunion.
- **Recueillir des informations précises** dans différents domaines.
  - L'information qui allait être **donnée** aux élus locaux : *« de voir un peu les informations qui leur étaient données... de par les institutions »* (2/9)
  - Les **dernières avancées** : *« pour être au courant, pour être tenu informé »* (18/17)
  - La **dynamique du secteur** avant de s'installer : *« à l'époque je commençais à m'intéresser aux... maisons euh... de santé... pluri-professionnelles et ce qui m'intéressait c'était de voir [...] quels étaient les projets proposés dans le coin, pour avoir des éléments de comparaison »* (14/7-10)
  - Ce qu'était réellement une **MSP** : *« je commençais à m'intéresser aux... maisons euh... de santé... pluri-professionnelles et ce qui m'intéressait c'était de voir, comment ça fonctionnait »* (14/7-8)
  - Le **montage d'un projet** : *« on s'est... on a commencé à s'intéresser euh... à ce qu'il y allait avoir, à ce qu'on avait le droit de faire, à ce que l'on pouvait faire ou pas. »* (19/38-40)
  - Les conditions pour **accéder aux subventions** : *« sous quelles conditions, on pouvait, effectivement... euh...avoir euh... les subventions etc... euh... de l'ARS » (10/10-12)*
  - Des **informations** pour *« trouver des solutions pour favoriser l'installation de jeunes personnes »* (11/15-16)
  - L'évolution de la **démographie médicale** : *« Moi ce qui me motivait essentiellement effectivement c'était surtout la démographie »* (5/29).

- Enfin, une partie des professionnels de santé s'était rendue à cette réunion avec **la volonté que les choses changent** dans le secteur,

  - **en redynamisant un projet :** *« cette réunion m'intéressait, parce que c'est un projet au niveau de G. de longue date. Euh... ça fait bien 6 ans euh … qu'il est en cours, enfin, et les choses n'avancent pas... tellement », (15/7-9)*, même si ce projet n'en est qu'au stade de réflexion : *« on était intéressé par la possibilité d'une maison médicale... or c'était aussi le but de la... de la réunion »* (3/7-8),
  - **en mobilisant les autres professionnels** du secteur :*« je pense que tout le monde doit s'y mettre »* (6/13),
  - même si quelques-uns pensaient que les MSP semblaient être un **phénomène de mode** : *« dans certains secteurs, euh... a... a... j'ai l'impression que les médecins généralistes finissent par saturer euh... à force d'entendre parler, il faut, il faut, il faut, il faut des maisons de santé etc... »* (13/88-90).

SYNTHESE 1 :Les attentes des professionnels

- Inquiétude des professionnels.
- Occasion de faire des rencontres et d'échanger des points de vue.
- Demande d'informations que ce soit pour les thèmes généraux de la Réunion de Territoire ou pour des questions très précises.
- En attente de réponses des instances pour pallier la crise démographique en Meuse.
- Dynamiser un projet et motiver les autres professionnels de santé du secteur, un des objectifs de la réunion.

2-2- Ces réunions ont été l'occasion de rencontrer les élus locaux de votre secteur, quel intérêt cela a-t-il présenté pour vous ? La rencontre avec les élus locaux

THEMES	CODES	DEFINITIONS
Rencontrer, échanger	La rencontre élus/professionnels	L'occasion d'une rencontre amicale
		Des élus inconnus des professionnels
		Des professionnels inconnus des élus
		Des élus déjà connus des professionnels
		Des élus connus mais pas leur opinion sur les sujets abordés
	Des préoccupations différentes	Répartition des services à la population
		Méconnaissance de la réalité du terrain et du travail des professionnels
		Quelles préoccupations ?
	Les débats	Échange d' idées
		Professionnels en alerte depuis des années déjà
Écouter	Les informer	La problématique de la démographie médicale
		Les aspirations des nouvelles générations de médecins
		Le PSAP
		La liberté d'installation des médecins et ses conséquences

		De fausses idées à combattre
	Donner la priorité aux professionnels	Les professionnels dirigent le projet
	Être à l'écoute	Écouter et prendre les informations dans un premier temps
		Donner de la crédibilité aux alertes des professionnels
		Des élus réceptifs
S'investir	L'absence de bénéfice de leur présence	Leur présence n'apportait rien aux professionnels
		Un acte de présence
	Leurs devoirs en tant qu'élus	Défendre les intérêts de leur territoire
		L'aspect législatif de la problématique
	L'investissement des élus	Quel élu est venu, avec quel intérêt
		Aucun contact depuis la réunion
		Sensation des professionnels que les élus n'ont qu'un intérêt limité pour ces thèmes
		Un « sur-investissement » des élus, avec des professionnels non-demandeurs
Travailler ensemble	Professionnel et élu à la fois	Médecin et maire de la ville
	Travail en commun	Aider les professionnels dans le montage du projet
		Élaborer un projet ensemble pour la population
		Se revoir ensuite pour avancer dans le projet
Bure	La problématique de Bure à l'origine de tensions entre élus et professionnels	Refus d'adhérer à la MSP par conviction
		Financements à l'origine de tensions
		Projet perçu comme imposé par les élus car des financements facilités
		Tensions entre élus et professionnels « anti-Bure »

Les sentiments concernant ces rencontres ont été très différents. Chacun a perçu cette expérience à sa façon, les idées développées ci-dessous en constituaient les principales.

- **<u>La possibilité de rencontres et d'échanges</u>** a été mise en évidence.
    - Pour les paramédicaux et l'interne en Médecine Générale, cette réunion a été **l'occasion d'une rencontre** : *« de les connaître, parce que je ne les connaissais pas ou peu »* (6/30) mais également *« de pouvoir [se] faire connaître aussi »* (14/17-18).

La majorité connaissait déjà les élus de leur secteur : *« on les connaît »* (18/19) cependant leur opinion concernant la problématique médicale ne l'était pas : *« je les connaissais de vue, mais aucune... aucune idée de leurs opinions sur ce... sur ce genre de thème »* (13/36-37).

- Cette réunion permettait **d'échanger des idées :** *« c'était intéressant de ... pouvoir voir un petit peu euh…leurs euh… leurs opinions euh … avoir leurs opinions et euh… les confronter aux nôtres qui ne sont pas forcément identiques euh… et donc c'est vrai qu'effectivement c'était intéressant d'avoir également des élus locaux sur place »* (5/49-52).

- Les **préoccupations des élus locaux étaient différentes :** *« eux ils répartissent sur le territoire, par exemple ils vont mettre, là, des maisons de santé, là, des écoles, des … voilà, il en faut un peu pour tout le monde. Alors que nous on voit notre,... notre problème professionnel »* (1/52-54)) .
  Ils connaissaient mal la réalité du terrain : *« les politiques ne voulaient pas positionner la maison de santé là où nous on la voulait,... ils l'auraient mise plus ...plutôt par rapport à une position géographique, par rapport à un territoire.»* (1/43-44)).

- **Les débats étaient enrichissants :** *« rencontrer, oui voir qui était là, rencontrer, discuter avec eux, voir un petit peu comment eux euh... appréhender les années à venir. Est-ce que eux commençaient à se poser des questions ou pas. Et la façon , dont ils voyaient un petit peu euh... l'avenir, était assez intéressant, oui. »* (13/27-30)).

- **Des professionnels alertaient leurs élus sur ces problématiques depuis déjà des années** : *« Je leur... ai dit... que j'étais étonné, qu'ils s'inquiètent euh... de ça maintenant, alors qu'il y a 5 ans quand je les ai alertés, ils n'étaient pas du tout intéressés et ça ne les préoccupait pas du tout. »* (25/40-42)).

- **<u>Les élus étaient là pour écouter</u>** : « ils avaient pas grand chose à apporter, ils étaient là plus pour écouter. » (2/41) et l'ont fait :*« on voyait bien que les politiques se pliaient plus ou moins aux professionnels de santé, euh... et étaient réceptifs »* (1/58).

  - Un des premiers messages : **les professionnels décidaient** et portaient le projet : *« ça a permis de donner l'avis des professionnels de santé et de faire repasser le projet si on veut sur le dos des professionnels de santé et pas sur le dos des politiques »* (1/39).

  - Cette réunion a été l'occasion de **combattre de « fausses idées » :** *« au départ on s'aperçoit qu'y a toute une émulation autour des... de ce qu'on leur retransmet de par les maisons médicales, de par la pénurie de médecins, de par le fait de faire venir des personnes étrangères, de par les... toutes les fausses idées qu'ils ont, je pense que les élus ont beaucoup de fausses idées ou en tout cas qui sont construites sur des modèles qui sont retransmis par les médias plus que sur des modèles locaux. »* (2/17-22).

  - Un autre but était de *« leur faire comprendre que la **liberté d'installation** était toujours présente et était aussi un frein à la régulation complète de la démographie médicale sur des secteurs. »* (1/36-38).

- Certains médecins voulaient que les élus comprennent **les souhaits des nouvelles générations :** *« leur expliquer aussi le mode d'exercice qui était souhaité par les plus jeunes générations... c'est-à-dire qu'ils ont encore des modèles, euh, très archaïques sur le secteur, c'est-à-dire que ce serait un clocher, euh...enfin un médecin par clocher, si on pouvait avoir ça, plutôt que des groupes médicaux »* (2/25-27).

- Enfin les élus devaient recevoir une **information claire** concernant :
  - le **système de santé :** *« ça leur a peut-être permis de prendre conscience de ce qu'était le système de santé »* (4/27-28),
  - la **problématique médicale** : *« c'était la première fois qu'on... que... que les élus euh... voyaient vraiment la problématique euh... de démographie euh... mieux exposée, on va dire, et euh... l'intérêt euh... de... de réaliser ces maisons médicales »* (20/23-24),
  - le **pôle de santé ambulatoire pluridisciplinaire :** *« ça a permis ensuite d'ouvrir le débat sur justement c'qu'était le pôle de santé... »* (2/33).

- **<u>L' investissement des élus locaux</u>** a été relevé :

  - **Aucun contact** avec leurs élus dans les suites de la réunion : *« on n' a jamais eu de leur part euh... un nouveau euh... appel du pied ou quoi que ce soit pour d'autres réunions, ou même des interrogations euh... du style : Est-ce que vous avez réfléchi, est-ce que c'est... voilà. »* (13/75-77).

  - **Un acte de présence** des élus : *« c'était vraiment plus un acte de présence, purement politique » (11/28) et qu'« il n'y a pas eu trop d'intérêt »* (17/17-18).

  - Un **intérêt limité des élus** : *« un intérêt euh... **limité**, dans...les professions, pour les... professions médicales ou paramédicales, dans le sens où il y a... à chaque réunion il y a eu peu d'élus locaux euh... présents. »* (18/26-29).

  - Des élus **trop insistants** vis-à-vis des professionnels : *« C'est les élus locaux, qui voulaient faire une maison de santé. Le projet au départ ? Nous, on n'était pas demandeur avec mon confrère euh... F... Ah oui, d'accord. On n'a jamais été demandeur.* D'accord, donc il y a un projet mais qui a été euh... porté euh... par les élus locaux dès le départ. *Oui, parce qu'ils avaient peur que euh... approchant de la retraite, on parte tous les deux et puis qu'il n'y ait plus personne derrière »* (17/61-65).

  - Leur présence était **un devoir en tant qu'élus** :*« les élus toute façon doivent défendre leurs territoires, donc que... il est obligatoire qu'ils soient présents. »* (8/15-16).
    Ils devaient se mobiliser : *« ils sont partie prenante toute façon pour essayer de trouver une solution à ce problème-là, au départ du... du médecin. »* (9/16-17).

- L'élu local était reconnu comme une **aide précieuse lors du montage du projet :** *« il connaît toutes les ficelles euh... de... euh... au niveau de la CODECOM, quoi, parce que nous on n'y connaît rien, on n'est pas... on n'est pas politiciens nous, on n'est pas des administratifs, on n'y connaît rien [...]les médecins, qui sont pas loin d'être en retraite d'ici 4-5 ans, là, qui commencent à s'affoler un petit peu. Et c'est eux qui ont initié les... les rencontres avec les professionnels euh...du secteur. [...]mais ils ne savent, pas du tout euh... comment il faut s'y prendre, quoi. »* (10/35-43).

  Il permet aux professionnels de **se sentir soutenus** : *« C'est que... ben en fait, on n' est pas seul euh... dans ce euh... dans ce projet, quoi, finalement »* (15/33).

- Certains professionnels de santé ont fait référence à **une problématique propre au département de la Meuse : celle de Bure**.

  - Le site de Bure, situé dans le Sud meusien, a en effet été choisi dans le cadre d'un projet de stockage de déchets radioactifs. Il en a résulté des subventions allouées aux projets de service publique. Des professionnels de santé ont refusé de participer à un projet dans ce secteur par **conviction personnelle** : *« après réflexions, c'est vrai que nous on s'est relativement vite euh... retiré... du projet pour des raisons personnelles.* (sous-entendu en rapport avec le Laboratoire de Bure à proximité) *Mais euh... on n'est pas contre ce projet pour d'autres professionnels de santé. »* (18/12-15)).

  - Ces financements ont été à l'origine de **tensions entre les élus des villages** du secteur : *« il y a déjà eu une zizanie financière, semée par un tout autre chapitre... sur lequel je ne souhaite pas forcément m'étendre là, qui est le laboratoire de Bure. Donc qui a... un peu... créé des jalousies, entre villages. »* (18/65-69)).

  - Pour certains professionnels, le **projet a été ressenti comme imposé par les élus :** *« il a clairement, dit de toute façon, le projet se fera, voilà [...] l'objectif du projet a vite changé euh... bénéfice euh... du financement, de... des subventions et de... de l'intérêt des, des politiques locaux »* (18/94-100).

  - De **fortes tensions** ont persisté : *« [un élu] a tenu des propos à notre égard euh...qui... qui était à un point tel qu'il voulait nous faire fermer le cabinet »* (18/75-76).

SYNTHESE 2 : La rencontre avec les élus locaux

- Rencontre et connaissance des élus locaux.
- Échange d'idées avec confrontation des points de vue.
- Présence des élus locaux pour écouter : recevoir une information de qualité leur permettant de prendre conscience de la situation.
- Rappel de plusieurs points importants pour les professionnels :
  - Le principe de la liberté d'installation.
  - L'évolution des souhaits des nouvelles générations de médecins.
  - Les professionnels à la tête des projets.
- Mobilisation et investissement variable selon les réunions.
- Aide et soutien précieux lors du montage d'un projet.
- Refus d'adhérer à un projet par conviction relative à la problématique de Bure.

2-3- Que pensez-vous des thèmes abordés durant la réunion de territoire ? : Les thèmes abordés durant la Réunion de Territoire

THEMES	CODES	DEFINITIONS
Le fond et la forme	La présentation de l'ARS	Peu ou pas de souvenir des rôles de l'ARS
		Clarifier la place des IDE
		Organisation complexe
		Pas très intéressant
	Les thèmes abordés	Le choix des thèmes, la qualité de l'exposé
		Des préoccupations différentes en début d'internat
		Des informations connues
		La théorie trop loin de la réalité du terrain
		Des informations mais pas de solution
		Peu de faits et de concret
La démographie médicale	Les patients	Une priorité
		Une organisation de maintien à domicile remise en question
		Des patients perdus sans médecin sur place
	La crise démographique	Rappels sur la démographie médicale

	médicale	Des paramédicaux qui ne pensaient pas la situation si alarmante
		Un problème avant tout médical, avec des répercussions paramédicales
		Une offre de soins qui n'est pas favorable mais qui se maintient pour l'instant
		Des professionnels qui veulent décider de leur avenir
		Le rôle central du médecin
		Les modalités d'exercice du médecin
		L'arrivée de jeunes médecins change la donne
		Des stagiaires qui s'installent ensuite
		L'intérêt d'être maître de stage
		Les aspirations des jeunes médecins ou paramédicaux
	Les freins à l'installation en milieu rural	Un système de gardes trop lourd
		Une surcharge de travail par rapport à l'exercice en ville
		La féminisation de la profession
		Une permanence des soins trop astreignante
		Le SAMU trop loin
		Des aides peu accessibles
		La médecine rurale, une vocation
		Les difficultés à trouver un emploi pour le conjoint
		La Meuse, un frein en soi
Les solutions exposées	Le schéma départemental d'organisation des soins ambulatoires	Un projet global départemental
		Frontière départementale, barrière totale
		Une zone franche non loin
		Pas de souvenir
		Un thème parfois mal compris
		Les notions de pôles primaires, secondaires...bien accueillies
		Un sujet encore mal maîtrisé
		Le médecin, acteur principal du schéma
		La CODECOM pilier central de l'organisation des soins
		Un schéma court-circuité par les structures déjà en place

		Un schéma peu réaliste
		Un schéma intéressant mais des obstacles humains
		Un schéma alarmiste
		Un schéma qui risque de remettre en cause l'indépendance du médecin et des paramédicaux
		Le risque de ne plus être «médecin de famille», de perdre sa patientèle
		Une évolution du métier de médecin
		Un thème déjà connu
	Les maisons de santé pluridisciplinaires et les pôles de santé ambulatoires pluridisciplinaires	Des complications pour les professionnels propriétaires de leur cabinet
		Un projet lourd (chronophage, administratif)
		Le sentiment de se débrouiller seul pour le montage
		Le manque de motivation des plus anciens
		Un jeune médecin installé qui a l'impression de devoir faire tout tout seul
		Une motivation à dure épreuve devant les contraintes administratives
		La difficulté à changer ses pratiques
		Les médecins : premiers acteurs
		Une autre approche : la plate-forme de coordination
		Encore un assistanat pour la population
		Des contraintes du salariat pour des libéraux
		Un contre-élan des professionnels par peur d'une mode
		Un projet de MSP dans le secteur alors qu'une maison pluridisciplinaire est déjà en place
		Une structure pluridisciplinaire sans subvention possible
		De l'argent mal utilisé
		Le manque d'intérêts des paramédicaux pour le financement
		Des MSP sur-dimensionnées
		De nombreuses réunions mais rien de concret
		Une information approximative des professionnels
		Une solution rurale mais pas forcément urbaine

		Le travail en MSP, un exercice particulier
	Les aides à l'installation	Rien pour les médecins déjà en place qui restent
		Un exposé concret
		Rien pour l'installation de jeunes kinés
		Un exposé peu intéressant pour les paramédicaux
		Des aides à l'installation qui doivent être bien pensées
		Même aidé, un médecin qui n'est pas fait pour la campagne ne restera pas
		Des aides lointaines et complexes pour un IMG
		Leur communication aux étudiants

Les réactions durant les entretiens ont été nombreuses, cet item permettait souvent au candidat d'exprimer son opinion concernant les sujets relatifs à la santé.

2-3-1- Le choix des thèmes ou à la qualité des présentations

- Les exposés de la Réunion de Territoire **correspondaient bien aux attentes** des professionnels de santé : *« Tous les axiomes ont été posés »* (11/33) et ont permis de *« mettre en commun toutes ces idées , et d'arriver à faire une synthèse de tout ça... donc c'est bien et c'est intéressant »* (1/72-73).

- **Des solutions étaient à trouver** : *« pour le moment, on analyse bien la situation, mais on ne trouve pas forcément des solutions »* (20/41-42).

- **Les décideurs étaient trop loin de la réalité du terrain** : *« il y a une trop grande différence entre les... décideurs, les... ceux qui réfléchissent et les réalités du terrain. »* (9/37-38)) et au final *« c'était plus de la théorie que de la pratique.[...] dans les faits, j'ai l'impression que dans les faits y va pas se faire grand chose »* (6/88-89).

- La majorité reprochait aux instances l**'absence d'action concrète** qui améliorerait leurs conditions d'exercice : *« j'ai toujours l'impression que c'est beaucoup de mots, beaucoup de projets mais concrètement, moi je vois rien. »* (16/30-31).

- Les attentes différaient pour un étudiant , **les centres d'intérêt évoluaient avec le temps** : *« c'était au début de mon internat, si j'en avais fait une autre réunion entre temps, je pense que je ne me serais pas intéressée aux mêmes choses »* (14/38-39).

- Concernant l'exposé sur **les rôles de l'ARS :**

    - **elle a peu marqué** les professionnels : *« Ça ne m'a pas laissé un souvenir impérissable* (sourires). » (15/71),

- son fonctionnement complexe ne présentait **pas d'intérêt dans la pratique quotidienne de la profession** de terrain : *« le rôle de l'ARS, bon moi je mélange un peu tout,[...]je ne sais pas quel est... qui fait quoi, qui sert à quoi. Euh... et à la limite ça ne m'intéresse pas trop. Moi ce qui m'intéresse, c'est que mes patients soient pris en charge »* (9/41-44),

- **la place de l'ARS a été précisée** : *« ça permet de clarifier déjà sa place,(...), maintenant on reclarifie un peu la situation, l'ARS donne ses positions après nous ça nous permet d'apporter nos éclaircissements sur le... sur certaines situations »* (1/66-69).

2-3-2- Un tour d'horizon concernant la démographie médicale

Derrière les thèmes débattus, c'est la qualité des soins aux patients qui préoccupait les professionnels : *« que [les] patients soient pris en charge, puissent avoir un médecin euh... à disposition... dès qu'ils en ont besoin... et rapide.»* (9/44-45), avec une inquiétude pour les personnes âgées qui *« vont se sentir complètement démunies si elles savent qu'il y a plus de médecin sur place »* (9/62-63).

L'exposé concernant l'état des lieux de la situation démographique a été apprécié, pour certains, les médecins notamment, *« elle était déjà connue mais il était important de mettre le doigt dessus. »* (3/22-23) car *« les statistiques sont cruelles »* (11/35).

- Ces informations ont permis de **prendre conscience de la situation :** *« je ne pensais pas que c'était si... si sérieux, finalement.[...]ça va être très grave* (rires) *»* (15/17-19) , car des professionnels ne se *« rendai[ent] pas forcément compte, de comment c'était sur les cantons alentours. »* (16/28-29).

- Les professionnels paramédicaux ont réalisé que la pénurie médicale risquait d'avoir de **lourdes répercussions sur leur activité.**

  - Pour les **infirmiers** : *« Le problème principal, c'est surtout euh... la disparition des prescripteurs de soins... pour nous. De toute façon pas de médecin, pas d'infirmière, c'est certain »* (15/89-92).

  - Pour le **pharmacien** : *« elle attend pour prendre sa retraite qu'il y ait un médecin qui s'installe sur T. Parce que si elle ferme sa pharmacie, vue que...* il n'y a plus de prescripteur. *Voilà, et la pharmacie risque de ne pas rouvrir. Voilà. Donc elle en est parfaitement consciente.[...] Et la dame-là est vraiment, en détresse [...]et c'est sûr qu'elle ne revendra pas sa pharmacie, tant qu'il n'y aura pas de médecin prescripteur sur place. »* (18/44-52).

- Pour quelques prescripteurs, **la situation actuelle n'était pas aussi alarmante** que ce qui était décrit : *« pour l'instant la situation globalement s'est maintenue »* (5/76).
  Certains secteurs évoluaient peu : *« il est vrai que actuellement je ne fais rien pour euh… pour améliorer la situation actuelle, parce qu'elle me convient »* (6/186-187).

- Ils voulaient rester **décideurs de leur avenir** : *« je me donne encore 1 an et demi, par exemple, fin 2012 et à ce moment-là je serai davantage motivé peut-être pour partager mon travail, pour le partager, mais là on ne décidera pas pour moi. Je pense que je déciderai, je serai décideur, je serai donc… je serai acteur et là je pense que j'agirai »* (6/183-186).

- L'exposé a permis de refaire le point sur **les conditions d'exercice des médecins,**

  - pour permettre aux autres professions de la santé et aux élus d'en **prendre conscience :** « *toutes ces idées préconçues [que les élus] avaient déjà sur les modalités d'exercice »* (2/54),

  - pour expliquer quelles étaient les **aspirations des nouvelles générations :** *«cette réunion a bien exposé les axiomes, a bien expliqué le pourquoi du comment du manque d'installations dans notre département. Les jeunes, c'est vrai, veulent travailler en groupe, ne veulent plus travailler en milieu rural, parce que horaires importants, parce que contraintes de mobilité, parce que plein, plein de choses. »* (11/76-80),

  - pour **adapter les aides** au maximum, « parce que quand on sait déjà ce que les gens veulent, c'est peut-être plus facile de les attirer plutôt que de pondre des subventions à tire-larigot pour essayer d'attirer les choses... mettre euh... des choses qui sont complètement inadaptées... donc ça leur a permis d'entendre ce qu'il fallait faire pour appâter un petit peu le médecin » (2/57-61) ;

  - car il était évident que **l'arrivée de jeunes médecins changeait la donne :** *« la chance qu'on a c'est qu'on a deux jeunes qui viennent s'installer »* (15/58-59),

  - certains médecins considéraient la fonction de **maître de stage comme importante** pour les nouvelles générations : *« J'estime qu'un médecin généraliste peut apporter beaucoup, beaucoup pour... un futur installé surtout dans la médecine générale »* (6/156-157).

Au vue des explications relatives à la situation démographique médicale, une réflexion s'est engagée qui a concerné <u>les freins à l'installation en milieu rural.</u> Ce type d'exercice présentait en effet de nombreuses contraintes.

- **Une permanence des soins très contraignante :** *«[les intervenants] avaient soulevé le problème des gardes, que évidemment euh... les jeunes euh... avaient tout intérêt à s'installer en ville où il n'y avait plus de garde que venir se perdre à M., où ils allaient faire une garde par semaine euh... etc... [...]donc du coup le problème de la garde était donc euh... un problème, je pense, à mettre euh... à mettre en valeur dans ce problème démographique. »* (20/78-85),

- **La féminisation de la profession médicale :** *« surtout que c'était de plus en plus de femmes, qui avaient de plus en plus d'enfants à charge etc... enfin d'enfants à gérer, que les hommes n'avaient pas forcément. »* (20/81-83).

- Les **charges de travail plus lourdes qu'en ville :** *« Faut arrêter de se voiler la face, pourquoi les gens ne viennent pas à la campagne. Ce n'est pas parce qu'ils n'aiment pas... c'est pas parce qu'ils aiment habiter en ville [...] C'est bien un problème, quand même de charge de travail, qui n'est pas la même qu'en ville, enfin... il ne faut pas se voiler la face. Des horaires ? Oui. Très bien. Et tant que l'on n'aura pas euh.. trouvé des solutions, si tant est qu'il y en ait euh... on aura ce problème de démographie. »* (20/100-108).

- L' **éloignement des équipes du SAMU** du lieu d'exercice : *« on a quand même des zones qui sont... enfin loin, objectivement loin du SAMU, donc euh... donc voilà. Ben le SAMU, c'est bien ils sont bien équipés, ils sont... voilà, mais ils sont loin* (rires) *donc euh... il faut bien gérer ce problème »* (20/90-93).

- L'existence d'**aides à l'installation mais complexes :** *« les aides à l'installation euh... c'est tellement compliqué »* (14/33).

- **La médecine rurale : une vocation**, : *« s'il n'était pas fait pour travailler à la campagne et ben il ne travaillera pas à la campagne »* (18/107).

- Les **difficultés à trouver un emploi pour le conjoint :** *« il y a beaucoup de gens qui pourraient, éventuellement s'installer à la campagne qui ne sont pas forcément contre. Mais qui euh... il n'y a pas de boulot pour le conjoint »* (21/117-11).

- La **Meuse : un frein en soi :** *« on a toujours une idée assez tragique de notre département et de notre ville en particulier, pas du tout justifiée euh... la Meuse, département rural, pas dynamique, machin, c'est tout le contraire. [...] On a toujours ce côté un peu... péjoratif de notre département, moi je vis très... personnellement, vraiment contre ça, en faisant de l'information »* (11/80-87).

2-3-3- Des solutions développées afin d'endiguer la crise de la démographie médicale en Meuse.

Ces dernières ont donné lieu à de nombreuses remarques chez les professionnels de santé.

Le schéma d'organisation des soins ambulatoires qui était proposé durant la Réunion de Territoire a déclenché des réactions très différentes.

- Pour certains, ce schéma permettait de **se sentir intégré dans une problématique globale :** *« ça permet de savoir comment on se situe et euh... ouié de savoir aussi que c'est un projet global et que c'est raisonné euh....sentir que c'est une démarche départementale »* (14/22-24). L'**organisation en pôles primaires et secondaires était alors bien accueillie :** *« l'utilisation de pôles de santé, de maisons médicales, etc... est une bonne chose, ça a bien été exposé. »* (11/36-37) .
  Quelques-uns regrettaient **une organisation uniquement départementale :** *« on est à la limite de la région d'à côté et de deux autres départements. Ce qui fait que... c'est pas très juste, en fait, parce que nous on travaille avec des populations de la Marne et des Ardennes et ce plan-là ne tient pas compte de... de cette particularité, des limitrophes »* (23/189-192).

- Quelques professionnels n'avaient **plus souvenir de cet exposé** : *« Le schéma départemental je me souviens pas non plus »* (9/33-34) ou l'avaient mal compris (20/52-61).

- **De nombreuses réserves** concernant cette organisation ont été évoquées:

  - **Un sujet mal maîtrisé :** *« pour c'qui est du schéma départemental des soins ambulatoires c'est encore nouveau pour nous [IDE] donc, euh... on sait pas trop où on va ... on sait pas trop trouver notre place là, les infirmiers, donc il faut laisser encore du temps »* (1/77-79).

  - **Le médecin : l'acteur principal** de cette organisation : *« le médecin de M., vous voyez, il était un peu isolé, mais finalement ça le remettait un petit peu au centre de ... grâce...au centre de... de... des pôles, quoi. »* (12/29-31).
    D'autres professionnels souhaitaient que *« la CODECOM soit le pilier central de l'organisation des soins,... d'une manière, euh... d'une manière réfléchie entre élus locaux et professionnels de santé »* (2/89-90).

  - Les **structures de santé déjà existantes court-circuitant le schéma :** *«le schéma avec les pôles secondaires et tout çà... ben dans la mesure où il a été complètement court-circuité par des structures déjà euh... mises en place...il était un peu dérisoire mais enfin...il partait d'un principe qui aurait dû être, à la limite, mis en œuvre il y a déjà 3-4 ans... »* (3/23-25).

  - Un **schéma peu réaliste :** *« c'était un peu foireux, quoi, comme affaire. De créer un pôle secondaire, ou je sais plus comment ça s'appelait. Enfin, bref, hein... à C[...] c'était clair, qu'il y a personne qui serait allé faire le singe... à C. même si on lui avait mis tout à disposition, enfin...[...] Et personne allait... enfin... je voyais mal quelqu'un aller s'amuser à... enfin, créer un truc qui existe pas , alors qu'on a déjà du mal à... subvenir aux besoins qui, existent déjà. »* (7/53-62).

  - **La tentation de quitter un lieu d'exercice fragile pour rejoindre un secteur soumis à des avantages fiscaux :** *« dans cette zone franche qui est à 5 km de chez moi, je pourrais faire une défiscalisation très importante, qui pourrait être très importante pour mes, entre guillemets, mes vieux jours de médecin installé [...] si…j'avais une autre optique que euh… la médecine générale telle que je la conçois, si j'avais un plan plus mercantile et businessman, je pense que je ferais le pas, je sauterais le pas, pour avoir 30 000 € de gains sur l'année je pense que n'importe qui le ferait. »* (6/220-227).

  - Un schéma soumis à **des obstacles humains** : *« le principe de la formation des pôles de santé est intéressant mais... on est confronté à des problèmes de personnes et des problèmes locaux qui torpillent un peu le ... le fonctionnement. »* (3/28-31).

  - U**n schéma alarmiste** : *« je veux dire ça fonctionne, quand même, déjà pas mal, quand même, je veux dire, il y a quand même... enfin je sais pas, personnellement, pour mon secteur, je ne pense pas qu'il y ait des gens hyper isolés, chez qui on ne peut pas aller, quoi. »* (10/68-70).

- La remise en cause du **principe d'indépendance du médecin** : *« Une fois que le paysage national sera en pôle de santé... ou maisons de santé, rien n'empêchera les gestionnaires de la santé de dire « maintenant nous allons gérer ça », alors, évidemment... les vieux médecins qui se seront investis à... pro... à... gérer, à faire leur pôle de santé, à organiser le système, on dira, « attends ils se sont vachement investis », on leur dira, c'est pas à vous puisque c'est avec l'argent publique que vous l'avez fait, donc maintenant nous on gère et on va prendre un médecin, deux médecins, y'en manque un là, on va le faire travailler ici, on va le faire travailler là »* (4/39-44).

- **Perte de la relation privilégiée avec la patientèle** : *« vous serez payé à l'acte mais vous n'aurez plus... on n'aura plus de patientèle propre... ce qui veut dire c'est ce pourquoi je me suis installé en tant que profession libérale indépendante, j'ai voulu être « médecin de famille »* (4/44-45).

- Ce type d'organisation des soins marquant une **évolution du métier de médecin** : *« ça (le schéma d'organisation des soins dans son évolution possible) sera peut-être pas négatif pour nous mais ça,... c'est vrai que quand t'as vécu comme on a vécu... changer de cap... c'est tout... »* (4/52-53).

De nombreuses remarques ont également été relevées en ce qui concerne <u>les maisons de santé pluridisciplinaires et les pôles de santé ambulatoires pluridisciplinaires.</u>

- Pour de nombreux professionnels, le **médecin était le premier des acteurs du projet** : *« je trouve que le moteur, c'est vraiment les médecins, c'est eux les premier concernés »* (15/85-86).

- De nombreux prescripteurs ont eu **du mal à rester motivés pour porter le projet** :

  - **en fin de carrière** : *« Tu peux pas dire je baisse les bras je refuse tout, il faut voir pourquoi , pourquoi je baisse les bras...pour l'instant... je sais pas ... peut-être parce que je vieillis... et je...j'me dis ... à l'heure actuelle, y'a des moments où je me dis, j'aimerais bien avoir 5 ans de plus, ou 10 ans de moins. 10 ans de moins je ferais quelque chose, 5 ans de plus je ferais vraiment plus rien, là... je suis un peu assis entre 2 chaises... ça me gêne vraiment beaucoup »* (4/66-71).

  - **en début de carrière** : *« même si nous euh... on est les plus jeunes, les derniers arrivés, même si on a envie de faire des choses, de toute façon derrière ça ne suit pas. Et euh... on peut pas faire tout seul non plus »* (16/100-102).

- Des **projets lourds et chronophages** démotivant les équipes : *« Au départ ils étaient tous là. On a fait une réunion, tous les médecins étaient là, tous les pharmaciens, tous les kinés, tout le monde était là. À partir du moment où on a dit, il faut faire une association, il faut cotiser, il faut faire des A.G., faut faire ci, faut faire çà, plus personne. »* (19/162-165).

- **L'aspect administratif perçu comme une contrainte importante:** *« il fallait créer une loi de... une association de 1901, donc il fallait aller à la préfecture, aller chercher un ... document. Un certain... donc ça j'y suis allée. Il fallait pondre les textes, non seulement des règlements intérieurs, mais aussi une ... charte... enfin je ne sais pas trop. Enfin bref, nous on a fait tout ça [...] Mais après on s'est aperçu que il fallait faire des réunions des A.G., enfin une ou deux par an je ne sais plus. Des réunions tous les 3 mois... enfin bon bref. Et tout ça, ça pèse trop lourd »* (19/87-96).

- **L'isolement pour monter le projet :** *« [le médecin] avait demandé, un peu conseil ben euh... à l'ARS, est-ce que... Et en gros ... ils avaient dit : faut vous débrouiller. Il avait dit : est-ce que vous pouvez nous aiguiller, nous aider ? Vous vous débrouillez. Donc moi je trouve que c'est beaucoup de discours »* (16/36-39).

- Par ailleurs, **des critiques ont été émises quant à l'existence même des MSP :**

  - un **assistanat supplémentaire à la population** : *« ça peut, à mon avis inciter une surconsommation euh... et euh... un côté assistanat, d'avoir tout à côté sous la main, une fois qu'on y est, ben on campe là la journée et puis on attend euh... donc moi je ne suis pas pour l'assistanat des gens, je ne pense pas que ce soit comme ça que ça puisse évoluer en ce moment, parce que il y a déjà pas mal d'assistanat. »* (18/175-180),

  - **Des contraintes du salariat imposées à des libéraux** : *« on a toutes les... entre guillemets tous les poids de la profession libérale et en plus de ça, il va falloir qu'on ait en plus le poids des professions non libérales![...] ça n'incite pas vraiment les jeunes à s'installer dans le libéral. »* (4/31-34),

  - Ces structures : **phénomènes de mode** : *«Il y a aussi euh... un espèce de contre-élan qui dit euh... bon... euh...surtout nous dans des villes, où pour l'instant, effectivement, on n' a pas de soucis, à nous dire euh... il faut, peut-être pas que l'on fasse tous pareil et puis voilà, c'est peut-être une mode, ça va passer, faut s'arrêter, il faut pas tous s'engager là-dedans, il faut réfléchir etc... »* (13/90-93),

  - De rares professionnels auraient souhaité qu'à la place des MSP et des PSAP se mette en place **une plate-forme de gestion des besoins médicaux et paramédicaux** d'un secteur avec l'envoi du professionnel correspondant selon les demandes : *« c'est une plate-forme correspondant à des hospitalisations ou des retours d'hospitalisation. Avec les gens qui prennent les... en charge, qui téléphonent, qui... voilà, discutent de tout ça, où le médecin n'a pas le temps. Et puis nous après, on nous dit, il faut aller faire le pansement, na-nana.... - vous êtes d'accord, - ok, on y va. Voilà. Pris en charge par une plate-forme de coordination qui s'occupe des papiers. Donc euh... au lieu de multiplier tous ces pôles de santé, et ces maisons de santé »* (19/114-121).

- **Travailler en MSP : un mode d'exercice qui ne pouvait pas convenir à tous** : *« Il y a forcément des gens qui ne vont jamais avancer dans la dimension maison de santé pluridisciplinaire. Parce que c'est pas leur logique et on ne peut pas les condamner pour ça »* (24/200-203), et il est difficile de changer de pratique : *« je suis installée depuis longtemps, quoi, aussi. J'ai toujours fonctionné comme ça. Bon c'est un peu atypique, je suis toujours toute seule, J'ai ...j'ai pas de cabinet pour ainsi dire »* (9/74-76).

- **Tous les lieux n'étaient pas non plus propices à ces structures,** comme les zones urbaines par exemple : *« Quand vous êtes dans un secteur plus urbain, où il y a plus de professionnels de santé. Vous avez euh... beaucoup plus d'interfaces. [...] on mettra pas 70 personnes dans une maison de santé pluridisciplinaire, ça n'a aucun intérêt »* (24/212-119).

- Parfois **la structure en place n'a pas pu accéder aux subventionnements** existants ne répondant pas au cahier des charges : *« il y a des critères, des critères, c'est écrit noir sur blanc, mais on peut quand même adapter certaines fois euh... les choses. »* (10/53-54).

- Les maisons de santé pluridisciplinaires essuient parfois des **critiques plus générales.**

    - **L'argent est mal utilisé** : *« c'est comme tout ce qui se construit de toute façon, dès qu' on est un peu décideur, on a envie toujours... de faire (rires) de faire gros, et de mettre l'argent peut-être pas où il faudrait. »* (9/93-94).

    - **Des projets sur-dimensionnés** : *« Je trouve que euh...on a vu grand, le bâtiment en lui-même est vraiment grand, donc avec des charges qui sont en rapport et il faut... enfin l'image que ça me donne [...] j'ai été surprise, enfin c'est... c'est un peu de la... de la mégalomanie, moi je trouve! »* (9/87-91).

    - Enfin les professionnels **qui ont investi dans leurs cabinets acceptaient mal** de devoir intégrer une MSP : *« quel intérêt j'aurais d'aller dans un… dans une maison à 500 m de chez moi avec tout un déménagement etc… alors que moi ici je suis donc euh… je suis installé, j'ai mes meubles, j'ai mes habitudes, j'ai mon bureau, mes patients qui savent exactement comment cela fonctionne, je suis propriétaire de mes murs, de ce fait j'ai droit à des défiscalisations, sur le plan fiscal, enfin… etc… Pour partir quelque part où je vais devoir payer un loyer, modifier tout mon système informatique, à 55 ans, j'ai pas envie »* (6/166-171).

- Des professionnels ne se sentaient **pas concernés par la question du financement** de ces structures : *« moi je vais vous dire franchement que les financements , moi je m'en... je m'en tape un peu* (rires) *»* (15/161-162).

- Une partie d'entre eux a reproché aux instances, **la lenteur de mise en place des projets et le peu de concret** : *« j'ai aussi participé à pas mal de réunions de la maison médicale de L. [...] je vois qu'une chose c'est que y a X multiplié par puissance 3 réunions pour un résultat qui est très très maigre. C'est-à-dire rien… rien de concret pour le moment.[...] je suis allé à deux ou trois réunions euh… il y a déjà un an ou deux et je ne vois toujours pas une pierre apparaître »* (6/56-61).

Pour finir, la présentation qui expliquait quelles étaient les aides à l'installation de médecins a également suscité des réflexions.

- **Les aides ne concernaient que les médecins** : *« c'est une aide qui n'existe que pour les médecins et euh... je trouve ça anormal, parce que des jeunes kinés ont le même mérite* (rires) *que les jeunes médecins qui viennent s'installer.* Donc ça manque de kinés. *Ça manque énormément de kinés »* (18/108-110).

- **Rien n'était prévu pour les médecins déjà installés** : *« pour les existants, il ne se passe rien, voilà c'était peut-être une, un de mes… c'est-à-dire qu'on ne cherche même pas à favoriser... ceux qui sont là on ne les favorise pas »* (6/41-43).

- Les plus jeunes les ont trouvées **trop complexes** : *« les aides à l'installation euh... c'est tellement compliqué que moi ça me paraissait encore loin. C'était pas un sujet qui me...* (acquiescement) *je me disais que j'aurais le temps de voir çà. »* (14/33-35).

- **Des aides inefficaces si le médecin n'était pas fait pour le rural** : *« je ne pense pas que.... qu'on incite des gens à s'installer à la campagne par le pouvoir de l'argent.[...] ça ne veut pas dire qu'au bout des 5 ans, s'il n'était pas fait pour travailler à la campagne et ben il ne travaillera pas à la campagne, même s'il a été aidé financièrement. »* (18/102-108).

- Il fallait **des aides à l'installation bien réfléchies pour pouvoir être efficaces** : *« quand on sait déjà ce que les gens veulent, c'est peut-être plus facile de les attirer plutôt que de pondre des subventions à tire-larigot pour essayer d'attirer les choses... mettre euh... des choses qui sont complètement inadaptées... »* (2/58-60).

- Certains pensaient qu**'il fallait mieux faire connaître ces aides du département** : *« pourquoi pas euh... élargir dans la fac de Reims, la fac de Strasbourg enfin euh... des facs plus lointaines,[...] on va pas se limiter à Nancy, élargir au maximum. Au moins faire de la pub, enfin faire de la pub... si, c'est de la pub dans les facs, en disant que le conseil général de la Meuse euh... peut aider financièrement les étudiants qui s'engageraient à venir s'installer euh... dans les endroits où y' en a besoin »* (9/123-128).

- Certains ont apprécié que cet exposé soit **concret** : *« C'est le docteur Bouchy, qui a bien expliqué comment ça se passait euh.... ben les aides à l'installation. C'était beaucoup plus concret »* (9/34-35) et d'autres l'ont jugé **peu intéressant** : *« Les aides à l'installation, c'était pas très intéressant »* (12/26) .

SYNTHESE 3 : Les thèmes abordés durant la Réunion de Territoire :

- L'ARS trop abstraite, peu d'intérêt pour les professionnels de santé.

- La qualité des soins du patient : un élément important.

- Prise de conscience et sous-estimation de la crise démographique médicale et de ses répercussions sur leur propre activité.

- Importance pour tous les invités d'entendre le message sur les conditions d'exercice des médecins et les aspirations des nouvelles générations pour favoriser leur arrivée nécessaire.

- Le milieu rural : un frein à l'installation :
  - Une permanence des soins trop contraignante, des équipes SAMU trop distantes, une trop grande différence de la charge de travail entre la ville et la campagne, des difficultés pour le conjoint à trouver un emploi.
  - La féminisation de la profession médicale majorant ces constats.
  - Ces inégalités d'exercice expliquant la crise en milieu rural.
  - Exercer en milieu rural, une Vocation.
  - La Meuse : une mauvaise image, rôle de l'information.

- Le schéma d'organisation des soins ambulatoires :
  - Se sentir intégrés pour les plus isolés dans un projet global.
  - Bien accueilli.
  - De nombreuses critiques :peu réaliste, soumis à des obstacles humains parfois même alarmiste.
  - Remise en cause de leur indépendance avec un risque de déviance vers une gestion bureaucratique de la santé et la disparition du métier de « médecin de famille ».

- Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires :
  - Le médecin au centre du projet.
  - Le montage du projet lourd et chronophage pour des professionnels : incompétence, solitude, motivation à rude épreuve.
  - Assistanat supplémentaire à la population.
  - Phénomène de mode.
  - Contraintes du salariat pour des professionnels libéraux.
  - Exercer en MSP : inconcevable pour certains.
  - Structures moins adaptées au milieu urbain par rapport au milieu rural.
  - Investissements inadaptés et sur-dimensionnés à éviter.
  - Le professionnel, propriétaire de ses murs : difficultés à quitter son cabinet pour rejoindre une MSP.

- Les aides à l'installation :
  - Ni pour les médecins en zones fragiles déjà installés, ni pour les kinésithérapeutes.
  - Existantes mais ni bien réfléchies et ni bien appliquées.
  - Abstraites et trop complexes pour un jeune médecin en vue d'une installation.

2-4- En quoi la Réunion de Territoire a-t-elle permis l'émergence de projets ? Efficacité de la Réunion de Territoire en terme de projets

THEMES	CODES	DEFINITIONS
Une prise de conscience	Nécessité de s'organiser	Pour les patients
		Pour une succession
		Pour l'avenir de son métier
Les apports en terme de projets	Des projets	La création d'un pôle de santé depuis
	Un starter	À d'autres réunions interprofessionnelles locales
		Des pistes de réflexions engagées
	La MSP, une solution à la crise démographie médicale	Un projet pour attirer les jeunes médecins
		Une solution pour les médecins mais complications pour les paramédicaux
	La possibilité de se regrouper	Une vision plus interdisciplinaire des besoins du secteur
		Le pôle de santé : un contre-pouvoir face aux élus locaux
		La sélection de professionnels de santé intéressés avant de monter un projet
	La motivation des acteurs pour monter ou poursuivre un projet	Les élus
		Les professionnels
	L'adaptation du projet au secteur	La MSP, trop grosse structure pour le secteur
		Un vieux projet mal accepté remplacé par un nouveau qui convient à tous
		Des précurseurs dont les projets ont été rejetés à l'époque
		La remobilisation sur des projets réalisables
		L'abandon des mauvais projets
La non-émergence de projet	Une réunion inefficace en terme de projet	Car dans une situation professionnelle particulière
		Car le milieu urbain se sent moins concerné
		Car déjà installé dans une maison pluridisciplinaire
		Aucun projet lancé ensuite
	Des projets en cours avant la réunion	Des projets déjà proposés avant la Réunion de Territoire

Pour commencer, la Réunion de Territoire a aidé les professionnels de santé à **prendre conscience qu'il devenait nécessaire de s'organiser.** Ces derniers ont avancé plusieurs raisons pour cela :

- pour le **confort des patients** : *« la seule possibilité que l'on ait nous de pouvoir travailler dans l'avenir et de pouvoir apporter du confort aux patients... »* (4/78-80),

- pour **trouver un successeur**, la médecine « solitaire » n'ayant plus d'avenir : *« Ça [la médecine seule, sans secrétariat...] n'existera plus moi j's'rais jeune je f'rais jamais ça, c'est tout l'intérêt d'avoir des maisons de santé et des pôles de santé, c'est de pouvoir gérer...et que ça puisse être attractif pour les jeunes, pour qu'ils puissent venir.. j'pense que c'est le seul moyen pour l'avenir... pour l'avenir ET la succession »* (4/83-86),

- pour l'**avenir de son métier** : *« ça va avoir des conséquences sur [leur] travail, aussi »* (10/96-97),

- **combattre la crise démographique est devenu une obligation** : *« après une réunion comme ça on... on se rend compte finalement, ben que c'est une... c'est pas une obligation mais je vous dis c'est quelque chose qui est inéluctable, quoi. On est obligé de le faire, quoi.»* (15/77-79).

De plus, selon la plupart des professionnels, **la Réunion de Territoire a contribué par différents moyens à faire avancer les projets du secteur**.

- La **création d'un PSAP** après la réunion : *« un pôle de santé, le... le...l'association là... oui, oui, tout à fait un pôle s'est mis en place »* (12/70-71).

- **La réunion : un déclencheur** : *« ça a amorcé, ça a amorcé, oui. Oui, je pense que c'est les médecins, surtout les médecins, qui sont pas loin d'être en retraite d'ici 4-5 ans, là, qui commencent à s'affoler un petit peu »* (10/38-40).
  D'autres réunions ont suivi : *« ça nous a ouvert à d'autres réunions entre nous »* (13/65).
  Une réflexion s'est engagée : *« la réflexion a été intéressante et euh... ça a dégagé, quand même, des pistes euh... de... de réflexion entre nous, de pôles de santé, de travail en commun, de mutualisation etc... de certaines euh... façons d'exercer »* (13/68-71).

- **L'accélération du montage du projet** : *« ça en a motivé certains, ouié [...] Le projet de C., il s'est mis en place à la suite de ça. Donc que... c'est que ça a eu... ça a eu un effet »* (7/86-87)

  - par **motivation des élus locaux** : *« ils se sont senti un petit peu obligés de s'y mettre quoi! Dans la mesure où les instances officielles commencent à tirer la sonnette d'alarme... »* (3/43-45),

  - par **motivation des professionnels du secteur** : *« les professionnels ont, quand même, évolué par rapport à cette réunion. Initialement, quand on a fait les premières réunions, pour euh... justement essayer de se rassembler, c'était euh... non, non, non. Et après, bon je pense que euh... je pense que c'était, ils étaient... ils étaient partants »* (12/40-44).

- **L'adaptation du projet au secteur :**

  - Une structure sur-dimensionnée **pour le secteur** : *«La maison de santé de toute façon non, bon déjà l'ordre a dit non,euh... et c'est vrai c'est pas la peine »* (9/84-85).

  - Un **ancien projet mal accepté remplacé** par un nouveau plus adapté : *« c'était un projet privé, un projet euh... euh... je dirais d'une femme, un projet de... d'un paramédical et euh... que c'était mieux que ça soit, un projet plus euh... vous voyez euh... pas privé. [...].le fait que ça soit pas euh... ça soit euh...je sais pas... dit par euh... des autorités entres guillemets ou des ordres, c'est plus...ça impose..., ça en imposait plus, quoi »* (12/47-52).

  - **La remobilisation des acteurs sur des projets réalisables** : *« ça a permis par contre de ... de remobiliser les gens qui avaient ces projets-là sur les autres projets... et ça ça a été intéressant parce que... parce que ils ont réinvesti toute... tout ce qu'ils avaient mis en place donc ils ont consolidé ce qui était présent et ils ont ré-aidé un petit peu,... c'est-à-dire qu'ils n'ont pas mis de bâtons dans les roues dans les projets qui étaient vraiment en cours... ce qui est déjà vraiment énorme »* (2/70-74).

  - **De nombreux projets inopportuns ont avorté** : *« elle a surtout permis la non-émergence de projets...inopportuns... ce qui est déjà pas mal! [...]ça a permis que ça parte pas dans le mauvais sens »* (2/67-69).

- La réunion a été l'occasion de **se rassembler autour d'un projet commun.**

  - **Ensemble sur le même projet** : *« ça a permis de rassembler tout le monde »* (1/96).

  - **Le pôle de santé ambulatoire pluridisciplinaire : un moyen de pression** : *« un contre-pouvoir... enfin,... une association... une fédération locale de professionnels de santé qui puisse parler au nom des acteurs de santé auprès des élus locaux. Donc on veut dire c'était dans cette optique-là que le pôle de santé a été créé... c'est-à-dire qu'il y ait une réponse locale des professionnels de santé aux élus locaux »* (2/94-98).

  - La possibilité de rencontrer **des professionnels du secteur qui étaient vraiment intéressés** par ces questions : *« ça a permis effectivement, j'allais dire aux professionnels de santé qui étaient là, euh...ben de se rencontrer, effectivement déjà triés, c'est-à-dire euh... forcément intéressés ou au moins euh... euh... à l'écoute de ce que ça pouvait être que cette nouveauté de mode d'exercice »* (13/60-63).

Enfin, pour une partie des professionnels de santé, **la Réunion de Territoire n'a pas fait évoluer la situation locale en terme de projet.** Plusieurs causes ont été mises en évidence par ces derniers.

- **Un accès aux soins à proximité** malgré sa situation rurale : *« elle n'a pas été efficace parce que encore une fois euh… mon cas personnel est très particulier, certes je suis dans une zone de désertification, mais j'ai l'avantage ou l'inconvénient de travailler à très proche proximité d'une ville »* (6/125-127).

- **Les zones urbaines moins concernées** : *« De projet à mon niveau? Non...pas à mon niveau puisque moi, je suis en... en milieu urbain euh... j'ai pas... j'ai moins ce problème de démographie médicale...»* (8/44-45).

- **Tout juste installé dans une structure pluridisciplinaire et récente** même si elle ne répondait pas à tous les critères de MSP : *« pas de projet, puisque euh... à l'époque de la réunion, ça faisait 3 ans qu'on était installé. Le projet on venait de le faire »* (16/63-64).

- La **motivation initiale de faible durée** et finalement aucun projet lancé sur le secteur : *« il y avait l'idée du pôle de santé [...] j'étais prête, éventuellement, pourquoi pas, à... à voir avec les autres. Et puis je crois qu'on était 3-4 intéressés, puis ça n'a pas suivi, puis on ne s'est pas revu depuis près d'un an, donc je pense que c'est mort »* (16/68-72).

- Des professionnels de santé **déjà engagés dans un projet actif** n'ayant pas vu d'intérêt en terme d'émergence de projet à la réunion : *« nos projets... étaient déjà.... étaient déjà faits. Ça n'a pas tellement changé, notre vision »* (18/124-125).

SYNTHESE 4-1 :Efficacité de la Réunion de Territoire en terme de projets

- Prise de conscience des professionnels de la nécessité de réagir et de s'organiser.

- Efficacité en terme de projets :

  - Création de pôles de santé ambulatoires pluridisciplinaires.
  - Tremplin au montage d'un projet ou à une réflexion.
  - Accélérateur par une remotivation des professionnels et des élus locaux.
  - Réadaptation des réflexions vers des projets réalistes et adaptés au secteur.
  - Rassemblement des différents acteurs autour d'un même objectif.

- Inefficacité en terme de projets :

  - pour des professionnels du milieu urbain,
  - pour ceux installés depuis peu dans une structure pluri-professionnelle,
  - pour certains chez qui la motivation initiale ne s'est pas poursuivie
  - lorsqu'un projet était déjà activement lancé.

2-5- Quels bénéfices retirez-vous de cette réunion ? Les bénéfices de la Réunion de Territoire

THEMES	CODES	DEFINITIONS
Relations inter-humaines	Rencontrer	L'occasion d'une discussion avec des amis
		Une prise de contact avec des professionnels et des élus
		Se faire connaître des élus comme futur praticien du secteur
		Se faire connaître des professionnels
	Rassembler	Autour d'un même projet
		Pour créer une solidarité interprofessionnelle
		Des personnes motivées
	S'exprimer	Sur un même sujet
		Une oreille attentive des instances aux difficultés locales
	Motiver	Les élus
		Un effet éphémère
Informations	Informations générales	Comprendre la problématique des médecins, les enjeux
		Rectifier les fausses idées à force de réfléchir dans son coin
		Donner des statistiques démographiques
		Rendre l'ARS moins impersonnelle
	À destination des élus	Pour faire comprendre aux élus que ce sont les professionnels qui décident
		Nécessité qu'une information claire soit donnée aux élus
	Projets	Ce qu'est un pôle de santé
		Ce qu'on peut mettre en place sur le terrain
		De bonnes informations pour s'installer
Soutien et dynamisme	Le soutien des autorités	L'intérêt des instances pour le problème démographique
		La rencontre politiques/professionnels de terrain, une exception
		Le risque que les décisions soient d'ordre financier
	Un discours officiel	Le même discours entendu par tous
	Le dynamisme du département	Des projets naissent dans le département
		Un secteur parmi d'autres secteurs
		Une action qui participe au changement d'image de la Meuse
Répercussions	Starter	Les bases posées
		Une installation précisée

	Activateur, accélérateur	Avancement des projets facilité
		Reprise des concepts
		Prise de conscience
		Encouragement même pour un projet en cours
	Réflexions	L'occasion d'une réflexion
	Bénéfices limités	Pas d'impact sur sa vision de l'avenir médical
		Pas de modification de son exercice professionnel au final
		Peu d'effet pour un exercice isolé ancien
		Perte de temps, des réunions locales étant déjà en place dans le secteur

Pour commencer, de nombreux professionnels de santé ont apprécié la mise en présence des différents acteurs de la problématique :

- Cette réunion a permis de **nombreuses rencontres**,
  - des **relations amicales** : *« ça m'a permis de rencontrer des gens que je connaissais mais que je n'avais pas vu depuis très longtemps euh… voilà sur le plan amitié »* (6/238-240),
  - pour **prendre des contacts** : *« prendre contact avec des... des paramédicaux, quoi. Comme on n'avait pas trop de contact avec.* Oui. *Puis quelques élus locaux, quand même »* (17/72-74),
  - pour **se faire connaître** en tant que futur professionnel du secteur, auprès des élus : *« ça m'a permis aussi, en fait, que le maire de T. me présente aux autres »* (14/45-46), et des professionnels : *« le rapprochement des professionnels de santé entre eux, qu'ils me connaissent »* (14/56-57).
- Elle a permis également de **rassembler les acteurs locaux,**
  - autour d'**un même projet** : *« c'est sûr ça a permis de rassembler tout le monde et puis euh...à faire un projet de soins »* (1/111),
  - en créant une **solidarité interprofessionnelle** : *« de faire partie du même groupe, vous voyez ? De … d'être moins isolés les uns les autres et ça a permis... j'ai trouvé que ça permettait aux... aux professionnels de santé d'être plus unis, [...] y a une solidarité euh... interprofessionnelle qui est … qui s'est mise en place »* (12/67-77).
  - **Connaître les professionnels du secteur motivés** était important : *« savoir avec qui, je pouvais euh... commencer à discuter de ce genre de... de projet, avec je pouvais euh... sur qui j'pouvais compter »* (13/98-99).

- Il a été profitable que **tout le monde puisse s'exprimer**,

  - L**a réunion était bien représentative** : *« il y avait à peu près toutes les catégories de personnes qui pouvaient être là quand même donc chacun pouvait s'exprimer, toutes les catégories, chaque catégorie pouvait être présente, il y avait également des euh… des groupements professionnels tel que l'Ordre des médecins donc euh… je pense que euh… c'était très représentatif »* (5/99-103).

  - **Les intervenants étaient attentifs** aux difficultés locales : *« il [docteur Bouchy] a été bien à l'écoute, je pense, de tout le monde. Et puis euh... le fait qu'il ait pris conscience de la situation [...] je pense qu'il nous a un peu compris »* (18/131-134).

- Ces **échanges ont été profitables à l'avancement des projets** : *« pour des élus euh... leur demander de réaliser des projets à je-ne-sais-pas-combien d'euros, c'est pas forcément euh... quelque chose d'évident pour eux. Euh... ils ne comprennent pas forcément la situation pourquoi on le fait. Donc ça, ça avait été utile, parce que.... il y avait eu, je pense euh... un bon échange par rapport à ça »* (20/135-139).
  Cette motivation n'a pas toujours persisté : *« on en avait parlé, on en avait parlé, mais c'est un peu retombé tout ça euh... C'est devenu urgent tout d'un coup, puis là, on n'en entend plus parler. »* (9/129-130).

En outre, pour un grand nombre de professionnels de santé **<u>la Réunion de Territoire a été riche en informations.</u>**

- Les exposés ont permis, selon eux :

  - de **mieux comprendre la problématique médicale** et les enjeux de cette dernière *:« la compréhension euh...donc des problèmes des médecins. On a un peu plus de euh... de... de données... sur la problématique »* (8/53-54),

  - d**'avoir d'autres points de vue** voire de rectifier de fausses idées : *« c'est vrai que, voilà, de discuter entre nous de temps en temps, dans tel ou tel endroit où on se rencontre, ben c'est vrai qu'on véhiculait nos propres idées etc... Donc, intéressant de se rencontrer tous dans un même lieu avec des représentants, effectivement, des élus locaux ex... d'entendre tous la même information, au même moment »* (13/93-97),

  - **de clarifier les chiffres quant à la démographie médicale** : *« ça m'a peut-être remis un peu au clair euh... des chiffres, des... l'évolution, c'est-à-dire dans tant d'années, tant de départs à la retraite »* (16/78-79),

  - de **rendre l'ARS moins impersonnelle** : *« L'ARS, on a vu sur le papier ce que c'était, on a palpé les gens* (rires) *mais bon on a... on a mis des... on a mis des visages sur les... sur les noms »* (8/56-60).

- Ainsi, **des informations précises ont été transmises** qui ont pu aider des professionnels de santé dans leurs projets.

    - **Sur la conception d'un pôle de santé** : *«je connaissais le euh...principe des maisons de santé, mais les pôles de santé, je ne savais pas que ça existait. Et finalement c'est presque moins lourd à mettre en place euh... ça, ça m'a... oui ça ça m'a... ça ça m'a... apporté des renseignements sur ce qui... qui... pouvait exister d'autre, une alternative à la maison de santé »* (9/69-72),

    - **Sur la mise en place sur le terrain** : *« c'est euh..ben...d'avoir été informé de tout ce qui pouvait exister, de tout ce qui pouvait être mis en place pour euh... remplacer euh... enfin remplacer ou assurer les soins médi... enfin... médicaux.* ***[...]****voir ce qui est envisageable, après pour le secteur, quoi »* (9/98-102).

    - **Sur l'obtention des bonnes informations pour envisager une installation** : *« ça m'a permis de voir ben euh… ben euh… les différentes possibilités après… euh… à court terme d'installation hein donc c'est vrai que ça nous permet effectivement d'avoir euh… eu, euh… de bons renseignements euh… sur le euh… sur la nécessité euh… d'une offre de soins sur tel ou tel territoire hein c'est vrai qu'on était euh… bien renseigné là-dessus et donc c'est vrai que ça a pu m'aider en partie au moment de mon installation »* (5/80-85).

- **Donner une information claire aux élus locaux** était une priorité : *« c'était bien qu'aussi par rapport à la CODECOM toutes les... enfin il y avait pas mal de maires des petites communes aux alentours, dont certains n'avaient pas forcément ces notions là... soient présents j'pense qu' au niveau CODECOM ça a évité pas mal de... de discussions... »* (7/77-80), permettant pour d'autres de **faire comprendre aux élus que les professionnels étaient les décideurs**, « des élus locaux qui auraient bien voulu voir leur cabinet là où c'était peut-être pas le bon endroit... » (2/78-79).

De plus, pour une partie des professionnels de santé, **la Réunion de Territoire a permis au département de montrer son dynamisme et son soutien** sur la question.

- Certains professionnels se sont sentis **moins isolés** : *« La réunion à S. nous a plus montré... la réflexion au niveau départemental euh... on n'était pas isolé... puis des retours d'expériences »* (9/21-22).

- Lors de la soirée, **les projets mis en place** sur le département ont été présentés : *« on voit qu'il y a des... des projets, quand même, qui... qui se mettent en place »* (8/77).

- **Cette réunion a participé au changement d'image de la Meuse** dans le but d'attirer de jeunes professionnels : *« J'essaie un peu de... de vendre notre département, notre ville aussi, de vendre les petits patelins qu'il y a autour, qui me tiennent à cœur, […] et j'ai pas attendu cette réunion-là pour le faire. De vendre notre …. notre département à.... à mes futurs jeunes confrères, mais avec du mal, avec du mal. Et justement, cette réunion a bien exposé les axiomes, a bien expliqué le pourquoi du comment du manque d'installations dans notre département »* (11/68-76).

- **Un discours unique a été entendu par tous** les acteurs tant professionnels que politiques : *« je pense que euh... l'intéressant de partir tous sur les mêmes bases euh... en ayant entendu, effectivement, tous la même chose[...]intéressant de se rencontrer tous dans un même lieu avec des représentants, effectivement, des élus locaux etc... d'entendre tous la même information, au même moment »* (13/85-97).

- Pour certains, **cette réunion faisait exception** : *« d'aller voir un petit peu... des hommes de terrain... c'est quand même, c'est pas fréquent,qu'on a des gens... des gens hautement situés qui viennent voir un petit peu ce qui peut se passer sur le terrain, et où y'a des élus et des professionnels de terrain pour voir un petit peu ce qui se passe »* (4/91-94)

    - **par sa diversité d'intervenants et d'invités** : *« de faire intervenir euh... le... le... le médical pur, au milieu d'une réunion plutôt,euh... politico euh...financière c'était, effectivement intéressant de pouvoir mêler une fois tout le monde dans le même... dans les mêmes salles. Ça c'était important»* (13/47-49).

    - **par l'image de soutien des autorités** : *« de savoir qu 'au moins les autorités de grandes instances sont... intéressées par ce qui peut se passer »* (4/90-91).

- Certains ont eu **la sensation que ces propos ne servaient à rien** : *« Après... certainement comme d'habitude on n'en tiendra pas compte dans la mesure où les textes seront gérés... par des énarques et... des gens qui n'en n'ont rien à péter, puisque ce qui compte dans notre société c'est... c'est le dollar... faut que ce soit rentable, si c'est pas rentable... on s'en fout ! »* (4/94-97).

Au final, <u>toutes ces rencontres, ces informations et ce soutien ressentis ont eu plus ou moins de répercussions pour les professionnels</u>.

- La réunion a parfois été **un déclencheur :**

    - **Une réflexion a été engagée** : *« ça a plutôt fait émerger, je pense pour moi, des problématiques, auxquelles j'avais pas pensé »* (10/120-121).

    - **La réunion a été un tremplin pour démarrer un projet** : *« Il fallait un début, ça a au moins... ça a eu au moins le mérite d'initier un mouvement. Après le mouvement peut-être lent, hein, mais si tant est que ça amène quelque chose, ça a au moins, ça a au moins posé des bases »* (11/109-112).

    - **Elle a permis de confirmer son choix de carrière**, *« c'était une confirmation de ce que je voulais faire »* (14/43).

- Pour certains, la réunion a été **un accélérateur,**

    - pour **une prise de conscience** dans le secteur : *« elle a servi à faire prendre conscience probablement à certains, ce qui a activé les choses »* (7/100-101),

    - dans l'**avancement d'un projet** : *« ça a servi d'accélérateur... pour tout le monde... les élus et les paramédicaux.. »* (3/42),

- en **donnant des outils** pour poursuivre un projet : *« c'est des choses qu'on a de toute façon repris après par ailleurs »* (3/28).

- Cependant, **tous n'ont pas été de cet avis,** parfois:
  - **pas eu de bénéfice à la réunion** : *« j'ai pas l'impression que ça soit… pour ma part, moi, personnelle... une source d'intérêts »* (6/100)),
  - **sans conséquence sur leur vie professionnelle** : *« ça ne m'a pas, ça ne m'a pas touché, au sens professionnel du terme »* (11/67-68).
  - **une perte de temps** pour quelques-uns : *« à part me prendre du temps, c'est tout ce que ça m'a fait »* (10/90).
  - **L'habitude d'un exercice isolé,** pour certains, expliquait le peu d'impact de cette réunion sur leur exercice professionnel : *« ça m'a pas touché énormément. Euh... parce que euh.. on travaille un petit peu... je dis pas chacun de son côté, mais un peu en électron libre »* (11/94-96).

SYNTHESE 4-2 : Les bénéfices de la Réunion de Territoire

- Rassemblement apprécié permettant :
  - de se rencontrer,
  - de se rassembler autour d'un projet,
  - de s'exprimer, d'autant plus que la réunion réunissait tous les partis,
  - de motiver professionnels et élus locaux.

- De nombreuses informations pour faire avancer des professionnels de santé :
  - pour mieux comprendre la situation, entendre d'autres points de vue, préciser des chiffres ou encore rendre l'ARS moins impersonnelle,
  - pour une installation
  - pour une information claire aux élus locaux

- Dynamisme du département et soutien des instances.

- Réunion d'exception :
  - qualité des intervenants
  - le même discours entendu par tous au même moment.

- Crainte pour l'impact des aspects financiers sur les décisions finales.

- Répercussions :
  - Engagement dans une réflexion.
  - Déclencheur ou Accélérateur dans le montage d'un projet.
  - Absence de conséquence sur l'exercice professionnel voire perte de temps.
  - Impact minimal : l'habitude d'un exercice solitaire.

2-6- Comment améliorer la Réunion de Territoire ? La critique de la Réunion de Territoire

THEMES	CODES	DEFINITIONS
Les aspects relatifs à la forme	L' organisation	Générale
		Bien prévenu
	Le manque de temps	Sollicitation fréquente des professionnels
		Ne doit pas être trop chronophage
	Les horaires	Bon horaire
		Le problème de cet horaire
	Les invitations	Formulation peu incitative, pas claire
		Bien
	Les invités	Venus nombreux
		Trop nombreux
		Toutes les professions représentées
		Invitée en tant que représentante syndicale et non étudiante en médecine
		Manque d'intérêt des médicaux
		Bien choisis
	Mobiliser les gens	De nombreuses personnes invitées ne sont pas venues même si intéressées
		C'est toujours difficile
		Savoir réveiller les gens
		Des professionnels âgés
		La clef de voûte
	Le lieu	Pas judicieux
		Au plus près du territoire concerné
Les aspects relatifs au fond	Appréciation globale	Réussite
		Réunion trop médicale
		Bonne information
		Qu'une information
		Pas concerné par les thèmes de la réunion
		Un gros travail en amont
		Erreur sur le but de la réunion
	Déroulement de la réunion	Le déroulement de la réunion ne favorise pas la réactivité des invités dans les débats

		Certains n'osent pas s'exprimer en public
	Qualité de l'information	Une information adaptée à la situation locale
		Pas assez centrée sur le patient
		Une information claire et pertinente
		Informations trop générales, pas assez proches de la problématique locale
		L'information sur les cartes doit faire apparaître toutes les structures de santé existantes
		Des invités qui ne se sentent pas la cible des exposés
	Les intervenants	Remise en cause de leur connaissance du sujet
Les pistes d'amélioration	Les invitations	Proposition d'un rappel par téléphone
		Savoir qui était invité
	Les débats	Dynamiser la réunion, favoriser le débat
		Demander à ce que les personnes se présentent pour faciliter les échanges
	Et pourquoi pas inviter...	Inviter des étudiants notamment paramédicaux
		Inviter les associations d'aide à domicile
		Inviter des professionnels d'une MSP qui fonctionne bien, pour des conseils pratiques surtout
		Les orthophonistes du secteur
	Choix du secteur	Proposition d' une seule CODECOM par réunion
		Une réunion par canton
		Bassin de population proposé
	Un projet plus complet	une réunion c'est trop peu pour mobiliser tout le monde
		Un projet qui mettrait plus la pression
	Les élus	Quel est le ressenti des élus ?
		Leur demander de préparer un exposé sur le secteur
		Ils possèdent des informations sociales sur les retours en mairie des problèmes d'offre de soins
		Pas de retour quant aux informations qu'ils ont reçues

La critique de la Réunion de Territoire a été très riche en commentaires. De nombreux aspects relatifs à la forme, au fond ainsi que des pistes d'amélioration ont été soulevés.

Tout d'abord, **<u>les remarques en rapport avec la forme de la réunion</u>** se sont articulées autour de plusieurs axes.

- La **qualité de l'organisation générale** de la réunion : *« l'organisation était... était très bien faite »* (4/100) et de son annonce : *« on avait quand même été prévenu à l'avance on avait eu ... on était vraiment au courant de cette réunion »* (5/41-44), ont été mises en avant.

- **Les professionnels étaient régulièrement sollicités pour participer à des réunions** : *« c'est vrai qu'on est beaucoup sollicité euh… au niveau des euh… des soirées euh… pour des réunions, pour des formations, pour euh... »* (5/39-40), c'est pourquoi cette réunion ne devait pas être trop **chronophage** *: « il ne faut pas que ça dure trop longtemps, non plus »* (14/80).

- **L'horaire** de la réunion,

  - une part des professionnels en a été satisfaite : *« c'était bien le soir »* (1/121),

  - une autre a reproché que **cette réunion ait empiété sur leurs horaires de travail** habituels : *« les heures de début de soirée c'est pas forcément génial parce que ben... euh... on travaille, tous un peu tard le soir »* (11/122-123),

  - **les débats n'ont débuté que tard** dans la soirée : *« on a voulu faire intervenir les gens à la fin, et bon... en fin de journée, on n' est plus tous forcément très, très frais, donc intervenir sur un sujet comme ça, même s'il est passionnant, ça peut prendre... ça peut prendre beaucoup de temps, donc comprenons bien qu'à 21 h 30 -22 h... basta, quoi »* (11/132-135).

- Le **choix du lieu** de la réunion n'a pas toujours fait l'unanimité :

  - l'avoir organisée dans la localité où la problématique est résolue **n'a pas été judicieux** pour certains : *« est-ce que le fait de l'avoir organisée à S., enfin dans les coins de D., où la maison médicale vient d'être mise en place et qui fonctionne euh... les gens se sont dit, bon ça y est chez nous,c'est bon, on n' est plus concerné, quoi. Est-ce qu'il n'aurait pas été plus judicieux de l'organiser sur S. […] dans un endroit où euh ... où le besoin...il y a vraiment... le besoin euh...besoin d'informations »* (9/109-116).

  - alors que pour d'autres, *« le lieu c'[était] toujours **au plus près** du territoire euh... concerné »* (14/66-67).

- Le **courrier d'invitation :**

  - **aurait pu être plus clair** avec une **présentation plus incitative** : *« quand on s'est pointé à la réunion, on n'avait pas vraiment... on savait pas vraiment de quoi ça allait euh... parler. Donc c'est peut-être pour ça qu'il y a des gens qui ne sont pas venus, parce qu'au niveau de la présentation de la réunion c'était pas euh... »* (10/76-79),

  - pour d'autres **il convenait** : *« au niveau des invitations et tout ça... je... non c'était bien »* (20/165).

- **Les invités présents** à la Réunion de Territoire :

  - **une grande mobilisation** des acteurs du secteur : *« j'ai été surpris d'arriver et de voir autant euh.. autant de monde, c'est bien la preuve que ça intéresse beaucoup de monde »* (6/250-251),

  - **une faible mobilisation** : *« il y avait très peu... très peu de monde à cette réunion... »* (9/19-20), notamment **du corps médical** : *« combien y'avait de médecins locaux, je sais pas si vous vous en rappelez... moins d'une dizaine alors que ça concernait aussi B. il me semble... pourquoi, parce que ça n'intéresse personne »* (4/100-102),

  - **trop de monde réuni pour permettre un réel échange** : *« On était trop nombreux.* Vous étiez trop nombreux ? *Oui. Beaucoup trop nombreux, pour prendre la parole et tout c'était... Il y avait beaucoup trop d'élus, puis on était trop nombreux […] on était au moins... une trentaine peut-être même plus que ça. Donc c'est pas facile, quoi. »* (17/78-81).

  - La **diversité des invités présents** a été souvent notée : *« mélanger les différentes professions, je pense que c'est très intéressant et que c'est tout à fait euh... jouable comme ça »* (13/126-127).
    Elle a permis des discussions enrichissantes : *« C'est la première fois que j'avais une réunion avec justement des.. des... des non médicaux, quoi. Enfin d'habitude, on en parle plutôt entre médecins. Et là, c'était intéressant d'avoir un peu... la vision des autres »* (20/165-168).

  - **Des invités bien choisis** : *« les gens qui sont venus c'étaient des gens qui avaient leur place »* (1/124).

  - **Des représentants étudiants également invités** : *« j'étais aussi là, en tant que représentante syndicale »* (14/63-64).

- La question de **la mobilisation des invités** a été soulevée :

  - **De nombreux invités probablement intéressés ne se sont pas déplacés** : *« beaucoup de professionnels de santé s'intéressent... et se posent la question de... de l'avenir de la qualité de soins dans notre département mais euh...ça n'a pas mobilisé les foules, non plus, de notre point de vue enfin, du point de vue des professionnels de santé, on était... je ne sais plus si vous avez le nombre en tête, mais on n'était pas... pas... pas énorme, quand même »* (11/47-52).

  - **Il était difficile de mobiliser les gens** : « c'est difficile de mobiliser les gens, dans l'absolu, même pour un sujet qui peut être intéressant » (11/125-126).

  - **Sentiment des professionnels de santé plutôt en fin de carrière : moins concernés** : *« statistiquement le professionnel de santé dans notre département, encore une fois de plus, toute profession conf...euh...confondue, la moyenne d'âge est très élevée. Alors est-ce qu'il y a... un je m'en-foutisme euh... des professionnels de santé en fin de carrière […] et ceux-ci sont nombreux chez nous »* (11/147-155).

- **La mobilisation était primordiale** : *« la clef de voûte de tout ça, c'est la mobilisation. Il faut vraiment, vraiment, mobiliser les gens »* (11/161-162).
  Certains en déduisaient qu' *« il faut savoir euh... sans être manifestant dans le mauvais sens du terme, il faut savoir appuyer euh... appuyer le combat et les réveiller »* (11/145-146).

Par ailleurs, des professionnels ont souhaité faire **des remarques quant au fond de la Réunion de Territoire.**

- **La qualité des informations exposées :**

  - **Une information bien adaptée à la situation locale** : *« ils [les élus] ont eu des informations qui étaient adaptées à chez nous »* (2/43-44).

  - **Des thèmes adaptés et précis** : *« les thèmes abordés euh... accessibles euh... compréhensibles euh...euh... pas de faux débats, des questions avec des réponses claires de la part des intervenants euh... non là-dessus, voilà sur le contenu et le euh... la façon de faire, j'allais dire, oui tout à fait euh...adaptée... »* (13/52-55).

  - **Des informations trop générales** : *« c'était peut-être un peu trop général et on est peut-être pas allé assez en profondeur sur certains sujets »* (5/107-108)).

  - **Des informations qui ne répondaient pas aux attentes** : *« ça n'a pas répondu à mes questions* (rires) *non pas vraiment, non. »* (10/112)).

  - **Le patient : pas suffisamment au centre des discussions** : *« ce que j'ai trouvé dommage quand même c'est que le patient n'était pas suffisamment mis en avant au cœur de ces réunions »* (23/210-212).

  - **Plusieurs professionnels connaissaient déjà ces informations** et n'étaient pas la cible des exposés : *« j'y suis allé pour avoir l'information qui était donnée aux élus... mais pas pour recevoir une information parce qu'on la connaît quand même... Je pense que c'est ce que pas mal de professionnels de santé ont eu comme impression et c'est pour ça qu'ils étaient aussi peu nombreux à la réunion, c'est-à-dire que eux, leur secteur, ils le connaissent, ils n'ont pas besoin de savoir ça... »* (2/135-140).

  - **Des structures pluridisciplinaires en place qui ne répondaient pas à tous les critères des MSP n'étaient pas notifiées** sur la cartographie départementale d'organisation des soins ambulatoires : *« j'ai surtout appris, en fait que je ne représentais rien à SM [...] Les points rouges c'est les pôles de santé ou les maisons de santé, où il y avait en fait, quelque chose. Et euh... sur S-M. on découvrait un point blanc, c'est-à-dire rien du tout, où rien n'était organisé. Alors que je travaillais euh... dans... quand même ici depuis 4 ans et que tout le monde sait que voilà. Il y a quand même quelque chose ici. Certes je suis le seul médecin, mais il y a quand même quelque chose. On a quand même bougé, on s'est quand même organisé, on a quand même fait des choses. »* (25/151-161).

- **Remise en cause les connaissances des intervenants** concernant la marche à suivre lors du montage d'un projet : *« est-ce que eux-mêmes savent quelle est la démarche ? En fait, j'ai l'impression que c'est au petit bonheur la chance, on pique les idées à ceux qui sont déjà en place, à ceux qui ont des trucs en cours[...] Ça c'est pas mal, on reprend les idées et on fait notre petite sauce. »* (19/140-145).

- **Les débats :**

  - Il n'était pas facile en fin d'exposé d'**être réactif de suite lors des débats** : *« quand euh... les gens arrivent dans une réunion comme ça euh... ils ne savent pas du tout ce qu'on va leur dire et du coup, ils n'ont pas eu le temps d'y réfléchir. Et moi, ce que j'ai déploré, c'est qu'il y avait finalement euh... pas suffisamment d'échanges et de questions »* (23/123-126).

  - Il n'est pas toujours évident de **s'exprimer en public**, *« c'étaient toujours les mêmes qui posaient des questions et qui font... qui se montrent, quoi.[...] Alors qu'il y a des autres personnes qui se taisent et euh... qui ne disent rien parce qu'ils n'osent pas intervenir, mais euh... il est là le problème. C'est toujours le problème des réunions, en fait. »* (12/83-89).

- **L'évaluation globale de la Réunion de Territoire,**

  - **Une réussite** pour beaucoup : *« c'était bien ... ça a bien marché... moi, j'pense que sur la Meuse ça a été une bonne réussite de l'ARS et de... du docteur Bouchy... ça a fait adhérer pas mal de professionnels à des trucs qu'ils ignoraient complètement donc, pour moi ça a été très positif... »* (1/126-128).

  - Un **gros travail de préparation** a été nécessaire en amont : *« ça a été du travail pour les gens qui ont organisé ça à droite à gauche, donc beaucoup de boulot.[...]et moi j'pense que pour les gens qui se sont investis là-dedans pendant des mois et des mois, ça a quand même été un investissement de longue haleine »* (1/128-132).

  - Des professionnels paramédicaux l'ont trouvée **trop médicale** : *« trop médicale, à mon goût, quoi. On s'est senti vraiment...j'étais avec mes deux collègues infirmières, qui sont du coin de V., et on s'est sen... et à un moment, on s'est regardé et on s'est demandé ce que l'on faisait là. Parce que ça parlait, comment installer des médecins, comment aider machin, comment suppléer ceux qui sont déjà là, éventuellement et euh... Donc on s'est senti un peu, voilà, mis à l'écart, quoi. »* (26/178-183).

  - **Toutes les réponses n'ont pas été apportées** : *« une réunion euh... qui nous exposait les choses, sans forcément proposer vraiment des... je trouve des... alors des solutions »* (16/97-98).

  - Et **pas concernés par les thèmes abordés** durant la réunion : « je ne me sens pas vraiment concerné » (6/263).

- **Erreur sur le sujet** de la réunion : *« ce que j'attendais de la réunion c'est qu'ils nous donnent un schéma euh... d'organisation : comment mettre en place un pôle de santé, voilà, quelles étaient les démarches. On les a eues après mais euh... Alors nous on pensait tout simplement s'inscrire »* (19/83-86).

Pour finir les professionnels de santé ont été nombreux à proposer **<u>des pistes afin d'améliorer les Réunions de Territoire.</u>**

- Plutôt que de regrouper plusieurs CODECOM par Réunion de Territoire, **d'autres choix de secteur ont été proposés :**
  - **une seule CODECOM** par réunion : *« ça a été fait sur du territoire, et le problème du territoire c'est que c'est jamais forcément le bon territoire qu'on choisit. A mon sens ça aurait été intéressant que ce soit recentré déjà sur des territoires type CODECOM... sur nos secteurs ruraux... »* (2/111-115),
  - une réunion **par canton :** *« Il faut faire des réunions canton par canton, parce qu'on n'a pas la même problématique »* (22/88-89),
  - une réunion **par bassin de vie**, *« ensuite c'est les bassins... les bassins de population mais je suis pas sûr qu'on arrive à avoir les bons bassins de population quand on fait des réunions comme ça »* (2/123-125).
- Plusieurs suggestions ont été faites **au sujet des invitations :**
  - réaliser un **rappel téléphonique** avant la réunion pour favoriser la mobilisation : *« je pense que l'idéal c'est un courrier avec un rappel téléphonique derrière »* (14/67-68),
  - **connaître la liste de tous les invités au départ** pour savoir quels étaient ceux qui n'étaient pas intéressés par la réunion : *« je ne savais pas qui avait été convié non plus, ce qui est dommage car [...] c'est vrai que ça permet de comprendre qu'y a certaines personnes qui ne sont pas intéressées par... le débat et qui ont été invitées... ça aussi ça peut être intéressant »* (2/127-131),
  - **d'autres professionnels de la santé auraient pu avoir leur place** lors de la réunion, comme :
    - **des étudiants en particulier paramédicaux** : *« je ne crois pas qu'il y avait d'étudiants euh... autres que les médecins, il n'y avait pas de...d'infirmier ou de kiné [...]ce serait peut-être une idée aussi, de les prendre aussi, plus tôt parce que...parce qu'on en manque de ce côté-là aussi, sage-femmes... qui pourraient peut-être être intéressés aussi. De rentrer dans la démarche, beaucoup plus tôt dans leur raisonnement »* (14/71-76),

- **des associations d'aides à domicile** : *« inviter des représentants des patients en particulier, enfin des représentants des patients, j'entends par là représentants d'associations d'aide à domicile, ou des choses comme ça, parce qu'ils travaillent, aussi, au contact des patients, ils se rendent compte aussi de la difficulté démographique, vis-à-vis de ça, de la difficulté de soins. Donc ça on pourrait le faire, inviter des gens de ce secteur-là... l' ADAPA »* (11/136-140),

- **des professionnels exerçant en MSP** pour partager leur expérience : *« avoir une intervention euh... d'une maison de santé qui fonctionne... bien.* Développer un exemple ? *Oui, parce qu'on nous parle souvent de Vicherey qui a l'air assez euh... pas mal. [...] par exemple une maison de santé, comme Vicherey, avec plusieurs intervenants, aussi bien des médecins que des paramédicaux...euh...savoir comme ça s'est mis euh... en place, comment euh... comment ils fonctionnent, enfin grossièrement bien évidemment, pas dans les détails »* (15/142-146),

- **les orthophonistes et les autres professionnels de santé moins répandus du secteur** : *« être sûr d'inviter à peu près tout le monde qui peut être intéressé.* Il manquait qui à votre avis ? *Euh... ben les orthophonistes, ici. Elles n'ont pas été conviées, entre autres »* (25/207-209).

- Une **réunion plus dynamique pour favoriser les débats** : *« dynamiser un petit peu ce type de présentation, c'est vrai que dans l'absolu, pendant très longtemps, elle a été très... très magister dixit, très théorique, on a voulu faire intervenir les gens à la fin, et bon... en fin de journée, on n' est plus tous forcément très, très frais »* (11/131-134).
  Il serait également souhaitable qu**'un tour de salle de présentation** soit fait : *« il n'y a pas eu de présentation de toute manière, donc euh... les échanges ont été limités, en fait. Ça s'est borné à des échanges salle – intervenants. Et pas du tout euh... j'ai très peu discuté avec les gens autour de moi, en fin de compte. »* (24/141-145).

- **Quelques professionnels souhaitaient que la démarche aille plus loin,**

  - **Une seule réunion ne suffisait pas** pour les acteurs concernés : *« il faudrait marteler un peu plus fort sur ce genre d'opération, pour pouvoir, vraiment, mobiliser plus... plus intensément les groupes, quoi. Il y a des bonnes volontés, je suis sûr et certain de ça euh... d'un point de vue de professionnel de santé, j'entends... mais... il faut... il faudrait rassembler encore plus, parce qu'une réunion spora... sporadique, non c'est pas le bon mot... une réunion... assez anecdotique, sans vouloir être péjoratif, comme celle-là, c'est pas assez, c'est pas assez. »* (11/55-59),

  - **La pression devait être plus forte sur les élus** : *« il faudrait quelque chose de plus.... plus...un rassemblement plus important... et favoriser cette cohésion entre les professionnels pour faire.... pour faire pression entre guillemets, mais le mot est fort, pour faire passer déjà le... aux patients le fait que ben, il n'y a pas assez de monde, assez de professionnels quels qu'ils soient. Et encore faire pression, si possible, encore une fois, le mot est un peu fort, mais faire pression sur les élus locaux pour leur dire, ben écoutez, inquiétez-vous, quoi, parce que c'est catastrophique »* (11/96-101).

- Une partie des professionnels de santé a considéré que **la présence des élus n'avait pas été assez exploitée,** pour eux :

  - **Peu d'expression des élus** : *« le ressenti des médecins, des paramédicaux, on le... on le connaît, on le vit, on le sentait venir euh... on... y'a peut-être pas, à mon sens euh... assez, justement de ressenti de la part des... des élus locaux, qu'on a très peu entendu »* (13/106-108),

  - **Intérêt d'entendre leur ressenti** : *« ça pourrait être, une réflexion qui, moi, m'intéresserait, c'est comment le politique, lui, entend euh...les retours en mairie des problèmes d'offre de soins »* (13/135-137),

  - **Possession par les élus d'informations importantes pour les professionnels de santé d'ordre social par le biais des retours en mairie** et qui sont liées à l'offre de soins du secteur : *« Ils ont des infos, qu'on n'a pas c'est-à-dire, euh... les plaintes pour les transports, tel ou tel spécialiste qu'on n'a plus, etc... [...]. Ce qui permettrait, aussi, de confronter par rapport à nous généralistes, parce que peut-être on n'a pas la même version des choses. Ils ont un côté social, que nous on n'a pas forcément, que les patients ne viennent pas forcément nous dire qu'ils n'ont pas les moyens de faire ceci ou de faire cela. Et souvent c'est à la mairie qu'ils vont frapper, et je pense que... peut-être qu'on pourrait dans ce genre de réunion demander aux maires ou aux élus locaux quels sont justement leurs problèmes. Qu'est-ce qu'on leur dit, eux, dans leur mairie qui pourrait, effectivement, être exposé à nous paramédicaux »* (13/115-123),

  - il aurait été intéressant de leur demander de **préparer eux aussi un exposé sur le secteur** : *« est-ce qu'on pourrait leur faire préparer à l'avance, effectivement, aussi l'état de leur ... nous on est capable de parler de notre démographie médicale, de... de, de savoir quels vont être les besoins, etc... Et que eux ont, aussi, des choses à nous dire »*(13/131-133),

  - **demander aux élus de transmettre un retour quant aux informations qu'ils ont reçues** a été suggéré : *« on n'a pas leur vision des choses, on... on sait toujours pas d'ailleurs comment ils sont pris cette info-là »* (13/129-130).

SYNTHESE 5 : La critique de la Réunion de Territoire

- Horaires, invitations et lieu difficiles à satisfaire.
- Refus d'une réunion trop chronophage.
- La mobilisation :
  - nécessaire à une bonne adhésion au projet.
  - variable selon les réunions.
- Une réussite : réunir tous les acteurs de la problématique, politiques et professionnels.
- Des informations adaptées et précises mais parfois trop générales ne répondant pas aux attentes des professionnels.
- Nécessité pour le patient d'être au centre des discussions.
- Une information connue du corps médical, essentiellement destinée aux élus locaux.
- Faire apparaître toutes les structures pluri-professionnelles existantes sur la cartographie.
- Difficultés à réagir immédiatement après avoir reçu autant d'informations.
- Un inconvénient de toute réunion : l'appréhension à prendre la parole en public.
- La Réunion de Territoire : une réussite nécessitant un gros travail de préparation.
- Une problématique qui n'intéressait pas tous les invités.
- Propositions :
  - Couvrir des secteurs plus restreints par réunion.
  - Réaliser un rappel téléphonique avant la réunion.
  - Mettre à disposition la liste des invités aux personnes présentes.
  - Inviter des étudiants, des associations d'aide à domicile, des professionnels de MSP et ne pas oublier des professionnels du secteur même les moins répandus.
  - Renouveler ces réunions en mettant plus de pression sur les élus locaux.
  - Demander une présentation aux élus locaux sur le versant social.
  - Obtenir un retour des élus locaux sur les informations qu'ils ont reçues.

IV/ LA DISCUSSION

1- Sur la méthode (52,53,54,55)

1-1- Les intérêts de la méthode

Dans mon étude, l'objectif était d'évaluer les attentes et le ressenti des professionnels de santé concernant les Réunions de Territoire. La méthode des entretiens semi-dirigés était appropriée car elle permettait de s'attacher au comment et au pourquoi des comportements tout en laissant à chacun la possibilité d'exprimer les raisons profondes de ses choix sans craindre d'être jugé par ses confrères.

1-2- Les limites de la méthode

1-2-1- Les biais internes

Ils font référence aux caractères propres au chercheur et aux participants.

Le choix des participants en constitue un des principaux dans mon étude. Les résultats de ce genre d'étude ne sont pas généralisables puisque l'échantillonnage n'a pas cherché à être représentatif mais à être le plus varié et le plus riche possible en terme de points de vue.

Les biais internes concernent également les erreurs de compréhension qui ont pu avoir lieu lors des entretiens entre les participants et moi-même. Difficilement contrôlable ce biais a été limité par la reformulation des propos des participants pour en vérifier la bonne compréhension lorsque cela s'est avéré nécessaire.

1-2-2- Les biais externes

Ils sont dus à l'environnement du chercheur et des participants. C'est dans le but d'en limiter l'ampleur qu'il a été favorisé des rencontres en dehors du lieu de travail.

Par ailleurs, le principe même des entretiens semi-dirigés repose sur la dualité de la rencontre ce qui limite d'autres biais externes comme la présence d'un observateur silencieux ou celle d'un leader d'opinion, ce qui peut être le cas dans un Focus Group.

1-2-3- Le biais d'investigation

Il intervient lorsque la formulation des remarques et des interrogations du chercheur peut influencer la réponse des participants. La réalisation du guide d'entretien et la préparation des rencontres a eu pour but d'en limiter les risques.

1-2-4- Le biais d'interprétation

On s'y expose lorsque l'analyse n'est réalisée que par un seul chercheur. Dans ce travail de recherche, la triangulation des données a eu pour objectif de vérifier mon objectivité dans l'analyse des données afin de réduire ce risque.

2- Sur les résultats

2-1- De l'enregistrement des entretiens à l'analyse des données

Globalement, la démarche a bien été accueillie parmi les professionnels de santé et peu d'entre eux ont refusé d'être candidats (trois seulement). Cela a été cependant le cas, faute de temps, des deux seuls chirurgiens-dentistes qui s'étaient rendus aux Réunions de Territoire. Cette profession a été la seule à ne pas être représentée dans l'étude. Le troisième refus a concerné un médecin qui a refusé d'être enregistré durant l'entretien malgré l'anonymisation.

Ainsi les points de vue recueillis ont été très différents et les entretiens ont représenté toutes les Réunions de Territoire à travers tout le département et toutes les professions de santé qui y ont été conviées (en dehors des chirurgiens-dentistes) (Annexe 7).

Pour réduire les biais externes, il aurait pu être envisagé d'interroger des professionnels de santé qui ne sont pas venus aux Réunions de Territoire par des entretiens semi-dirigés par exemple. L'avis des élus locaux aurait également pu enrichir mon travail de recherche. Cependant les choix méthodologiques choisis ont réduit les champs d'investigation en ne rencontrant que les professionnels de santé présents aux réunions.

Pour limiter les biais internes, j'ai décidé, après les deux premiers entretiens, de remémorer également la Réunion de Territoire en quelques phrases pour éviter toute confusion. En effet les premières réunions ont eu lieu en juillet 2008 soit presque trois ans avant les entretiens.

J'ai cherché à ce que les enregistrements se fassent dans un autre lieu que celui d'exercice, ce qui a pu être le cas dans les 2/3 des entretiens permettant de contrôler une partie des biais externes.

Dans le but d'optimiser l'environnement des participants, j'ai cherché à ce que ces derniers soient les plus à l'aise et les plus disponibles possible en étant à leur disposition pour la date et l'heure de leur choix ce qui a largement rallongé la durée de la période de recueil des données (distances très chronophages, délais de plusieurs semaines pour que les professionnels et notamment les médecins puissent s'organiser...).

De plus, j'ai été attentive durant les entretiens à ce que mes remarques et mes reformulations éventuelles n'influencent pas le candidat. Elles n'ont eu pour but que de l'inciter à reformuler ou à poursuivre son explication pour un maximum de clarté.

En outre, certains professionnels auraient souhaité préparer l'entretien et m'avaient demandé quels thèmes allaient être abordés, cependant dans le but de limiter les biais je leur ai expliqué l'importance de la spontanéité de leurs réponses ce pourquoi je voulais qu'ils ne préparent rien et j'ai refusé tout envoi.

La transcription des données s'est faite mot à mot par ordinateur, en y précisant les attitudes non-verbales. Elle a nécessité 3 à 4 heures de retranscription par entretien soit un total de plus de 80 heures. Cela a représenté une centaine de pages de texte.

Plusieurs relectures ont été faites.

Un tableau d'encodage a été réalisé reprenant l'intégralité des items développés pendant les entretiens semi-dirigés. Il s'est organisé en plusieurs colonnes : les thèmes, les codes, les définitions des codes et le verbatim ou le corpus correspondant, comme il a été fait mention dans la méthodologie. Il a représenté au final un volume de plus de 60 pages. Sa réalisation a suivi la méthodologie décrite par J. Mukamurera dans sa démarche d'analyse en quatre temps (61).

La triangulation a été effectuée à la fin de l'analyse du troisième entretien avec le Docteur Bouchy. Les résultats étant en adéquation, l'analyse a pu continuer.

La saturation a été obtenue au 24ème entretien, par sécurité les 3 entretiens supplémentaires ont été analysés pour ne pas méconnaître un verbatim ou corpus intéressant.

2-2- Les résultats : Les Réunions de Territoire, intérêt et ressenti pour les Professionnels de Santé participant

L'intérêt et le ressenti des professionnels de santé à la sortie de ce type de réunion ont été jusqu'à aujourd'hui peu étudiés. Il m'a alors été difficile de mettre en relation mon travail de recherche basée sur une méthode qualitative avec des données de précédentes études. En revanche, il existe des études qui ont porté sur les attentes des professionnels en particulier celles des nouvelles générations (12,17,38).

J'ai cherché à recueillir les inquiétudes et les opinions des professionnels concernant la crise démographique médicale qui s'annonce en Meuse. J'ai ensuite voulu que les professionnels me confient leur ressenti concernant les informations qui leur avaient été communiquées. Ces dernières étaient relatives aux rôles de l'ARS, à la situation démographique de la Meuse, son évolution à venir et les solutions préconisées pour la limiter. C'est cette approche nouvelle qui a conféré à mon travail de recherche tout son intérêt.

2-2-1- Le concept de la Réunion de Territoire

2-2-1-1- Le fond et la forme

- **la forme :**

La Réunion de Territoire a été perçue comme un nouveau concept de réunion. Permettant de réunir professionnels de santé, élus locaux et ses intervenants représentant à la fois les forces ordinales et administratives, elle a été perçue comme une réunion différente des autres.
En effet, c'était la première fois que se réunissaient dans un même lieu, représentants des instances, professionnels de santé et élus locaux pour débattre ensemble d'un sujet commun qu'était la crise démographique médicale en Meuse.

Il a été reconnu que son organisation était plutôt bonne, les invités étant prévenus suffisamment à l'avance pour pouvoir s'organiser. Cependant des professionnels de santé déjà surchargés, souvent sollicités pour des réunions, craignaient que celle-ci ne soit trop chronophage.

Fixer un horaire pour ce type de réunion est toujours difficile car l'organisation du temps de travail varie beaucoup d'une profession à l'autre. En effet, les créneaux horaires, durant lesquels le médecin était disponible, étaient bien différents de ceux de l'infirmier ou du politique. Cela a expliqué en partie que la question de l'horaire de la Réunion de Territoire n'ait pas fait l'unanimité.

Même si tous les professionnels n'ont pas partagé cet avis, le lieu de la réunion n'a pas toujours été judicieux selon des professionnels qui l'auraient souhaité au plus proche des difficultés de leur secteur.

Le courrier d'invitation (Annexe 4) pouvait selon certains porter à confusion. En effet quelques professionnels pensaient que cette réunion avait pour but de s'inscrire à un pôle de santé. D'autres l'ont trouvée peu incitative et ont confié qu'ils auraient pu ne pas venir si une tierce personne n'avait pas insisté.

De nombreux professionnels ont apprécié le caractère local et pluridisciplinaire de cette réunion.

Pour de nombreux professionnels, les invités étaient bien choisis et avaient leur place, toutes les professions de santé étant représentées.

La mobilisation, au vue des entretiens, a été très différente selon les réunions. Par exemple, certains professionnels ont été déçus par le manque d'intérêt qu'a suscité la réunion, tandis que d'autres y ont reproché un trop grand rassemblement qui freine les débats. Mobiliser les populations a été perçu comme une mission difficile même si c' est la « clef de voûte » de toute la problématique de la démographie médicale selon quelques-uns. Il a été relevé que ce problème de mobilisation était peut-être lié au vieillissement de la population médicale et paramédicale meusienne qui se sent peut-être moins concernée par ces sujets à quelques années d'un départ en retraite.

- **le fond :**

Lors de la mise en place des Réunions de Territoire il a été décidé de regrouper plusieurs CODECOM d'un même secteur afin d'être proche des problématiques locales mais aussi pour ne pas multiplier des réunions. Leur but était de donner une information générale sur la crise démographique médicale. Ce choix n'a pas fait l'unanimité. En effet, certains auraient préféré une réunion plus locale basée sur les bassins de vie. Le lieu où devait se tenir la réunion était une localité du secteur, cependant tous les professionnels n'ont pas apprécié son choix, en effet pour certains, des réunions ont eu lieu dans la zone du secteur où le problème avait déjà été résolu alors qu'une autre partie du secteur était dans une situation alarmante.

L'objectif principal était avant tout de provoquer une rencontre entre les instances, les élus locaux et les professionnels de santé, l'occasion d'un échange avec les personnes de terrain. Cette rencontre était une des premières attentes des professionnels pour lesquels il était important de connaître tous les acteurs du sujet. De nombreux professionnels considéraient que cette rencontre avait été majeure pour eux et qu'elle avait eu des conséquences bénéfiques sur leur investissement dans la dynamique locale. Cette rencontre était très attendue dans certains secteurs avec parfois des Réunions de Territoire qui ont atteint la centaine de participants.

La réunion avait un but informatif ce qui a bien été perçu par les professionnels présents. Les diaporamas des intervenants permettaient de refaire le point sur la thématique de la démographie médicale en Meuse, cependant quelques-uns auraient apprécié que la réunion soit plus centrée sur le patient.

En outre, par ces réunions, toutes les personnes présentes entendaient le même discours, lui conférant un caractère officiel : pour les élus locaux de la part d'un représentant de l'État, et pour les professionnels de santé de la part des instances ordinales. Cette démarche a donné de la légitimité aux alertes des professionnels. Une des priorités des professionnels était de faire comprendre aux élus qu'ils ne pouvaient rien faire seuls et que les professionnels de santé devaient impérativement être acteurs du projet (31).

Les débats en fin de réunion permettaient à chacun d'exprimer ses inquiétudes ou ses opinions concernant les thèmes qui avaient été abordés durant la soirée. Les professionnels ont eu un droit de réponse, ils ont pu exprimer leurs points de vue. Certains professionnels ont remarqué que les diaporamas très « magister dixit » n'ont pas facilité la réactivité des invités, les débats faisant immédiatement suite à la présentation d'un grand nombre d'informations qu'il fallait déjà assimiler. Pour certains, devoir s'exprimer en public est resté une difficulté.

L'organisation de ces réunions a été globalement appréciée, une majorité des professionnels l'a considérée comme une réussite ayant demandé un gros travail de préparation.

Certains souhaitaient que d'autres Réunions de Territoire fassent suite aux premières mais le projet s'est poursuivi, avec la DDASS puis l'ARS et le docteur Bouchy, par des réunions plus locales à la demande des professionnels de santé et des élus locaux pour la mise en route de projets ou pour l'affinement de certains autres.

2-2-1-2- Les thèmes abordés

Le concept de la Réunion de Territoire était de refaire un tour d'horizon concernant la crise démographique médicale en Meuse. Les présentations se faisaient par le biais de diaporamas.

Différents thèmes ont été choisis pour alimenter cette problématique :

- les rôles de l'ARS,
- la situation de la démographie médicale et paramédicale du secteur concerné,
- les prévisions démographiques, la crise à venir,
- les conditions d'exercice actuelles des médecins meusiens et leur ressenti,
- les aspirations des jeunes et futures générations de médecins,
- les solutions proposées :
  - le schéma départemental des soins ambulatoires,
  - les pôles de santé ambulatoires pluridisciplinaires et les maisons de santé pluridisciplinaires,
  - les aides à l'installation.

Les exposés ont été jugés de bonne qualité, adaptés aux attentes des professionnels. « Tous les axiomes ont été posés » (11/33).

2-2-1-3- Les pistes pour améliorer les Réunions de Territoire

Plusieurs propositions ont été faites pour améliorer les Réunions de Territoire :

- organiser une réunion par CODECOM voire par bassin de vie pour être plus proche des difficultés locales,
- recontacter les invités par téléphone peu de temps avant la réunion afin d'en améliorer la mobilisation,
- permettre aux personnes présentes d'avoir accès à la liste des invités afin qu'elles puissent se faire une idée de la motivation des autres professionnels absents du secteur,
- inviter des étudiants médicaux et paramédicaux pour les sensibiliser au problème plus tôt dans leurs études,
- inviter des associations d'aide à domicile,
- convier des professionnels de MSP pour qu'ils puissent faire part de leur expérience et de leur conseils.
- permettre à tous les professionnels de santé du secteur d'être présents en invitant même les professions paramédicales les moins répandues,
- favoriser les débats en dynamisant les exposés et en demandant aux invités de se présenter afin de mieux situer les personnes qui prenaient la parole,
- aller plus loin dans la démarche par d'autres réunions, une meilleure communication et une pression auprès des élus locaux pour faire avancer la démarche,
- demander également aux élus locaux de réaliser une présentation sur les difficultés sociales notamment du secteur,
- obtenir des élus, par la suite, un retour sur les informations qu'ils ont reçues durant la Réunion de Territoire afin d'en évaluer le ressenti.

2-2-2- Le ressenti des professionnels de santé

2-2-2-1- Les inquiétudes des professionnels

Comme dans de nombreuses études, les inquiétudes des professionnels étaient nombreuses (12,38). La réunion a permis à certains d'être rassurés ou d'obtenir des réponses et à d'autres de prendre conscience de la situation.

A leur arrivée, les principales inquiétudes concernaient :

- la qualité de la couverture des infirmiers sur le territoire,
- le risque d'accentuer des concurrences interprofessionnelles,
- la pénurie médicale et ses répercussions sur les patients mais surtout sur les conditions de travail des médecins et des paramédicaux,
- le début ou la fin de carrière de médecins dans ce contexte incertain.

Cependant les nombreuses informations abordées durant la réunion a soulevé de multiples réflexions et réactions.

La qualité de la prise en charge des patients est demeurée une priorité pour les professionnels qui, pour une partie d'entre eux, en particulier des paramédicaux, ont pris conscience de la gravité de la situation lors de la réunion. Les répercussions peuvent être nombreuses sur leurs propres exercice. Les exposés ont montré que les choses étaient bien analysées mais les solutions concrètes restaient à trouver. De nombreux professionnels ont considéré que les décideurs étaient trop loin de la réalité du terrain et que dans les faits rien ne changeait vraiment. Pour quelques-uns la crainte était que ce soient les arguments financiers qui finissent par l'emporter. Malgré tout d'autres professionnels ne trouvaient pas la situation si alarmante.

Un autre sujet d'inquiétude a été le frein à l'installation que constituait le milieu rural. Il a souvent été remarqué que le système de garde y était trop lourd avec d'importantes charges de travail, une permanence des soins trop astreignante, des services d'urgence trop distants, auxquels s'est ajouté la difficulté pour le conjoint d'y trouver un emploi, le fait que la médecine rurale restait une vocation et que la Meuse pâtissait, à cause de son histoire d'une image peu attractive.

Une partie de ces professionnels libéraux redoutait une gestion bureaucratique de la santé et la perte de leur indépendance. Selon eux, intégrer une MSP imposait les contraintes du salariat à des libéraux déjà surchargés. Pour aller plus loin, certains expliquaient qu'en laissant se monter des projets à financement public, ils risquaient de devoir un jour rendre des comptes perdant leur liberté d'exercice et une notion qui leur est chère, celle de « médecin de famille ».

2-2-2-2- Les rencontres permises par les Réunions de Territoire

- **La rencontre avec les élus locaux :**

Cette rencontre était importante pour les professionnels de santé.

Les professionnels de santé intéressés ont vu dans la Réunion de Territoire l'occasion d'une rencontre et d'un échange. En effet, il est apparu que tous les professionnels de santé ne connaissaient pas leurs élus locaux. Un jeune praticien en voie d'installation souhaitait rencontrer les élus de son secteur. Même lorsque les professionnels connaissaient les élus locaux, certains se sont aperçus qu'ils n'appréhendaient pas leur opinion sur la démographie médicale et cette réunion a permis d'aller au fond du problème.

Pour une majorité il était important que les élus comprennent un certain nombre de messages importants comme : les professionnels menaient le projet.

Lors de cette rencontre, il a été apprécié la présence des élus et leur écoute. En effet pour comprendre quelle était la situation et comment fonctionnait le système de soins, il était nécessaire de commencer par entendre les informations des exposés puis d'écouter les remarques des professionnels du secteur.

Les débats ont permis des échanges intéressants mais ont également mis en évidence l'inquiétude de nombreux professionnels en alerte depuis des années concernant la situation démographique mais qu'ils ne percevaient pas l'oreille attentive des élus locaux qui ont des préoccupations différentes. Cette réunion a alors fait prendre conscience de la situation à ces politiques.

Les professionnels ont souvent fait remarquer le manque de mobilisation des élus, y comprenant un manque d'intérêt pour les problèmes relatifs à la démographie médicale. Pour quelques-uns, il était du devoir des élus de défendre leur territoire quitte à se tourner vers une réforme législative de la liberté d'installation.

L'investissement des élus locaux a été très variable selon les regards : d'un simple acte de présence à la réunion sans autre contact depuis, à un « sur-investissement » empêchant les professionnels de mener leur projet.

Dans la plupart des cas, ces rencontres, les discussions qui ont suivies et les éventuelles prises de conscience ont ensuite permis qu'un travail en commun puisse s'engager. Pour certains, il était clair que les élus étaient d'une aide précieuse lors du montage du projet par leurs compétences administratives : *« on n'est pas politiciens nous, on n'est pas des administratifs, on n'y connaît rien »* (10 /36). Leur présence aidait les professionnels à se sentir moins isolés.

Il a été noté qu'il existait un contexte particulier propre au secteur de Bure dans lequel les discussions semblaient très tendues entre des élus locaux et certains professionnels de santé. En effet, par conviction, certains professionnels ont refusé d'entrer dans un projet qui pouvait bénéficier de financements liés à la présence du laboratoire d'enfouissement de déchets nucléaires.

- **Les autres rencontres :**

L'une des attentes des professionnels était de faire différentes rencontres. Certains appréciaient d'y retrouver des amis et collègues. Pour d'autres, elle permettait de se rapprocher des autres professionnels de santé du secteur. La réunion regroupant les principaux acteurs des projets, une partie des professionnels s'y rendait dans l'optique d'y établir des relations pour faire avancer un projet. Les intervenants étaient également une des rencontres attendues de la soirée.

Il était attendu de pouvoir exprimer son point de vue sur :

- les conditions d'exercice des médecins,
- les réalités du terrain, l'organisation de l'exercice en libéral,
- leurs craintes qu'elles aient concerné la gestion locale de l'accès aux soins ou l'avenir de la politique de santé,
- leurs projets.

2-2-2-3- Les informations apportées par les Réunions de Territoire

Les attentes des professionnels de santé en terme d'informations étaient très différentes, les principaux thèmes cités en ont été les suivants :

- la situation démographique et la pénurie médicale annoncée,
- les projets en cours ou en réflexion dans le secteur,
- l'avis des politiques sur la crise actuelle,
- l'évolution de la politique de santé,
- les pôles de santé ambulatoires pluridisciplinaires et les maisons de santé pluridisciplinaires,
- le montage d'un projet et l'accès aux subventions de l'ARS,
- les informations que vont recevoir les élus et les réactions des invités.

Pour certains, les exposés devaient faire passer plusieurs messages aux autres invités et en particulier les élus (12) :

- les aspirations des nouvelles générations de médecins,
- le principe de la liberté d'installation des médecins et ses conséquences,
- le problème de la démographie médicale

En effet, pour plusieurs, les élus possédaient une mauvaise information qui avait engendré de nombreuses fausses idées, il était donc nécessaire qu'une information claire soit donnée aux élus.

Il a été intéressant de constater qu'alors que pour certains paramédicaux la réunion était trop médicale, des médecins ne se sentaient pas la cible des exposés considérant qu'ils possédaient déjà ces informations. Un professionnel encore étudiant à l'époque de la réunion a fait remarquer que ses préoccupations étaient alors bien différentes et que, s'il devait assister à une réunion similaire aujourd'hui, d'autres points l'intéresseraient.

Ces demandes étant très diverses, il n'a pas été surprenant d'entendre certains considérer que les informations étaient bien adaptées à la situation locale tandis que d'autres les aient trouvées trop générales, n'obtenant pas de réponse précise à leurs questions locales. Ces derniers remettaient alors en cause les connaissances des intervenants.

- **Concernant les rôles de l'ARS :**

Quelques-uns ont apprécié que la place de l'ARS ait été clarifiée et que la présentation l'ait rendue moins impersonnelle.

Mais, ce sujet a éveillé peu d'intérêt pour la majorité des professionnels. Ils ont jugé cette organisation trop complexe, trop éloignée des préoccupations du terrain et une grande partie n'en a gardé que peu ou pas de souvenir.

- **Concernant la crise démographique médicale :**

Les explications relatives à la situation démographique ont été appréciées. Comme il a été dit plus haut, elles ont soulevé des inquiétudes parmi les professionnels qui n'avaient pas pris conscience de la crise jusque-là. Des répercussions sur leur qualité de travail étaient redoutées. De nombreux membres du corps médical ont retenu que pour beaucoup d'invités c'était la première fois que le fonctionnement du système de soins et les enjeux de la politique de santé leur étaient expliqués et qu'un changement de mentalité avait été perçu.

Quelques-uns ont pensé que la situation n'était pas aussi catastrophique que cela était décrit et qu'actuellement l'offre de soins se maintenait.

Les professionnels voulaient rester maîtres de leur avenir, ils reconnaissaient en le médecin un pilier dans l'organisation des soins du secteur.

Pour plusieurs professionnels paramédicaux, ces informations ont permis de mieux connaître les conditions d'exercice des médecins au quotidien, les aspirations des nouvelles générations de praticiens et à quel point leur arrivée modifiait le paysage médical du secteur. L'intérêt d'être maître de stage et d'accueillir des stagiaires a été relevé (12, 17).

- **Concernant le schéma départemental d'organisation des soins ambulatoires :**

La présentation de ce schéma a suscité de nombreuses réactions. La majorité était positive mais quelques reproches lui ont été faits.

Par ce schéma, certains ont senti qu'ils appartenaient à un projet global départemental, ce qu'ils ont trouvé dynamisant et rassurant. L'organisation en pôles primaires, satellites et secondaires (Annexe 6) était alors bien accueillie d'autant plus qu'elle était façonnable et adaptable dans le temps.

Pour quelques-uns, ce sujet était encore mal maîtrisé préférant laisser un peu de temps à ce projet avant d 'émettre un avis.

Beaucoup de professionnels ont réagi à l'annonce de ce schéma d'organisation des soins, en particulier les médecins pour qui :

- le schéma était court-circuité par des structures déjà en place,
- le schéma était peu réaliste, avec la création de pôles secondaires dans des zones isolées gérés par des médecins déjà surchargés dans leur cabinet,
- le schéma était alarmiste pour des professionnels qui considèrent que la situation se maintenait,
- le schéma était intéressant mais force était de constater que c'était souvent des obstacles humains qui en empêchaient la réalisation,
- le médecin devait rester l'acteur principal de ce schéma dont l'organisation devait se fonder sur les CODECOM,
- cette organisation départementale posait le problème des secteurs frontaliers, la barrière y est perçue comme totale et l'offre de soins par conséquent compliquée,
- cette organisation soulevait des inquiétudes, comme indiquées plus haut, relatives à la perte d'indépendance de son métier et au risque de voir disparaître le « médecin de famille ».

- **Concernant les maisons de santé pluridisciplinaires et les pôles de santé ambulatoires pluridisciplinaires :**

Là encore, le médecin est considéré comme le premier acteur du projet. L'aspect financier du montage d'un projet n'était pas intéressant pour de nombreux paramédicaux qui ne se sentaient pas concernés.

La motivation a été mise mise à rude épreuve pour plusieurs d'entre eux, le montage d'un projet étant lourd et *« le cahier des charges extrêmement contraignant »* (21/271). Les professionnels remarquaient que face à ce dossier très chronophage, ils se retrouvaient seuls (2). C'est le cas par exemple d'une jeune médecin récemment installée qui est arrivée dans un secteur où tout était à faire et qui avait l'impression de porter seule tout le projet du secteur. Par ailleurs, certains médecins en fin de carrière avouaient ne plus être motivés pour changer de pratique, d'autant plus que nombre d'entre eux étaient propriétaires de leur cabinet. Ces derniers envisageaient mal de quitter un cabinet déjà financé pour devenir locataire d'une structure publique. Ils notaient que cela engendrerait en plus une perte de temps pour le déménagement et des changements d'organisation importants pour les patients et pour les professionnels (21,51).

La MSP a semblé être une bonne solution pour combattre la crise démographique médicale (2,7,25,38,40). Elle répondait mieux aux exigences des nouvelles générations qui recherchaient un travail en groupe et un allègement des contraintes administratives (12). Consciente de ce fait, une partie des paramédicaux entrevoyait les possibilités d'évolution de son métier grâce à une telle structure (éducation thérapeutique...), tandis qu'une autre trouvait que ce type d'organisation amenait beaucoup de complications pratiques (les infirmiers n'avaient pas toujours de cabinet jusque là) et des charges supplémentaires (frais de fonctionnement, loyer…) (57).

Pour certains, c'était le principe même de l'organisation en MSP qui était remis en question.

- Une infirmière proposait de créer plutôt une grande plate-forme départementale de coordination des soins envoyant sur place des professionnels de santé selon les demandes. Cette description correspondait à la structure du réseau populationnel (60).
- Ces structures étaient une nouvelle forme d'assistanat à la population.
- L'exercice en libéral était un choix contraignant, ces structures créaient de nouvelles charges assimilées à celles du salariat refusées par certains.
- La MSP : un phénomène de mode dont il valait mieux se méfier.
- Travailler en MSP était particulier de par son fonctionnement en équipe, sa promiscuité avec d'autres professionnels ou son organisation. Elle ne convenait pas à tous.
- Les MSP n'étaient probablement pas la solution en milieu urbain car le nombre d'interfaces possibles était très important, le regroupement des professionnels du secteur devenant énorme. De plus, le milieu urbain était moins concerné par la crise démographique médicale.

Des professionnels ont profité de notre rencontre pour me faire part de leur ressenti concernant des structures pluridisciplinaires déjà en place (46,47). Ainsi, une infirmière ne comprenait pas un projet de MSP dans un secteur où une structure pluridisciplinaire existait déjà mais ne répondait pas à tous les critères de l'ARS ; dans ce contexte une autre reprochait alors l'impossibilité d'accéder aux subventions de l'État. Pour quelques-uns, les fonds ont été parfois mal utilisés, pour des structures sur-dimensionnées par exemple.

Enfin, quelques professionnels s'étaient rendus à la réunion dans l'attente de réponses précises techniques pour le montage de leur projet, ces derniers ont alors considéré que la réunion avait été trop approximative.

- **Concernant les aides à l'installation :**

Il leur a été reproché de ne concerner ni les médecins déjà en place dans un secteur fragile, ni certains paramédicaux, également en sous-effectif dans le département (les masseurs-kinésithérapeutes).

Des professionnels ont remarqué que les aides à l'installation étaient trop complexes pour un jeune médecin cherchant à s'installer et donc ne facilitaient pas sa venue. Il a été rappelé que même aidé, un médecin ne resterait pas si ce type d'exercice, rural, devait ne pas lui convenir.
Consciente de ces difficultés, la région Bretagne a réalisé tout une démarche pour encadrer les jeunes praticiens en voie d'installation notamment par un guide et un tutorat (37).

Il était important que les aides soient pensées au mieux pour une meilleure efficacité : *« quand on sait déjà ce que les gens veulent, c'est peut-être plus facile de les attirer plutôt que de pondre des subventions à tire-larigot »* (2/58-60). Il a également été noté qu'une fois les aides mises en place, il était important de bien relayer l'information auprès des étudiants.

2-2-3- Les apports de la Réunion de Territoire pour les professionnels de santé

2-2-3-1- L'émergence de projets

De nombreux professionnels de santé ont mis en évidence que les Réunion de Territoire ont permis de faire avancer les projets du secteur, qu'ils soient en cours de réalisation ou une simple réflexion. Une partie des professionnels avait déjà bien conscience qu'il devenait nécessaire de s'organiser (24).

La réunion a permis fréquemment une prise de conscience de la situation mais aussi qu'il était temps de se mobiliser (39). Plusieurs arguments ont été relevés, en effet, s'organiser restait le meilleur moyen d'assurer un accès aux soins de qualité pour les patients, de favoriser l'arrivée d'un successeur pour reprendre sa patientèle et de permettre d'exercer son métier dans les meilleures conditions, *« c'est quelque chose qui est inéluctable, quoi. On est obligé de le faire »* (15/79).

La rencontre avec les élus permettait à certains de sentir qu'ils allaient élaborer un projet ensemble pour faciliter l'accès aux soins de la population.

A la suite de la réunion, plusieurs professionnels ont noté l'apparition ou l'accélération des rencontres interprofessionnelles avec ou sans les élus locaux selon les cas. Parfois, dans un premier temps c'est une réflexion qui s'est engagée. Des pôles de santé ont vu le jour. Cette réunion a été un starter pour certains : *« ça a été quand même été [...] le détonateur de la...la mise en route de tout ça... »* (7/94).

Lors de la réunion, beaucoup de professionnels ont fait part des projets qu'ils envisageaient. Les débats et le regard extérieur des intervenants ont permis d'adapter le projet aux réalités du secteur.
Ainsi, ont été discutés des projets de trop grosses structures, de vieux projets mal acceptés par une partie des professionnels du secteur ou des projets trop portés par les élus pour ensuite se remobiliser vers des projets réalistes soutenus par les professionnels de santé. De cette manière, *« elle a surtout permis la non-émergence de projets...inopportuns »* (2/67).

Dans certains cas, la réunion n'a pas permis l'émergence de projets, les professionnels s'en expliquaient alors :

- Un médecin voyait moins l'utilité de créer une structure, exerçant d'une zone rurale certes, mais située à quelques minutes par voie rapide d' une ville.
- Le milieu urbain était moins concerné par la crise, la nécessité de se mobiliser était alors moins évidente.
- Certains professionnels venaient de s'installer dans une structure déjà pluridisciplinaire même si elle ne répondait pas aux exigences de l'ARS.
- Des professionnels ont remarqué que la réunion n'avait pas abouti à l'émergence de projet tout simplement car il était bien amorcé dans le secteur.

Malgré tout, dans certains secteurs, les professionnels ont avoué que depuis la réunion rien n'avait été fait et qu'aucun projet n'était en discussion.

Il a été souligné que la réunion avait été bénéfique concernant la concrétisation de certaines structures sur un secteur et pour un jeune médecin elle a été une confirmation d'une carrière libérale dans une MSP.

2-2-3-2- Un rassemblement

La réunion a été l'occasion de se réunir autour d'un même projet et d'avoir une vision plus interdisciplinaire du secteur. Elle a permis une prise de contact entre professionnels et élus locaux ainsi qu'un échange de points de vue que la plupart a trouvé intéressant.

Depuis, une kinésithérapeute a confié qu'une véritable solidarité entre les professionnels du secteur s'est installée et qu'elle appréciait ce sentiment d'appartenance à un groupe se sentant soutenue.

Le pôle de santé a été entrevu comme la possibilité de créer une fédération de professionnels de santé d'un secteur qui pourrait parler au nom de tous et constituer un contre-pouvoir aux élus locaux.

Les professionnels participants étaient intéressés par les thèmes de la réunion. Ce constat a permis à certains de connaître les partenaires avec lesquels ils pouvaient entreprendre une vraie réflexion dans leur secteur.

Pour de nombreux professionnels, il a été appréciable de se réunir pour débattre de ce thème important, de donner à chacun l'occasion d'exprimer son point de vue. Selon eux, les représentants des instances étaient à l'écoute des difficultés locales.

Tous ont apprécié l'intérêt des instances pour les problématiques locales.

La rencontre de professionnels de santé et d'élus locaux autour d'un même thème fait de la Réunion de Territoire une réunion exceptionnelle.

2-2-3-3- Un dynamisme

Un des effets des réunions a été la motivation ou la remotivation de professionnels de santé et d'élus locaux qui se sont sentis prêts à monter ou à poursuivre un projet dans leur secteur. Il est vrai que parfois l'engouement a été de courte durée et n'a pas permis de réelle avancée locale même si les prémices étaient là.

Ces réunions ont montré à beaucoup le dynamisme du département. C'était un département dans lequel des professionnels se sentaient appartenir à un mouvement global et où se mettaient en place de nombreux projets. L'organisation des Réunions de Territoire a participé pour certains au changement d'image de la Meuse (39,48).

Pour de nombreux professionnels la réunion a été considérée comme un déclencheur ou un accélérateur pour l'émergence de projets : les bases ont été posées, les concepts ont été repris au niveau local, la prise de conscience a eu lieu, une majorité d'invités en est ressortie motivée pour combattre la crise démographique.

Pour quelques-uns les bénéfices ont été limités. Un kinésithérapeute comprenait bien la problématique mais avouait que la réunion a eu peu d'impact par la force de l'habitude d'un exercice isolé. Pour un autre, la vision de l'avenir médical n'a pas changé ni même ses pratiques professionnelles ne voyant que peu d'intérêts pour tous ces thèmes démographiques. Pour une infirmière ce fut une perte de temps.

2-2-4-Le bilan des Réunion de Territoire aujourd'hui

Les réactions n'ont pas été les mêmes selon les secteurs. Les conséquences sont les suivantes, suivant les Réunions de Territoire (Annexe 8) :

- **Concernant la réunion à Vaucouleurs :**
    - à Vaucouleurs un projet était déjà en cours, la réunion a permis de mettre en évidence les faiblesses du dossier, on compte 3 installations depuis 2007,
    - les professionnels de santé de Void-Vacon se réunissent régulièrement depuis novembre 2009, ils ont créé un PSAP, un projet de MSP a été financé, sa construction va démarrer,
    - Gondrecourt a réussi à relancer un projet, la MSP est financée et regroupera médecins et IDE, un PSAP est monté, et un cabinet secondaire est prévu à Tréveray. On compte une installation et le projet d'une seconde dans l'année.

- **Concernant la réunion à Stainville :**

  - Ancerville : un PSAP existe ainsi que 2 MSP : une à Ancerville l'autre à Lisle-en-Rigault, les travaux sont en cours, une installation est prévue,
  - Dammarie : une MSP regroupant 2 médecins et les IDE va prochainement être financée.

- **Concernant la réunion à Montmédy :**

  - Montmédy : création d'un PSAP, un projet de MSP va être présenté à l'ARS en 2012, une installation est prévue,
  - Stenay et Dun-sur-Meuse : différentes réunions ont eu lieu sans projet précis,
  - Damvillers avait déjà sa MSP.

- **Concernant la réunion à Etain :**

  - Etain a créé son PSAP rapidement après la réunion,
  - Spincourt : la réunion les a confortés dans leur projet en cours, la MSP a ouvert en avril 2012, on compte 2 installations depuis 2007,
  - Fresnes-en-Woëvre a connu des mésententes entre les professionnels de santé et la CODECOM, une MSP va finalement être financée prochainement, elle regroupera l'ensemble des professionnels du territoire.

- **Concernant la réunion à Clermont-en-Argonne :**

  - la mise en place du projet est allée très vite même s'il a fallu faire accepter qu'il fallait un projet unique Clermont/Dombasle. Un PSAP a été créé, le financement d'une MSP est acquis à Clermont-en-Argonne (qui regroupera 3 médecins, kinésithérapeute, IDE et dentiste) avec un cabinet secondaire à Dombasle-en-Argonne,
  - Varennes-en-Argonne avait déjà sa maison médicale financée par la mairie.

- **Concernant la réunion à Villotte-sur-Aire :**

  - Revigny-sur-Ornain a créé un PSAP et expérimente les nouveaux modes de rémunérations,
  - un dynamisme existe, il concerne un projet Rembercourt/Seuil d'Argonne en 2 sites : un à Rembercourt en construction et l'autre à Seuil d'Argonne achevé avec une installation depuis 2007,
  - Pierrefitte vient d'ouvrir sa MSP en mai 2011. On compte une installation de médecin et une de kinésithérapeute.

- **Concernant la réunion à Commercy :**

  - quelques réunions ont suivi mais il y a peu de réaction au regard des difficultés démographiques qui s'annoncent là-bas. Cependant une installation est en cours de réflexion dans le cadre d'un possible projet de MSP.

- **Concernant la réunion à Ligny-en-Barrois :**

  - il existe une réflexion sur un PSAP. On compte 4 installations depuis 2007.

- **Concernant la réunion à Saint-Mihiel :**

  - Des réunions se montent à Saint-Mihiel, il y a eu une prise de conscience, des projets sont en cours de réflexion. Un PSAP s'est créé.
  - Vigneulles-lès-Hattonchâtel a déjà sa MSP (la première en Meuse) et expérimente les nouveaux modes de rémunération. On compte une installation depuis 2007.

- **Concernant la réunion à Verdun :**

  - un projet de regroupement de plusieurs professionnels de santé est en cours avec 5 médecins dont 2 futures installations et d'autres professionnels (kinésithérapeutes) qui va être financé à Thierville, qui fait partie de l'agglomération verdinoise.
  - Un collaborateur libéral s'est installé à Verdun depuis 2007.

- **Concernant la réunion à Sommedieue :**

  - à Dieue-sur-Meuse une MSP a ouvert en 2009 avec 3 installations, l'ensemble des praticiens du secteur a rejoint la MSP.
  - Une antenne secondaire est prévue à Souilly.

Dans l'ensemble, la participation a été assez importante, réunissant à chaque fois 50% des invités mais surtout 70% des professionnels invités. Il faut noter que la participation à la réunion de Bar-le-Duc a été catastrophique, alors que cette ville va connaître de grosses difficultés démographiques dans quelques années. On notait une seule installation dans un cabinet de groupe depuis 2007. La mobilisation aux réunions de Verdun et de Ligny-en-Barrois ont également été moins fortes.

Concrètement, depuis 2007, c'est pratiquement l'ensemble du département qui a été restructuré avec 17 maisons ou pôles de santé ambulatoires pluridisciplinaires en fonctionnement ou en cours de construction. Ainsi, ce dynamisme a permis jusqu'à présent de réaliser autant d'installations que de départs en retraite soit 20 installations de jeunes médecins mais aussi des chirurgiens dentistes, podologues, sages-femmes, psychologues, infirmières, kinésithérapeutes.

Conscient des bénéfices de ces réunions de territoire sur l'émergence de projets locaux, l'ARS de Lorraine a retenu le projet. Après y avoir intégré un volet médico-social, elle a décidé de poursuivre cette initiative en organisant de nouvelles réunions de territoire à travers les zones déficitaires de toute la Lorraine depuis mars 2012.

Le traitement de la crise démographique ne se résume pas simplement en la création de MSP, elle doit être globale : par l'augmentation des maîtres de stage (leur nombre a doublé entre 2007 et 2012), par les rencontres semestrielles qui ont été effectives et qui ont permis de rencontrer une centaine d' IMG...

2-3- Mon ressenti

- Pour comprendre au mieux le déroulement des Réunions de Territoire, je me suis rendue à 3 d'entre elles. J'ai pu y constater que les objectifs y étaient bien atteints.
    - Les élus locaux et les professionnels de santé étaient rassemblés, attentifs au même discours.
    - Le rôle d'information était majeur avec des présentations claires et des intervenants disponibles qui s'interrompaient pour répondre aux différentes questions et remarques des invités.
    - Les débats, parfois très animés (comme à Montmédy), ont été l'occasion de confronter les idées, même si le changement dérange parfois.
    - Certaines discussions se sont orientées vers la problématique locale, les intervenants ont alors été à l'écoute pour discuter le projet en réflexion et éventuellement donner aux acteurs locaux quelques conseils pour sa réalisation.
    - Enfin, étant donné le rassemblement des principaux acteurs du sujet, certains thèmes comme la permanence des soins, la réforme du mode de garde, les relations avec la médecine hospitalière ont été abordés dans la dérive des débats bien que hors-sujets. Après quelques minutes le débat était recadré.

- Pour obtenir des données exploitables, j'ai abordé les entretiens semi-dirigés avec une rigueur scientifique.
    - Durant les enregistrements, mon travail de préparation m'a permis d'être réactive et de bien suivre les réflexions de la personne interrogée. Mon objectif était d'avoir toutes les clés en main pour comprendre au mieux son point de vue.
    - J'ai toujours cherché par mon attitude à rester empathique et bienveillante permettant au candidat d'aller jusqu'au bout de ses idées, sans qu'il hésite à me confier ses craintes professionnelles concernant l'avenir ou ses collègues.
    - Par ailleurs, mes interventions devaient être les plus discrètes possibles, limitées au minimum pour entretenir la discussion : pour préciser un silence ou une ambiguïté, pour relancer le débat... tout en restant toujours neutre et sans orienter le discours du professionnel.
    - Les entretiens individuels m'ont permis de rencontrer de nombreux professionnels : médecins, remplaçants, pharmaciens, kinésithérapeutes et infirmiers dont les points de vue étaient très différents.

- Ce choix méthodologique me correspondait tout à fait. En effet, les candidats ont pu s'exprimer librement, je pouvais leur demander des détails ou une reformulation leurs propos si le message n'était pas totalement clair. Il n'y avait donc pas d'ambiguïté. Cette méthode m'a également évité la frustration de résultats d'enquêtes dans lesquelles les candidats cochent des cases et où la relation est limitée.

- Ce travail de recherche m'a beaucoup apporté.

  - Grâce aux Réunions de Territoire j'ai, moi aussi, pris conscience de la gravité de la situation d'autant plus que je suis directement concernée puisque j'habite dans la campagne meusienne et que j'ai l'intention de m'y installer cette année.
  - Durant ces soirées, j'ai été témoin des inquiétudes et des discussions entre professionnels de santé et des élus locaux me faisant réaliser qu'il règne une atmosphère pesante et stressée autour de ces sujets. Tous sont inquiets et insatisfaits.

  - Lors des enregistrements, les entretiens ont été très différents, les participants de par leur personnalité rendaient toujours la rencontre intéressante. Leur approche-même de la problématique divergeait selon leur génération, leur mode d'exercice, leur implantation géographique ou leur expérience personnelle. Ainsi chacun m'a beaucoup apporté, me permettant d'accéder à de multiples perspectives d'un même événement, ce qui a été une véritable aventure humaine pour moi.

  - La réalisation de ce travail de recherche m'a fait découvrir une méthode que je connaissais mal, la méthode qualitative n'est pas en médecine la plus fréquente. Découvrir les étapes permettant de réaliser un travail de qualité a été parfois difficile mais toujours intéressant. Ce travail technique m'a beaucoup enrichie.

CONCLUSION

Devant la pénurie de médecins qui menace le département, la Meuse a su réagir en mettant en place dès 2007, le Plan d'action départemental sur la démographie des professionnels de santé en Meuse. Ainsi, elle a anticipé plusieurs mesures de la loi HPST.

Les réunions de territoire ont été un succès. Les invités se sont mobilisés en nombre, la rencontre entre instances, élus locaux et professionnels de santé a été fructueuse, une information claire et complète a été entendue par tous les acteurs de la problématique et les débats qui ont suivi ont été riches et variés. Pour de nombreux professionnels, ce nouveau concept a été un déclencheur ou un accélérateur dans l'émergence de projets et a amorcé une dynamique de territoire. Les réunions de territoire ont participé à l'émergence de nombreux projets. Ainsi, pratiquement tout le département a été restructuré depuis 2007 avec la mise en place de nombreuses maisons de santé pluridisciplinaires et l'installation en nombre de professionnels de santé notamment de jeunes médecins.

Des propositions ont été faites pour améliorer ces réunions. Ces dernières pourraient permettre d'adapter les mesures incitatives dans le cadre de la crise démographique, de favoriser les relations entre les élus et les professionnels de santé et de mettre tout en œuvre pour attirer les jeunes professionnels vers des territoires ruraux.

Ce concept de réunions peut être décliné dans d'autres départements pour les zones rurales, par quartier pour les grandes villes afin de développer les pôles de santé ambulatoires pluridisciplinaires ayant un projet de santé ambulatoire (prévention, parcours de soins avec coopération interprofessionnelle, enseignement et recherche) spécifique à ce territoire.

Sociologiquement, il serait intéressant de compléter cette étude en interrogeant les élus locaux, en rencontrant les professionnels de santé qui ne se sont pas rendus aux réunions de territoire afin d'en recueillir les raisons et leurs ressentis ou enfin en réinterrogeant dans quelques temps les professionnels de cette étude, voire d'autres, pour en évaluer le ressenti une fois la maison de santé pluridisciplinaire ou le pôle de santé ambulatoire pluridisciplinaire fonctionnant.
interprofessionnelle, enseignement et recherche) spécifique à ce territoire.

LA DYNAMIQUE MEUSIENNE2007-2017

16

INSTALLATIONS DEPUIS

2007

5

INSTALLATIONS PREVUES EN

2012

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Plan d'action départemental sur la démographie des professionnels de santé en Meuse", CR de la réunion du 11 Avril 2006, Préfecture de la Meuse, disponible sur demande à la Préfecture de la Meuse, 40 rue du Bourg, 55000 Bar-le-Duc.

2. Vauthier J.C., « L'exercice de la médecine générale en milieu rural en Lorraine : état des lieux, enquête sur les modalités actuelles et les perspectives futures : proposition pour le développement des maisons de santé en milieu rural. », Thèse méd. Nancy, 2006: 2006NAN11003.

3. Sicart D., « Les médecins au 1er janvier 2011 », document de travail, séries statistiques, DREES , n° 157 – mai 2011.

4. le site internet de l'IRDES : http://www.irdes.fr

5. Romestang P. Le Breton-Lerouvillois G., « Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2011 », Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2011.

6. Berland Y., Rapport de la Commission Démographie médicale, ONDPS, avril 2005.

7. Léonard G., « Étude démographique de la médecine générale dans le département des Vosges : enquête auprès des médecins généralistes libéraux vosgiens et perspectives d'avenir », thèse méd, Janvier 2010, Nancy.

8. Bouet P., Bernard-Catinat M., Delga M-E., et all., « Liberté d'installation, Exercice libéral, Quelle médecine pour quels médecins », Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins, 2003.

9. Vigier P., Proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire, Assemblée nationale, n° 3914, novembre 2011.

10. Dupuis C., « Contre les déserts médicaux la méthode forte », Le quotidien du médecin n°9068 du 18 Janvier 2012, p.2.

11. Daniel E., « Ces élus qui prêchent pour les déserts », Le généraliste n°2589 du 27 Janvier 2012,p. 9 à 11.

12. Aubertin B., « Les aspirations professionnelles des futurs médecins généralistes : enquête auprès des internes du D.E.S. de médecine générale de Lorraine et des médecins remplaçants en Meuse » , Thèse méd. : 2008NAN11127, Nancy, 2008.

13. Legmann M., « Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale », avril 2010, disponible sur:http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Rapport%20Mission%20Legmann%20Version%20finale%2009%2004%2010.pdf?download=1

14. Attal-Toubert K., Vanderschelden M., « La démographie médicales à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », Études et résultats n°679, DREES, février 2009.

15. Nicolas G., Bounhoure J.P., Couturier D. et all, « Le corps médical à l'horizon 2015 », rapport de l'académie nationale de médecine, 2007.

16. D'Amico R., « Le métier de médecin rural en France : enquête sur l'état des lieux et les perspectives futures », thèse méd, Nancy, 2005.

17. Poppelier A., « Exercice de la médecine générale: approche inter-générationnelle des souhaits des médecins de Poitou-Charentes », thèse méd, Poitiers, avril 2010.

18. Mousel C., « Le médecin généraliste en 2007 : Évolution en 25 ans de l'image du praticien et des attentes des patients. Résultats d'une enquête réalisée auprès de 108 sujets de la Vallée de la Fensch et du Pays Haut Lorrain », thèse méd, Nancy, 2009.

19. Canton A., « Valorisation de la médecine générale en premier et deuxième cycles des études médicales », thèse méd, Nancy, 2009.

20. Chabot J.M., « L'organisation de l'exercice médical », La revue du praticien, décembre 2006, vol 56.

21. Leprette V., « Mise en place des maisons de santé pluridisciplinaires ou pôles de santé en Île-de-France : motivations des porteurs de projets et difficultés rencontrées », thèse méd, Paris 5, 2011.

22. Royant M., « Prix Alexandre Varney 2011 », La revue du praticien médecine générale n°856, Février 2011.

23. « Synthèse des travaux des 2 journées nationales (8 février et 9 avril 2008) », États généraux de l'organisation de la santé (EGOS), Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS).

24. Juilhard J.M., « Offre de soins: comment réduire la fracture territoriale », rapport d'information, annexe au PV du 3 Octobre 2007.

25. Juilhard J.M., Crochemore B., Touba A., « Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement », rapport ministériel, Janvier 2010, tome 1.

26. États généraux de l'organisation de la santé. Lien internet : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/egos/accueil.htm

27. « Constats de l'observatoire national de la démographie des professions de santé » États généraux de l'organisation de la santé, Paris, 8 Février 2008.

28. « La loi HPST à l'hôpital: les clés pour comprendre », Ministère de la Santé et des Sports, disponible sur www.sante.gouv.fr.

29. « Hôpital, patients, santé, territoires. Une loi à la croisée de nombreuses attentes », Ministère de la Santé et des Sports, Septembre 2009, disponible sur http://www.sante.gouv.fr

30. Loi HPST : Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr

31. Bruguière M.T., « Santé et territoires : à la recherche de l'équilibre, Rapport d'information », rapport d'information No 600, au nom de la délégation aux collectivités territoriales, déposé le 14 juin 2011.

32. JORF n°0150 du 1 juillet 2010, décret n° 2010-735 du 29 juin 2010 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études médicales disponible sur legifrance.gouv.fr.

33. site internet de l'INSEE : http://www.insee.fr

34. Romestang P., Le Breton-Lerouvillois G., « Atlas de la démographie médicale en Lorraine. Situation au 1er juin 2011 », Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2011.

35. Hubert E., « Mission de concertation sur la médecine de proximité. », Rapport du Docteur Elisabeth Hubert, 25 Novembre 2010, disponible sur : http://www.medecine.univ-paris5.fr/IMG/pdf/rapport_hubert.pdf

36. loi n°2005-157 du 23/02/2005 sur le développement des territoires ruraux, disponible sur legifrance.gouv.fr.

37. Vasseur G., Schweyer F.X., Mari C., « L'installation des jeunes médecins généralistes: un accompagnement est-il possible? », Les dossiers de l'URCAM n°25 de Décembre 2006.

38. Vasseur G., Schweyer F.X., « Information d'ordre sociologique sur les médecins généralistes et leurs activités en Bretagne », Les dossiers de l'"URCAM n°14, Septembre 2003.

39. Interview du docteur Bouchy, « La démographie médicale : Quel constat? Quelles solutions ? », Dépendance, Handicap,Vieillesse, Guide 55, Doc Editions, 2009.

40. Serin M., « Maison de santé et service à la population : pour une autre organisation de notre système de santé ? », Santé Publique, 2009/hs1 Vol. 21, p. 67-71.

41. JORF n°0185 du 11 août 2011 page 13754, texte n° 2, Loi n° 2011-940 du 10 août 2011, disponible sur legifrance.gouv.fr.

42. « Plan d'action départemental sur la démographie des professionnels de santé en Meuse », CR de la réunion du 10 Juillet 2006, Préfecture de la Meuse, consultable sur demande à la Préfecture de la Meuse, 40 rue du Bourg, 55000 Bar-le-Duc.

43. « Plan d'action départemental sur la démographie des professionnels de santé en Meuse », CR de la réunion du 24 Avril 2007, Préfecture de la Meuse, consultable sur demande à la Préfecture de la Meuse, 40 rue du Bourg, 55000 Bar-le-Duc.

44. « Plan d'action départemental sur la démographie des professionnels de santé en Meuse », CR de la réunion du 11 Octobre 2007, Préfecture de la Meuse, consultable sur demande à la Préfecture de la Meuse, 40 rue du Bourg, 55000 Bar-le-Duc.

45. Hilal M., Amet X., Dussol A-M. et all., « Organisation spatiale et dynamique des pôles de services et des bassins de vie en Lorraine », rapport d'étude pour la DRAF de Lorraine, 2007.

46. M Serin, P de Haas, JM Mazué, « 3 expériences de terrain », Les Rencontres de l' HAS, 2007.

47. Remili H., « MMG, dynamique de groupe à la mode vosgienne », Le Médecin Généraliste n°2459 du 12 Septembre 2008.

48. Hunsinger V., « Comment la Meuse opère son remembrement sanitaire », Le généraliste n° 2498 du 25 Septembre 2009.

49. « Plan d'action départemental sur la démographie des professionnels de santé en Meuse », CR de la réunion du 16 Janvier 2008, Préfecture de la Meuse, consultable sur demande à la Préfecture de la Meuse, 40 rue du Bourg, 55000 Bar-le-Duc.

50. « Plan d'action départemental sur la démographie des professionnels de santé en Meuse », CR de la réunion du 25 Mars 2009, Préfecture de la Meuse, consultable sur demande à la Préfecture de la Meuse, 40 rue du Bourg, 55000 Bar-le-Duc.

51. Dupuis C., « Maisons et pôles de santé décollent dans la douleur », Le quotidien du médecin n°8954, Mai 2011.

52. Côté L, Turgeon J., « Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine », Pédagogie médicale, 2002 ; 3 : 81-90.

53. Blanchet A., Gotman A., « L'enquête et ses méthodes : le questionnaire », Nathan, collection 128, n°18, 1992.

54. Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann L., Lehr-Drylewicz A.M., Imbert P., Letrilliart L., « Introduction à la recherche qualitative », Exercer 2008 ; 84 : 142-5.

55. Frappé P., « Initiation à la recherche », Association française des jeunes chercheurs en médecine générale, Edition 2011.

56. Site internet des Pages Jaunes : http//www.pagesjaunes.fr.

57. Druz J., « Identification des obstacles à l'adhésion des infirmier(e)s diplômé(e)s d'état à un projet de soins lors de la création d'une maison de santé pluridisciplinaire », thèse méd, Grenoble, 2011.

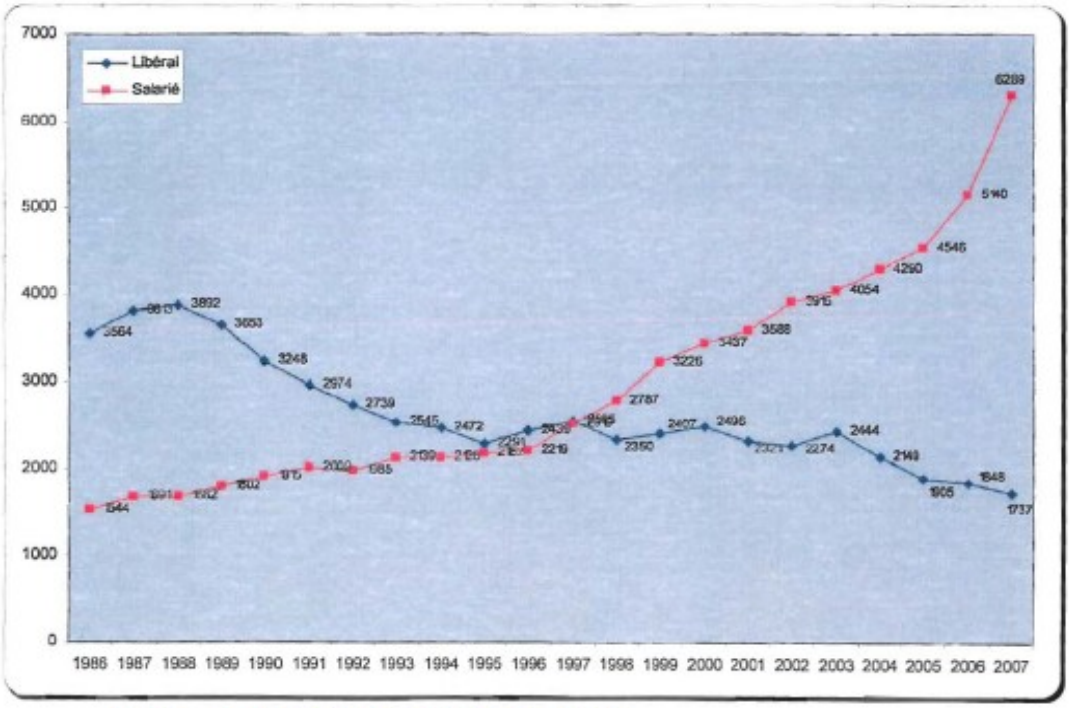
58. JORF n°0223 du 25 septembre 2011 page 16080 texte n° 16, Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 Juillet 2011, parue au JO du 25 Septembre 2011.

59. Site internet de l' URML de Basse-Normandie : http://www.urml-bn.org

60. Fanjeaux A., « Ressenti des professionnels de santé libéraux du territoire sud meusien vis-à-vis de l'organisation des réseaux de santé », thèse méd, Nancy, 2012.

61. Mukamurera J., Lacourse F. et Couturier Y., « Des avancées en étude qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques », Recherches qualitatives, Vol. 26(1), 2006, pp 110-138.

Annexe 1 :
Évolutions respectives des activités libérale et salariée de 1986 à 2007



Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins

Annexe 2:
les bassins de vie en Lorraine :

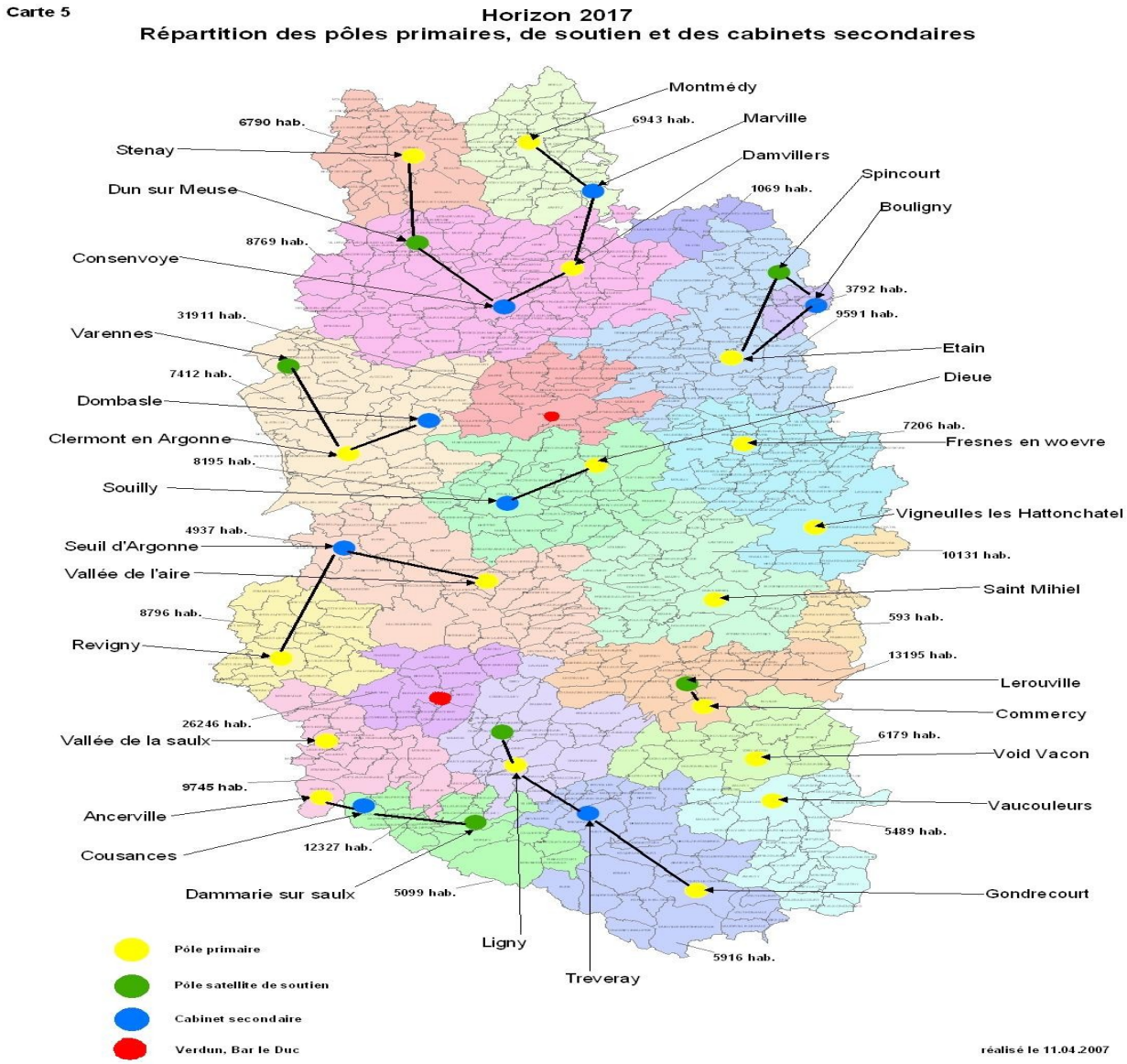
Tableau 1.2 : Les bassins de vie par département

Départements	Nombre de bassins	Nombre de communes	%	Superficie	%	Population	%
54 : Meurthe-et-Moselle	14	454	76	3 995	76	256 692	36
55 : Meuse	12	491	99	6 119	99	185 853	97
57 : Moselle	21	452	62	4 055	65	296 296	29
88 : Vosges	23	452	88	5 276	90	297 805	78
Lorraine	70	1 849	79	19 444	83	1 036 646	45

Source : Insee, recensement de la population de 1999

Carte 1.1. : Les bassins de vie en Lorraine

Annexe 3:
Schéma départemental d'organisation des soins ambulatoires



Annexe 4 :
Exemple d'invitation à une Réunion de Territoire :

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREFECTURE DE LA MEUSE

Bar-le-Duc, le

DIRECTION DEPARTEMENTALE
DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES
DE LA MEUSE

La Directrice

à

liste des destinataires in fine

Dossier suivi par : Anoutchka CHABEAU / PD
Téléphone : 03.29.76.84. 06
Télécopie 03.29.79.17.03

Madame, Monsieur,

Courant 2007, une réflexion a été menée sous l'autorité de M. le Préfet tendant à mettre en place un plan d'actions départemental sur la démographie des professionnels de santé en Meuse.

En concertation étroite avec le Conseil Général et les représentants des professionnels de santé associés à ces travaux, il apparaît indispensable d'informer l'ensemble des professionnels de santé meusiens ainsi que les élus locaux sur les modalités de mise en œuvre de ce plan.

Aussi, je vous remercie de bien vouloir participer à une réunion que j'animerai conjointement avec M. le Dr BOUCHY, représentant du Conseil de l'Ordre des Médecins, le

MERCREDI 2 JUILLET 2008 à 20 h 30
Salle multifonctions – 1, rue des Tanneries (près de La Poste)
à **VAUCOULEURS**

L'ordre du jour de cette réunion est le suivant :

- Présentation du plan d'actions départemental des professionnels de santé
- Présentation de l'état des lieux des professionnels de santé sur le territoire des 3 communautés de communes
- Proposition d'organisation territoriale des professionnels de santé, des outils à mettre en œuvre (conditions d'installation, de fonctionnement….)
- Présentation d'un exemple de Maison Médicale : la Maison Médicale du Val des Couleurs
- Discussion

Je vous remercie de bien vouloir confirmer votre participation à mon secrétariat (☎ 03.29.76.84.06) ou par mail (dd55-directeur@sante.gouv.fr).

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Anoutchka CHABEAU

Cité Administrative - 73 av. du 94ème R.I. - BP 50549 - 55013 BAR-LE-DUC Cedex - Tél. : 03.29.76.84.00 - Fax : 03.29.79.17.03

Annexe 5 :
La fragilité des bassins de vie meusiens.

DRASS de Lorraine

Service statistiques

Les bassins de vie meusiens selon le cumul de critères de fragilité - Les 3 professions

densités et densités projetées, activités, activités projetées, demande soins (% de jeunes et de personnes âgées), pauvreté-précarité, distances

BV	Bassins de Vie	Population totale	Population hors collectivité	Total médecins	Densité médecins généralistes	Densité projetée médecins généralistes	Densité infirmiers	Densité projetée infirmiers	Densité MK	Densité projetée MK	P. âgées 75 ans et +	Jeunes <5ans	% jeunes	% de p. âgées	%Bas revenus	Distance moyenne
55463	SAINT-MIHIEL	11279	11191	7	3,1	1,3	2,7	2,2	1,8	1,3	971	607	5,4	8,6	9,6	
55533	VAUCOULEURS	4645	4528	3	3,3	0,0	8,8	8,6	2,2	2,2	538	239	5,1	11,6	9,5	
55502	STENAY	6544	6400	3	2,3	1,6	3,1	3,1	3,1	1,5	621	338	5,2	9,5	10,5	
55181	ETAIN	6867	6794	5	3,7	2,9	2,9	2,9	2,2	2,2	612	429	6,2	8,9	9,8	
55291	LIGNY-EN-BARROIS	11243	11094	8	3,6	2,7	4,1	3,6	1,8	1,8	1005	544	4,8	8,9	8,9	
55427	REVIGNY-SUR-ORNAIN	8015	8015	6	3,7	1,9	4,4	3,1	2,5	1,9	566	397	5,0	7,1	8,2	
55122	COMMERCY	19239	19111	19	5,0	3,7	3,1	3,1	1,8	1,3	1624	1011	5,3	8,4	11,8	
55545	VERDUN	56921	56378	50	4,4	2,5	3,9	3,3	2,8	2,5	4657	3015	5,3	8,2	11,8	
55351	MONTMEDY	6824	6824	5	3,7	2,9	3,7	3,7	3,7	2,9	517	333	4,9	7,6	8,7	
55215	GONDRECOURT-LE-CHÂTEAU	4114	4026	3	3,7	1,2	3,7	2,4	3,6	3,6	320	188	4,6	7,8	9,4	
55551	VIGNEULLES-LES-HATTONCH.	2253	2253	2	4,4	2,2	6,7	4,4	4,4	4,4	158	122	5,4	7,0	8,9	
55029	BAR-LE-DUC	46320	46108	45	4,9	3,0	3,1	2,6	2,2	1,7	3483	2192	4,7	7,5	10,3	
Meuse		184264	182722	156	4,3	2,6	3,7	3,2	2,4	2,0	15072	9415	5,1	8,2		
Lorraine		2309617	2293935	2279	5,0	3,5	3,8	3,3	2,6	2,1	157001	114073	4,9	6,8		

DENSITE POUR 5.000 HAB.

Sources : ADELI et Conseil de l'ordre au 31/12:2006 - INSEE RP 1999 - CNAMTS - CAF de Lorraine

Annexe 6 :
Constitution des pôles primaires, satellites et des cabinets secondaires :

1- Des pôles primaires rassemblant, au minimum, au sein d'une même commune

- des médecins généralistes
- une pharmacie
- un chirurgien dentiste
- des infirmiers et des kinésithérapeutes
- une entreprise de transport sanitaire
- d'autres paramédicaux (orthophonistes, podologues, diététiciens,...) en permanence ou en vacation
- voire des consultations avancées de certaines spécialités

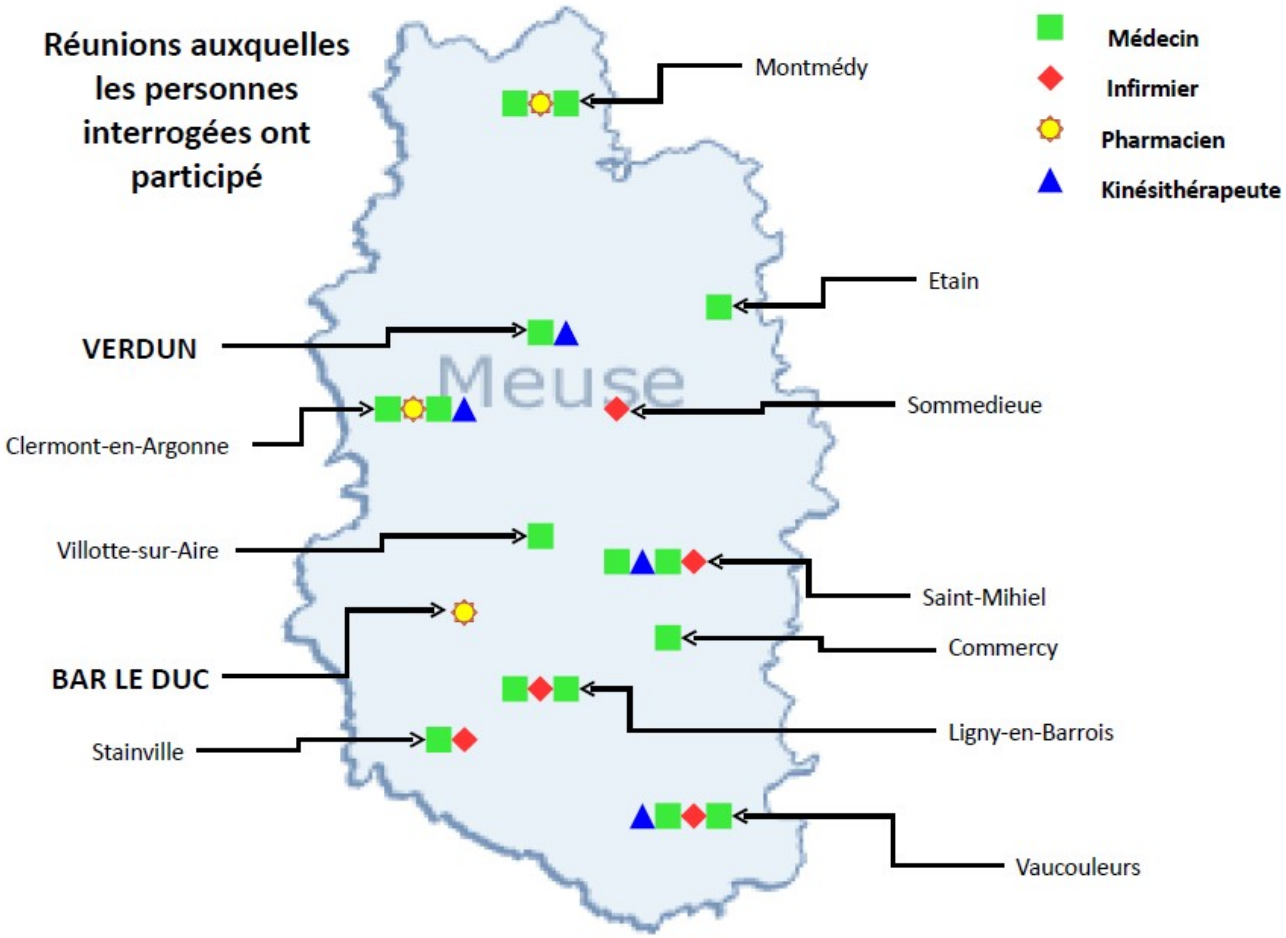
2- Des pôles satellites de soutien, reliés à un pôle primaire, regroupant au minimum

- un médecin généraliste présent 5 jours par semaine, matin et après-midi
- des infirmières et des kinésithérapeutes
- une pharmacie

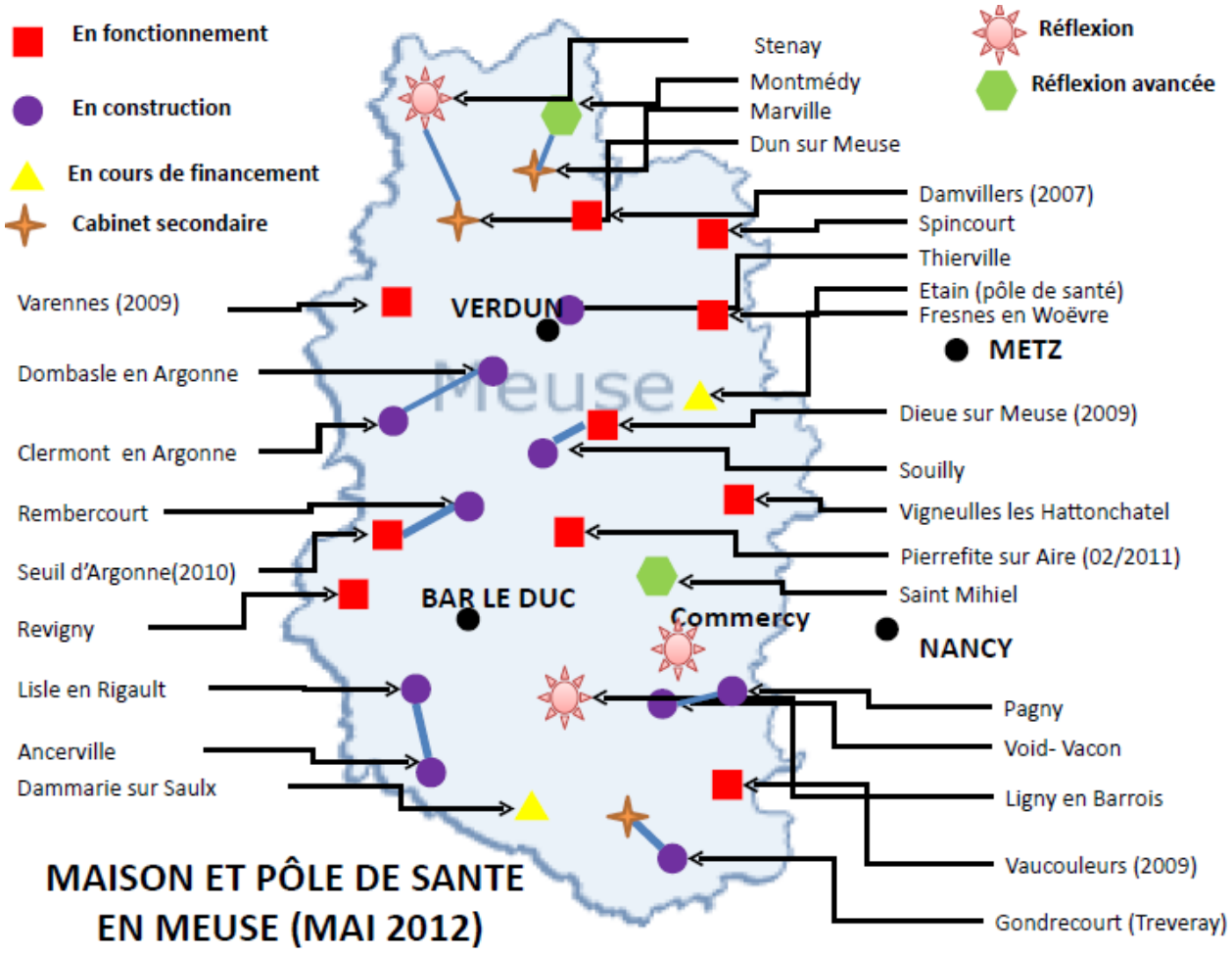
3- Des cabinets secondaires hébergeant

- des médecins détachés des pôles primaires assurant des vacations dans des locaux publics mis à leur disposition, 5 demi-journées par semaine, matin ou après-midi
- des infirmières
- une pharmacie en cas de nécessité

Annexe 7 :
Carte des lieux de Réunions de Territoire où sont allées les personnes interrogées :



Annexe 8 :
Maisons et pôles de santé en Meuse en Mai 2012 :



VU

NANCY, le **24 mai 2012**
Le Président de Thèse

Professeur J-D. DE KORWIN

NANCY, le **25 mai 2012**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE 3977

NANCY, le 6 juin 2012

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

La France va devoir faire face à une crise démographique médicale importante malgré les mesures engagées. La Meuse, département rural concerné, a réagi tôt en lançant un Plan d'action départemental sur la démographie des professionnels de santé avec la réalisation de réunions de territoire rassemblant professionnels de santé et élus locaux autour de cette thématique. Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée pour identifier les attentes des professionnels de santé et leurs ressentis concernant ces réunions ; secondairement, pour évaluer l'intérêt de réunir élus et professionnels et mesurer la portée des réunions en terme de dynamique locale. Par son rôle informatif et la possibilité de rencontres et d'échanges, les réunions ont répondu aux attentes des professionnels. Les élus, à l'écoute, entendaient la réalité de la crise démographique médicale et les opinions des professionnels qui veulent décider de leur avenir. Une prise de conscience a eu lieu nécessitant de se mobiliser. Les solutions exposées : schéma départemental d'organisation des soins ambulatoires, maisons pluridisciplinaires et pôles de santé ambulatoires, ont intéressé les professionnels. Le montage d'un projet restait difficile mais facilité par les élus. La réunion a déclenché des dynamiques locales pour combattre la crise (réflexion, projet). Des carences de projets ont persisté. La réunion a révélé le dynamisme du département et le soutien de ses autorités. Tous les acteurs locaux ont entendu le même discours lui conférant un caractère officiel. Ainsi, ce nouveau concept de réunion a permis une rencontre fructueuse entre instances, élus locaux et professionnels de santé. Chacun a pu s'exprimer, des propositions ont été faites pour améliorer les réunions. Pour de nombreux professionnels, la réunion a été un déclencheur ou un accélérateur dans l'émergence de projets.

TITRE EN ANGLAIS :

Interests and feelings shared by the healthcare professionals in the territories meetings of the demographic plan of Meuse 2007/2017 : Qualitative study by semi managed conversations.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2012

MOTS CLEFS :

Médecine générale, Démographie médicale, Professionnels de santé, Élus locaux, Meuse, Étude qualitative, Entretien semi-dirigé

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex