

# Fiche de capitalisation

## Cabinet médical collaboratif de Nieul-le-Dolent

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



### Résumé

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

## Carte d'identité de l'intervention

<b>Intervention</b>	Cabinet médical collaboratif de Nieul-le-Dolent	
<b>Porteur</b>	Dr Élodie Cosset, médecin généraliste	
<b>Thématique</b>	Accès aux droits et aux soins - Inégalités sociales ou territoriales de santé - Politique de la ville - « Équipe médicale traitante »	
<b>Population cible</b>	Tout public - Professionnels	
<b>Dates du projet</b>	Début du projet : 11/10/2021 - Ouverture du cabinet : 05/04/2022	
<b>Milieu d'intervention</b>	Rural	
<b>Région</b>	Pays de la Loire	
<b>Niveau géographique</b>	Communal	
<b>Principaux partenaires</b>	Commune, communauté de communes via le Contrat Local de Santé (CLS), professionnels de santé de la commune, médecins des communes limitrophes, CPAM, CDOM, ARS, CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé)	
<b>Objectifs</b>	Assurer la continuité des soins - Favoriser une installation médicale	
<b>Stratégies mobilisées</b>	Fixation d'objectifs partagés - Empowerment - Expérimentation - Santé communautaire- Aller vers - Co-construction d'un outil	
<b>Contributeurs</b>	Dr Élodie Cosset, Professionnelles paramédicales de la commune, Médecins titulaires et remplaçants Contact des soignants de la commune : <a href="mailto:cpsante85430@gmail.com">cpsante85430@gmail.com</a> Clotilde CHOIN, ex-coordinatrice du CLS	
<b>Accompagnateurs</b>	Marianne BAUDINAT et Elie ROCHETEAU Médecins remplaçants, Nantes Université <a href="mailto:marianne.baudinat@gmail.com">marianne.baudinat@gmail.com</a> <a href="mailto:elie.rocheteau@gmail.com">elie.rocheteau@gmail.com</a> <a href="https://univ-nantes.fr">https://univ-nantes.fr</a>	
<b>Méthodologie</b>	Fiche réalisée sur la base d'une observation directe participante et indirecte, d'entretiens individuels et de focus groups auprès de médecins, des professionnelles paramédicales et d'une coordinatrice du CLS, conduits en 2023, en présentiel. Fiche réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale. Les identités ont été pseudonymisées en dehors de la coordinatrice du CLS et de la porteuse du projet.	

## Présentation du projet

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



## Contexte

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

## Objectifs

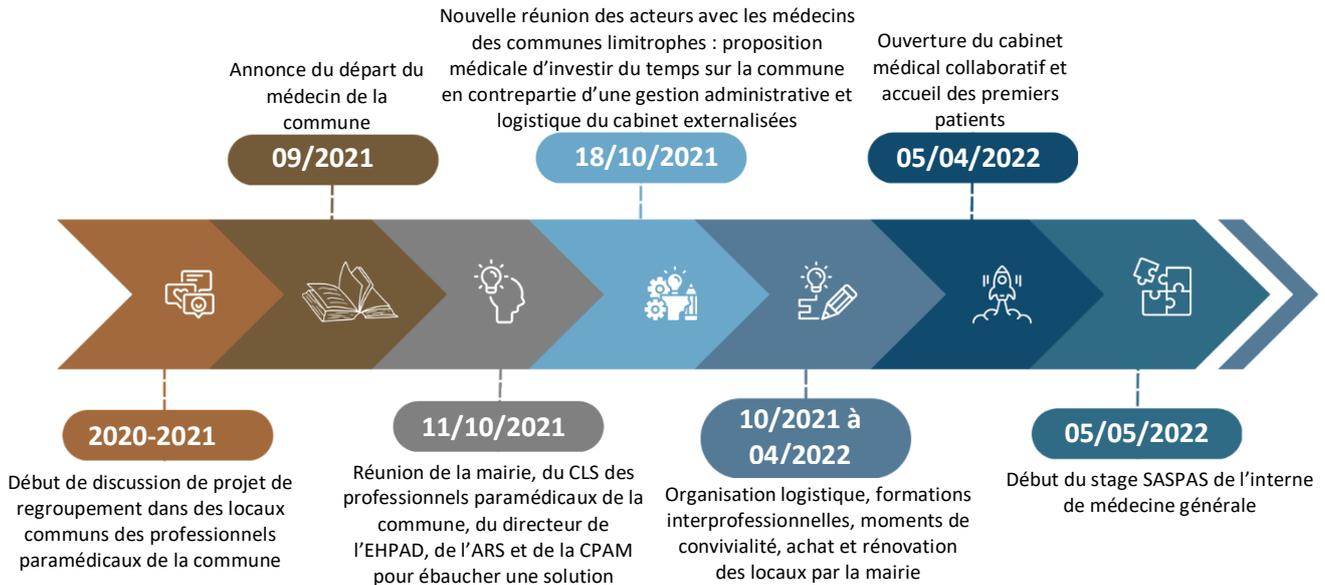
- Création d'un cabinet médical pour assurer la continuité des soins des patients fragiles.
- Assurer 2 à 3 jours de consultation par semaine minimum.
- Développer le travail collaboratif médical et interprofessionnel.
- Créer un environnement de pratique attractif pour favoriser une installation médicale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



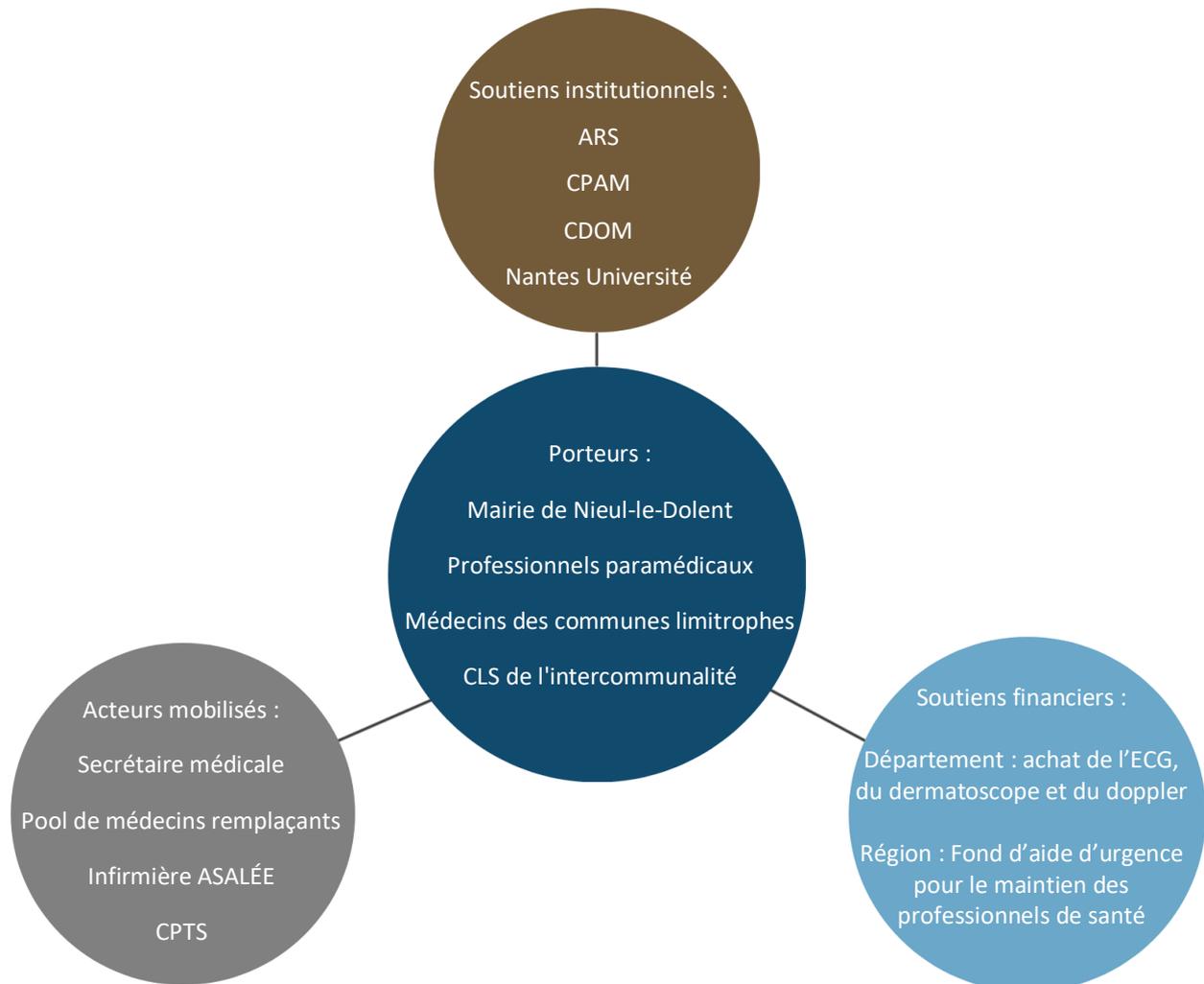
« Le temps du départ du médecin qui a été une catastrophe mais en fait une opportunité. »

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

## Chronologie des événements



## Principaux acteurs et partenaires



## Étapes de construction du projet

### Contexte initial et évènement déclencheur

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

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

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

### Élaboration du projet

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



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

É. COSSET, Médecin généraliste

### Gestion logistique

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

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

## Organisation médicale

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

Différents outils et actions ont été évoqués :

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

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

## Investissement paramédical

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

## Accompagnement par le CLS

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

## Stratégies de mise en œuvre

### Priorisation de la patientèle

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

## Financement du projet

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

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

## Alliance tripartite

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

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

### « Bassin d'expérimentation »

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

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

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

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

## Groupe de remplaçants

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

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

## Principes de fonctionnement du cabinet

### Modalités pratiques de l'organisation médicale

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

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

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

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

### Pratiques médicales

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

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

## Rôle central de la secrétaire

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

## Collaboration interprofessionnelle <sup>1</sup>

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

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

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

## Gestion des biologies et courriers

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

# Principaux enseignements

## Freins

### Cadre institutionnel à construire

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

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

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

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

## **Dossiers médicaux**

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

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

## **Freins financiers**

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

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

## **Freins organisationnels**

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

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

## **Leviers**

### **Terreau favorable pour faire communauté**

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

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

## Coopération de l'ancien médecin

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

## Implication communale

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

## Levier institutionnel

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



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

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

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

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

## Polyvalence de la secrétaire

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

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

## Concepts clés



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

(Le leadership partagé, Edith Luc, 2010) <sup>2</sup>

## Leadership partagé <sup>2</sup>

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

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

### « Médecin multicéphale »

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

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

É. COSSET médecin généraliste

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

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

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

L. BERGER, médecin remplaçante

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

P.MARTY, médecin titulaire

## Empowerment professionnel

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

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



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

P. MARTY, médecin généraliste

## Evolution des pratiques professionnelles

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

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

## Attractivité

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



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

S.BESSON, infirmière diplômée d'état

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

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

## Projection au long terme

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

## Solution locale problématique générale

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





## Pour aller plus loin

1. Vanessa Kehli. Lancement d'une dynamique d'exercice coordonné en Maison de Santé Pluriprofessionnelle sur le territoire Piscénois, vu par les médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2020. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03043846>
2. Luc É. Le leadership partagé. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2018. 187 p. Disponible sur : <http://books.openedition.org/pum/6416>
3. Marianne Baudinat, Élie Rocheteau. Initiative locale pour faire face au départ d'un médecin généraliste en zone sous dense : retour d'expérience par capitalisation sur un cabinet médical collaboratif dans une zone rurale de l'Ouest de la France. Médecine humaine et pathologie. 2023. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04474567>

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

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

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

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

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