



OCTOBRE 2018

Rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins

Elisabeth **Doineau** - Thomas **Mesnier** - Sophie **Augros**

Avec le concours d'Eve Robert (IGAS) et Nathalie Schneider (DGOS)

TABLE DES MATIERES

LES DELEGUES A L'ACCES AUX SOINS	6
QUI SONT-ILS ?	6
QUEL EST LEUR ROLE ?	7
LE TOUR DE FRANCE DES DELEGUES	8
DES DIFFICULTES CROISSANTES AUX CONSEQUENCES TRES CONCRETES.....	8
➔ Vu du patient.....	8
➔ Vu du médecin	9
➔ Vu du système de santé.....	9
DES CARENCES HERITEES DES ERREURS DU PASSE	10
LE PLAN D'ACCES AUX SOINS N'EST PAS UN « ENIEME PLAN »	11
➔ Partir des territoires	11
➔ Raisonner en temps médical	11
➔ Transformer l'organisation des soins.....	11
UN PREMIER BILAN DESTINE A NOURRIR LA MISE EN ŒUVRE	12
➔ Une mise en œuvre progressive	12
➔ Un premier bilan	13
Le développement des stages ambulatoires et l'accompagnement à l'installation	14
CE QUE NOUS AVONS VU	15
LES CLES DE REUSSITE.....	16
➔ Clé de réussite n°1: Garantir de bonnes conditions matérielles d'accueil pour tous les stagiaires	16
➔ Clé de réussite n° 2 : Garantir aux internes des stages de qualité	17
➔ Clé de réussite n° 3 : Structurer et systématiser des politiques d'accompagnement à l'élaboration du projet professionnel et de formation à l'installation	18
LES VERROUS	20
➔ L'insuffisance des effectifs de praticiens agréés maîtres de stage freine le développement des stages ambulatoires, particulièrement dans les zones fragiles.	20
➔ Le lieu d'études prédétermine fortement le choix des lieux de stage et d'exercice.....	21
➔ Certaines règles administratives encadrant l'ouverture et la réalisation des stages mériteraient d'être assouplies.	21
➔ L'installation demeure trop souvent un parcours du combattant.....	22
EN BREF - NOS PROPOSITIONS.....	22
Le développement de l'exercice coordonné.....	23
CE QUE NOUS AVONS VU	25
CLES DE REUSSITE	28
➔ Clé de réussite n°1: Faire émerger de nouveaux métiers pour la gestion des soins de ville 28	28
➔ Clé de réussite n°2 : Garantir une continuité du soutien public aux porteurs de projet. 30	30
➔ Clé de réussite n°3 : Positionner les CPTS, notamment dans les zones fragiles, comme des leviers au service de l'accès aux soins	31
LES VERROUS	35
➔ La multiplication de procédures parallèles pour des objets proches est source de complexité et de rigidité pour les équipes professionnelles.	35
➔ La responsabilité personnelle des associés de SISA peut constituer un frein à l'installation dans ce type de structures.....	35
EN BREF - NOS PROPOSITIONS.....	36



La révolution numérique en santé.....	37
CE QUE NOUS AVONS VU	39
LES CLES DE REUSSITE.....	40
➔ Clé de réussite n° 1 : Accompagner la conception des projets de télémédecine.....	40
➔ Clé de réussite n° 2 : Accompagner l'appropriation des nouvelles technologies par les professionnels de santé.....	40
➔ Clé de réussite n°3 : Intégrer la télémédecine dans les projets territoriaux d'exercice coordonné, en particulier dans les zones fragiles.....	41
LES VERROUS	43
➔ Le déploiement de la télémédecine suppose que les territoires bénéficient de débits internet suffisants.....	43
➔ La télémédecine est aujourd'hui conçue comme une pratique exclusivement médicale, ce qui limite son développement et les applications possibles.	43
EN BREF - NOS PROPOSITIONS.....	44
LA PROJECTION DE TEMPS MEDICAL	45
CE QUE NOUS AVONS VU	45
LES CLES DE REUSSITE.....	47
➔ Clé de réussite n°1 : Adapter le parcours de soins à ces nouveaux modes d'exercice	47
➔ Clé de réussite n°2 : Organiser et systématiser le développement des consultations avancées et des cabinets secondaires	47
➔ Clé de réussite n°3 : Valoriser la responsabilité territoriale des établissements de santé	48
LES VERROUS	49
➔ Les professionnels qui s'engagent dans ces formes d'exercice décentralisées doivent être financièrement gagnants.	49
➔ L'implantation de ressources médicales à temps partiel ou sous forme itinérante suscite encore trop souvent l'inquiétude des professionnels de santé du territoire et la réticence des institutions ordinales.	49
➔ L'exercice en cabinet secondaire se heurte aujourd'hui à des freins de nature fiscale.	50
➔ Le régime du cumul emploi retraite demeure parfois trop peu incitatif.	50
➔ La double identification administrative et conventionnelle des professionnels de santé peut freiner leur mobilité.	51
EN BREF - NOS PROPOSITIONS.....	52
DYNAMIQUES ET COOPERATIONS INTERPROFESSIONNELLES	53
CE QUE NOUS AVONS VU	54
LES CLES DE REUSSITE.....	54
➔ Clé de réussite n°1 : Favoriser la pleine appropriation par chaque type de profession de santé de son champ de compétences.....	54
➔ Clé de réussite n°2 : Développer la culture de l'inter-professionnalité dans la formation initiale et continue des professionnels de santé.....	55
LES VERROUS	57
➔ Le développement des compétences des professionnels de santé non médecins doit pouvoir s'envisager en droit commun et non exclusivement dans les cadres dérogatoires et expérimentaux existants.	57
➔ L'exercice coordonné demeure encore parfois médico-centré.....	58
EN BREF - NOS PROPOSITIONS.....	58
Simplification administrative et temps médical	59
CE QUE NOUS AVONS VU	60
LES CLES DE REUSSITE.....	60



→ Clé de réussite n°1 : Eduquer et former les patients aux bons usages du système de santé	60
→ Clé de réussite n°2 : Réduire les motifs administratifs de consultation médicale	60
LES VERROUS	61
→ L'application des règles fiscales est parfois source de complexité et d'incertitude pour les professionnels	61
EN BREF - NOS PROPOSITIONS	62
La mise en œuvre du plan sur les territoires	63
LE PLAN D'ACCES AUX SOINS SE VEUT TERRITORIALISE ET PARTENARIAL	63
→ Les professionnels de santé	64
→ Les élus locaux	65
→ Les ARS	66
EN BREF - NOS PROPOSITIONS	67
Conclusion	68
→ Des pistes nombreuses destinées à enrichir le plan	68
→ Une responsabilité collective	68



LES DELEGUES A L'ACCES AUX SOINS

Le plan d'accès aux soins a été annoncé le 13 octobre par le Premier ministre et la Ministre des Solidarités et de la Santé. La mise en œuvre de ce plan se veut pragmatique et évolutive : les résultats qu'il produit sur le terrain font l'objet d'un suivi régulier, qui doit permettre d'ajuster en continu ses principales mesures et d'inspirer l'adoption de mesures complémentaires. C'est dans cette perspective que Sophie AUGROS, Thomas MESNIER et Elisabeth DOINEAU ont été désignés délégués nationaux à l'accès aux soins.

QUI SONT-ILS ?



Docteur Sophie AUGROS
Médecin généraliste

Le Dr Sophie Augros, généraliste installée en maison de santé à Aime-la-Plagne (Savoie), a présidé pendant plusieurs années l'antenne régionale du Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants (ReAGJIR) en Rhône-Alpes, avant d'en assumer la présidence nationale en 2016 et 2017. Elle exerce aujourd'hui en parallèle de son activité de médecin généraliste le rôle de facilitatrice pour la fédération régionale des maisons de santé en Auvergne Rhône Alpes (FEMASAURA).



Docteur Thomas MESNIER
Député de Charente

Au cours de ses études à l'université de Poitiers, Thomas Mesnier s'est engagé au sein de l'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF). En 2013, il est devenu médecin urgentiste au centre hospitalier d'Angoulême. Il y a exercé en tant qu'assistant spécialiste, puis praticien hospitalier au sein des urgences et du SAMU / SMUR. Elu député en 2017, il siège à la commission des affaires sociales. Parallèlement à ses fonctions de délégué à l'accès aux soins, il a été chargé par la Ministre des affaires sociales et de la santé d'une mission relative à l'organisation des soins non programmés, dont les conclusions ont été remises au printemps 2018.

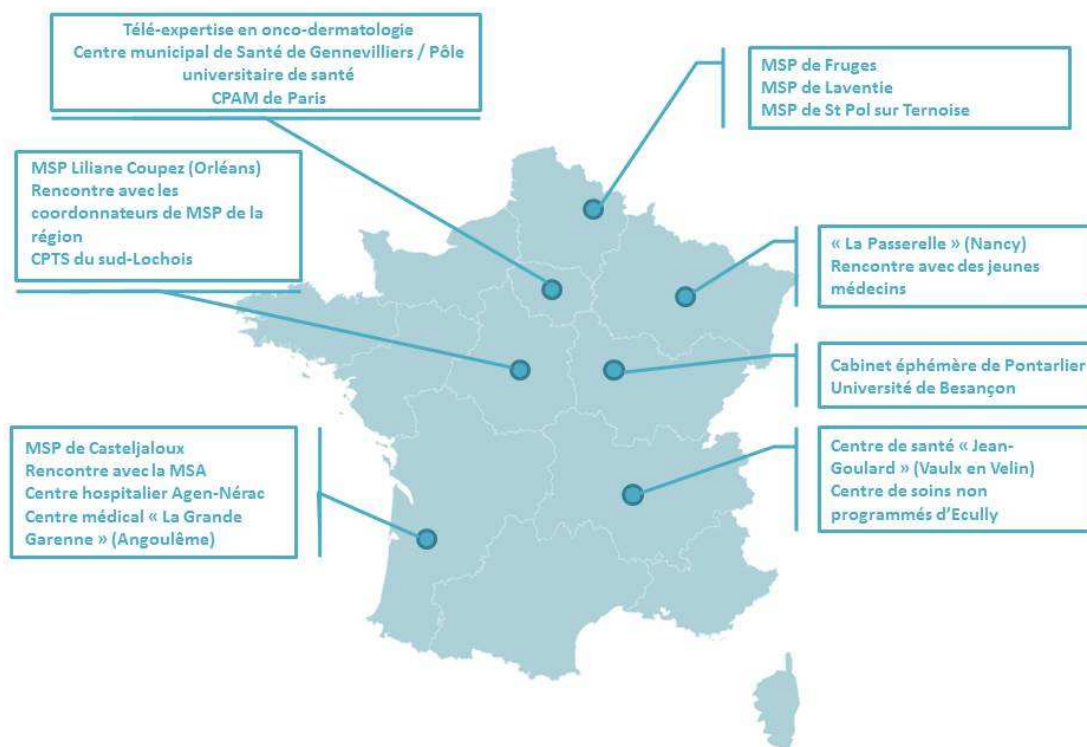


Elisabeth DOINEAU
Sénatrice de Mayenne

Élisabeth Doineau est une élue de terrain depuis près de trente ans. Maire de la Rouaudière de 1995 à 2008, elle a exercé les fonctions de conseillère régionale des Pays de la Loire de 2008 à 2014. Elle est actuellement conseillère départementale de la Mayenne (présidente de la commission solidarité, enfance, famille) et sénatrice de la Mayenne (depuis septembre 2014). Au Sénat, elle occupe la fonction de Vice-présidente de la commission des Affaires sociales.

QUEL EST LEUR ROLE ?

Les délégués à l'accès aux soins ont été désignés pour porter le plan d'accès aux soins auprès de l'ensemble des acteurs concernés. Ils sont chargés de faire remonter les expériences réussies de chaque territoire, mais aussi d'identifier les difficultés et les freins rencontrés sur le terrain. Leurs retours d'expérience doivent leur permettre d'être force de proposition auprès du comité national de suivi, afin d'adapter le plan aux nouveaux besoins des professionnels et des patients.



LE TOUR DE FRANCE DES DELEGUES

Le choc de la démographie médicale frappe aujourd'hui de plein fouet nos territoires. Les difficultés d'accès aux soins s'accroissent et sont désormais au cœur des préoccupations de nos concitoyens.

DES DIFFICULTES CROISSANTES AUX CONSEQUENCES TRES CONCRETES

Notre tour de France des territoires fragiles nous a permis d'en mesurer pleinement les implications quotidiennes et concrètes.

→ Vu du patient

Pour les patients, ces évolutions se traduisent par des **difficultés croissantes à trouver un médecin traitant**. 75 Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) identifient des difficultés dans ce domaine sur leur territoire ; l'Assurance Maladie estime que 8,6% des assurés de plus de 16 ans n'ont pas de médecin traitant aujourd'hui, même si certains bénéficient d'un médecin traitant fictif dans les bases de l'Assurance Maladie¹.

Même pour ceux qui disposent d'un médecin traitant, il devient **difficile d'accéder à une consultation sans rendez-vous, et les délais d'attente s'allongent** pour accéder à certaines spécialités. A mesure que l'offre de soins devient plus rare et se concentre dans les centre-bourgs², les temps de trajets s'allongent, dans un contexte où par ailleurs les médecins deviennent de plus en plus réticents à prescrire des transports sanitaires, ce qui peut être source de difficultés pour des patients isolés et peu mobiles.

1 L'Assurance Maladie maintient dans certains cas dans ses fichiers un médecin traitant ayant cessé son activité, lorsque le patient ne parvient pas à le remplacer, et ce afin de ne pas pénaliser financièrement ce dernier.

2 Le regroupement des professionnels de santé au sein de maisons pluri-professionnelles induit mécaniquement, par rapport à l'exercice libéral isolé, une certaine concentration territoriale de l'offre de soins.

On peut craindre que ces difficultés croissantes ne se traduisent demain par des comportements de renoncement aux soins, avec des conséquences potentiellement néfastes en matière de santé publique, bien que ce phénomène reste encore difficile à appréhender et à chiffrer avec rigueur.

→ Vu du médecin

Cette situation n'est pas sans conséquence pour les médecins eux-mêmes, confrontés à **des salles d'attente toujours pleines** et à la pression – parfois physique – des patients en demande d'une consultation. Il en résulte hélas **des situations d'épuisement ainsi qu'une perte de sens** chez les professionnels de santé, particulièrement ceux installés en zone fragile.

« On a beaucoup de pression des gens, ils estiment qu'on a le devoir de les recevoir »

un jeune médecin installé en Meurthe et Moselle.

« C'est dévastateur pour nous psychologiquement de devoir toujours dire non aux patients. »

un médecin du cabinet éphémère de Pontarlier.

Quelles que soient ces difficultés, toutefois, **nous avons rencontré partout des médecins dévoués et passionnés**. Cet engagement a des visages différents selon les territoires et les générations, mais il témoigne partout d'une même vocation. Contrairement aux idées reçues, celle-ci n'est pas en voie de disparition : certains des étudiants que nous avons rencontré nous ont exprimé leur intérêt pour une médecine familiale de proximité, rurale ou en banlieue. Ces médecins méritent aujourd'hui le soutien des pouvoirs publics et la reconnaissance de leurs concitoyens.

« Je suis médecin généraliste, c'est mon métier. Je suis libéral, c'est mon statut. Mais avant tout, je suis médecin de territoire. C'est ma vocation »

un médecin installé dans le Pas-de-Calais.

→ Vu du système de santé

Les autres professionnels de santé subissent mécaniquement les conséquences négatives de cette raréfaction de la ressource médicale. C'est le cas, en particulier, de ceux qui dépendent de prescriptions médicales – pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, infirmières, pédicures-podologues notamment.

La tension croissante sur la médecine de ville se répercute enfin inévitablement sur d'autres compartiments de notre système de santé. Ainsi, la très forte augmentation du recours aux urgences se nourrit des carences de l'offre de soins en ville, qui peine à prendre en charge efficacement les soins non programmés.

Plus largement, de très nombreux services à la population, publics ou privés, pâtissent aujourd'hui du déficit de médecins en activité. Nous avons été confrontés à des exemples nombreux : les résidents en EHPAD restent confrontés et des difficultés d'accès à la médecine de ville, et les établissements à recruter des médecins coordonnateurs ; les juges peinent à faire exécuter les obligations de soins qu'ils imposent aux personnes placées sous-main de justice ; les conseils départementaux font face à d'importantes difficultés de recrutement au sein de leurs services de PMI, etc.

DES CARENCES HERITEES DES ERREURS DU PASSE

On ne reviendra pas ici en détail sur les constats statistiques, déjà analysés dans de très nombreuses notes et rapports³. Le nombre de médecins généralistes ou spécialistes en accès direct, est en baisse régulière depuis 2010 ; **cette baisse est susceptible de se poursuivre jusqu'en 2025** et ne sera que très partiellement compensée par la hausse des professionnels exerçant comme salariés. Parallèlement, le temps de travail des médecins est en baisse, de sorte que l'offre de soins diminue plus que proportionnellement au nombre de professionnels en activité. Enfin, cette baisse s'effectue dans un contexte de croissance démographique et d'accroissement de la demande de soins tirée notamment par le vieillissement de la population et l'essor des pathologies chroniques.

Ces difficultés constituent largement un héritage des mauvaises décisions prises par le passé. Le *numerus clausus* médical n'a cessé d'être abaissé de la fin des années 70 au milieu des années 80 – chutant de 8 588 à sa création en 1971 à 3 500 seulement en 1993. S'il a été relevé de manière continue et très nette à partir des années 2000, pour revenir aujourd'hui quasiment à son niveau initial, il en résulte mécaniquement un phénomène de « creux » démographique qui nous impacte quarante ans plus tard : les générations issues des *numerus clausus* élevées des années 70 partent aujourd'hui progressivement à la retraite, alors que les générations plus nombreuses formées dans les années 2010 arrivent tout juste sur le marché du travail. Ce phénomène nous contraint à affronter plusieurs décennies de pénurie médicale.

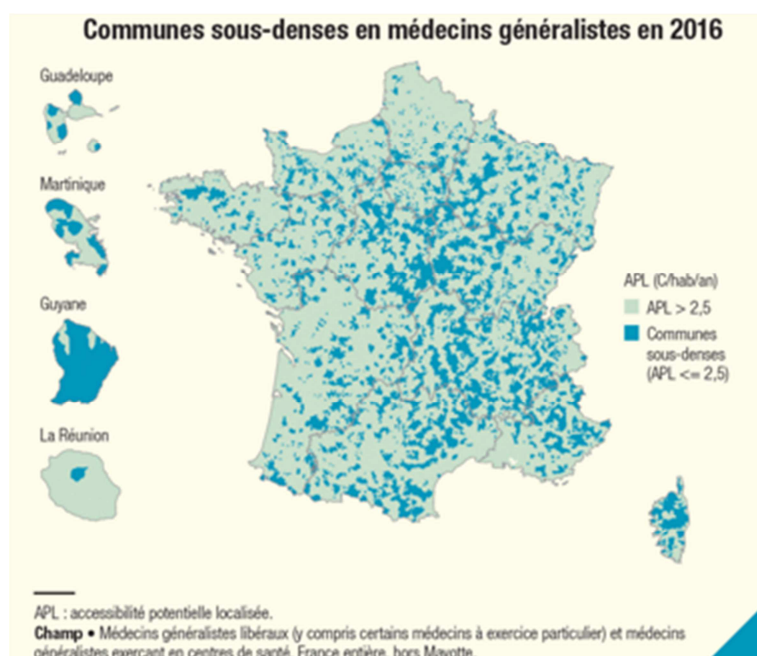
47%

Médecins inscrits
au tableau de l'Ordre
qui ont 60 ans et plus
contre 27% en 2007.

51,2 ans

Age moyen des médecins
en activité régulière
contre 50 ans en 2007.

Ce choc démographique frappe certains territoires plus durement que d'autres. La DREES estime que 8,6% de la population réside dans une commune « sous dense »⁴. Ces communes, concentrées dans certaines régions françaises, sont essentiellement situées en couronne de grands pôles urbains, ainsi que dans les espaces ruraux profonds.



³ Voir notamment : les notes de la DREES, l'Atlas de la démographie médicale publié par le Conseil national de l'Ordre des médecins, le rapport des sénateurs Cardoux et Daudigny en 2017, ou plus récemment le rapport de la Commission d'enquête parlementaire sur l'accès aux soins des français.

⁴ Moins de 2,5 consultations accessibles par habitant et par an.

LE PLAN D'ACCES AUX SOINS N'EST PAS UN « ENIEME PLAN »

Depuis le milieu des années 2000, de nombreuses initiatives de l'Etat, de l'Assurance Maladie et des élus locaux ont été mises en place pour corriger l'inégale répartition des professionnels de santé. Le Pacte Territoire Santé lancé en 2012 a cherché à structurer un premier plan d'action global en faveur de l'accès aux soins.

Le plan pour le renforcement de l'accès territorial aux soins présenté par le Premier ministre et par la Ministre des solidarités et de la santé en octobre 2017 capitalise bien sûr sur ces dynamiques antérieures. **Il ne constitue pas pour autant un « énième plan », puisqu'il s'appuie sur une vision nouvelle et une palette d'outils largement renouvelés.** Sa philosophie se veut résolument pragmatique et territorialisée.

→ Partir des territoires

On connaît le peu de succès que rencontrent en général les solutions imaginées à Paris et déclinées uniformément dans toute la France. Le plan d'accès aux soins repose sur la philosophie inverse : il entend mettre une série d'outils et de leviers à disposition des acteurs locaux. Il revient à ces derniers d'élaborer les projets qui correspondent aux réalités et aux contraintes de leur territoire.

Nous avons d'ailleurs pu constater la grande inventivité des acteurs de terrain, qui ont su imaginer des initiatives nombreuses, riches et variées pour améliorer l'accès aux soins sur le territoire.

→ Raisonner en temps médical

Trop longtemps les pouvoirs publics ont raisonné en nombre de médecins. Ce qui compte pourtant pour les patients, ce n'est pas tant d'avoir un médecin installé dans leur commune que d'avoir accès à une consultation de proximité dans des délais raisonnables. Ce constat invite à agir, au-delà des aides à l'installation, **sur le temps médical, c'est-à-dire le temps que les médecins sont susceptibles de consacrer aux soins** : encourager la délégation à d'autres professionnels de santé les tâches à plus faible plus-value médicale, limiter la charge administrative qu'implique l'exercice libéral, sont à ce titre devenues des priorités.

→ Transformer l'organisation des soins

Ce qui se joue bien souvent derrière l'accès aux soins, **ce sont des changements profonds dans la manière d'exercer la médecine** : de façon mixte, mobile, en équipe, en coopération avec d'autres professionnels de santé, en assumant de plus en plus une responsabilité que l'on peut qualifier de « populationnelle », en s'appuyant sur les outils numériques, en gérant des entreprises complexes comme le sont les structures d'exercice coordonné. Le plan d'accès aux soins entend encourager ces évolutions : **c'est dans et à partir des zones fragiles que s'inventent les soins primaires de demain.** Les acteurs de terrain que nous avons rencontrés sont d'ailleurs pleinement conscients de leur rôle de pionniers de ces nouveaux modes d'exercice.

« Nous sommes à l'aube d'une nouvelle manière de pratiquer la médecine, qu'on ne nous a pas enseignée en faculté »

un médecin rencontré dans le Pas-de-Calais.

UN PREMIER BILAN DESTINE A NOURRIR LA MISE EN ŒUVRE

→ Une mise en œuvre progressive

Le plan d'accès aux soins a été mis en œuvre avec le volontarisme qu'exige l'urgence de la situation. La LFSS pour 2018 est venue concrétiser plusieurs mesures, telles que la mise en place d'un régime social plus généreux pour le cumul emploi-retraite, l'augmentation des effectifs d'ASALEE⁵ ou la mise en place d'une procédure accélérée pour les protocoles de coopération entre professionnels de santé⁶.

Toutefois, d'autres mesures, qui appelaient une concertation voire des négociations avec les professionnels de santé, ont mis un peu plus de temps à se concrétiser : c'est le cas des infirmières de pratiques avancées, dont le cadre juridique et le modèle économique ont été définitivement arrêtés au mois de juillet ou encore de la télémédecine. Il a fallu quelques mois aux ARS pour définir des déclinaisons régionales et départementales concertées avec leurs partenaires, d'autant que la révision du zonage des aides a mobilisé les énergies de façon prioritaire.

Ainsi, si nos déplacements nous ont permis d'observer les premiers mois d'existence du plan, **la dynamique observée est encore récente** et devrait sans aucun doute s'amplifier dans les mois à venir.

LE PLAN D'ACCES AUX SOINS : PREMIER BILAN

Le comité national de suivi de juillet 2018 a été l'occasion de dresser un premier état des lieux des principaux chantiers du plan d'accès aux soins.

10 ARS ont publié leur arrêté révisant le zonage des différentes aides existantes. Dans ces zones redéfinies, le déploiement des différents contrats incitatifs se poursuit.

- Le contrat d'engagement de service public (CESP), qui offre aux étudiants en médecine et en odontologie une bourse d'études en contrepartie d'une installation dans une zone sous-dense, connaît un succès indéniable. Plus de 2 800 contrats ont été signés depuis la mise en place du dispositif, avec une croissance régulière du nombre de nouveaux signataires (+ 13% en 2017-18 par rapport à l'année précédente).
- Près de 400 jeunes médecins ont pu par ailleurs bénéficier du contrat d'aide à l'installation médicale (CAIM) de l'Assurance Maladie, qui soutient financièrement les installations dans des zones sous-denses.

De nouveaux outils ont pu être mis à disposition des acteurs de terrain :

- Le décret créant une prime de 200 € par mois à destination des internes réalisant un stage ambulatoire en zone sous-dense éloignée des universités a été publié et entrera en vigueur en novembre.
- L'avenant n°6 à la convention médicale, signé le 15 juin 2018, a revalorisé le contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM), destiné aux médecins libéraux effectuant des consultations de manière ponctuelle mais régulière dans les zones sous-dense. A compter de février 2019, les honoraires de ces consultations seront bonifiés de 25% (contre 10% actuellement).
- Le même avenant permet de faire rentrer la télémédecine dans le droit commun du financement des actes effectués en ville en charge des actes de télémédecine.
- Le cadre d'exercice des assistants partagés ville / hôpital a été arrêté. Cela permettra à la première promotion (100 jeunes médecins) de recevoir dès novembre 2018 un financement pour deux ans. Ces postes visent à permettre à de jeunes médecins de développer un exercice mixte entre une structure hospitalière et une structure ambulatoire (centre de santé, maison de santé

⁵ Le protocole de coopération ASALEE permet à des infirmières de prendre en charge le suivi de certains patients atteints de pathologies chroniques dans le cadre d'un travail en équipe avec des médecins généralistes.

⁶ Les protocoles de coopération entre professionnels de santé, dès lors qu'ils dérogent aux compétences prévues par les textes réglementaires pour chaque profession, font l'objet d'une procédure de validation spécifique, qui fait intervenir l'ARS compétente, la Haute autorité de santé ainsi qu'un collège des financeurs. L'article 55 de la LFSS pour 2018 prévoit que cette procédure sera réalisée dans un délai de 6 mois maximum dès lors que le protocole de coopération s'inscrit dans une thématique jugée prioritaire.

pluridisciplinaire notamment). Les effectifs de ce dispositif seront portés à 300 l'année prochaine.

- Les textes relatifs aux conditions de formation et des infirmiers en pratique avancée (IPA) ont été publiés. Une dizaine d'universités devraient proposer une formation de niveau master dès septembre 2018. Associé à des dispositifs de validation de l'expérience et des diplômes déjà obtenus, ceci devrait permettre l'entrée en activité de 500 IPA en 2020, de 1 200 en 2021 et de près de 2 000 en 2022.
- L'instruction relative au guichet unique d'information et d'orientation des professionnels de santé a été diffusée aux réseaux ARS et Assurance Maladie le 10 avril dernier. L'objectif est que tous les professionnels de santé puissent, grâce à un point d'entrée unique, avoir accès aux informations, aides et accompagnements utiles aux étapes clés de leur projet professionnel et personnel, depuis leur installation jusqu'à leur retraite. Dans chaque région, un schéma de mise en place du guichet unique prévoit la création d'un guichet commun ARS/Assurance Maladie dès le mois de juin et l'extension à d'autres partenaires à compter du mois de décembre (Ordres, URPS, URSSAF, MSA, etc.).

En outre, la réussite du plan dépend essentiellement des coopérations locales : sur certains territoires, il faudra du temps pour identifier des leaders, dépasser les cloisonnements et les corporatismes, construire la confiance : cela ne se fait pas en un jour.

→ Un premier bilan

Nos déplacements ont été l'occasion d'un premier bilan, non pas des résultats, mais de la dynamique de mise en œuvre du plan sur un certain nombre de territoires, choisis pour leur diversité, du rural profond aux quartiers sensibles.

Le présent rapport retrace les discussions que nous avons eues avec les acteurs de terrain – professionnels de santé, coordinateurs de structures, élus locaux, étudiants, acteurs universitaires. Les auditions que nous avons pu conduire avec des représentants institutionnels nationaux (ordres professionnels, fédérations hospitalières ou encore associations d'élus locaux) ont également nourri nos réflexions.

Il propose pour chacun des axes du plan une série de « clés de réussite », qui sont autant de conditions politiques, juridiques, culturelles ou matérielles au bon déploiement des mesures annoncées par le Premier ministre. Il liste également plusieurs « verrous », qui correspondent aux irritants, blocages ou difficultés identifiées par les acteurs que nous avons rencontrés.

AXE 1

Le développement des stages ambulatoires et l'accompagnement à l'installation

Le choix d'une spécialité, d'un territoire et d'un mode d'exercice constitue, pour un jeune professionnel de santé, une décision déterminante. Pourtant, **les études de santé n'offrent aujourd'hui que peu de place à la définition d'un projet professionnel**. Les étudiants en médecine, en particulier, peinent à se projeter dans l'avenir, en raison de leur parcours universitaire haché, marqué par une succession d'épreuves et par la place déterminante de leur rang de classement – et non de leur projet professionnel – dans le choix des stages et des spécialités.

« On a fait dix ans d'études très contraignantes, on n'a pas beaucoup eu le temps de se poser de questions, donc s'installer et s'engager tout de suite pour dix ans... ce n'est pas trop notre truc »

Une interne de médecine générale de l'université de Nancy.

En l'absence de soutien et d'accompagnement pour construire leur projet professionnel, **les étudiants tendent naturellement à repousser leur projet d'installation** en optant pour une période, de plus en plus longue, d'exercice sous statut de remplaçant, ou en s'orientant vers l'exercice salarié et vers les territoires métropolitains déjà les mieux dotés en ressources médicales. L'exercice libéral et ambulatoire est en effet souvent associé, dans leur esprit, à la complexité administrative et fiscale, au risque économique, à l'isolement professionnel. Les territoires ruraux et les quartiers sensibles sont quant à eux souvent méconnus ou caricaturés.

Dans ce contexte, **les stages apparaissent comme un levier essentiel** pour leur faire découvrir les réalités des territoires fragiles ainsi que la richesse des modes d'exercice, et orienter ainsi les vocations. C'est pourquoi le plan d'accès aux soins entend développer massivement les stages ambulatoires, en priorité dans les zones fragiles. Cette ambition est cohérente avec la réforme du troisième cycle des études médicales⁷, qui prévoit que la moitié des stages de médecine générale se fera en ambulatoire, et qui introduit pour la première fois des stages en ambulatoire dans d'autres spécialités telles que la gynécologie, la rhumatologie ou la pédiatrie. Le développement des stages au sein des hôpitaux de proximité est également recherché.

L'accompagnement à l'installation constitue une seconde étape déterminante pour les jeunes médecins, qu'ils viennent de soutenir leur thèse ou qu'ils aient choisi de débiter leur vie professionnelle par quelques années de remplacement. Les démarches requises pour l'installation sont nombreuses et complexes ; certains professionnels de santé ont pu les qualifier lors de nos auditions d' « *épouvantail administratif* ». Certes, les informations nécessaires sont aujourd'hui abondantes et facilement accessibles, notamment sur internet ; les guichets uniques en cours de structuration dans chaque région, vont d'ailleurs dans ce sens. Toutefois la diversité des sources existantes, la multiplicité des interlocuteurs, la complexité des situations individuelles, appellent un véritable accompagnement individuel, c'est-à-dire à la fois humain, personnalisé et suivi dans le temps.

⁷ Réforme mise en place par le décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 qui est entrée en vigueur à l'automne 2017



CE QUE NOUS AVONS VU



Echange avec les étudiants et les internes en médecine générale des UFR Santé de l'Université de Franche-Comté et de Lorraine

Les étudiants rencontrés ont pu témoigner de leur difficulté à se projeter dans leur futur exercice professionnel, en raison notamment du caractère absorbant de leur cursus universitaire. Comme l'exprime une interne rencontrée à Besançon : « *Notre objectif, c'est de remplir la maquette. Etape après étape, on est toujours la tête dans le guidon* ».

Interrogés sur leur projet professionnel, certains évoquent une vocation pour la médecine générale, et indiquent spontanément leur intérêt pour l'exercice regroupé en maison de santé. Beaucoup envisagent quelques années de remplacement comme une phase de test leur permettant de « *découvrir tous les modes d'exercice* », de « *consolider leur projet* ». Bien que le remplacement soit perçu comme financièrement attractif – offrant une rémunération intéressante au regard de la charge de travail – il n'est jamais évoqué comme un projet de long terme : être médecin généraliste, c'est, presque par nature, être installé quelque part, pour pouvoir « *suivre ses patients sur le long terme* ».

Le développement des stages ambulatoires correspond pleinement aux attentes des externes comme des internes. Ils sont considérés comme particulièrement formateurs. Les étudiants disent apprécier les caractéristiques de la patientèle, la diversité des pathologies rencontrées, l'expérience responsabilisante que constitue l'exercice isolé, sans le soutien logistique et technique que peut apporter un centre hospitalier et ses multiples services spécialisés.

« *Après 6 ans au CHU, on n'est plus habitués à travailler sans les plateaux techniques de pointe et les services spécialisés. Le stage en ambulatoire, c'est très angoissant, cela nous apprend à gérer le stress, à réagir seul et sans paniquer face à des situations délicates, par exemple un patient alcoolique qui devient agressif* », raconte ainsi un jeune interne à Besançon.

Ces entretiens ont confirmé le rôle déterminant que sont susceptibles de jouer les stages dans le choix de la médecine générale, d'abord, puis de l'exercice libéral en zone fragile, d'autre part. Comme l'exprime un interne de l'Université de Lorraine : « *Je suis parti en stage en disant : exercer à la campagne, jamais ça ! Je suis revenu en me disant : finalement, pourquoi pas ?* ».



« La Passerelle » à la faculté de médecine de Lorraine (Meurthe-et-Moselle)

L'ARS Grand Est a mis en place en septembre 2017, avec la Faculté de Médecine de Nancy, le Conseil Départemental de l'Ordre des médecins de Meurthe et Moselle, l'URPS médecins et le Conseil régional, un laboratoire territorial d'aide à l'installation, baptisé « La Passerelle ».

Porté par le CDOM et financé par l'ARS, ce dispositif vise à faciliter l'installation des étudiants dans leur région de formation. Une chargée de mission est installée au sein du Département de Médecine Générale et se tient à disposition des étudiants pour les accompagner dans la définition et la mise en œuvre de leur projet professionnel, mettre en place un accompagnement personnalisé (étapes administratives, comptables, fiscales, ordinales, conventionnelles...), de les informer sur les lieux et modes d'exercice, les aides à l'installation, mais aussi lever les barrières et les craintes liées à leur projet.

La démarche et les outils (guide d'entretien semi-directif, rétro-planning de l'installation, contacts utiles précis pour chacune des démarches...) ont été co-construits avec les structures représentatives des internes et des jeunes médecins. En parallèle, la Passerelle mène une action proactive en direction des médecins du territoire afin, notamment, d'anticiper les départs en retraite et d'identifier les opportunités de transition et de succession par un jeune professionnel. Ce dispositif est en passe d'être dupliqué dans deux autres universités de la région Grand Est.



LES CLES DE REUSSITE

→ Clé de réussite n°1:

Garantir de bonnes conditions matérielles d'accueil pour tous les stagiaires

La réalisation d'un stage en ambulatoire, *a fortiori* dans une zone fragile, éloignée de la ville de faculté, est souvent synonyme de difficultés matérielles et financières pour les étudiants. Ceux que nous avons rencontrés à l'occasion de nos déplacements ont pu en témoigner. La multiplication des trajets entre le lieu de stage et la ville de faculté, dans laquelle continuent de se dérouler certains enseignements, et où certains sont contraints de conserver un logement⁸, entraînent des frais de déplacement importants ainsi que des problématiques épineuses de double loyers. La constitution de binômes, voire de trinômes, de maîtres de stage, lorsque ceux-ci exercent dans des sites distincts, peut rendre la situation encore plus complexe.

« J'ai fait le choix d'être mobile et de payer un double logement pour pouvoir avoir de bons stages. Tout le monde ne peut pas se le permettre »

Un interne de médecine générale de l'Université de France Comté.

Plusieurs solutions émergent aujourd'hui en réponse à cette problématique. En particulier, la construction ou mise à disposition de logements par les collectivités locales. Cela peut prendre la forme d' « **internats ruraux** », ouverts à l'ensemble des étudiants en santé, afin de lutter contre l'isolement des stagiaires et de cultiver l'inter-professionnalité. On recense une dizaine de projets ou de réalisations de ce type aujourd'hui.

Le plan d'accès aux soins a prévu **de mieux indemniser les internes** lorsqu'ils réalisent un stage en ambulatoire dans une zone sous-dense éloignée de leur lieu de faculté, et qu'aucun logement ne peut leur être mis à disposition sur place. Cette prime entrera en vigueur en novembre et compensera à hauteur de 200€ par mois les frais de transport et d'hébergement assumés par les internes⁹. Elle ne sera pas cumulative avec les aides financières ou matérielles (hébergement à titre gratuit, par exemple) que fournissent certaines collectivités locales.

Ce dispositif constitue une avancée importante. On peut toutefois s'interroger sur l'opportunité **d'étendre son périmètre**.

- ◆ La priorité est donnée aux stages de troisième cycle, au caractère plus directement professionnalisant, et qui constituent, plus fréquemment que les stages d'externat, un tremplin vers l'installation. Pourtant, les textes prévoient depuis près de vingt ans la réalisation obligatoire d'un stage d'initiation à la médecine générale, en cabinet libéral ou en maison ou centre de santé, pendant l'externat. Ce stage n'est pas réalisé partout, en raison d'un déficit de maîtres de stage, mais aussi d'un manque de volontarisme des UFR Santé. Il n'en constitue pas moins une étape essentielle pour découvrir une spécialité méconnue et trop souvent dévalorisée, au sein d'un second cycle qui demeure par ailleurs fortement hospitalo-universitaire. « *C'est une très bonne chose que ce stage soit obligatoire*, résume une externe rencontrée à Besançon, *il élargit nos horizons, car on a au départ une vision archaïque de la médecine générale* ». Pourtant, il s'effectue parfois dans des conditions matérielles difficiles : « *On n'a pas droit à la bourse étudiante sur critères sociaux pendant l'été*, témoigne ainsi une externe, *alors que nos déplacements peuvent nous coûter jusqu'à 400 Euros par mois en frais d'essence, et qu'on n'est payés que 100 à 200 Euros par mois* ». Une extension de la prime de stage aux élèves externes -

⁸ Certains peuvent être y contraints pour des raisons familiales (l'internat peut coïncider pour certaines étudiantes avec l'âge de la maternité), lorsque le stage est de courte durée et/ou qu'il se déroule dans plusieurs lieux d'exercice distincts et relativement éloignés les uns des autres.

⁹ Décret 2018-571 du 3 juillet 2018 portant dispositions applicables aux étudiants de troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie

qui bénéficient aujourd'hui d'une simple indemnité de transports¹⁰ - pourrait à ce titre être explorée. L'ouverture d'un onzième mois de bourses sur critères sociaux pour les externes en médecine constitue une solution alternative, gage d'un soutien financier automatique (pas de non-recours) et ciblé sur les étudiants modestes.

75%

des élèves de deuxième cycle
avaient réalisé le stage
obligatoire d'initiation à
la médecine générale en 2017

68%

des étudiants de 2^e cycle
ayant fait un tel stage déclarent
qu'il leur a « donné envie
de faire médecine générale »¹¹

Des problématiques similaires peuvent se présenter pour d'autres professions de santé. Les étudiants en troisième cycle de pharmacie et d'odontologie sont d'ailleurs éligibles à la prime de stage récemment créée.

→ Clé de réussite n° 2 : Garantir aux internes des stages de qualité

Les textes réglementaires¹² fixent le nombre minimum de stages à ouvrir dans chaque subdivision à 107% du nombre d'internes inscrits dans chaque spécialité¹³ : c'est ce qu'on appelle le « taux d'inadéquation ». **La réduction ou la suppression de ce taux d'inadéquation permettrait de pouvoir de façon plus systématique les stages ouverts en ambulatoire dans des zones fragiles.** Pour les maîtres de stage, qui font l'effort de se former et d'adapter leur organisation, cela offrirait une garantie de voir leur stage pourvu, et donc davantage de visibilité mais aussi de reconnaissance.

Cette évolution n'est toutefois acceptable pour les internes qu'à condition de garantir la qualité des stages proposés. De trop nombreux internes se plaignent en effet du faible intérêt pédagogique de certains stages, par manque d'implication de leur maître de stage ou parce que la pratique de celui-ci leur semble en décalage avec les normes professionnelles d'aujourd'hui.

« Le maître de stage, il faut qu'il comprenne que ce stage est une formation, pas un remplacement gratuit, et que son travail c'est de nous rendre autonomes, pas juste de nous évaluer »

Un externe de l'Université de Nancy.

La qualité de cet encadrement est bien sûr favorisée par celle de la formation proposée aux maîtres de stage universitaires. Elle pourrait, plus fondamentalement, être renforcée **par une meilleure prise en compte des retours d'expérience des stagiaires, dans les décisions d'agrément**, par les commissions d'évaluation des besoins de formation et par les commissions de subdivision. Les textes actuels¹⁴ se limitent à prévoir que les grilles d'évaluation remplies par les étudiants, « portant notamment sur les aspects pédagogiques et les conditions de travail et d'exercice », sont partagées au sein de la commission de subdivision, et que celles-ci « en tient compte lorsqu'elle se réunit pour l'agrément des lieux de stage », et notamment pour le renouvellement des agréments, aujourd'hui prévu tous les 5 ans. Une rénovation de ces grilles, une révision plus fréquente des agréments, la possibilité pour un stagiaire de demander le réexamen de l'agrément de son maître de

¹⁰ Les externes bénéficient, comme d'ailleurs les internes en médecine, odontologie et pharmacie, d'une indemnité forfaitaire de transports, prévue à l'article D 6153-58-1 du code de la santé publique, lorsque leur stage est réalisé à plus de 15 km de leur CHU de rattachement. Cette indemnité est fixée à 130 Euros mensuels bruts.

¹¹ D'après une enquête réalisée par le CNOM et publiée dans L'Atlas de la démographie médicale, 2016

¹² Arrêté du 20 février 2015 fixant un taux d'inadéquation pour les choix de postes semestriels des internes de médecine, d'odontologie et de pharmacie

¹³ Sauf dérogation accordée par la ministre à la commission d'évaluation des besoins de formation.

¹⁴ Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

stage, sont autant de pistes à explorer pour renforcer l'évaluation *in concreto* de la qualité pédagogique.

→ **Clé de réussite n° 3 :**

Structurer et systématiser des politiques d'accompagnement à l'élaboration du projet professionnel et de formation à l'installation

Aujourd'hui, l'installation fait peur, et particulièrement en libéral. La structuration dans chaque région de guichets uniques susceptibles d'apporter une réponse aux questions des professionnels de santé sur leurs démarches d'installation et leur exercice constitue de ce point de vue un progrès. Toutefois ces guichets uniques restent encore souvent conçus pour pouvoir délivrer une information ponctuelle, éventuellement orienter les professionnels de santé vers l'interlocuteur pertinent pour répondre à une question donnée. D'autres types de besoins sont aujourd'hui exprimés par les jeunes professionnels que nous avons rencontrés.

Un besoin d'accompagnement au projet professionnel et à l'installation

Celui, tout d'abord, d'être non seulement informés mais aussi accompagnés, c'est-à-dire de bénéficier d'un accueil personnalisé et suivi dans le temps, principalement en amont de l'installation, et de préférence sous la forme d'un accueil physique.

« Leur dire : « pour telle question, vous appelez l'URSSAF », ce n'est pas une réponse assez précise. Il faut reformuler la question qu'ils se posent, leur donner le bon numéro, intercéder si besoin auprès de l'URSSAF, vérifier ensuite que leur question a bien trouvé une réponse. »

La chargée de mission de Passerelles, à Nancy

Le coaching d'aide à l'installation, mis en œuvre par l'URPS Ile-de-France vise à soutenir les médecins dans leurs démarches administratives, si besoin par la relance des interlocuteurs partenaires. Cet accompagnement concerne aussi la recherche de financements, et en particulier d'aide à l'investissement. Le dispositif « La Passerelle », que nous avons visité en Meurthe-et-Moselle, répond à ce même besoin, en proposant un interlocuteur et des outils dédiés dans les murs de l'université – ce qui le rend facilement accessible pour les étudiants quelle que soit la maturité de leur réflexion quant à leur projet professionnel. Les outils d'accompagnement ont d'ailleurs été co-construits avec les représentants des étudiants, ce qui garantit leur pertinence. **Ce dispositif gagnerait à être dupliqué dans d'autres villes, en capitalisant sur les outils d'ores et déjà développés.** Il pourrait s'intégrer aux futurs guichets uniques. Une réflexion pourrait être engagée sur la déclinaison appropriée dans les départements ne disposant pas d'une université, en s'appuyant sur le conseil départemental, le conseil de l'ordre des médecins, ou la délégation territoriale de l'ARS.

Un besoin de formation à l'exercice libéral

Etre médecin en cabinet libéral, *a fortiori* en MSP, ce n'est pas seulement soigner des patients. C'est aussi prendre des décisions d'investissement, employer une ou plusieurs personnes, faire face à des charges fixes, payer des cotisations sociales, tenir une comptabilité. La maquette actuelle des études de médecine n'impose aucun enseignement obligatoire dans ce domaine. Lorsque les UFR Santé ou, en leur sein, les départements de médecine générale, font le choix de l'aborder, c'est le plus souvent sous la forme de séminaires ou d'ateliers ponctuels et optionnels. **Permettre aux futurs médecins d'appréhender rigoureusement le modèle économique d'un cabinet ou d'une MSP nous semble pourtant essentiel.** Ces nouvelles connaissances pourraient être apportées lors de modules obligatoires en troisième cycle, par exemple au sein des enseignements transversaux universitaires, communs à l'ensemble des spécialités à forte valence ambulatoire.

Au-delà de ces compétences entrepreneuriales et gestionnaires, les internes que nous avons rencontrés disent manquer de connaissances quant au fonctionnement du système de santé, et des institutions de la sphère sociale, connaissances pourtant utiles pour orienter efficacement leurs

patients. Cela est bien sûr particulièrement vrai pour ceux qui se destinent à la médecine générale.

« On va devoir prescrire un SSIAD un jour, et on ne sait même pas ce que c'est. On est vite en difficulté, de façon générale, sur les démarches administratives. Moi, c'est SOS Médecins qui m'a montré comment coder mes actes »

Un interne en médecine générale de l'Université de Lorraine.

Le besoin d'une politique d'accueil sur les territoires

Les acteurs locaux déploient souvent une énergie considérable pour accueillir les internes en stage dans les territoires fragiles – afin de les convaincre de rester – ainsi que pour promouvoir leur territoire auprès des jeunes professionnels susceptibles de venir s'y installer.

Nous avons pu constater que ces politiques sont souvent pilotées par les collectivités locales et tournées largement vers la promotion touristique du territoire. Les internes et les jeunes médecins que nous avons pu interroger, ainsi que les professionnels de l'accompagnement – à La Passerelle, par exemple – considèrent pourtant que les aménités touristiques du territoire constituent rarement un facteur déterminant dans le choix du lieu d'exercice, et ce d'autant plus que les jeunes médecins ne résident plus systématiquement sur leur lieu d'exercice. Les solutions de garde, l'emploi du conjoint, sont spontanément évoqués comme des dimensions plus centrales. Surtout, **beaucoup mettent en exergue l'importance des réseaux professionnels sur le territoire.**

« On ne va pas s'installer dans un endroit où on n'a pas de réseau, des spécialistes pas joignables ou qui refusent de nous prendre au téléphone »

un jeune professionnel installé en Meurthe-et-Moselle.

L'insertion dans un réseau de professionnels de santé libéraux, avec les acteurs du second recours sur le territoire ainsi que la qualité des relations de travail avec l'hôpital de proximité, sont autant de facteurs sécurisants pour les jeunes professionnels. L'organisation d'événements conviviaux, l'intégration des internes aux groupes de pairs et aux groupes qualité, la constitution d'annuaires professionnels territoriaux, la multiplication des journées d'observation auprès d'autres professionnels ou au sein de l'hôpital au cours des stages d'internat, sont susceptibles de faciliter la constitution d'un tel réseau. **Les futures Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pourraient devenir les maîtres d'œuvre de cette politique.**



LES VEROUS

→ **L'insuffisance des effectifs de praticiens agréés maîtres de stage freine le développement des stages ambulatoires, particulièrement dans les zones fragiles.**

On dénombre environ 8 500 praticiens agréés maîtres de stage en médecine générale : ce chiffre est à rapprocher des 10 000 étudiants affectés dans la spécialité ces trois dernières années. Il convient de noter qu'en principe, rien n'empêche un praticien d'accueillir simultanément plusieurs étudiants. A l'inverse, l'agrément ne le contraint pas à former un interne chaque semestre.

2 100

internes ont effectué en 2017-2018 un SASPAS (soit 57% des internes de médecine générale), un stage qui présente la spécificité de venir directement accroître l'offre de soins puisqu'il est réalisé en autonomie supervisée.

300 €

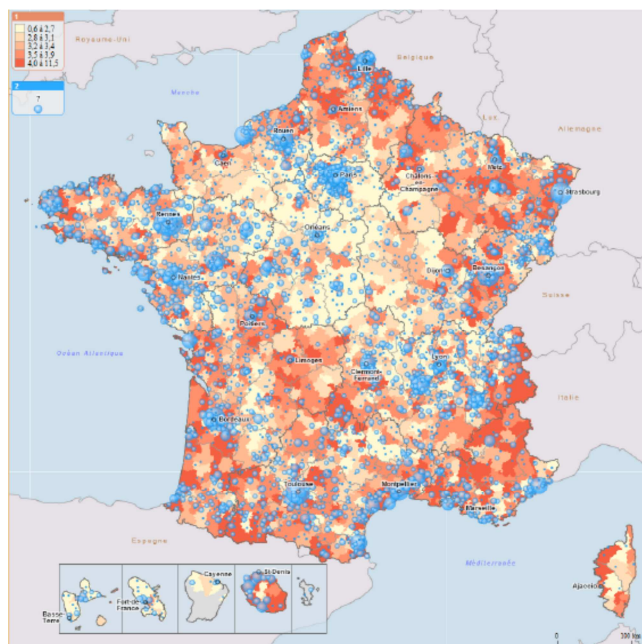
de rémunération mensuelle accordée aux maîtres de stage en zone sous dense, au titre du COSCOM.¹⁵
 Cette rémunération est complémentaire de l'indemnité pédagogique (qui s'élève à 600 € par mois et par terrain de stage) ainsi que de la bonification du forfait structure (30 points en 2018). Le COSCOM et l'indemnité pédagogique sont toutefois proratisés lorsque le stagiaire n'est accueilli qu'un ou deux jours par semaine (stages « partagés » entre plusieurs maîtres de stage), ce qui est fréquent.

91%

des MSP ayant adhéré à l'ACI ont accueilli au moins 2 jeunes professionnels de santé dans le cadre d'un stage en 2017 ; elles ont pu bénéficier d'une rémunération de 3 150 € au titre de cet indicateur.

Il y a donc un déficit de maîtres de stage universitaires (MSU) pour permettre la bonne réalisation des maquettes de formation. Ce constat s'aggrave si l'on prend en compte :

- ◆ **Leur répartition géographique :** comme l'indique la carte ci-dessous, les MSU sont plus nombreux – ce qui parfaitement logique – dans les zones les mieux dotées en médecins. Un travail de terrain, impliquant tant les ARS que les UFR, est donc indispensable pour développer plus fortement la maîtrise de stage dans les zones fragiles.
- ◆ **Le type d'agrément délivrés :** l'arrêté du 12 avril 2017 prévoit l'obligation, pour être maître de stage, d'avoir suivi « une formation préparant à l'accueil, à la



¹⁵ Le COSCOM (contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins) est un contrat conventionnel proposé par l'Assurance maladie aux médecins installés en zone fragile, lorsqu'ils s'impliquent dans des démarches de prise en charge coordonnée, dans l'accueil de stagiaires ou dans la réalisation d'une partie de leur activité au sein d'un hôpital de proximité. Le COSCOM compte déjà plus de 500 signataires.

supervision et à l'évaluation d'un étudiant, expertisée par des personnels enseignants de sa spécialité ». En 2017, l'Agence Nationale du DPC a pris en charge les actions formation à la maîtrise de stage de plus de 2 300 médecins pour un montant de 4,5 M€. En pratique, les départements de médecine générale exigent des niveaux de formation différents pour accueillir des étudiants de 2^e cycle, de 3^e cycle ou de stage en autonomie supervisée dits SASPAS. Seuls 3 755 MSU seraient ainsi agréés pour accueillir ce dernier type de stage. Plusieurs médecins rencontrés sur le terrain nous ont fait part de leur incompréhension quant aux critères exigés par certains départements de médecine générale pour obtenir l'agrément à la maîtrise de stage. Il conviendrait de définir un cadre clair et accessible quant au niveau de formation exigé pour y accéder, ceci afin de permettre son accès au plus grand nombre de médecins motivés.

Les freins et les réticences au développement de la maîtrise de stage sont multiples.

- ◆ **Les formations à la maîtrise de stage demeurent encore peu accessibles :**
certes, elles donnent lieu à indemnisation, mais elles pèsent sur les crédits de formation « hors quota » des médecins, et ne sont le plus souvent dispensées qu'en présentiel¹⁶ et depuis la ville siège d'université. Certaines universités – comme celle de Lille – proposent toutefois des sessions déconcentrées, organisées directement dans des territoires considérés comme fragiles ou reculés, comme ont pu en témoigner les médecins de la MSP de Fruges (Pas-de-Calais). Ces initiatives, peu nombreuses, gagneraient à être encouragées et démultipliées.
- ◆ La maîtrise de stage a été revalorisée financièrement en zone sous-dense, grâce à l'entrée en vigueur du contrat conventionnel COSCOM, qui permet de bénéficier de 300 € (en plus des indemnités pédagogiques de 600 € par mois). Toutefois, **le facteur financier n'est pas le seul frein évoqué par les médecins** :¹⁷ ceux-ci évoquent le manque de temps (67% des répondants), la crainte de la réaction des patients (63%), la crainte d'un regard extérieur sur ses pratiques (25%) ou le manque de compétences pédagogiques (46%). Un travail de conviction est donc indispensable, au plus près des professionnels et des territoires.

→ **Le lieu d'études prédétermine fortement le choix des lieux de stage et d'exercice.**

Une attention particulière doit donc être portée au maillage territorial de ces lieux de formation, qu'il s'agisse des IFSI – sur ce sujet, certains acteurs déplorent un mouvement de concentration géographique – ou des instituts de formation des pédicure-podologues, dont la carte traduit des déséquilibres Nord/Sud évidents. L'absence de facultés dentaires dans certaines régions peut également handicaper la bonne répartition territoriale des chirurgiens-dentistes, comme nous l'ont rappelé les acteurs universitaires en Franche Comté ; le développement d'antennes odontologiques dans ces régions, particulièrement lorsqu'elles connaissent des difficultés importantes d'accès aux soins, constitue à cet égard une solution prometteuse.

→ **Certaines règles administratives encadrant l'ouverture et la réalisation des stages mériteraient d'être assouplies.**

La possibilité de réaliser des stages dans une autre subdivision est prévue dans les textes mais elle semble mal connue, inégalement appliquée et en tout état de cause relativement complexe d'un point de vue administratif. Dans plusieurs cas portés à notre connaissance, ces contraintes peuvent freiner la réalisation de stages ambulatoires dans un département frontalier de la ville de faculté mais extérieur à la subdivision universitaire.

¹⁶ Sur les 23 actions payées par l'ANDPC en 2017 au titre de la maîtrise de stage, 20 sont des actions présentiellees et 3 seulement des actions mixtes.

¹⁷ Enquête réalisée par la délégation départementale de l'Ain de l'ARS (DDARS 01) du 23 août au 7 septembre 2016 via internet auprès des 66 MSU du département

Les conventions de stage-type proposées par les CHU placent le stagiaire sous la responsabilité unique et exclusive de son maître de stage. Cette rédaction limite les possibilités pour les stagiaires de découvrir le travail des autres professionnels de santé – en accompagnant les infirmiers dans une visite à domicile par exemple – y compris lorsque ceux-ci font partie de la même structure d'exercice coordonné. L'un des intérêts de ces stages en ambulatoire devrait pourtant résider dans la découverte d'autres métiers et d'autres réalités professionnelles, au sein d'une structure d'exercice coordonné aujourd'hui, et peut-être d'une CPTS demain.

➔ L'installation demeure trop souvent un parcours du combattant

Les professionnels que nous avons rencontrés ont été nombreux à évoquer le sujet de la complexité administrative de l'installation en libéral. Les démarches demeurent complexes et peuvent retarder les projets d'installation de plusieurs mois. L'inscription au tableau de l'Ordre apparaît comme une étape particulièrement peu fluide. La possibilité d'anticiper cette démarche et de bénéficier d'une inscription à titre provisoire et conditionnel avant de soutenir sa thèse, mise en avant par le CNOM, demeure très largement méconnue. La dématérialisation de la procédure, en projet, pourrait permettre d'accélérer cette étape, centrale dans les démarches des jeunes professionnels.



EN BREF - NOS PROPOSITIONS

Accueil des stagiaires

- Encourager la construction d'internats ruraux par les collectivités territoriales
- Soutenir financièrement les stages en ambulatoire dès l'externat
- Confier aux CPTS la responsabilité de l'intégration professionnelle des internes accueillis sur leur territoire

Gestion des stages

- Veiller à la bonne répartition territoriale des lieux de formation, par exemple en développant des antennes odontologiques là où il n'existe pas de faculté dentaire
- Faciliter la réalisation de stages inter-subdivisions

Accessibilité de la maîtrise de stage

- Clarifier les critères d'agrément à la maîtrise de stage, notamment par une prise en compte rapide et systématique des retours d'expérience des stagiaires
- Développer les formations décentralisées à la maîtrise de stage pour les rendre plus accessibles

Préparation et accompagnement à l'installation

- Généraliser des dispositifs d'accompagnement personnalisé au projet d'installation, par exemple en dupliquant le projet « Passerelles »
- Développer les compétences entrepreneuriales et gestionnaires des futurs médecins libéraux

Axe 2

Le développement de l'exercice coordonné

La médecine se pratique de moins en moins comme un exercice solitaire. Les professionnels de santé tendent à se regrouper au sein de structures communes, qui leur permettent non seulement de mutualiser certains moyens mais aussi d'échanger autour de leurs pratiques et de se coordonner autour du suivi de leurs patients.

1 063
maisons de santé
pluri-professionnelles
dénombrées par le
Ministère de la Santé en juin 2018
(et plus de 300 projets) regroupant près
de 15 000 professionnels de santé.

A la même date,
on comptait
1 639
centres de santé
dont environ 500 étaient
pluri-professionnels¹⁸.

Cette dynamique de développement des structures d'exercice coordonné est largement à l'initiative des professionnels de santé eux-mêmes, mais elle est soutenue fortement par les pouvoirs publics, et ce pour trois raisons principales :

- ◆ D'une part, cette dynamique contribue à **une plus grande attractivité de l'exercice ambulatoire**. Les travaux de l'IRDES ont montré que la densité médicale reculait moins dans les territoires ruraux lorsque ceux-ci comptent une MSP¹⁹. Les internes et jeunes professionnels que nous avons pu rencontrer évoquent d'ailleurs spontanément le centre de santé ou la MSP comme le cadre d'exercice le plus adapté à leurs envies.

*« Je ne me vois vraiment pas exercer ailleurs
que dans une MSP ou au moins une maison médicale. C'est plus
rassurant pour nous. On se dit que
c'est le mode de fonctionnement de l'avenir »*

un interne à Besançon.

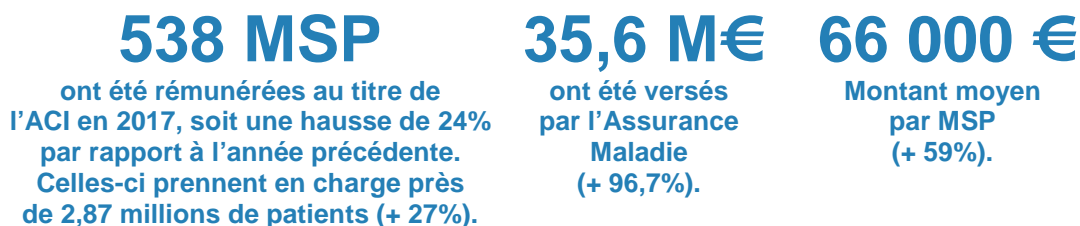
- ◆ D'autre part, ces structures – en particulier lorsque leur fonctionnement est très intégré – sont **plus productives que les cabinets isolés**, comme l'a montré, là encore, l'IRDES. L'exercice regroupé favorise l'amélioration des pratiques et des prises en charge, en particulier pour les malades chroniques.
- ◆ Enfin, ces structures, grâce à leur taille, leur capacité organisationnelle et leur pluridisciplinarité, sont **un point d'appui important pour développer des politiques d'accès aux soins et de santé publique**. Nous avons pu le constater à l'occasion de nos déplacements : c'est le plus souvent dans et à partir des MSP et des centres de santé que l'on développe aujourd'hui des projets de télémédecine, des protocoles de coopération pluri-professionnels, des politiques de prévention à l'échelle du territoire, ou encore des organisations de soins non programmés.

18 Dont 101 centres médicaux, 399 centres polyvalents, 462 centres infirmiers, 677 centres dentaires.

19 Evaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération sur la période 2009-2012. Mousquès, Bourgueil, Rapport IRDES, décembre 2014.

Pour soutenir cette dynamique, les ARS mobilisent les moyens du Fonds d'Intervention Régional, pour accompagner notamment la formalisation des projets. La plupart se sont attachées à définir, en lien avec leurs partenaires, une stratégie de développement des MSP, basée sur un cahier des charges régional et sur l'identification de territoires prioritaires.

Une fois la structure créée, et dès lors qu'elle remplit un certain nombre de critères, elle peut bénéficier d'un soutien financier pérenne de la part de l'Assurance Maladie. L'Accord Conventionnel Interprofessionnel conclu en avril 2017 et transposé ensuite aux centres de santé contribue à la pérennité de ces structures, **en valorisant financièrement le travail en équipe qui fait leur spécificité**. Il remplace le dispositif des « Nouveaux Modes de Rémunération », avec de premiers résultats encourageants.



Les professionnels de santé d'un même territoire doivent apprendre à travailler ensemble **même lorsqu'ils ne se regroupent pas au sein des mêmes locaux ou d'une même société**. L'exercice coordonné se développe d'ailleurs selon des formes diversifiées : maisons de santé sans les murs, centres de santé multi-antennes, mais aussi équipes de soins primaires (ESP) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), nouveaux outils de coordination issus de la loi Santé de 2016.

Le développement des CPTS constitue l'une des priorités du plan d'accès aux soins. Nous avons pu constater sur le terrain que les projets de CPTS sont nombreux. Ils permettent aux professionnels de santé de s'organiser et de s'investir autour de projets tels que le déploiement d'actions de prévention, l'organisation des sorties d'hôpital, le soutien à l'installation de médecins ou à la constitution de MSP sur le territoire, la mise en place d'outils numériques partagés.

La priorité donnée au déploiement des CPTS a été réaffirmée dans la stratégie « Ma santé 2022 », qui fixe l'objectif ambitieux d'une couverture de l'ensemble du territoire national d'ici 2021, grâce à des incitations fortes adressées aux acteurs de terrain. Pour relever ce défi, il faudra préserver la souplesse de ce nouvel outil et convaincre de la plus-value qu'il peut apporter pour les patients, en particulier dans les zones fragiles.





CE QUE NOUS AVONS VU

Coordonneurs de MSP de Centre-Val-de-Loire



L'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) met en œuvre depuis quelques années un programme de formation et d'appui destiné aux coordonneurs d'équipes de soins primaires, en partenariat avec la Haute Autorité de Santé (HAS) et en lien avec la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) et les Agences Régionales de Santé (ARS). Ce programme a été mis en œuvre avec succès dans 6 régions et est actuellement en phase de généralisation.

Lors de notre déplacement en Centre-Val-de-Loire, nous avons pu rencontrer les coordonneurs de MSP ayant bénéficié de ce programme, qui prend la forme de trois séminaires annuels animé par un binôme de formateurs relais dans chaque région. Ces séminaires sont l'occasion de partages d'expérience, de mises en situation autour de problèmes pratiques et de production d'outils et de méthodes partagés. Les participants ont accès à une plateforme collaborative qui contient des modules d'e-learning ainsi que des outils techniques.

Les coordinateurs rencontrés en Centre Val de Loire ont évoqué la nécessité de structurer au travers de leurs postes une fonction administrative au sein des maisons de santé : *« Une MSP c'est une entreprise. Les libéraux n'ont pas toujours connaissance de toutes leurs obligations légales, on est là pour y veiller »*, explique ainsi une coordinatrice.

Ils ont pu également exposer le rôle qu'ils jouent, en appui aux leaders professionnels, dans l'animation et le management des équipes de soins ainsi que pour maintenir la dynamique de projet et l'ouverture de la structure sur son environnement. Comme l'exprime l'un des participants : *« Le coordinateur est un relai d'expertise, grâce à ses connaissances, à sa formation, mais il sert aussi à éviter que la MSP ne se referme sur elle-même, par épuisement du leader ou de l'équipe. Elle doit rester en veille quant à son environnement, dans la demande de soins, alors que spontanément les équipes ont plutôt tendance à se renfermer sur leur propre travail et sur leurs pratiques »*.

Tous ont le sentiment que c'est un nouveau métier qui émerge ainsi, conforté par l'organisation de cette formation commune, qui a permis l'échange de pratiques et la constitution d'un réseau entre coordonneurs, en dépit de leurs origines professionnelles très diverses. Les discussions ont porté sur le statut de ces coordinateurs (opportunité de la création d'une convention collective par exemple) ainsi que sur la structuration de nouveaux métiers, tels que la coordination territoriale, susceptibles d'accompagner le développement des CPTS.

Pôle de Santé Universitaire de Gennevilliers – Villeneuve-la-Garenne

Les territoires de Gennevilliers et de Villeneuve-la-Garenne connaissent des difficultés fortes liées à l'offre de soins, atténuées toutefois par le dynamisme des acteurs ambulatoires du territoire.

Cette dynamique est ancienne : *« On a connu dans nos villes l'épidémie de SIDA, la toxicomanie. Il a fallu se débrouiller pour apprendre à faire face, en inventant tout. On a tout de suite vu à l'époque ce qu'on pouvait gagner en travaillant ensemble »*, explique l'un des leaders professionnels. Ce sont les groupes de pairs qui ont initialement permis de structurer un lien entre médecins du territoire.

Le Pôle de Santé Universitaire de Gennevilliers – Villeneuve-la-Garenne (PSUGVLG), fondé en 2010, regroupe 79 professionnels de santé libéraux de Gennevilliers, Villeneuve-la-Garenne, Colombes et Asnières-sur-Seine, souhaitant exercer de manière coordonnée et conduire des projets à l'échelle du territoire. Les professionnels concernés exercent en MSP ou au sein de cabinets médicaux et paramédicaux ou d'offices de pharmacie. Le PSUGVLG, avec le soutien financier de l'ARS Ile-de-France, a formalisé la création de quatre MSP « hors les murs » regroupant au total 53 professionnels, ayant chacune mis en place un projet de santé propre.

Le PSU porte aujourd'hui un grand nombre de projets. On peut évoquer par

exemple l'élaboration d'un répertoire collaboratif des professionnels et structures du territoire ; d'un tableau de bord partagé entre généralistes pour améliorer le suivi de la femme enceinte, la conduite d'ateliers d'éducation thérapeutique, ou encore l'accueil d'assistants universitaires de médecine générale.

MSP de Casteljaloux (Lot-et-Garonne)

Les difficultés d'accès aux soins dans le Lot-et-Garonne ont conduit très tôt à une action coordonnée entre l'ARS, la préfecture et le conseil départemental. Dès 2009, cela s'est traduit par la création d'une commission départementale de la démographie médicale (CODDEM), co-présidée par le préfet, le président du CD et le DG d'ARS, et composée de 5 collèges rassemblant l'ensemble des acteurs du territoire.

Cette commission a élaboré un plan d'action transversal pour lutter contre la désertification médicale, notamment au travers du développement de MSP. Ainsi le territoire départemental a été découpé en 15 aires de santé (à partir du bassin de vie de la population, des réseaux de professionnels préexistants, des flux de patientèle notamment) avec un objectif de création d'une maison de santé pluridisciplinaire sur chacune d'elles. Des pôles de santé multi-sites regroupant plusieurs MSP regroupés dans une même structure juridique et dans un projet de santé commun, ont ensuite pu être constitués.

L'aire de santé de Casteljaloux comprend 11 500 habitants répartis sur 24 communes, peu urbanisées et relativement isolées. Le projet de MSP y a initialement été porté par le centre hospitalier de Casteljaloux, puis par la Communauté de communes des coteaux Landes de Gascogne. La MSP, en fonctionnement depuis 2014, regroupe aujourd'hui 22 professionnels de santé, dont 6 médecins et 1 infirmière ASALEE, dans les locaux du centre hospitalier. Son projet a progressivement pris une dimension territoriale, s'adressant à l'ensemble de l'aire de santé, tout en gardant la force d'une collaboration étroite avec le Centre hospitalier, qui organise des consultations décentralisées, des réunions périodiques autour de cas complexes et des protocoles communs sur la prise en charge des pathologies chroniques.

CPTS du Sud-Lochois (Indre-et-Loire)



Dans le Lochois, la démarche de mise en place d'une CPTS a été initiée dès décembre 2012 avec la constitution du pôle de santé (PSP) Sud Lochois, sous la forme d'une association Loi 1901. Il fédère aujourd'hui 8 maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) ainsi que d'autres structures de groupe mono ou pluridisciplinaires et des cabinets non regroupés, ce qui représente, au total, plus de 120 professionnels de santé.

Le territoire couvert correspond à celui de la nouvelle communauté de communes de Loches Sud Touraine (37) et de celle de Chatillon (36), ce qui représente 78 communes, 2 085 km² et environ 60 000 habitants.

La CPTS du Sud Lochois s'inscrit dans la continuité des travaux déjà engagés et recouvre donc le même périmètre que le PSP initial. Le contrat territorial de santé élaboré dans ce cadre se structure autour de trois axes stratégiques : Développement du parcours de santé, soutien aux professionnels de santé et attractivité du territoire et système d'information et télé expertise. Ainsi :

- La CPTS a mis en place diverses actions de prévention (à titre d'exemple : promotion de la vaccination, bilan buccodentaire en faveur des personnes âgées accueillies à l'EHPAD de Loches, contribution à l'opération « moi(s) sans tabac »).
- Le lien ville-hôpital a été renforcé pour travailler sur la fluidité des parcours (psychiatrie, addictologie) grâce à des modalités de travail communes pour faciliter les échanges. Un médecin libéral participe désormais à la CME du Centre hospitalier (en plus de la représentation de la CPTS au Conseil de surveillance). La CPTS a aussi participé à la journée Portes ouvertes de l'hôpital.
- La CPTS a accompagné l'installation de 5 nouveaux médecins, la formalisation d'une nouvelle MSP à Cormery, la constitution d'équipes de soins primaires sur Loches et Preuilly-sur-Claise, des structures d'exercice coordonné pour l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) et les

sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA).

- Enfin, la CPTS travaille en collaboration avec le GCS télésanté-centre, la CPAM et le groupement hospitalier de territoire (GHT) pour accompagner le déploiement du dossier médical partagé (DMP), de la messagerie sécurisée de santé (MSS) et plus globalement de l'informatique communicante sur le territoire. Un rétinographe a été installé à la MSP de Ligueil pour débiter le dépistage de la rétinopathie diabétique à l'échelle de la CPTS, avec la mise en place d'un agenda partagé et sécurisé pour la prise de rendez-vous.

La CPTS du Sud Lochois est la première de la région Centre-Val de Loire et son contrat territorial a été signé le 9 mars dernier.

L'ARS contribue au financement de la CPTS du Sud Lochois à hauteur de 62 000€ (47 000€ par contrat FIR de mise en place de la CPTS et 15 000€ en aide exceptionnelle de fin d'année 2017) pour financer, notamment, le poste de coordinatrice et accompagner le développement des différents projets d'exercices coordonnés.

Les initiatives menées par les professionnels de santé de ce secteur depuis plusieurs années, commencent à montrer leurs effets puisque, depuis 8 ans, 18 nouveaux médecins sont arrivés pour 14 départs, ce qui représente un solde positif de 4 praticiens.



CLES DE REUSSITE

→ Clé de réussite n°1:

Faire émerger de nouveaux métiers pour la gestion des soins de ville

Il devient de plus en plus difficile d'identifier des *leaders* professionnels susceptibles d'impulser et de coordonner des projets de regroupement. Plus de dix ans après la constitution des premières MSP et l'émergence d'une politique visant à les soutenir, le vivier des « militants » semble s'être épuisé, puisque la plupart d'entre eux exercent déjà en MSP. **Les jeunes médecins se projettent spontanément dans l'exercice coordonné, sans toujours manifester la volonté de s'impliquer dans la conception ou la gestion de ces structures.**

« La MSP, ça correspond à nos souhaits, mais c'est une charge, financière et surtout administrative. Moi j'adore mon métier, mais cela reste mon métier, pas ma vie, pas mon sacerdoce »

(une jeune médecin généraliste installée en Meurthe-et-Moselle).

Les jeunes professionnels travaillent moins que leurs aînés : 55 heures par semaine en moyenne (pour les médecins de moins de 45 ans) contre 58 heures chez les plus âgés (plus de 45 ans)²⁰. Ils font face, on l'a vu, à une demande de soins croissante, et souvent pressante. Dans ce contexte, **ils aspirent à se consacrer au maximum aux activités de soins** et manquent de temps pour assumer des tâches de conduite de projet. Il leur manque par ailleurs souvent la culture administrative nécessaire pour appréhender les procédures de création et de gestion d'une structure d'exercice coordonné.

« Les projets de regroupement en MSP dans mon secteur n'avancent pas d'un pouce parce que personne n'a le temps de s'en occuper. Je travaille sur la rédaction du projet de santé pendant mon week-end ; la semaine je ne prends pas le temps. Et ce n'est pas seulement parce que ce temps n'est pas dédommagé mais surtout parce que c'est autant de patients que je ne verrai pas, et que la pression de ma salle d'attente est forte »

(un jeune médecin généraliste installé en Meurthe-et-Moselle).

Ces procédures sont en conséquence vécues et décrites comme particulièrement lourdes et complexes. La rédaction du projet de santé, par exemple, est un moment clé dans la construction d'une dynamique d'équipe ; toutefois les ARS pourraient en avoir une approche moins formaliste, privilégiant autant que possible à l'évaluation sur dossier un échange direct avec les professionnels concernés et l'appréciation *in concreto* de la dynamique d'équipe.

En tout état de cause, les difficultés de mobilisation des professionnels de santé, le risque d'épuisement des *leaders*, restent forts. Dans ce contexte, **la dynamique d'exercice coordonné ne pourra donc s'amplifier qu'à condition de faire émerger de nouveaux métiers**, assumant la conduite de projet, l'administration et la gestion de ces structures à la place des professionnels de santé et sous leur responsabilité. Ainsi, si l'hôpital public souffre d'une hypertrophie des fonctions gestionnaires, on peut formuler le constat inverse pour la médecine de ville : **elle apparaît aujourd'hui sous-administrée au regard des enjeux qu'elle affronte.** Cela est d'autant plus vrai que les MSP deviennent des entités économiques de plus en plus complexes : leur taille moyenne semble, d'après les données disponibles, croître rapidement²¹ ; elles devraient en outre être autorisées dès la LFSS pour 2019 à salarier certains types de professionnels de santé²².

20 DREES, « Les emplois du temps des médecins généralistes », étude n° 797, mars 2012.

21 Entre 2016 et 2017, le nombre de MSP rémunérées par l'Assurance maladie au titre des rémunérations collectives (NMR puis ACI) a cru de 24%, et le nombre de professionnels de santé concernés de 31%.

22 Il s'agit des auxiliaires médicaux en pratique avancée.

L'émergence de cette fonction gestionnaire serait également une garantie pour la pérennité des structures d'exercice coordonné.

« Dans mon département il y a de nombreuses MSP qui ne passent pas le cap des trois ans, pour des raisons qui ont trait à la qualité du management et de la gestion »

un leader professionnel rencontré en Meurthe-et-Moselle.

Les MSP – et *a fortiori* les centres de santé – sont souvent lourdement subventionnés au démarrage, tant par les ARS que par les collectivités locales ; leur fermeture peut avoir des effets dévastateurs pour la dynamique professionnelle du territoire : **leur survie doit donc devenir une priorité.**

La structuration du métier de coordonnateur en soins primaires, sur lequel nous nous sommes penchés à l'occasion de notre déplacement en Centre-Val-de-Loire, constitue une première étape, encore trop timide. La formation proposée par l'EHESP pourrait être généralisée à brève échéance. Les coordinateurs que nous avons rencontrés expriment en outre le besoin d'être outillés en continu, au-delà de leur formation initiale, sur les enjeux du secteur et les principales évolutions législatives et réglementaires : les ARS, ou des centres de ressources *ad hoc*, pourraient se voir charger d'animer ce réseau dans chaque région. **La constitution d'une offre de formation initiale**, y compris au sein d'écoles de commerce et de management, **la reconnaissance de ce métier dans les classifications collectives** – et donc le rattachement de tous les coordinateurs à une même convention collective – sont également susceptibles de consolider ce nouveau métier et d'en garantir à terme l'attractivité.

Il convient, en parallèle, de veiller à ce que les coordinateurs comme les *leaders* puissent accéder aux compétences techniques nécessaires tout au long de la vie de la structure – qu'il s'agisse de gestion immobilière, de droit des sociétés ou de ressources humaines. Plusieurs solutions, complémentaires, pourraient être explorées à cette fin²³ :

- ◆ D'une part, **la structuration d'une offre de formation continue autour de ces sujets**, accessible aux *leaders* comme aux gestionnaires. Le ministère pourrait s'attacher à identifier cette offre, à s'assurer de sa qualité et de son accessibilité financière (éligibilité au compte personnel de formation et/ou aux fonds de la formation professionnelle continue (FAF-PM), caractère modulaire, accessibilité géographique), ainsi que d'en assurer la promotion auprès des professionnels concernés ;
- ◆ D'autre part, **l'organisation d'un appui technique aux MSP tout au long de leur exercice**, à mesure qu'elles rencontrent des difficultés dans la gestion technique, financière ou fiscale. Les coordinateurs de MSP apportent à l'équipe soignante un regard extérieur précieux et des compétences certaines dans le domaine ; les facilitateurs nommés par les fédérations des maisons de santé permettent un utile transfert d'expérience entre pairs. Ils ne peuvent toutefois apporter toutes les réponses attendues, en particulier face à des difficultés sérieuses ou de nature particulièrement technique. Dans le cadre des futurs guichets uniques, les ARS et l'Assurance Maladie pourraient piloter la constitution de réseaux d'experts, composés de référents identifiés au sein des principales structures publiques (DDFIP, URSSAF, CARMF...) ou privées (réseaux France Initiative pour les problématiques d'accès au financement par exemple). **Ces réseaux d'alerte seraient sollicités rapidement en cas de difficultés**, sur le modèle des comités départementaux d'examen des problèmes de financement des entreprises (CODEFI) que réunissent les préfetures.

²³ L'intégration de ces problématiques dans la formation initiale des médecins, évoquée dans l'axe 1, y concourrait naturellement aussi.

➔ **Clé de réussite n°2 :**

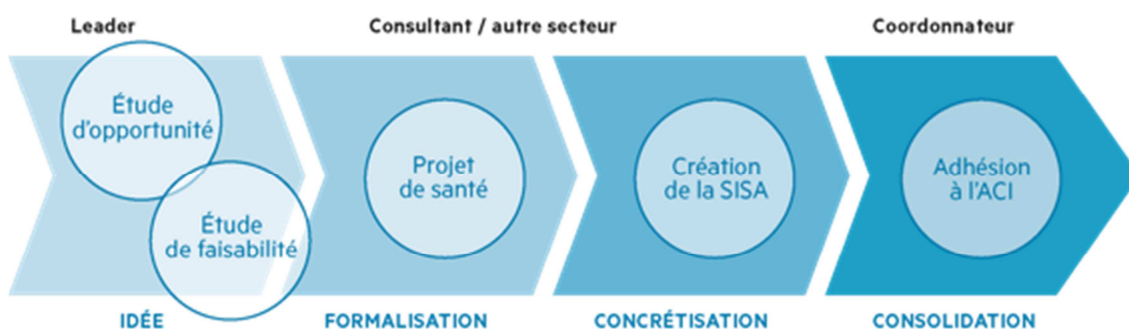
Garantir une continuité du soutien public aux porteurs de projet.

Les politiques de soutien financier et d'accompagnement aux porteurs de projet sont diverses selon les régions, mais reposent le plus souvent sur l'apport d'un appui extérieur (URPS, fédération des maisons de santé ou consultants) pour formaliser le projet.

*« Le projet de santé, c'était lourd à rédiger.
On a les idées, on a besoin de quelqu'un pour les formaliser »*

un jeune médecin installé en Meurthe-et-Moselle.

Cet accompagnement est généralement financé phase par phase, comme l'exprime très schématiquement le schéma ci-dessous.



On peut formuler plusieurs remarques sur ce phasage-type :

- ◆ D'une part, la « **première marche** » est parfois élevée : le degré de formalisation demandé au *leader* pour pouvoir bénéficier d'un premier accompagnement extérieur est déjà exigeant. Ce mode de fonctionnement est adapté à un vivier de leaders, fortement engagés sur leur territoire ; il l'est moins face à des professionnels moins déterminés et moins militants. La possibilité d'enclencher l'accompagnement sur la base d'une simple lettre d'intention semble à ce titre devoir être généralisée ;
- ◆ D'autre part, le **découpage par phases ne permet pas toujours de couvrir tous les moments déterminants pour la vie de la structure**. En particulier, peu de dispositifs ciblent la phase qui s'étend de l'entrée en fonctionnement de la MSP à son adhésion à l'accord conventionnel interprofessionnel, alors-même que ces premiers mois d'exercice sont souvent déterminants du point de vue de la dynamique d'équipe.
- ◆ Enfin, et de manière plus générale, la **continuité entre ces différentes phases n'est pas assurée aujourd'hui**. C'est la plupart du temps l'adhésion à l'ACI qui permet le financement d'un poste de coordonnateur, alors-même que la rédaction du projet de santé, puis la préparation de l'adhésion elle-même, auraient souvent nécessité une telle fonction, tant ces étapes sont lourdes d'enjeux en matière d'organisation collective (configuration des locaux, choix du système d'information, par exemple). Le positionnement de l'animateur –coordinateur est en outre d'autant plus délicat qu'il intègre la MSP tardivement, une fois l'équipe soignante constituée et les habitudes de fonctionnement installées.

« Dans les MSP les plus anciennes, les habitudes sont rigidifiées, c'est beaucoup plus difficile lorsqu'arrive un coordinateur. On est beaucoup plus à l'aise dans notre fonction quand on a pu participer à la rédaction du projet de santé »

Une coordinatrice de MSP en Centre-Val-de-Loire.

Ainsi, la fonction administrative et gestionnaire indispensable à la structuration des soins de ville doit idéalement être positionnée très en amont comme un appui au leader dès la conception du projet. Il faut autant que possible éviter de dissocier la conception du projet et sa gestion ultérieure et proposer un accompagnement cohérent et continu dès la première lettre d'intention.

→ **Clé de réussite n°3 :**
Positionner les CPTS, notamment dans les zones fragiles,
comme des leviers au service de l'accès aux soins

Les CPTS connaissent aujourd'hui une dynamique particulièrement intéressante. Constituées à l'initiative des professionnels de santé, elles s'inscrivent dans un cadre souple, aujourd'hui défini par le code de la santé publique dans des termes assez généraux²⁴. Nos déplacements nous ont permis de constater **l'intérêt globalement fort des professionnels de santé pour ce nouvel objet, qui apparaît de ce fait comme un outil d'avenir pour la structuration des soins de ville**. L'un des *leaders* rencontrés a pu qualifier ce mouvement de « *révolution sanitaire tranquille* ». Il permet en effet d'inscrire les professionnels de santé dans une dynamique d'équipe, mais selon des modalités plus souples qu'en MSP ou en Centre de santé, du fait notamment de l'absence de regroupement physique. Les CPTS ont vocation à devenir un véritable mode d'exercice coordonné, ce qui constitue une ambition exigeante, dès lors que le partage de locaux qui caractérise les MSP et les centres de santé n'est plus là pour faciliter la cohésion de l'équipe.

Nous avons pu observer à l'occasion de nos déplacements que **des dynamiques professionnelles existent déjà dans de nombreux territoires**, qui « font CPTS » sans le dire, et même parfois sans le savoir. A Gennevilliers / Villeneuve-la-Garenne, à Casteljaloux / Nérac, à Loches, des professionnels libéraux, exerçant en MSP ou en cabinet isolé, se sont organisés autour de projets communs à l'échelle de leur territoire, par exemple l'organisation du lien avec l'hôpital.

Le déploiement des CPTS pourra bien sûr s'appuyer sur ces dynamiques. **Le Président de la République a fixé au mois de septembre un cap ambitieux** : les CPTS devront « *couvrir tous les territoires* » d'ici au 1^{er} juillet 2021, pour que l'exercice isolé devienne « *progressivement marginal* »²⁵, jusqu'à disparaître d'ici 2022. Il y a là une opportunité de transformer en profondeur notre système de santé en impulsant une vraie coopération par-delà les frontières de disciplines, de statut, de positionnement.

Pour concrétiser cette vision profondément modernisatrice, on peut d'ores et déjà identifier trois défis, qui sont autant de conditions de réussite.

Réussir la généralisation à tous les territoires et tous les professionnels de santé

Certains territoires, y compris en zone fragile, ne connaissent aujourd'hui aucune dynamique de coopération professionnelle ou interprofessionnelle. Il sera sans doute lent d'y faire émerger des projets de territoire véritablement conçus et portés par les professionnels de santé.

Là où des dynamiques émergent, elles sont souvent portées par un « noyau dur » de professionnels pionniers : l'adhésion de l'ensemble des professionnels du territoire aux projets portés dans ce cadre n'est pas gagnée d'avance. Il faut ici rappeler le défi, déjà évoqué, que constitue la mobilisation des professionnels de santé en dehors de leur temps de travail et au profit de tâches de coordination et d'organisation extérieures aux activités de soin à strictement parler. Cela est d'autant plus vrai pour les professionnels de santé ayant choisi l'exercice isolé, qui sont pourtant l'une des cibles de la dynamique CPTS.

Pour relever ce défi, les ARS devront se positionner en animatrices d'un dialogue sur le territoire, pour faire tomber les barrières, leur permettre de mieux se connaître et leur donner envie de

²⁴ « Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé (...) et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé (...), des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en CPTS (...). La CPTS est composée de professionnels de santé regroupés (...), d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours (...) et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé. Les membres de la CPTS formalisent à cet effet un projet de santé, qu'ils transmettent à l'ARS » (Article L 1434-12).

²⁵ Discours d'Emmanuel Macron le 18 septembre 2018 sur la stratégie de transformation du système de santé.

travailler ensemble. Il s'agit pour elle d'un positionnement et d'un métier nouveau, qu'il sera nécessaire d'outiller et d'accompagner.

Préserver la souplesse de l'outil au fil de son institutionnalisation

Le risque existe de voir le mode de fonctionnement des CPTS se rigidifier et se complexifier à mesure de leur institutionnalisation. On aboutirait alors à un paradoxe : une organisation conçue pour soutenir l'exercice des professionnels de santé deviendrait elle-même une source de complexité et une charge administrative supplémentaire pour les professionnels concernés.

A cet égard, l'émergence et la structuration d'un métier de coordinateur de CPTS est bien sûr nécessaire – d'autant que ce nouveau métier diffère sans doute sensiblement dans ses attendus de celui de coordinateur de MSP. Elle ne constitue toutefois qu'une solution de second rang : il convient avant tout de veiller à ce que les conditions d'un futur financement par l'Assurance Maladie, ainsi que les potentiels compléments législatifs ou précisions réglementaires, préservent la souplesse de ce nouvel outil. Il serait par exemple dommageable que l'octroi d'un financement conventionnel ne se traduise par l'obligation pour les professionnels de se regrouper au sein de structures interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA), comme c'est le cas pour les MSP. Les acteurs rencontrés s'accordent en effet sur la complexité de ce cadre juridique, qui le serait encore davantage s'il était organisé à l'échelle d'un territoire entier, rendant nécessaire des modifications statutaires à chaque installation ou départ d'un professionnel de santé dans la zone.

Donner du sens et démontrer l'utilité de ce nouvel objet

Les pouvoirs publics, les organisations syndicales et professionnelles, soutiennent le déploiement de ce nouvel outil avec enthousiasme. Rien ne garantit toutefois que ce sentiment soit spontanément partagé par les professionnels de santé sur le terrain. Même si la très grande majorité de ceux que nous avons rencontrés accueillent favorablement cette perspective, le risque existe que les CPTS soient perçues comme un dispositif administratif de plus, dans une palette déjà bien fournie.

« La CPTS pour nous c'est une démultiplication de la gouvernance. On le fera, parce qu'il faut bien se mettre à la mode du ministère. Mais sur notre territoire, on a déjà un pôle de santé, un réseau, plusieurs SISA, des associations autour de chaque MSP, une amicale des professionnels de santé, et une PTA en cours de constitution. On est obligés, juste pour bien faire notre travail, de participer à toutes ces structures. J'ai peur que certains de mes confrères ne finissent par s'essouffler »

un médecin généraliste installé dans les Hauts-de-Seine.

Pour donner du sens à ce nouvel outil, installer sa légitimité et le rendre, à terme, incontournable, il est indispensable de garantir sa plus-value concrète pour les professionnels de santé qui choisiront d'y adhérer : le gain de l'adhésion doit être supérieur aux contraintes. Les leviers financiers – indemnisation des temps de réunion, bonification du forfait structure, accès aux contrats conventionnels de l'Assurance Maladie – sont pour cela essentiels, mais pas déterminants. En revanche, il convient de positionner les CPTS prioritairement **sur des fonctions de soutien à l'exercice des professionnels de santé**, en particulier la gestion des parcours des patients par l'articulation entre la ville, l'hôpital, le médico-social et les acteurs de l'accompagnement social.

Dans les zones fragiles, les CPTS devraient, en outre, se voir positionnées clairement et prioritairement au service de l'accès aux soins de la population. Elles pourraient pour cela se voir conférer deux fonctions prioritaires : l'accueil et le soutien à l'installation des professionnels de santé ; la bonne prise en charge des patients dans les zones fragiles, particulièrement ceux qui peinent à accéder à un médecin traitant ou à une consultation (soins non programmés, visites à domicile...).

Le tableau ci-dessous présente de manière synthétique les différentes fonctions susceptibles d'être confiées aux CPTS ainsi que les prérequis associés.

Fonctions	Contenu	Conditions de réussite
Fluidifier le parcours de santé	Organiser le lien avec l'hôpital, le social et le médico-social pour l'ensemble des parcours des patients.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etre identifiée comme un interlocuteur central sur le territoire : les CPTS restent aujourd'hui mal identifiées par les acteurs du médico-social et du social à tous les niveaux (et notamment les conseils départementaux). ▪ Articuler les CPTS des différents territoires avec la PTA pour que la prise en charge des parcours complexes puisse être déléguée à la PTA, la CPTS se chargeant du reste des parcours de soins, concernant la majorité de la population du territoire.
Favoriser l'installation des professionnels de santé dans les zones fragiles	Développer les stages et garantir l'intégration des internes et des nouveaux installés au sein de la communauté professionnelle du territoire	Etre identifiée par les collectivités locales comme un interlocuteur central sur les questions d'attractivité médicale du territoire. Les CPTS sont encore mal connues et appréhendées par les élus locaux.
Garantir la bonne prise en charge de la population dans les zones fragiles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En relai des conciliateurs / médiateurs nommés par les Caisses primaires d'assurance maladie, qui sont chargés d'informer et d'orienter les patients, répartir les patients sans médecin traitant entre médecins généralistes du territoire. A plus long terme, une réflexion pourra être ouverte sur la possibilité pour les médecins d'une même CPTS d'exercer de manière conjointe les fonctions de médecin traitant. ▪ Organiser les plages de soins non programmés sur le territoire²⁶. ▪ Organiser la réponse aux patients présentant des besoins particulier (handicap, visites à domicile notamment). ? 	Disposer de moyens dédiés à la coordination et éventuellement à la gestion mutualisée des prises de rendez-vous.

Derrière ces fonctions possibles on voit se dessiner un changement de paradigme : le médecin de demain ne sera plus seulement en charge de sa propre patientèle, mais responsable, conjointement avec d'autres, de la bonne prise en charge de l'ensemble de la population sur son territoire d'intervention.

Cette évolution importante doit, dans les années à venir, être outillée et accompagnée. En particulier, une double réflexion devra être conduite :

- ◆ **Sur les outils permettant de suivre et d'évaluer les pratiques professionnelles de manière collective.** Aujourd'hui, une partie des logiciels agréés pour les structures d'exercice coordonné ne permettent pas de produire des données pour l'ensemble des patients d'une même MSP. Les

²⁶ Ce point fait l'objet d'analyses détaillées dans le rapport de Thomas MESNIER, « Assurer le premier accès aux soins : organiser les soins non programmés dans les territoires », remis à la Ministre de la Santé et des solidarités en avril 2018.

médecins peuvent les utiliser pour produire des données sur leur patientèle propre, mais pas pour l'ensemble des patients suivis dans la MSP ou dans le Centre de Santé. Les diagnostics réalisés à une échelle plus large – celle du territoire – se bornent quant à eux à formuler des constats démographiques et territoriaux, ou à décrire l'état de santé au travers des grands indicateurs de santé publique fournis par l'INSEE (mortalité notamment), avec un faible niveau de précision et un décalage temporel parfois important.

L'accès aux données de l'Assurance-Maladie (issues du SNDS²⁷), l'adaptation et des logiciels métiers et le développement d'interfaces entre eux, sont autant de pistes qui pourraient être explorées pour permettre aux professionnels de santé d'un territoire, lorsqu'ils décident de coordonner leur exercice, de suivre l'état de santé de leur patientèle commune et l'impact de leurs pratiques professionnelles.

- ◆ **Sur l'adaptation des modes de rémunération à cette nouvelle manière d'exercer.** Ce changement de paradigme devra se traduire, à terme, dans les modèles économiques proposés aux professionnels de santé. Nos interlocuteurs exerçant en maisons de santé ont tous évoqué les limites que présente la rémunération individuelle et à l'acte lorsque les patients – et particulièrement les patients chroniques – sont suivis de manière collective et que les actions de prévention et d'éducation thérapeutique sont menées conjointement. Sans attendre l'éventuelle généralisation des expérimentations autorisées par l'article 51 de la LFSS pour 2018²⁸, une réflexion collective pourrait être conduite sur l'évolution de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)²⁹. Celle-ci demeure aujourd'hui calculée et versée individuellement en MSP, sur la base des déclarations de chaque professionnel. Le calcul de certains indicateurs à l'échelle de la MSP dans un premier temps – de la CPTS demain – pourrait être envisagé, comme c'est d'ailleurs déjà le cas dans les centres de santé.

27 Le système national des données de santé regroupe les principales bases de données de santé publique existantes, en particulier les données de remboursement de l'Assurance Maladie, les données d'activité des établissements de santé, les données relatives aux causes de décès.

28 Le dispositif prévu dans cet article vise à expérimenter des organisations innovantes faisant appel à des modes de financements et d'organisation inédits permettant de décloisonner le système de santé français. Financé par l'Assurance Maladie, le Fonds pour l'Innovation du Système de Santé (FISS) a été mis en place. Il est doté de 30 millions d'euros pour l'année 2018 et prévoit cinq ans d'expérimentation, articulé autour de cinq grands objectifs : l'optimisation du parcours du patient, l'amélioration de la prise en charge du médicament, l'organisation des soins, le développement des coopérations ainsi que l'amélioration de l'accès aux soins.

29 La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) est un moyen de rémunération des médecins libéraux français introduit par la convention médicale de 2011. Elle consiste à accorder une rémunération supplémentaire aux médecins acceptant de faire évoluer leurs pratiques sur certains critères aussi bien médicaux qu'économiques.



LES VEROUS

→ La multiplication de procédures parallèles pour des objets proches est source de complexité et de rigidité pour les équipes professionnelles.

La conduite de projets de prévention et d'éducation thérapeutique du patient est aujourd'hui financée et organisée dans trois cadres distincts au moins :

- ◆ L'accord conventionnel interprofessionnel prévoit, parmi ses indicateurs optionnels, la réalisation de missions de santé publique à choisir parmi une liste limitative de thèmes définie dans l'accord, « ou cohérente avec les objectifs du PRS ». Ces missions doivent être détaillées en annexe du contrat conclu pour 5 ans entre la structure et l'Assurance Maladie, en précisant le contenu et les justificatifs à transmettre.
- ◆ Le protocole de coopération ASALEE, qui permet l'éducation thérapeutique du patient dans certains domaines tels que le diabète, des risques cardio-vasculaires, de la BPCO, et le repérage des troubles cognitifs.
- ◆ Les programmes d'éducation thérapeutiques du patient (ETP), qui s'inscrivent dans un cahier des charges national et sont autorisés par l'ARS pour une durée de 4 ans³⁰.

Cette juxtaposition de dispositifs, dont les durées d'autorisation, les modèles économiques, les procédures d'évaluation diffèrent, conduit les équipes soignantes à multiplier les démarches pour financer des actions qui se recoupent très fortement dans les faits. Certaines règles d'incompatibilité ont en outre été édictées, et sont vécues par les professionnels comme autant de restrictions infondées – on peut citer, parmi d'autres exemples, l'impossibilité pour une structure accueillant une infirmière ASALEE de bénéficier de financements pour un programme d'ETP portant sur un sujet identique. L'intégration dans l'ACI des programmes d'ETP portés par les maisons de santé, voire la mise en place d'un cadre financier unique, gagnerait à être étudiée.

→ La responsabilité personnelle des associés de SISA peut constituer un frein à l'installation dans ce type de structures.

La SISA constituant juridiquement une société civile, ses associés responsables sur leur patrimoine personnel des dettes contractées par la société. Il arrive que celles-ci deviennent importantes, sans pour autant impliquer de comportement frauduleux de la part des associés. En cas de faillite, les conséquences potentiellement lourdes sur les associés de la structure sont extrêmement démobilisatrices non seulement pour l'équipe professionnelle elle-même, mais pour l'ensemble des jeunes professionnels et potentiels porteurs de projet du territoire. **Nous proposons donc d'ouvrir aux SISA la possibilité de déroger, sur ce point, au droit des sociétés civiles.**

³⁰ Article L.1161-2 du code de la santé publique



EN BREF - NOS PROPOSITIONS

Une fonction administrative et gestionnaire pour les soins de ville

- Encourager l'émergence d'une offre de formation initiale et continue pour les coordonnateurs en soins primaires et les reconnaître dans les conventions collectives
- Constituer des réseaux pluridisciplinaires d'alerte et de soutien pour appuyer les structures d'exercice coordonné lorsqu'elles rencontrent des difficultés et mettre fin au principe de responsabilité limitée des associés de SISA

L'accompagnement des porteurs de projets d'exercice coordonné

- Permettre le déclenchement de l'accompagnement très en amont (sur la base d'une simple lettre d'intention)
- Veiller à la continuité de l'accompagnement apporté, des premières étapes de la conception du projet jusqu'à sa gestion quotidienne

Vers une responsabilité populationnelle des professionnels de santé

- Encourager et amplifier le déploiement des CPTS en veillant à préserver la souplesse et la simplicité de l'outil
- Positionner les CPTS dans les zones sous-denses comme des leviers au service de l'accès aux soins (accueil et soutien à l'installation, gestion des soins non programmés, garantie de médecin traitant)
- Mettre en place des outils (logiciels notamment) et des incitations financières (ROSP) au suivi collectif de la patientèle d'une structure ou d'un territoire.

Axe 3

La révolution numérique en santé

La télémédecine constitue « *une pratique médicale à distance, utilisant les technologies de l'information et de la communication* »³¹. Elle permet au médecin de rendre un avis ou d'examiner un patient par le biais d'applications informatiques dédiées : il s'agit donc **d'offrir aux médecins un nouvel outil** et non pas de « *les remplacer par des robots* », comme nous avons pu l'entendre lors de nos déplacements, signe que les angoisses et les incompréhensions demeurent répandus sur ce sujet.

Bien que reconnue par le législateur dès 2009, par la loi HPST, elle a d'abord été mise en œuvre dans un cadre expérimental, aux résultats unanimement jugés décevants. On recensait ainsi en 2015 environ 257 000 actes de télémédecine subventionnés par les ARS, ce qui représentait environ 0,3% des actes et consultations externes des établissements de santé.

Aujourd'hui, les perspectives de développement de la télémédecine sont importantes.

D'importants progrès technologiques – diffusion de la 3G puis de la 4G, amélioration de la qualité générale des photos prise par smartphone... - facilitent la conception d'applications performantes, et un grand nombre de *start-ups* se sont positionnées sur ce créneau prometteur. Surtout, la LFSS pour 2018 a mis fin au statut expérimental de la télémédecine et décidé le remboursement de la téléconsultation et de la télé-expertise comme des actes de droit commun par l'Assurance Maladie. L'avenant n°6 à la convention médicale, signé le 15 juin 2018 par l'Assurance Maladie et les syndicats de médecins libéraux, détermine les modalités de cette prise en charge.



Ce que prévoit l'avenant n°6 à la convention médicale

À partir du 15 septembre, la téléconsultation, c'est-à-dire la consultation à distance entre un médecin et un patient, sera prise en charge par l'Assurance Maladie de la même manière qu'une consultation classique (de 25 € à 30 € selon les cas). Elle sera ouverte à tous les médecins, quelle que soit leur spécialité, y compris pour la prise en charge des consultations psychiatriques, mais devra s'inscrire dans le cadre traditionnel du parcours de soins, et donc passer par le médecin traitant.

Le patient devra être connu du médecin traitant ou spécialiste qui réalise la téléconsultation. Cette condition implique au moins une consultation physique (cabinet, domicile patient ou établissement de soins) au cours des 12 derniers mois précédant la téléconsultation. En effet, si le recours à la télémédecine permet d'élargir la palette de possibilités aux mains des médecins et de leurs patients, il ne serait devenir un canal unique se substituant entièrement à la consultation physique et à l'interaction humaine, qui demeure indispensable dans la relation de soins.

En février 2019, la télé-expertise, qui permet à un médecin de solliciter l'avis d'un confrère face à une situation médicale donnée, sera également prise en charge. Elle sera ouverte dans un premier temps à certaines catégories de personnes (dont les patients résidant dans des zones sous-denses), et s'élargira à tous les patients à partir de 2020. Elle fera l'objet d'une tarification à l'acte, variable selon le degré d'analyse requis (12 € en cas d'expertise simple, 20 € en cas d'expertise complexe).

On peut attendre de ce déploiement de la télémédecine de réels progrès dans l'accès aux soins :

- ◆ **La télémédecine abolit les distances.** La téléconsultation est susceptible d'offrir une réponse aux patients des zones isolées, ou à ceux ayant des difficultés à se déplacer, comme les résidents des EHPAD. La télé-expertise peut, quant à elle, apporter sur certains territoires des compétences pointues ou spécifiques qui y font défaut. Les trois MSP que nous avons visitées dans le Nord-Pas-de-Calais s'appuyaient ainsi sur la télémédecine pour proposer à leurs patients

³¹ Article L 6316-1 du code de la santé publique

consultations en cardiologie, dermatologie ou endocrinologie peu accessibles dans ces territoires ruraux et isolés ;

- ◆ **La télémédecine peut permettre d'optimiser les prises en charge**, par le développement d'outils nouveaux fluidifiant la communication entre médecins et avec les patients. Déployée largement sur les territoires, la téléconsultation offre aux patients un avis médical plus rapide. La télé-expertise permet aux spécialistes de prioriser les demandes de rendez-vous selon des critères médicaux objectifs : les patients présentant les symptômes les plus graves seront pris en charge plus rapidement.

« Certains patients arrivaient à avoir des rendez-vous parce qu'ils étaient très persévérants au téléphone alors que d'autres, dont le besoin de prise en charge était objectivement plus pressant, n'osaient pas insister. Aujourd'hui, je priorise les rendez-vous en fonction des photos qui me sont envoyées par les généralistes par smartphone, c'est beaucoup plus rationnel »

une dermatologue en Ile-de-France

- ◆ **La télémédecine constitue une forme de formation continue permanente**. Qu'il accompagne son patient dans une téléconsultation de spécialiste ou sollicite l'avis d'un confrère via une application de télé-expertise, le médecin généraliste voit ses compétences s'accroître. Cette dynamique contribue au recentrage – souhaitable – des médecins exerçant une spécialité en tension sur les actes présentant la plus forte valeur ajoutée d'un point de vue clinique.

« L'avantage pour nous comme pour les internes c'est que c'est un levier formidable de formation continue »

un médecin généraliste installé dans le Pas-de-Calais.

« Au démarrage du projet, les médecins généralistes nous sollicitaient pour tout et n'importe quoi. Aujourd'hui, ils ont été formés, et avec l'habitude ils ont appris à reconnaître les lésions cutanées vraiment inquiétantes de celles qui sont totalement bénignes »

une dermatologue en Ile-de-France.

- ◆ **Enfin, la télé-expertise renforce les liens entre ville et hôpital, et entre premier et second recours**, qui est rassurant pour les jeunes médecins généralistes, qui se représentent parfois l'installation en libéral comme un synonyme d'isolement.



CE QUE NOUS AVONS VU

Télé-expertise « ONCO- DERMATO » en Ile-de-France

Ce projet a été lancé en janvier 2018 par deux dermatologues exerçant en libéral mais attachées en onco-dermatologie à l'hôpital Henri Mondor. Elles faisaient en effet le constat que les cancers cutanés étaient diagnostiqués et pris en charge de plus en plus tardivement, avec des conséquences graves pour le patient et sur les coûts de prise en charge associés.

Leur projet a consisté à mettre en place un dispositif expérimental, et ambulatoire, sur des territoires des départements du 77, 93 et 94 dans le but de faciliter le parcours de soin du patient après dépistage d'une lésion cutanée suspecte par le médecin généraliste.

Les requérants, formés et sensibilisés au dépistage des cancers cutanés par la détection de lésions suspectes, peuvent solliciter l'avis d'un expert dermatologue en adressant des clichés des dites lésions via une application smartphone (plateforme régionale sécurisée) intuitive, ergonomique et rapide. Des dermatologues experts requis, adhérents au dispositif, reçoivent alors une alerte sur leur propre smartphone et peuvent donner leur avis sur la nécessité ou non d'une consultation spécialisée rapide. Le cas échéant ils organisent la prise en charge adaptée, en ville ou à l'hôpital.

Le projet regroupe dix dermatologues franciliens et plus de 70 médecins généralistes. Il a permis de réduire le délai de consultation en cas de lésion suspecte avérée de 50 jours à 21 jours.

MSP de Laventie (Nord-Pas-de- Calais)

La MSP de Laventie, constituée en 2011, accueille aujourd'hui une dizaine de professionnels de santé. Elle propose depuis janvier 2017 des téléconsultations en radiologie, ciblées sur les patients à hauts risques cardio-vasculaires ayant déclaré un médecin traitant au sein de l'équipe pluri-professionnelle de la MSP. Après réalisation par le médecin traitant au préalable d'un électrocardiogramme et d'un bilan sanguin, les patients sont accueillis soit au sein de la MSP, soit au sein de l'EPHAD Saint Jean de Laventie et recueillent par téléconsultation un avis spécialisé des médecins cardiologues du CH d'Armentières. Le médecin traitant participe à cette consultation : « cela permet au cardiologue d'avoir des informations médicales que le patient est incapable de lui fournir seul, et cela facilite la coordination, notamment l'ajustement du traitement ensuite », explique l'un des médecins généralistes participant au projet. Ce projet est soutenu financièrement par l'ARS dans l'attente du remboursement de droit commun par l'Assurance Maladie. Un projet du même type est à l'étude en diabétologie et en endocrinologie.

La MSP participe également à la plateforme régionale de dépistage de la rétinopathie diabétique par télé-expertise (les clichés sont réalisés par des orthoptistes et donnent lieu à une lecture différée à distance par un pool d'ophtalmologues).

Mallettes connectées du SAMU de Poitiers

Depuis deux ans, le SAMU et les ambulanciers de la Vienne ainsi que certains EHPAD ont été progressivement équipés d'une solution de télémédecine sous format mallette, qui permet de transmettre des bilans numériques en temps réel à la régulation. Cette mallette regroupe sur tablette des dispositifs médicaux connectés permettant de relever les paramètres vitaux (tension, saturation en oxygène...) et de pratiquer un électrocardiogramme. L'effecteur peut intégrer un schéma des lésions, des photographies, voire une vidéo (pour faire constater une respiration par exemple). Le bilan numérique est partagé en temps réel avec le régulateur, en complément de l'appel de l'effecteur, et permet un meilleur diagnostic et donc une orientation plus fiable du patient.

Les dispositifs de ce type ne font toutefois pas consensus aujourd'hui, notamment parce qu'ils impliquent la réalisation d'électrocardiogrammes directement par des ambulanciers.



LES CLES DE REUSSITE

→ Clé de réussite n° 1 :

Accompagner la conception des projets de télémédecine

La conception d'un projet de télémédecine peut s'avérer complexe pour les professionnels de santé :

- ◆ Pour la téléconsultation, il est indispensable non seulement d'investir dans le matériel approprié et de s'approprier l'interface dédiée, mais aussi identifier et, le cas échéant, former le ou les professionnels susceptibles d'accompagner le patient pendant une téléconsultation, réorganiser en conséquence son planning de consultations ;
- ◆ Pour la télé-expertise, la définition des procédures, la conception ou configuration d'une interface technique respectant les contraintes légales en matière notamment de protection des données personnelles, la constitution d'un réseau de professionnels requérants, leur formation clinique et technique, sont autant d'étapes complexes, chronophages et potentiellement coûteuses.

Les professionnels libéraux à l'origine de projets de ce type témoignent du fait que les ARS n'apparaissent pas, aujourd'hui, comme un interlocuteur naturel vers lequel se tourner pour obtenir soutien et accompagnement.

« On a eu initialement du mal à trouver les bons interlocuteurs publics pour nous soutenir et monter notre projet. En tant que libéraux on est assez mal formés à ça, et assez éloignées des institutions comme l'ARS ou l'URPS »

une dermatologue en Ile-de-France.

Nous avons pourtant pu observer, à l'occasion de notre déplacement en Ile-de-France, que les ARS parviennent de mieux en mieux à se positionner comme des facilitatrices, apportant des moyens techniques et financiers à des projets portés et conçus par des professionnels de santé. **Il est donc indispensable d'intégrer la télémédecine au sein des futurs guichets uniques entre l'Assurance Maladie et les ARS**, afin de rendre ce soutien plus visible, plus lisible, et plus cohérent.

Ce rôle de facilitateur implique de laisser aux acteurs de terrain la plus grande marge de manœuvre possible dans la conception de l'outil et la conduite du projet. Les pouvoirs publics doivent, toutefois, s'attacher à **garantir une interopérabilité réelle entre les multiples logiciels et solutions métiers existantes**, quelles que soient les velléités de protectionnisme commercial manifestées par les éditeurs de logiciels. En dépit de l'affichage « DMP compatible », dont les implications concrètes semblent limitées, cette interopérabilité n'est pas réalisée aujourd'hui en pratique

→ Clé de réussite n° 2 :

Accompagner l'appropriation des nouvelles technologies par les professionnels de santé

Le développement de la télémédecine est aujourd'hui très fortement porté par des acteurs privés dynamiques ; les professionnels de santé, y compris les plus jeunes d'entre eux, sont inégalement impliqués dans cette dynamique, qu'ils considèrent parfois avec distance, voire avec une certaine méfiance.

« La télémédecine ? On ne connaît pas encore très bien, on a peur que ça prenne du temps. C'est intéressant, mais il ne faut pas que ça devienne quelque chose de chronophage »

un interne à Besançon.

La télé-expertise

Plusieurs des professionnels que nous avons rencontrés étaient impliqués dans le déploiement de solutions de télé-expertise. A ce stade toutefois les projets dont nous avons eu connaissance concernent un nombre limité d'équipes professionnelles particulièrement intégrées et mobilisées – au sein de maisons de santé pluri-professionnelles notamment. **L'appropriation de ces outils de télé-expertise par les médecins libéraux isolés reste un défi pour les années à venir** : les dermatologues responsables du projet de télé-expertise « ONCO-DERMATO » en Ile-de-France ont pu par exemple nous exprimer leurs difficultés à recruter une deuxième vague de médecins généralistes requérants, une fois la première vague (70 généralistes) identifiée et formée.

« Les premiers médecins que nous avons recrutés dans le projet étaient les plus motivés, les plus innovants. C'est plus difficile de recruter une deuxième vague de médecins, il faut lever certains freins par rapport à la nouvelle technologie »

une dermatologue en Ile-de-France.

Le financement par l'Assurance Maladie comme un acte de droit commun pourrait simplifier les circuits de remboursement et faciliter l'implication des médecins dans ce type de projets. Toutefois, les forfaits expérimentaux accordés par les ARS étaient souvent supérieurs à ceux finalement arrêtés dans la convention médicale : bien que le levier financier soit loin de constituer l'unique facteur de motivation pour les professionnels de santé engagés dans ce type de projet, cette évolution pourrait dans un certain nombre de cas avoir un effet déceptif qu'il conviendra de surveiller.

La téléconsultation

La téléconsultation semble quant à elle susciter d'emblée d'avantage de méfiance de la part des médecins. L'idée que les patients se retrouvent « isolés face à un écran » peut être source de scepticisme, voire de résistance.

« La télé-médecine, je n'y crois pas vraiment. Un médecin doit pouvoir toucher son patient, voir s'il a bonne mine, palper son abdomen. Cela ne pourra jamais se faire par Skype »

un leader professionnel en Rhône-Alpes.

Le cadre rassurant posé par l'avenant n°6 – qui prévoit que le patient soit orienté vers une téléconsultation par le médecin traitant, et qu'il ait déjà eu auparavant un contact physique avec le médecin télé-consulté, n'était pas encore bien connu des professionnels de santé au moment de nos déplacements.

Les médecins libéraux sont incités par l'Assurance maladie à équiper leur cabinet en messagerie sécurisée de santé (MSS). Dès 2019, ils seront également soutenus dans l'acquisition de matériel de vidéotransmission ou d'appareils médicaux connectés³². Reste qu'**ils ne s'engageront dans cette démarche que s'ils sont intimement convaincus de l'utilité de la télé-médecine pour leur patientèle**. Le déploiement de ces solutions de télé-médecine constitue donc pour les professionnels de santé un changement culturel qu'il convient d'accompagner. L'Assurance Maladie est susceptible de jouer ce rôle via ses conseillers informatique service. Une offre de formation adaptée devra également être rapidement déployée dans le cadre du DPC.

➔ Clé de réussite n°3 :

Intégrer la télé-médecine dans les projets territoriaux d'exercice coordonné, en particulier dans les zones fragiles

³² Le forfait structure prévoira 350 € d'aide à l'équipement de vidéotransmission et 175 € d'aide à l'équipement en appareils médicaux connectés.

La télémédecine, tout aussi prometteuse qu'elle apparaisse aujourd'hui, n'est qu'une simple solution technologique. **Elle doit être mise au service des organisations territoriales.** Autrement dit, c'est la manière dont on a décidé d'organiser le parcours des patients sur tel territoire qui doit guider les choix de déploiement de la télémédecine, et non l'inverse.

Les projets de télémédecine doivent donc s'adosser à une organisation territoriale adaptée. Cela est essentiel pour plusieurs raisons :

- ◆ La télé-expertise implique par définition la constitution de réseaux entre professionnels du premier et du second recours ; ceux-ci doivent être autant que possible cohérents avec le périmètre d'intervention des CPTS, dans la mesure où celles-ci pourraient se voir confier une mission d'organisation des parcours des patients, et notamment du lien entre généralistes et spécialistes sur un territoire.
- ◆ L'avenant n°6 à la convention médicale autorise le patient à accéder à des téléconsultations en accès direct – c'est-à-dire sans être préalablement orienté par son médecin traitant – dans les zones fragiles, à condition que soient mises en place à cette fin des « *organisations territoriales coordonnées* »³³. Il reviendra donc aux acteurs locaux de saisir cette opportunité de développer la téléconsultation comme une solution de premier recours, y compris en matière de soins non programmés. Là encore cette ambition est cohérente avec la mission de gestion des patients sans médecin traitant que nous proposons de confier aux CPTS dans les zones fragiles (cf. supra).

Les CPTS sont un acteur pertinent pour organiser ce déploiement. On peut supposer que cette inscription dans des projets locaux facilitera d'ailleurs la sensibilisation des professionnels de santé à ces solutions nouvelles.

Les CPTS pourraient à moyen terme, et prioritairement dans les zones fragiles, **se voir déléguer dans certains cas par les ARS la gestion des subventions destinées à l'équipement en matériel de téléconsultation.** Cela leur permettrait d'identifier les lieux ou acteurs « relais » les plus pertinents à équiper au plus près des réalités du territoire. Une telle orientation suppose de ne pas prédéterminer les cibles ou priorités d'équipement par un cadre national excessivement rigide : s'il peut être pertinent d'équiper les EHPAD – à condition toutefois que ceux-ci deviennent des lieux de téléconsultation ouverts sur la ville c'est-à-dire accessibles aux non-résidents, cela n'a pas forcément de sens dans tous les territoires. Ailleurs, ce sont les officines de pharmacie ou les centres de santé infirmiers qui pourront être privilégiés, ou encore l'équipement en solutions mobiles des SSIAD ou des infirmières libérales intervenant à domicile.

³³ L'avenant précise que « Ces organisations doivent permettre aux patients: – d'être pris en charge rapidement compte tenu de leurs besoins en soins; – d'accéder à un médecin, par le biais notamment de la téléconsultation, compte tenu de leur éloignement des offreurs de soins; – d'être en mesure dans un second temps de désigner un médecin traitant pour leur suivi au long cours et réintégrer ainsi le parcours de soins. Il peut s'agir de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), d'équipes de soins primaires (ESP), de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), de centres de santé (CDS) ou de toute organisation territoriale qui se proposent notamment d'organiser une réponse en télémédecine de manière coordonnée et ouverte à tous les professionnels de santé du territoire. Dans ce dernier cas, la commission paritaire locale (CPL) ou régionale (CPR) saisie, valide l'organisation proposée afin de vérifier si celle-ci répond à l'organisation territoriale souhaitée par les partenaires conventionnels dans le cadre des téléconsultations. »



LES VEROUS

→ Le déploiement de la télémédecine suppose que les territoires bénéficient de débits internet suffisants.

Dans les maisons de santé que nous avons visitées dans les Hauts-de-France, comme sur de nombreux territoires ruraux, ce point apparaît comme le premier obstacle rencontré dans le déploiement de solutions de télémédecine. Le plan annoncé en décembre dernier par le Premier ministre y répond en grande partie : en matière d'Internet fixe, les opérateurs vont accélérer leurs déploiements afin que tous les Français puissent bénéficier d'un haut débit de qualité d'ici 2020 et du très haut débit d'ici 2022.

→ La télémédecine est aujourd'hui conçue comme une pratique exclusivement médicale, ce qui limite son développement et les applications possibles.

La réalisation des actes de télémédecine réservée aux professions médicales : c'est ce que prévoit sa définition législative. En d'autres termes, **seuls les médecins, les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes peuvent aujourd'hui pratiquer la téléconsultation ou la télé-expertise.**

S'agissant des sages-femmes et des chirurgiens-dentistes toutefois, aucune rémunération conventionnelle n'est pour l'instant prévue, pas d'avantage qu'une politique de soutien à l'équipement de ces professionnels, alors-même que la télémédecine présente dans ces deux domaines des applications potentiellement intéressantes. A titre d'exemple, certains diagnostics odontologiques pourraient être réalisés à distance grâce à une caméra intra-buccale manipulée par un auxiliaire médical. Les sages-femmes pourraient quant à elles consulter des gynécologues-obstétriciens par télé-expertise pour l'analyse d'échographies fœtales (nous avons d'ailleurs eu connaissance d'un projet en ce sens dans une MSP du Pas-de-Calais).

Le code de la santé publique prévoit qu'un professionnel de santé, même non médical – par exemple une infirmière - puisse « être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation »³⁴. Cet accompagnement, nécessaire dans bien des cas, rassure le patient et lui permet d'être guidé et appuyé, par exemple dans la gestion de l'interface technique, la prise des constantes (poids, tension...). Pourtant, il ne donne pas encore lieu à rémunération par l'Assurance maladie. La CNAMTS envisage d'ouvrir ce sujet à l'occasion des prochains avenants aux conventions des infirmiers, des sages-femmes et des pharmaciens. Cette évolution bienvenue doit s'accompagner, là encore, de politique de soutien à l'équipement de ces professionnels : **les centres de santé infirmiers, les SSIAD, et surtout les officines de pharmacie, compte-tenu de leur excellent maillage territorial, constituent dans de nombreux territoires des portes d'accès pertinentes à la téléconsultation.** Un tel équipement pourrait en particulier constituer une perspective intéressante à offrir aux officines situées dans des communes sans médecin généraliste, une situation de plus en plus fréquente³⁵ en raison de la démographie médicale et de la tendance au regroupement de médecins au sein de structures d'exercice coordonné. Elle présuppose néanmoins de lever certaines ambiguïtés juridiques, telles que celle qui entoure la transmission d'ordonnance par voie dématérialisée, ou l'interdiction de réaliser une consultation médicale au sein d'une officine pharmaceutique³⁶.

Il nous semble indispensable aujourd'hui d'aller plus loin dans l'accès des auxiliaires médicaux à la télémédecine, **en leur permettant de solliciter l'avis d'un professionnel médical en télé-expertise.** L'initiative de télé-expertise en onco-dermatologie que nous avons découverte en Ile-de-France s'est en particulier heurtée à ce frein : les dermatologues auraient souhaité équiper des infirmières ainsi que des masseur-kinésithérapeutes qui ont, d'avantage que les médecins

³⁴ Article R6316-1 du code de la santé publique

³⁵ On en recense aujourd'hui plus de 400.

³⁶ Article 66 du code de déontologie des pharmaciens: Aucune consultation médicale ou vétérinaire ne peut être donnée dans l'officine.

généralistes et de manière plus fréquente, accès à la peau des patients. Ceux-ci auraient pu, en présence d'une lésion cutanée, solliciter eux-mêmes l'avis du dermatologue via l'application smartphone. Un texte réglementaire est nécessaire pour autoriser cette évolution, qui nous semble fortement souhaitable puisqu'elle démultiplie l'efficacité de la télé-expertise tout en favorisant par nature les coopérations pluri-professionnelles.



EN BREF - NOS PROPOSITIONS

Accompagner les projets de télémédecine

- Intégrer la télémédecine dans les guichets uniques des professionnels de santé, de façon à positionner les ARS et l'Assurance-Maladie comme des facilitatrices pour les projets des acteurs locaux
- Renforcer l'interopérabilité des logiciels et solutions déployés sur un même territoire

Favoriser l'appropriation de la télémédecine par les médecins et les patients

- Financer rapidement l'accompagnement du patient par un professionnel de santé non médecin (pharmacien, infirmière...) pendant la téléconsultation.
- Veiller à l'accompagnement des médecins dans ce changement culturel, par la mobilisation des conseillers informatiques des CPAM et l'offre de formation continue
- S'appuyer sur les CPTS pour concevoir et déployer les projets de télémédecine, particulièrement la téléconsultation de première ligne (soins non programmés) et la télé-expertise, en leur déléguant une partie des fonds dédiés à l'équipement numérique.

Permettre le recours à la télémédecine par d'autres professionnels de santé

- Rembourser les actes pratiqués à distance par des sages-femmes ou des chirurgiens dentistes
- Soutenir l'équipement des pharmacies d'officine et des SSIAD en matériel de téléconsultation
- Permettre aux auxiliaires médicaux de solliciter directement un avis médical par télé-expertise

AXE 4

LA PROJECTION DE TEMPS MEDICAL

Le temps où chaque village disposait de son médecin est révolu. L'installation de nouveaux professionnels ne peut plus constituer l'alpha et l'oméga de la politique d'accès aux soins. Les tendances de la démographie médicale, mais aussi le regroupement des professionnels autour de structures collectives telles que les maisons de santé pluri-professionnelles, ainsi que la perte d'attractivité de certains territoires – pour des raisons qui dépassent largement la seule politique de santé – conduisent mécaniquement à une certaine concentration des installations. Cela ne doit pas conduire pour autant à renoncer à toute présence soignante dans les communes ou les quartiers les plus reculés ou les moins attractifs.

On assiste en effet aujourd'hui à **l'émergence de solutions nouvelles, qui misent non pas sur l'installation « à tout prix », mais sur la mobilité des professionnels de santé**, installés dans une zone attractive mais susceptibles d'assurer une présence à temps partiel en zone sous-dense. Cette activité « déportée » peut prendre plusieurs formes : cabinets secondaires des médecins libéraux, consultations avancées, antennes d'un centre de santé, ou encore médecine itinérante.

Le plan d'accès aux soins a cherché à l'encourager au travers de plusieurs outils : un régime de cumul emploi retraite plus attractif dans les zones sous-denses, la mise en place d'un contrat conventionnel (le Contrat de Solidarité Territoriale Médecins) pour soutenir spécifiquement l'exercice secondaire dans ces territoires ou encore le déploiement de postes d'assistants partagés ville / hôpital.



CE QUE NOUS AVONS VU



Le cabinet éphémère de Pontarlier (Doubs)

Le cabinet éphémère de Pontarlier a été mis en place à la suite des départs successifs de plusieurs médecins généralistes à Pontarlier, laissant de nombreux patients sans médecin traitant. Il est composé de médecins généralistes volontaires : 3 médecins en activité (cabinets secondaires de médecins libéraux) et 2 jeunes retraités (en cumul emploi retraite) – recrutés dans un rayon de 65 kilomètres pour assurer en alternance, un jour par semaine, des consultations. Les médecins volontaires ne sont pas éligibles au CSTM³⁷ en raison du zonage, mais ils bénéficient de la gratuité du loyer, d'une garantie de revenus pour leurs permanences sur place ainsi que d'un remboursement de leurs frais kilométriques par l'ARS.

Cette solution doit permettre d'attendre l'ouverture courant 2019 d'une nouvelle maison médicale dans la commune. Ce cabinet médical éphémère est le fruit d'un travail collaboratif mené entre la Ville de Pontarlier et ses partenaires (l'ARS, l'URPS Médecin Libéral en Bourgogne Franche-Comté, le Conseil Départemental de l'Ordre des médecins du Doubs et la CPAM).

³⁷ Le contrat de solidarité territoriale médecins (CSTM) vise à favoriser l'intervention ponctuelle de médecins dans les zones identifiées par les ARS comme « fragiles ». En échange d'un exercice d'au moins 10 jours par an, ils bénéficient d'une majoration des honoraires liés à l'activité sur cette zone fragile et d'une prise en charge de leurs frais de déplacement.



Le cabinet médical de la Grande Garenne à Angoulême (Charente)

En mars 2014, le départ de trois généralistes du quartier la Grande Garenne à Angoulême laisse environ 5 000 patients de ce quartier sensible sans médecin traitant.

A la demande de la municipalité et avec le soutien de l'ARS, le Centre Hospitalier d'Angoulême a alors accepté de recruter deux médecins (1,25 équivalents temps plein) sous statut hospitalier, pour assurer une présence médicale dans ce quartier, sous forme de consultations avancées. La commune fournit les locaux ainsi que la présence d'un agent d'accueil au sein du cabinet médical.

C'est ici l'attractivité du statut salarié proposé aux médecins qui a permis de maintenir des professionnels dans un territoire déserté par l'offre libérale.



La maison de santé pluri-professionnelle de Laventie (Pas de Calais)

La MSP de Laventie, reconnue dès 2011 et adhérente à l'accord conventionnel interprofessionnel, rassemble une équipe de 10 professionnels de santé dans des locaux récemment agrandis pour accroître la capacité d'accueil. Elle s'est structurée depuis 2014 autour d'un pôle de santé à l'échelle de l'intercommunalité (la communauté de communes Flandre Lys), avec la création d'une association « Pôle santé » regroupant les 4 MSP du secteur.

Face aux difficultés d'accès aux soins dans certaines communes du secteur, les médecins du pôle de santé ont envisagé de se déplacer pour y assurer à tour de rôle des consultations décentralisées. Plusieurs communes avaient manifesté leur intérêt pour la démarche et s'étaient déclarées prêtes à fournir un local de consultation ainsi qu'à gérer elles-mêmes les prises de rendez-vous. Le territoire ciblé à l'issue de ces premières discussions était à environ une heure de trajet de Laventie, de sorte qu'en dépit des 10% de majoration des consultations permis par le Contrat de Solidarité territoriale médecins (CSTM), l'équation financière était perdante pour les médecins de Laventie. Ceux-ci ont finalement renoncé au projet.



Le Centre hospitalier d'Agen-Nérac (Lot-et-Garonne)

L'ex-CH de Nérac comprend 270 lits et places en médecins, EHPAD et SSR essentiellement. Il a été fusionné avec le Centre Hospitalier d'Agen en 2016, ce qui a permis de consolider l'activité localement et de renforcer l'offre en proximité avec l'augmentation de son amplitude d'ouverture et surtout de très nombreuses consultations avancées (plus de 20 aujourd'hui avec des spécialités variées).

Cela permet à la population peu mobile de ce territoire rural d'avoir accès à une offre en proximité, et assure aux médecins généralistes des concours de spécialités indispensables pour leur exercice et l'installation de jeunes médecins. Le site de Nérac entretient un partenariat étroit avec la MSP du territoire.



LES CLES DE REUSSITE

→ Clé de réussite n°1 :

Adapter le parcours de soins à ces nouveaux modes d'exercice

La présence médicale à temps partiel (cabinets secondaires, consultations avancées, cumul emploi retraite, etc.) se développe aujourd'hui non seulement pour la médecine de spécialité, mais également en médecine générale : ainsi, d'après l'Assurance Maladie, près de 70% des signataires d'un CSTM sont des généralistes. Ces modes d'intervention réguliers mais ponctuels répondent aux difficultés que rencontrent un nombre croissant de patients pour désigner un médecin traitant ou pour accéder à une consultation chez leur médecin traitant. Ils interrogent toutefois la notion-même de médecin traitant.

Dans les initiatives que nous avons pu visiter, en effet, les missions du médecin traitant – le suivi médical dans le temps, le conseil et l'orientation dans le système de soins – sont assurées par les médecins de manière collective : « ce que nous proposons ici au patient, c'est un seul médecin, mais avec cinq cerveaux différents », résume l'un des généralistes du cabinet éphémère de Pontarlier. Or, le code de la sécurité sociale permet aux patients de désigner plusieurs médecins traitants de manière conjointe : « *les médecins exerçant dans le cadre de la même spécialité au sein d'un cabinet médical situé dans les mêmes locaux ou dans un centre de santé (...) peuvent être conjointement désignés médecins traitants* »³⁸ : rien n'est prévu lorsque les médecins ne partagent pas les mêmes locaux (maison de santé « hors les murs » par exemple) ou qu'ils ne les partagent que de manière ponctuelle (comme c'est le cas à Pontarlier).

Pour les patients, cette situation peut conduire à une dégradation de leur taux de remboursement, tant pour les consultations généralistes que dans l'orientation vers des consultations spécialisées³⁹, et donc dégrader encore leur accès aux soins en ajoutant à la difficulté territoriale une difficulté financière.

Les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé, nouveaux outils prévus par la loi de modernisation de notre système de santé, ouvrent des perspectives nouvelles dans ce domaine, puisqu'ils permettent la coordination sans imposer de regroupement physique des professionnels concernés. Les CPTS, en particulier, ont probablement vocation à constituer un échelon central dans l'organisation du lien entre le premier et le second recours, et donc des parcours des patients. Nous proposons donc de modifier le code de la sécurité sociale afin de permettre aux médecins d'une même spécialité exerçant dans une même CPTS d'être désignés médecins traitants de manière conjointe, à condition que le projet de santé le prévoie explicitement, et sous réserve d'un équipement SI approprié.

→ Clé de réussite n°2 :

Organiser et systématiser le développement des consultations avancées et des cabinets secondaires

L'exercice décentralisé, qu'il soit hospitalier (consultation avancée) ou, *a fortiori*, libéral (cabinet secondaire), se développe aujourd'hui largement au cas par cas, en fonction des projets des professionnels de santé et des relations qu'ils entretiennent avec les acteurs territoriaux susceptible de les accueillir. L'ARS Nouvelle Aquitaine mène toutefois une politique dynamique en matière de consultations avancées, sous la forme d'un schéma identifiant l'ensemble des besoins et des

³⁸ Article L 162-5-3 du code de la sécurité sociale

³⁹ Le respect du parcours de soins coordonné conditionne en effet la prise en charge normale par l'Assurance Maladie. Le patient qui consulte un généraliste autre que son médecin traitant déclaré s'expose à une majoration de son ticket modérateur, tout comme le patient qui consulterait un spécialiste sans prescription par son médecin traitant, sauf exceptions limitativement énumérées par le code de la sécurité sociale.

ressources en consultations spécialisées sur le territoire.

Ce type de politique gagnerait à être généralisé et à inclure les cabinets secondaires, **via la mise en relations des professionnels de santé libéraux avec les élus locaux désireux de les accueillir** (mise à disposition d'un local, voire gestion des prises de rendez-vous...) une ou plusieurs demi-journées par semaine.

➔ **Clé de réussite n°3 :**

Valoriser la responsabilité territoriale des établissements de santé

Les ressources hospitalières peuvent parfois constituer un point d'appui précieux pour renforcer l'accès aux soins. C'est notamment le cas sur certains territoires dénués de ressources et d'initiatives libérales.

Plusieurs modes d'intervention sont possibles pour les établissements de santé. Le déploiement de consultations avancées entre sites hospitaliers, comme nous l'avons observé dans le Lot-et-Garonne, permet de renforcer l'offre spécialisée de proximité. L'ARS Nouvelle-Aquitaine s'est d'ailleurs engagée dans une démarche particulièrement proactive en la matière, avec l'élaboration dans chaque département d'un schéma de développement des consultations avancées, à partir d'une cartographie des besoins et des ressources. La projection de ressources hospitalières dans des structures en ambulatoire, sur le modèle du centre médical de la Grande Garenne à Angoulême, permet de garantir grâce à la forte attractivité du statut salarié hospitalier, l'accès à des consultations médicales dans certains territoires dépourvus de ressource libérale. Lorsque la taille critique est atteinte (deux équivalent temps plein de médecins), ce portage par l'établissement hospitalier peut prendre la forme d'un centre de santé, comme c'est le cas à Mont-de-Marsan avec le centre Le Phare, installé dans un quartier prioritaire de la politique de la ville. Des projets de consultations itinérantes, ou de téléconsultations, portés directement par les établissements de santé, nous ont également été décrits. En Occitanie, par exemple, l'hôpital de Lannemezan (Hautes-Pyrénées) gère un service itinérant d'imagerie médicale, qui propose des téléconsultations et télé-expertises en imagerie dans près de 25 EHPAD du territoire.

Ce type d'action permet à l'établissement de santé d'affirmer son rôle de pivot dans l'organisation des soins sur le territoire. Pourtant elles doivent au préalable susciter l'adhésion des professionnels, et peinent par ailleurs à trouver un modèle économique et organisationnel stable : les actes tarifés suffisent rarement à couvrir l'ensemble des dépenses de fonctionnement, constitués non seulement des salaires des médecins mais aussi du travail d'organisation des consultations, voire des temps de trajet ou des loyers dans certains cas de figure. A Angoulême comme dans les Hautes Pyrénées, les projets connaissent un déséquilibre financier structurel, qu'il soit assumé par l'établissement de santé lui-même ou pris en charge par l'ARS sous forme d'une subvention FIR. Les retours sur investissement, probablement réels – diminution des passages aux urgences, du recours aux transports sanitaires... - sont indirects⁴⁰ et difficilement chiffrables.

Cette situation peut s'avérer problématique, voire bloquante, dans un contexte budgétaire contraint pour les hôpitaux. On note par exemple que les consultations avancées, même lorsqu'elles sont intégralement remboursées par la structure bénéficiaire (en titre 2), pèsent sur le titre 1 de l'établissement hospitalier : ceux-ci peuvent donc faire face à deux injonctions contradictoires, celle de développer les consultations avancées d'une part ; celle de réduire leur masse salariale d'autre part. En Nouvelle Aquitaine, l'ARS a accepté à titre exceptionnel d'exclure les ETP du cabinet médical de la Grande Garenne de la trajectoire de réduction des effectifs de l'établissement.

Nous estimons qu'il convient de valoriser la responsabilité territoriale des établissements de santé, à l'heure où le plan « Ma Santé 2022 » entend revibrer les soins de proximité dispensés

⁴⁰ La baisse du recours aux transports sanitaires permet ainsi des économies au bénéfice de l'Assurance Maladie et non de l'établissement de santé lui-même.

par les établissements de santé. La prise en compte de cette dimension dans les CPOM des établissements de santé serait un levier puissant pour mieux reconnaître les démarches de ce type. Sa prise en compte dans le financement des établissements apparaît également comme une solution à explorer. La création des « hôpitaux de proximité » prévue par Ma Santé 2022 constituera une excellente occasion pour conduire cette réflexion. Elle ne devra pas se limiter toutefois aux plus petits établissements (ex « hôpitaux locaux »), car on constate aujourd'hui que d'autres types d'hôpitaux participent de cette dynamique. La création d'un financement dédié à la « Responsabilité territoriale », sur critères ou sur projets, permettrait d'assurer l'équilibre financier des projets favorisant l'accès territoriaux aux soins dans les zones sous-denses, y compris lorsqu'ils sont portés par les centres hospitaliers généraux ou des établissements de soins de suite et réadaptation.

Les interventions de ce type reposent souvent sur un modèle hybride, à la fois hospitalier dans sa gestion et ambulatoire dans son fonctionnement. Des questions peuvent alors se poser, sur leur intégration dans la PDSA – ou dans les gardes hospitalières – ou sur le statut des stagiaires accueillis dans ces structures. **Il pourrait être utile de modéliser leur fonctionnement, sans pour autant les rigidifier, afin de sécuriser les acteurs de terrain.**



LES VEROUS

→ Les professionnels qui s'engagent dans ces formes d'exercice décentralisées doivent être financièrement gagnants.

Le fait, pour un professionnel de santé, de se déplacer pour réaliser des consultations sur un site distinct de son lieu d'exercice principal, est coûteux à un double titre : cela occasionne des frais de transport, d'une part ; cela diminue son nombre d'actes, en raison du temps de déplacement, d'autre part. **Ce mode d'exercice fait donc l'objet d'une bonification financière** : prime d'exercice territorial, pour les praticiens hospitaliers, et CSTM pour les libéraux. L'expérience des médecins de Laventie (Pas de Calais) tend à montrer que la bonification des honoraires permise par le CSTM ne suffit pas à rendre suffisamment attractif l'exercice secondaire au-delà d'une certaine distance géographique, une solution pourtant pertinente en milieu rural. La revalorisation du CSTM (bonification des honoraires de 25%) a été actée lors des récentes négociations conventionnelles avec les syndicats de médecins, et entrera en vigueur début 2019. La possibilité d'assurer de manière collective ces consultations en zone sous-dense pourrait en outre être envisagée, soit **sous la forme d'un CSTM « collectif » ouvert aux médecins d'un même cabinet de groupe ou d'une même CPTS**, soit sous la forme d'un nouveau critère pour la rémunération collective des maisons et centres de santé.

Au-delà de ce calcul coût / bénéfices, l'ouverture d'une consultation décentralisée fait toujours peser un risque économique sur le professionnel de santé (ou sur son établissement employeur) : si cette offre est méconnue des patients, ou qu'elle concerne une spécialité relativement étroite dans un bassin de vie peu étendu, il est possible qu'elle ne fasse pas le plein, ou pas immédiatement. La tarification à l'acte – et la majoration sous forme de bonification des honoraires – peut alors s'avérer inadaptée. La définition d'une garantie de revenus (par exemple sous la forme d'un nombre de consultations par heure) pour les bénéficiaires du CSTM pourrait être étudiée.

→ L'implantation de ressources médicales à temps partiel ou sous forme itinérante suscite encore souvent l'inquiétude des professionnels de santé du territoire et la réticence des institutions ordinaires.

Même dans les territoires en mal de médecins, **les libéraux implantés dans le même secteur peuvent vivre cette solution comme une concurrence déloyale**, particulièrement lorsqu'elle bénéficie d'un important soutien public.

Les associer étroitement à la conception du projet apparaît comme une condition essentielle de réussite. Ce type de projets doit veiller en outre à préserver une forme d'équité entre les différents modes d'exercice. Dans le cas d'Angoulême, par exemple, le Conseil Départemental de l'Ordre des

Médecins est cosignataire de la convention passée entre la ville et le centre hospitalier d'Angoulême ; la convention prévoit l'accueil par la ville dans les mêmes locaux et aux mêmes conditions d'une offre de médecine libérale si celle-ci venait à se manifester. A Pontarlier, une attention particulière a été portée aux conditions du soutien logistique et financier apporté au cabinet éphémère, à la demande de la médecine de ville pontissalienne, afin d'éviter que ce mode d'exercice ne s'avère beaucoup plus attractif qu'une installation de plein exercice dans la commune. Cette crainte de la concurrence déloyale explique **l'attitude parfois bloquante des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins**, dont l'accord est nécessaire pour pouvoir ouvrir un cabinet secondaire⁴¹. De nombreux acteurs ont témoigné de leurs difficultés dans ce domaine. On ne peut à ce titre que saluer la récente prise de position du CNOM en faveur d'un assouplissement de ce régime, qui pourrait à l'avenir évoluer vers une déclaration simple en lieu et place d'une procédure d'autorisation. Des difficultés du même ordre sont toutefois constatées pour d'autres professions de santé, tels que les chirurgiens-dentistes.

Les projets de médecine itinérante – par exemple les bus mobiles dédiés à des consultations médicales – sont également soumis à l'autorisation des CDOM⁴². Or, ces derniers semblent parfois ravis à une lecture stricte de la réglementation, en cumulant par exemple pour un même projet les exigences prévues pour la médecine itinérante avec celles prévues pour l'exercice multi-site⁴³. **Ce régime gagnerait donc à être assoupli notamment dans les zones sous-denses**. Ces dispositifs itinérants, même s'ils sont rarement viables économiquement, peuvent en effet constituer un outil intéressant pour maintenir une présence soignante dans les zones reculées, auprès de certains patients particulièrement éloignés du soin et/ou peu mobiles, tels que les personnes âgées dépendantes à domicile.

→ **L'exercice en cabinet secondaire se heurte aujourd'hui à des freins de nature fiscale.**

Un médecin qui exerce en cabinet secondaire doit s'acquitter deux fois de la cotisation foncière des entreprises (CFE), dont l'assiette est constituée de la valeur locative des biens professionnels utilisés par le médecin dans le cadre de son exercice libéral. Les généralistes exerçant à titre secondaire au sein du cabinet éphémère de Pontarlier doivent par exemple s'acquitter une deuxième fois de la CFE. Celle-ci est relativement élevée, puisqu'elle est calculée sur la valeur locative des locaux, alors même qu'ils n'y exercent pas à temps plein et y génèrent donc peu de bénéfices. On peut par ailleurs noter que les possibilités d'exonération existantes⁴⁴, aux mains des collectivités locales, sont à la fois mal ciblées et mal identifiées par ces dernières⁴⁵. **Une exonération de CFE, automatique et compensée aux collectivités par l'Etat, pourrait être accordée aux médecins exerçant à temps partiel dans une zone sous-dense** : cela renforcerait significativement l'attractivité de ce type d'exercice pour un coût au total très raisonnable pour les finances publiques (environ 700 000 € par an).

→ **Le régime du cumul emploi retraite demeure parfois trop peu incitatif.**

⁴¹ L'article 85 du code de déontologie médicale prévoit que « la demande d'ouverture d'un lieu d'exercice distinct est adressée au conseil départemental dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée ».

⁴² L'article 74 du code de déontologie médicale prévoit que « l'exercice de la médecine foraine est interdit ; toutefois des dérogations peuvent être accordées par le conseil départemental de l'ordre dans l'intérêt de la santé publique ».

⁴³ L'exercice multi-site est réservé à un « secteur géographique marqué par une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patients ou à la permanence des soins », la médecine itinérante étant en revanche possible dès lors qu'elle répond aux « exigences de la santé publique », sans que le code de la santé publique ne fasse spécifiquement référence aux zones fragiles.

⁴⁴ Le code général des impôts (article 1464 D) prévoit une possibilité d'exonération pour 2 ans minimum et 5 ans maximum, par délibération des communes ou des EPCI, chacune pour la part qui lui revient. Celle-ci porte sur les médecins, auxiliaires médicaux et/ou vétérinaires sanitaires lorsqu'ils « s'établissent ou se regroupent dans une commune de moins de 2000 habitants ou située dans une zone de revitalisation rurale ».

⁴⁵ Selon les données transmises par la DGFIP, on recense ainsi environ 90 EPCI ayant exonéré les médecins de CFE au titre du nouvel article 1464 D du CGI, la délibération étant toujours en vigueur en 2018 dans une trentaine de cas seulement.

Le régime du cumul emploi retraite (CER) permet à des assurés ayant liquidé leurs droits à la retraite et qui maintiennent une activité professionnelle ponctuelle de cumuler totalement (CER dit « libéralisé ») ou partiellement (CER « plafonné ») pension et revenus d'activité. Il constitue un outil précieux en matière d'accès aux soins, dans un contexte où un médecin généraliste sur trois a plus de 55 ans.

Ce dispositif est globalement attractif, puisque 20% des assurés âgés de 65 à 70 ans y ont recours, soit plus de 11 000 médecins en 2017, en premier lieu des médecins généralistes (46%). On recense un nombre important d'initiatives en région s'appuyant pour tout ou partie des médecins retraités : le cabinet éphémère de Pontarlier, mais aussi des consultations de soins non programmés dans l'Orne et la Manche, ou encore le centre de consultations de Laval en Mayenne.

- ◆ Depuis un arrêté adopté au mois de février, les médecins bénéficiant du cumul emploi-retraite dans les zones sous-denses sont exonérés de cotisations au régime des prestations complémentaires vieillesse (PCV) tant que leurs revenus annuels d'activité sont inférieurs à 40 000 € (contre 12 500 € auparavant). Les statistiques de la CARMF ne permettent pas encore d'évaluer l'impact de cette mesure.
- ◆ Malgré l'existence de ces dispositions, nous avons été interpellés plusieurs fois sur le caractère jugé dissuasif, dans certains cas, des règles de cotisations vieillesse pour des médecins souhaitant conserver des consultations à temps partiel après leur départ en retraite. Certaines revendications nous paraissent excessives ou infondées. Par exemple, le fait que les cotisations vieillesse acquittées par les assurés en cumul emploi retraite n'emportent pas de bonification de leurs droits à retraite découle de la logique de solidarité de notre système par répartition : tous les actifs sont tenus de cotiser, même en l'absence de contrepartie individuelle. De la même façon, il ne semble pas envisageable de modifier l'âge ou les conditions d'accès à la retraite à taux plein, quand bien même ceux-ci déterminent aussi l'accès au régime du CER « libéralisé »⁴⁶. Ces conditions, en effet, ne sont pas propres aux médecins et recouvrent des enjeux bien plus larges que ceux liés au CER.

D'autres sujets mériteraient en revanche d'être examinés avec attention. Le plafond de dispense des cotisations PCV est aujourd'hui fixé à 40 000€ en zone sous-dense, alors que les médecins en cumul emploi retraite gagnent en moyenne 65 000 € : une nouvelle hausse de ce plafond, à 70 000 voire 80 000 € par an, est nécessaire pour rendre ce régime véritablement attractif.

En outre les médecins percevant plus de 50 000 € d'activité sont soumis à un régime partiellement forfaitaire de cotisations complémentaires qui peut créer des effets de seuil pénalisants. Une refonte du mode de calcul pourrait probablement être étudié par les partenaires sociaux gestionnaires de la CARMF.

➔ **La double identification administrative et conventionnelle des professionnels de santé peut freiner leur mobilité.**

Les médecins sont aujourd'hui enregistrés dans deux répertoires administratifs distincts : l'un (le répertoire partagé des professionnels de santé) attribué à vue quel que soit le type d'exercice et l'autre (le numéro ADELI, numéro de référence pour l'Assurance maladie, qui sert notamment à établir la carte professionnelle)⁴⁷ qui varie à chaque changement d'activité (remplacement, installation, activité secondaire) ou de lieu d'exercice.

⁴⁶ Les assurés atteignant l'âge du taux plein (67 ans) se voient automatiquement accorder le bénéfice du CER libéralisé. Avant cet âge, ils ne peuvent bénéficier que du CER plafonné. Cette règle vise à éviter les comportements court-termistes, tels que la tentation de liquider ses droits de manière précoce en comptant sur le cumul emploi-retraite pour maintenir son niveau de vie.

⁴⁷ La carte CPS ou Carte de Professionnel de Santé est une carte d'identité professionnelle électronique qui contient les données d'identification de son porteur (identité, profession, spécialité, identification du mode et du lieu d'exercice). La carte CPS permet notamment de transmettre les feuilles de soins électroniques aux organismes d'Assurance Maladie, d'utiliser les messageries professionnelles sécurisées, ou de créer et alimenter le dossier médical partagé.

Il résulte de ce double enregistrement certaines difficultés pratiques en cas d'exercice mobile ou secondaire : obligation pour les médecins d'utiliser deux jeux distincts d'ordonnances et de formulaires CERFA, difficultés de lecture de la carte professionnelle sur le lieu d'exercice secondaire en raison du double numéro Adéli qui entraîne des bugs informatiques, etc. Il serait ainsi plus simple qu'il n'existe plus qu'un seul moyen d'identification des professionnels de santé : le RPPS, identification rattachée au professionnel lui-même et non plus à son lieu ou mode d'exercice. La suppression du répertoire Adéli apporterait une solution de simplification quant à la mobilité des professionnels de santé.



EN BREF - NOS PROPOSITIONS

Encourager le développement de l'exercice médical

- Valoriser la responsabilité territoriale des établissements de santé, par la prise en compte de leurs projets visant à renforcer l'accès aux soins (centres médicaux décentralisés, consultations avancées ou itinérantes, télémédecine...) dans leur CPOM, voire dans leur modèle de financement (MIG « Responsabilité territoriale »).
- Organiser la mise en relations des professionnels de santé libéraux avec les élus locaux désireux de les accueillir pour des consultations avancées

Revaloriser financièrement l'exercice médical mobile

- Soutenir financièrement les organisations ambulatoires qui réalisent des consultations avancées, par exemple par la création d'un « CSTM collectif » et la création d'une garantie de revenus au sein du CSTM.
- Assouplir l'encadrement ordinal de l'exercice multi-site, mais également de la médecine itinérante.
- Augmenter (à 60 000 €) le plafond d'exonération PCV dans les zones sous-denses afin de rendre le cumul emploi-retraite véritablement attractif

Adapter le cadre juridique, réglementaire et fiscal

- Permettre aux médecins d'être désignés conjointement médecins traitants dès lors qu'ils participent à une même CPTS.
- Accorder une exonération de Cotisation Foncière des Entreprises aux médecins installant leur cabinet secondaire dans une zone fragile.
- Supprimer l'identification ADELI au profit du seul répertoire RPPS

AXE 5

DYNAMIQUES ET COOPERATIONS INTERPROFESSIONNELLES

Dans leur grande majorité, nos concitoyens ont comme premier réflexe, lorsque survient un problème de santé, quelle que soit sa nature, de se tourner vers un médecin. **La blouse blanche rassure.** Dans de nombreuses situations pourtant, ils pourraient tout à fait avoir recours à d'autres professionnels de santé.

Or, le déficit de médecins va inéluctablement s'amplifier dans les années à venir. Quels que soient, par ailleurs, les progrès réalisés pour en optimiser l'usage, **la ressource médicale est condamnée à se raréfier dans les dix prochaines années.**

Les autres professionnels de santé, à l'inverse, sont nombreux, et même de plus en plus nombreux pour certains. A titre d'exemple, la densité des sages-femmes (rapportée au nombre de femmes en âge de procréer) a doublé depuis vingt ans, et le nombre de sages-femmes exerçant en libéral augmente de près de 10% par an. Ils sont en outre relativement bien répartis sur notre territoire – moins bien que les généralistes (à l'exception des pharmaciens, dont l'installation est réglementée), mais considérablement mieux que les médecins spécialistes⁴⁸. Cela s'explique par leur dynamisme démographique ainsi que par les politiques de conventionnement sélectif mises en œuvre par l'Assurance Maladie pour réguler leur implantation territoriale.

937 900

auxiliaires médicaux recensés
au 1^{er} janvier 2016
(dont 240 316 libéraux)
sont recensés, alors
qu'ils n'étaient que 509 256
(dont 126 042 libéraux) en 2000
soit une hausse de 73%
(en moyenne + 3,5% par an).

L'accessibilité à
une sage-femme est
4,8 fois meilleure
pour les 10% de la
population les mieux
dotés que pour les 10%
les moins bien dotés.
Cet écart (dit écart
inter-déciles) est de
1 à 8,3 pour les
gynécologues.

97,5 %

des Français
disposent d'une
pharmacie à moins
de 10 minutes
en voiture

Ces professionnels sont, en outre, de mieux en mieux formés à la prise en charge des patients. L'intégration du suivi gynécologique au sein des cursus de maïeutique en fait aujourd'hui une pratique courante pour les jeunes sages-femmes ; tout comme la pharmacie clinique occupe une place croissante – bien que sans doute encore insuffisante – au sein des études pharmaceutiques.

Le plan d'accès aux soins entend développer le rôle de ces professionnels de santé, non pas en concurrence mais en complémentarité avec le corps médical. La création d'une nouvelle formation de niveau Master pour les infirmiers dits « de pratiques avancées » va permettre de renforcer leur rôle dans le suivi et la prise en charge des patients chroniques.

Au-delà de cette mesure emblématique, d'autres pistes être explorées pour libérer du temps médical en responsabilisant d'autres professionnels de santé. Les enjeux ne sont pas minces : il s'agit de faire tomber les barrières entre professionnels pour sortir enfin du médico-centrisme. Là encore, cette évolution profonde dans les cultures professionnelles doit être outillée et accompagnée.

⁴⁸ La répartition géographique des professionnels de santé – DREES- Portrait des professionnels de santé, 2016



CE QUE NOUS AVONS VU

Le séminaire pluri-professionnel à l'Université de Franche Comté

Créé à Rennes en 2009 le séminaire étudiant "Apprendre à travailler ensemble" est aujourd'hui proposé par les universités et instituts de Besançon, Créteil et Lille, dans une version à chaque fois adaptée. Il rassemble des étudiants en formation initiale de différentes filières des champs de la médecine, du paramédical (sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeute, diététiciens, orthophonistes, pharmaciens) mais aussi du social (éducateurs, assistantes sociales...).

Ils visent à permettre aux étudiants d'apprendre à se connaître, à reconnaître les compétences de chacun et à réfléchir ensemble, en créant une culture commune autour d'enjeux tels que l'éducation thérapeutique.

Le séminaire est généralement organisé sous la forme de 3 sessions de 2 jours consécutifs, réalisées à 2 ou 3 mois d'intervalle. Les heures de formation sont validées dans le cursus des différentes filières.

Le séminaire réunit environ 100 étudiants, sur la base du volontariat. Les universités et instituts sont partie prenante de la création et de la mise en œuvre du séminaire sur leur territoire : un formateur de chaque institution participe activement à la construction, à l'organisation, à la réalisation et à l'animation du séminaire. L'université d'Angers a mis en place dans le même esprit un séminaire interprofessionnel, qui réunit à plus vaste échelle (600 étudiants chaque année) les étudiants médecins et paramédicaux pour un travail de recherche en groupe, autour d'une problématique commune. Ils bénéficient dans ce cadre de l'appui de personnes ressources et sont notés collectivement à la fin de l'exercice.



LES CLES DE REUSSITE

→ Clé de réussite n°1 :

Favoriser la pleine appropriation par chaque type de profession de santé de son champ de compétences

Ces dernières années, certains professionnels de santé se sont vu ouvrir des possibilités nouvelles. C'est par exemple le cas des sages-femmes, qui peuvent désormais réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention (depuis 2009) ainsi que de pratiquer de vaccinations et des IVG médicamenteuses (depuis 2016). Le dernier avenant conventionnel signé avec l'Assurance maladie (mai 2018) renforce encore leurs missions de prévention par la création de nouveaux actes rémunérés (dont une consultation de contraception et de prévention à destination des jeunes filles).

C'est également le cas des pharmaciens : ceux-ci ont vu leurs compétences réglementaires s'élargir progressivement en matière de dépistage, de recours aux tests rapides d'orientation et de diagnostic, de promotion de la santé et, plus récemment, de vaccination contre la grippe saisonnière. Dans le champ conventionnel, la création de l'entretien pharmaceutique et du bilan de médication reconnaissent et valorisent le rôle de conseil du pharmacien auprès du patient.

Force est toutefois de constater que ces possibilités nouvelles ne sont pas aujourd'hui complètement exploitées. L'exemple des sages-femmes est, de ce point de vue, emblématique : les actes liés au suivi gynécologique (frottis, pose de stérilet, etc.) et à la contraception ne représentaient que 1% du montant des actes qui leur étaient remboursés par l'Assurance maladie en 2015⁴⁹ ; elles ne réalisaient, la même année, que 2,9% du total de ces actes et 1,7% des prescriptions de contraceptifs.

⁴⁹ Exploitation des données du SNIIRAM par l'ORS Pays de la Loire.

Ces possibilités ont été intégrées dans les cursus de formation initiale, mais demeurent mal identifiées par les professionnels installés depuis de nombreuses années⁵⁰, comme par les médecins généralistes qui seraient susceptibles de leur orienter des patients. Enfin, et peut-être surtout, les patientes elles-mêmes les identifient mal et manifestent parfois une certaine réticence à l'idée de se tourner vers un professionnel non médecin.

Il nous semblerait judicieux de mettre en place une politique globale visant à la pleine appropriation de ces compétences. Cela passerait :

- ◆ Par des politiques de sensibilisation des professionnels de santé concernés : les ARS pourraient pour cela s'appuyer sur les ordres ou sur les URPS, comme c'est le cas en Rhône-Alpes dans l'URPS-Pharmaciens. L'identification et la promotion par ces instances d'une offre de formation continue adaptée serait facilitante ;
- ◆ Par une intervention ciblée sur les médecins généralistes, prioritairement ceux installés dans les zones fragiles. Les modalités et les messages-clé de cette campagne pourraient être conçue en partenariat avec l'Assurance maladie et relayée par ses délégués (DAM) ;
- ◆ Enfin, par une communication orientée vers les patients, pour leur faire connaître ces nouvelles possibilités, leurs avantages, ainsi que les garanties en matière de qualité et de sécurité des soins.

➔ **Clé de réussite n°2 :**
Développer la culture de l'inter-professionnalité dans la formation initiale et continue des professionnels de santé

Les médecins que nous avons rencontrés ont le plus souvent fait état de certaines réticences au développement des délégations de tâche vers d'autres professionnels de santé : ils redoutent que ceux-ci soient insuffisamment ou inégalement formés, regrettent l'absence de retour systématique sur les actes délégués (la vaccination par les pharmaciens par exemple), témoignent d'une vision parfois légèrement caricaturale des autres professions de santé.

« Le pharmacien, son métier c'est avant tout de vendre des boîtes de médicaments. Chacun son métier »

un médecin rencontré dans le Pas-de-Calais.

Les étudiants, internes et jeunes médecins s'y déclarent globalement plus favorables, mais expriment le besoin de mieux connaître les compétences de chacun. Le même constat semble d'ailleurs partagé par les étudiants d'autres cursus de santé.

« C'est essentiel de connaître l'autre, de savoir quelles sont ses missions, ses compétences, qu'il ne va pas empiéter sur les nôtres »

un interne de médecine générale à Besançon.

« Le gros problème c'est qu'on ne connaît pas les décrets d'actes des autres professions de santé. Mais sur le fond, déléguer des tâches aux paramédicaux c'est une bonne chose, ils peuvent passer plus de temps que nous avec le patient. C'est quand même plus facile si on est dans la même structure, car du coup ils peuvent nous faire un retour sur le sujet »

un interne de médecine générale à Nancy.

50 URPS Sages-femmes d'Ile-de-France, Démographie et activité des sages-femmes en Ile de France, 2014



« Il faut que nos nouvelles missions soient acceptées par les autres professionnels de santé, qu'on explique aux médecins que c'est complémentaire, qu'on ne va pas prendre leur rôle mais leur apporter un plus, par exemple en les aidant à comprendre les causes d'inobservance »

un étudiant pharmacien, représentant de l'ANEPP.

La mise en place du service sanitaire va amener les étudiants des différentes filières en santé à travailler ensemble autour de projets communs en matière de prévention et de promotion de la santé.



Le service sanitaire

L'instauration dès 2018 d'un service sanitaire pour les 47 000 étudiants en santé (médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, soins infirmiers et masseur-kinésithérapeute) à former tous les futurs professionnels de santé aux enjeux de la prévention par la participation à la réalisation d'actions concrètes de prévention auprès de publics identifiés comme prioritaires.

Ceux-ci interviendront dans des établissements scolaires, lieux de vie, entreprises... sur des thèmes prioritaires de la santé publique (promotion de l'activité physique, information sur la contraception, lutte contre les addictions – tabac, alcool, drogues, etc.).

Pour favoriser l'interdisciplinarité, les étudiants des différentes filières en santé travailleront ensemble pour réaliser des projets communs.

Nous estimons qu'il est possible, et souhaitable, d'aller plus loin dans le développement de l'inter-professionnalité au sein des cursus de formation initiale, non seulement au sein du premier cycle mais également du second, voire du troisième :

- ◆ Par la généralisation à court terme du séminaire interprofessionnel mis en œuvre notamment à l'Université de Besançon ;
- ◆ Par le développement à plus long terme de modules d'enseignement communs entre les différentes filières en santé.

La vaste réforme des études en santé présentées par le Président de la République dans « Ma Santé 2022 », est une formidable opportunité pour avancer dans cette direction.

La formation continue peut également constituer un ferment de cette culture de l'inter-professionnalité. La structuration d'une offre de formation pluri-professionnelle au sein du DPC pourrait à cet égard être affichée comme une priorité forte fixée à l'ANDPC.



LES VEROUS

→ **Le développement des compétences des professionnels de santé non médecins doit pouvoir s'envisager en droit commun et non exclusivement dans les cadres dérogatoires et expérimentaux existants.**

Pour aller plus loin dans l'exercice de compétences traditionnellement dévolues aux médecins par d'autres professionnels libéraux, deux solutions sont aujourd'hui prévues par la loi :

- ◆ La formalisation de protocoles pluri-professionnels définis par l'article 51 de la loi HPST. Cette procédure – qui implique un examen par l'ARS, la Haute Autorité de Santé et le collège des financeurs – est lourde et parfois décourageante pour les professionnels de terrain, qui se disent désemparés face à leur caractère très administratif et trop peu accompagnés dans le lourd travail de formalisation qu'elle implique.
- ◆ Le recours au dispositif d'innovation organisationnelle prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018, et dont le champ devrait s'élargir, avec le PLFSS 2019, à la dérogation aux décrets de compétences des différentes professions de santé. Ce dispositif, prometteur, appelle un haut degré de formalisation et s'avère exigeant en termes de conduite de projet. Il s'inscrit dans une perspective de généralisation à moyen - long terme (5 ans). Cela en fait un outil pertinent pour tester de nouveaux modèles économiques, mais pas pour libérer à court terme du temps médical de façon massive.

Il ne faut donc pas réduire à ces deux dispositifs la question – centrale - de l'élargissement des compétences des professionnels de santé non médecins. Certaines mesures doivent pouvoir intégrer dès à présent le droit commun. Plusieurs pistes nous semblent pouvoir être explorées rapidement :

- ◆ **La rationalisation des décrets d'acte existants** : des extensions de compétences pourraient être envisagées, en ciblant des actes susceptibles de libérer du temps médical de façon substantielle. A titre d'exemple, on peut citer la possibilité pour les sages-femmes de prescrire des dépistages des infections sexuellement transmissibles, de vacciner non seulement la mère et l'enfant mais également le conjoint, ou encore de renouveler les arrêts-maladie au-delà du congé thérapeutique de 15 jours. La prescription de certains examens biologiques par les pharmaciens, dans le prolongement de leurs nouvelles missions en matière de dépistage, pourrait aussi être étudiée, de même que leur rôle dans le triage en première ligne des petites urgences, une mission qu'ils remplissent avec succès dans un grand nombre de pays étrangers comme la Suisse, le Québec ou l'Angleterre.
- ◆ **Le remboursement d'actes autorisés mais non pris en charge par la sécurité sociale** : on peut penser à la pose de bas de contention par les infirmières, à l'ablation de sonde urinaire à domicile, ou encore aux bilans neuropsychologiques en ville. Bien sûr, les conséquences de ces évolutions ne seraient pas neutres pour les finances publiques. Pour autant compte-tenu des enjeux en matière de démographie médicale, un examen au cas par cas, appuyé sur des études d'impact rigoureuses, nous semblerait le bienvenu.
- ◆ Enfin, **certaines extensions de compétences pourraient être mises en œuvre sous condition d'exercice coordonné par les professionnels de santé concernés**. Si les médecins que nous avons rencontrés se déclarent parfois sceptiques à des délégations générales d'actes aux professionnels paramédicaux, ils l'envisagent plus volontiers envers un professionnel de santé implanté à proximité et qu'ils connaissent déjà. Surtout, l'inscription des professionnels concernés dans un projet d'exercice coordonné (MSP, ESP, CPTS...) semble de nature à garantir la cohérence du parcours du patient et l'échange d'informations avec son médecin de traitant ; elle limiterait ainsi très probablement l'impact inflationniste de telles mesures. Dans cette perspective, on pourrait par exemple envisager de financer les activités de préparation des doses administrées (PDA) ou de dispensation à domicile par les pharmaciens d'officine, dès lors qu'ils seraient membres d'une MSP, d'une ESP ou d'une CPTS ayant fait de la prise en charge des personnes

âgées l'un des axes de son projet de santé. On pourrait, dans le même ordre d'idée, permettre l'accès direct aux kinésithérapeutes pour la rééducation d'une entorse de la cheville, ou pour la prise en charge de la lombalgie aiguë, dans le cadre de structures d'exercice coordonné. C'est le projet de santé qui ferait office de protocole pour l'exercice de cette compétence nouvelle.

→ L'exercice coordonné demeure encore parfois médico-centré

La place des non médecins n'est pas toujours simple à trouver dans les maisons et centres de santé. Leurs contraintes matérielles sont différentes – recours au secrétariat, configuration des locaux, etc. – ce qui est parfois source de difficultés dans la répartition des charges. Plus fondamentalement, le dispositif reste largement articulé autour du médecin généraliste, pensé comme le pivot et comme le *leader* naturel de l'équipe pluri-professionnelle.

On observe ainsi :

- ◆ Que les logiciels agréés par l'ASIP sont partiellement inadaptés aux spécificités et aux besoins des paramédicaux (par exemple en matière de facturation), ce qui les contraint parfois à un double équipement, voire à une double saisie systématique des données des patients. Il serait nécessaire de faire émerger une offre de logiciels spécifiquement conçus pour répondre aux besoins de l'exercice coordonné ;
- ◆ Que les financements prévus par l'ACI sont dans une large mesure calculés en fonction de la patientèle (médecin traitant) des médecins généralistes uniquement. Les autres professionnels de santé présents – qu'il s'agisse, d'ailleurs, de médecins spécialistes, de sages-femmes ou d'auxiliaires médicaux – disposent pourtant souvent d'une patientèle distincte. La prise en compte de la file active de l'ensemble des professionnels de santé présents dans la structure devrait être privilégiée, afin de mieux reconnaître l'importance des spécialistes et des paramédicaux dans la vie de ces structures.



EN BREF - NOS PROPOSITIONS

Favoriser la bonne appropriation par chaque profession de santé de son champ de compétences

- Sensibiliser les professionnels de santé concernés aux évolutions de leurs décrets de compétences et garantir l'existence d'une offre de formation continue adaptée
- Informer largement les patients et les médecins généralistes de ces évolutions et de leur intérêt

Développer la culture de l'inter-professionnalité

- Systématiser les séminaires inter-professionnels et les modules d'enseignement conjoints au cours des études de santé
- Afficher le développement des formations pluri-professionnelles comme une orientation forte donnée à l'ANDPC
- Revoir les critères de l'ACI (calcul des rémunérations, logiciels agréés) pour mieux reconnaître la place des paramédicaux et auxiliaires médicaux au sein des MSP et des CDS

Accroître rapidement le champ de compétences des professionnels de santé non médecins

- Permettre l'exercice de compétences nouvelles sous condition d'inscription dans un mode d'exercice coordonné
- Envisager des extensions de compétences ciblées sur des actes susceptibles de libérer du temps médical (par exemple, le triage des petites urgences par les pharmaciens)
- Envisager l'accès direct ou le remboursement pour certains actes pratiqués par les professionnels de santé non médecins dans le cadre de référentiels

Axe 6

Simplification administrative et temps médical

Les professionnels que nous avons rencontrés ont souvent exprimé le sentiment d'être submergés à la fois par des démarches administratives nombreuses et complexes dans le quotidien de leur exercice libéral. Cette situation est vécue comme particulièrement problématique face à une demande de soins qui s'accroît.

De fait, et en dépit des efforts conséquents conduits par la CNAMTS en matière de simplification, les « irritants » rencontrés par les professionnels de santé dans le cadre de leur exercice libéral sont encore nombreux. La disparition progressive des conjoints collaborateurs – la « femme de médecin », qui prenait autrefois en charge une partie de ces tâches non médicales – aggrave probablement ce phénomène. Ces irritants constituent une multitude de cailloux dans la chaussure des professionnels, qui s'accumulent jusqu'à parfois les ralentir, voire les empêcher d'avancer. Nos visites ont d'ores et déjà permis d'en identifier quelques-uns, mais ce travail gagnerait à être conduit de manière plus systématique par la mise en place d'une cellule ou d'une procédure dédiée au sein du ministère de la Santé.

L'accroissement de la demande de soins est, quant à lui, tiré par des facteurs objectifs et désormais bien identifiés : croissance démographique, essor des pathologies chroniques en particulier. Mais il relève également de facteurs plus sociologiques : les patients réclament plus qu'hier, d'une prise en charge immédiate et semblent disposer de moins de repères pour s'orienter dans le système de soins et réagir face aux pathologies courantes, y compris les plus bénignes. S'ils tendent de plus en plus à s'appuyer sur l'information disponible en ligne, la qualité de cette dernière n'est pas vérifiée et de fait sa pertinence laisse souvent à désirer⁵¹.

⁵¹ Selon un récent rapport de France Stratégie, 60% des Français se tourneraient en priorité vers internet pour rechercher des informations en santé. Or, seules 42% des personnes consultant des sites web de santé vérifient la source et la date de mise à jour de l'information obtenue en ligne



CE QUE NOUS AVONS VU

Les ateliers d'éducation à la santé familiale de la MSA

Le Laboratoire Éducation et Pratiques de Santé, associé à l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) et à la Mutualité Sociale Agricole (MSA) a conçu un dispositif d'Éducation à la Santé Familiale (ESF), fondé sur des compétences répondant au besoin de réappropriation par les familles de savoir-faire en soins courants et secours de proximité.

Ce programme a pour but de conférer aux familles les connaissances et les compétences de base leur permettant de maintenir leur santé, de résoudre par elles-mêmes des problèmes de santé courants et de gérer des situations d'urgence à domicile, sans avoir à s'adresser systématiquement à un système de soins de premier recours de plus en plus débordé. L'ESF est conçue pour s'adresser à toutes les familles, mais elle privilégie les publics en situation de précarité, éloignés de l'offre de soins, ainsi que les assistants maternels et de crèches.

Les formateurs en ESF sont des professionnels de santé (médecins, infirmières, puéricultrices, secouristes), qui bénéficient d'une formation méthodologique spécifique de 3 jours.

Ce dispositif est expérimenté depuis 2015 en Lorraine avec le soutien de l'ARS ; En 2017, 4 conventions d'objectifs et moyens incluant l'ESF ont été signées entre la MSA et les ARS : - d'Auvergne Rhône Alpes - de Bourgogne Franche Comté - du Grand Est - de l'IDF.



LES CLES DE REUSSITE

→ Clé de réussite n°1 : Eduquer et former les patients aux bons usages du système de santé

L'éducation thérapeutique et la formation des patients apparaissent comme un levier encore sous-exploité, mais susceptible de limiter les demandes de soins inutiles et favoriser un usage pertinent du système de santé. Il convient cependant d'éviter autant que possible dans ce domaine les grandes campagnes nationales dont le message unique risquerait d'être reçu diversement selon les populations concernées en fonction de leur rapport aux soins et aux institutions avec le risque d'accroître le non recours chez certaines populations fragiles. Plusieurs pistes peuvent en revanche être explorées :

- ◆ L'identification et la formation de personnes-ressources susceptibles de constituer des relais de proximité, et d'orienter les patients de manière efficace dans le système de santé : secrétaires médicales, infirmières scolaires, médiateurs sanitaires, personnel administratif des maisons de services au public par exemple.
- ◆ La généralisation dans les zones fragiles des programmes d'éducation à la santé familiale. Le modèle développé par la MSA en lien avec le Laboratoire Educations et Pratiques de Santé (LEPS) de l'Université Paris 13 et l'Union nationale des associations familles (UNAF) apparaît particulièrement pertinent en milieu rural (cf. encadré infra) et gagnerait probablement à être adapté aux spécificités d'autres territoires, tels que les quartiers prioritaires de la politique de la ville.

Il nous semble souhaitable aujourd'hui de systématiser et généraliser les actions visant à permettre aux patients de mieux se repérer dans le système de soins et de résoudre par eux-mêmes les problèmes de santé les plus courants.

→ Clé de réussite n°2 : Réduire les motifs administratifs de consultation médicale

Un certain nombre de consultations chez le médecin généraliste sont aujourd'hui motivées essentiellement par la nécessité d'obtenir un certificat administratif, sans qu'un examen de santé ne

s'avère indispensable ni même utile d'un point de vue médical. Dans le contexte actuel de pénurie médicale, des efforts de simplification doivent être entrepris.

- ◆ Les certificats médicaux ne sont plus exigibles aujourd'hui pour la réintégration d'un enfant à la crèche ou à l'école, sauf en cas de maladie contagieuse⁵². Pourtant, de nombreux parents se voient demander un certificat, notamment pour justifier l'exonération des frais de repas dans les cantines scolaires. Cela occasionne des consultations sans réelle plus-value médicale, car elles concernent des pathologies bénignes et fréquentes (varicelle, gastro-entérite, etc.) qu'ils sont en mesure de prendre en charge seuls. Une sensibilisation des gestionnaires de crèches et de cantines scolaires serait bénéfique.
- ◆ Les interruptions de travail pour raisons de santé doivent être justifiées auprès de l'employeur par une lettre d'avis comportant la signature du médecin⁵³. Ce garde-fou est essentiel pour les arrêts de travail de plus de trois jours, qui donnent lieu à une indemnisation par l'Assurance Maladie. Dans le cas des arrêts plus courts et non indemnisés, les entreprises pourraient toutefois être incitées à assouplir autant que possible leurs procédures internes.
- ◆ Les procédures de demande MDPH ont été récemment allégées⁵⁴ ainsi que les dossiers d'admission en EHPAD (création d'un dossier unique et dématérialisation en cours). Ces démarches n'en demeurent pas moins chronophages pour les médecins, qui ont toujours le sentiment de devoir les répéter plus souvent que nécessaire pour un même patient. Les assistants médicaux qui seront déployés dès 2019 auprès des généralistes, conformément aux récentes annonces du Président de la République, pourraient notamment se voir confier la responsabilité de ces démarches administratives.



LES VEROUS

→ L'application des règles fiscales est parfois source de complexité et d'incertitude pour les professionnels

Il apparaît par exemple nécessaire de sécuriser le bénéfice des exonérations fiscales liées aux zones de revitalisation rurale aux médecins bénéficiant d'un contrat de collaboration libérale dans les zones sous-denses. Aujourd'hui, en effet, le contrat de collaboration libérale est le plus souvent considéré comme une extension et non une création d'activité, et ne peut donc pas bénéficier de ces exonérations de manière autonome alors même qu'ils se constituent rapidement une patientèle propre, compte-tenu du déficit de médecins qui caractérisent ces zones.

Un autre exemple est celui de la taxe sur les enseignes commerciales, à laquelle sont soumises les Maisons de santé pluri-professionnelles et les centres de santé alors-même que les plaques des professionnels de santé en sont exonérés. Les sommes en jeu sont peu importantes pour les collectivités locales, alors que la procédure de déclaration est d'une complexité extrême pour les équipes soignantes.

⁵² Décret n° 2009-553 du 15 mai 2009

⁵³ Article L321-2 du code de la sécurité sociale

⁵⁴ L'AAH peut désormais être attribuée pour une période plus longue lorsque le taux d'incapacité est important et le certificat médical joint au dossier est valide 6 mois et non plus 3 et a fait l'objet d'une dématérialisation.



EN BREF - NOS PROPOSITIONS

Limiter les usages non pertinents ou inadéquats du système de santé

- Généraliser, prioritairement dans les zones fragiles, les programmes d'éducation à la santé familiale, sur le modèle de ceux proposés par la MSA
- Réduire les motifs administratifs de consultation médicale, notamment en sensibilisant les gestionnaires de crèches et de cantines scolaires au cadre juridique en vigueur concernant les certificats médicaux

Sécuriser fiscalement les professionnels de santé

- Sécuriser le bénéfice des exonérations fiscales liées aux zones de revitalisation rurale aux médecins bénéficiant d'un contrat de collaboration libérale dans les zones sous-denses
- Exonérer les MSP et les CDS de la taxe sur les enseignes commerciales

La mise en œuvre du plan sur les territoires

LE PLAN D'ACCES AUX SOINS SE VEUT TERRITORIALISE ET PARTENARIAL

Le plan d'accès aux soins a été conçu comme une boîte à outil à destination des acteurs locaux. Toutes les solutions ne peuvent pas s'inventer depuis Paris et se décliner de manière uniforme des quartiers sensibles de l'agglomération lyonnaise aux franges rurales de l'Indre-et-Loire : il revient aux ARS d'adapter les solutions aux spécificités de chaque territoire, en concertation étroite avec les acteurs de terrain. La gouvernance mise en place dans chaque région pour suivre la mise en œuvre du plan reflète d'ailleurs largement cette volonté.

Plus de 300 réunions
organisés par les ARS
au premier semestre autour
du plan d'accès aux soins,
permettant de toucher
plus de 1 300 élus locaux.

**Ceux-ci sont également associés au travers
des contrats locaux de santé : on en recense**

305 en 2017
(et 70 en projet), dont plus de la moitié portent
des actions en matière de renforcement
de l'offre de soins ambulatoire.

Sur le terrain, le plan est perçu positivement par les différents acteurs, même si sa notoriété demeure dans bien des cas limitée aux représentants institutionnels et aux *leaders* professionnels. Ceux-ci saluent notamment cette volonté de partir des projets et des contraintes de chaque territoire.

S'adapter aux spécificités des territoires : le cas des quartiers prioritaires

De nombreux quartiers sensibles sont aujourd'hui classés comme zones fragiles du point de vue de l'offre de soins, car ils peinent à attirer et à maintenir des professionnels de santé libéraux. Nous avons certes rencontré des professionnels qui témoignaient d'une vraie vocation pour l'exercice dans ce type de quartier, comme l'exprime par exemple ce jeune médecin installé en Meurthe-et-Moselle: « *Exercer dans un quartier prioritaire, ça me motivait en soi, parce que la patientèle est intéressante* ».

Pour autant, ces quartiers connaissent des difficultés qui leurs sont propres. La mobilité des habitants y est plus faible, du fait notamment de l'enclavement qui caractérise souvent ces territoires et de la précarité de leur population : faire 1 kilomètre pour accéder à une consultation n'a pas le même sens à la campagne ou dans un quartier sensible. Les indicateurs de densité et de distance qui servent de base au zonage ne prennent pas directement cette dimension en compte ; les ARS ont toutefois très souvent pu rectifier les zonages statistiques pour veiller à l'inclusion des quartiers prioritaires.

« On n'était pas dans un désert médical, mais il était ressenti. Faire un kilomètre pour trouver un médecin, c'est déjà beaucoup »

un médecin exerçant en quartier sensible en Rhône-Alpes).

Les médecins exerçant dans ces quartiers évoquent par ailleurs des consultations particulièrement chronophages, liées à la fois à la prégnance des problématiques linguistiques, à l'absence de comportements de prévention (éloignement du soin) et à la prévalence pathologies chroniques et plurifactorielles. Les soignants éprouvent souvent un sentiment d'échec par rapport à ces problématiques environnementales et comportementales.

A ces difficultés s'ajoutent des inquiétudes récurrentes sur l'insécurité. Une partie de ces quartiers ne sont pas desservis par SOS Médecins, ce qui entraîne un report de charge sur les généralistes du territoire.

Nous avons pu noter que les dispositifs spécifiques à la politique de la ville (ateliers santé ville) et les contrats locaux de santé (souvent déployés prioritairement sur ces territoires) ont souvent permis d'initier des dynamiques locales positives. Le plan d'accès aux soins peut capitaliser sur ces dynamiques ; il gagnerait toutefois à se doter d'outils spécifiquement dédiés aux quartiers prioritaires, en matière notamment de médiation sociale.

Nous avons pu l'observer dans chacun des territoires que nous avons visités : là où les acteurs parviennent à coopérer en dépassant les préjugés, les concurrences, les différences de cultures professionnelles, des dynamiques positives s'établissent et des solutions pragmatiques peuvent émerger.

C'est la qualité du partenariat entre ARS, élus locaux et professionnels de santé qui constitue la première clé du succès.

L'expérience montre d'ailleurs que les projets portés exclusivement par les élus locaux, sans associer très en amont les professionnels de santé, sont très souvent voués à l'échec : c'est l'histoire - hélas assez classique - de la maison de santé dont on a financé les murs sans parvenir à faire s'y installer des médecins. A l'inverse, les initiatives solitaires des professionnels de santé, conduites sans dialogue ni soutien des collectivités locales, se heurtent à des blocages et des obstacles conséquents, qui peuvent s'avérer bloquants.

Ce dialogue n'est nulle part gagné d'avance.

Les élus locaux, les professionnels de santé et les ARS peinent trop souvent à se comprendre, parce qu'ils ne parlent pas le même langage, ne comprennent pas forcément les attentes et les contraintes les uns des autres. Le plan d'accès aux soins a permis de développer de nouveaux espaces d'échange, mais la confiance met parfois du temps à se construire.

Il est symptomatique par exemple de constater le décalage qui peut exister entre les modes d'intervention mis en avant par les collectivités locales et leurs représentants institutionnels – essentiellement centrés autour d'un soutien aux projets de MSP dans leur volet immobilier ou la promotion touristique du territoire à destination des internes et jeunes médecins – et les attentes exprimées par les professionnels de santé à leur égard : ceux-ci mettent tout aussi fréquemment en avant la sécurité, le stationnement, l'accès à une crèche, l'emploi du conjoint ou encore l'hébergement des stagiaires.

→ Les professionnels de santé

Dialoguer avec les professionnels de santé d'un territoire peut s'avérer complexe pour les pouvoirs publics.

D'une part, ceux-ci manquent de temps et d'énergie pour s'impliquer dans une conduite de projet et donc dans un dialogue constructif avec l'ARS ou les élus locaux.

Ainsi, si les instances de concertation territoriales – par exemple les contrats locaux de santé – leurs sont ouvertes en principe, ils en sont souvent absents en réalité, tout simplement parce que les réunions ont lieu pendant leurs heures de consultation. La structuration d'une fonction administrative et gestionnaire au service des acteurs de l'ambulatoire, évoquée dans l'Axe 3, constituerait à cet égard un facteur facilitant de ce dialogue territorial.

D'autre part, il est parfois difficile d'identifier des instances véritablement représentatives des professionnels de santé sur un territoire.

Le positionnement des conseils ordinaires départementaux et des URPS est extrêmement variable d'un territoire à l'autre. Il peut fragiliser ou au contraire considérablement dynamiser ce dialogue ; reste que ces représentations syndicales et ordinaires peinent encore souvent à s'adapter aux aspirations des jeunes générations.

« Dans mon département, l'ordre, l'URPS, les instances de l'ARS... tout est englué dans les postures, dans le jeu d'acteurs. Ce n'est pas du tout constructif, ça ne m'incite pas à m'investir »

un jeune médecin.

A l'inverse le soutien appuyé apporté par les pouvoirs publics aux jeunes médecins – notamment au travers des aides à l'installation – est parfois perçu par les générations précédentes comme un manque de reconnaissance de leur propre engagement : « *aujourd'hui c'est jeunes choyés contre vieux dévoués* », a pu ainsi exprimer un leader professionnel rencontré en Centre-Val-de-Loire.

→ Les élus locaux

La santé – et particulièrement l'accès aux soins – ne constitue pas aujourd'hui une compétence des collectivités locales, même si le code général des collectivités territoriales les autorise à intervenir dans ce domaine sous certaines conditions⁵⁵. Depuis quelques années un nombre croissant de collectivités de toutes tailles et de tous niveaux entreprend de se pencher sur ce qui devient un sujet de préoccupation majeur pour leurs habitants.

L'implication des élus locaux dans les projets territoriaux d'accès aux soins se heurte toutefois à la grande complexité des sujets de santé : profusion de sigles, multiplicité des instances et des dispositifs, technicité des questions médicales. Il est important aujourd'hui de leur fournir des points de repère sur cette politique, ce qui doit aussi être l'occasion de les amener à concevoir autrement les solutions à apporter. L'installation d'un médecin à temps plein sur leur territoire ne doit plus constituer l'unique horizon des élus locaux : d'autres solutions – consultations avancées, cabinets secondaires, téléconsultation...- sont susceptibles de garantir à leurs administrés un accès aux soins satisfaisant de manière plus pérenne.

Il manque aujourd'hui une plateforme destinée aux élus locaux. Le plan d'accès aux soins pourrait se voir enrichi dans les mois à venir :

- ◆ D'une offre de formation à destination des cadres territoriaux et des élus locaux autour des sujets d'accès aux soins ;
- ◆ D'outils méthodologiques, élaborés en étroite collaboration avec les associations d'élus locaux, leur permettant d'identifier et de répondre aux demandes des professionnels de santé. Un travail de modélisation, de mutualisation de bonnes pratiques et de rédaction de fiches-actions pourrait être entamé.

Au-delà de cet outillage technique, l'intervention des collectivités locales souffre aujourd'hui trop souvent d'un manque de cohérence. Les interventions des différents niveaux de collectivités sur le même champ peuvent être redondantes ou mal articulées entre elles. Plus problématique encore, les collectivités locales se font concurrence entre elles pour attirer les internes puis les professionnels de santé. Nous avons pu recueillir des témoignages et exemples nombreux dans ce domaine : des maires ruraux ayant recours à des cabinets de chasseurs de tête pour recruter des médecins, des collectivités prêtes à surenchérir sur les propositions formulées par leurs voisines aux professionnels de santé... Il s'agit là d'un jeu à somme nulle, et même négative, compte-tenu des sommes parfois considérables investies dans ces guerres de chapelle.

Les difficultés que nous connaissons aujourd'hui appellent à dépasser les concurrences locales et à intervenir à la bonne échelle. L'époque où l'on pouvait espérer compter un médecin dans chaque village est révolue. Il faut aujourd'hui concevoir des réponses à une échelle territoriale plus vaste, intercommunale le plus souvent.

⁵⁵ L'article L 1511-8 du CGCT, qui autorise le financement par les collectivités territoriales et leurs groupements de certains types d'aides, limitativement énumérées, et principalement ciblées sur les zones déficitaires.

« Pendant longtemps, on a été en concurrence entre communes voisines, avec chacune sa politique de santé, chacune sa stratégie pour attirer des médecins. C'est la montée en puissance de l'intercommunalité qui nous a fait conclure une sorte de pacte de non-agression. Si on trouve un ophtalmologue, on lui suggérera de s'installer plutôt à Corbeil, car c'est plus cohérent, il y a un centre d'ophtalmologie qui peine à recruter. En échange, ils pourraient nous concéder des plages réservées pour les patients de Grigny, pour que les délais de prise en charge ne soient pas trop importants »

une adjointe au maire de Grigny.

La désignation d'une collectivité cheffe de file pourrait également constituer une réponse pour renforcer la cohérence des interventions locales. Cela offrirait à la collectivité désignée la légitimité à la fois juridique et politique de coordonner l'intervention de l'ensemble des niveaux de collectivité, et donc de réguler les concurrences locales, par exemple par la rédaction d'un schéma ou la mise en place d'instances de concertation et de coordination entre collectivités.



La notion de collectivité cheffe de file

La notion de chef de file découle de l'article 72 de la Constitution, qui prévoit que « lorsque l'exercice d'une compétence nécessite le concours de plusieurs collectivités territoriales, la loi peut autoriser l'une d'entre elles ou un de leurs groupements à organiser les modalités de leur action commune ».

Le statut de collectivité chef de file n'autorise aucun pouvoir de contrainte ou de décision sur les autres niveaux de collectivités, la Constitution interdisant toute tutelle d'une collectivité sur une autre. Chaque collectivité demeure donc libre d'intervenir dans la limite de ses propres compétences, mais le chef de file coordonne la programmation et l'exécution de ces interventions.

La désignation d'un chef de file ne correspond pas à l'attribution d'une compétence nouvelle à la collectivité concernée, mais à une nouvelle organisation de compétences existantes. Une telle mesure ne s'apparente pas à un désengagement de l'État et ne donnera pas lieu en principe à attribution d'une compensation financière de la part de ce dernier.

Ni la région – trop étendue – ni la commune n'apparaissent comme des échelons pertinents pour coordonner ces politiques. Les intercommunalités et les départements peuvent en revanche légitimement y prétendre :

- ◆ L'intercommunalité correspond à l'échelle la plus proche du territoire de vie santé, et sont compétentes en matière d'aménagement de l'espace (et, pour certaines, de politique de la ville), une politique qui peut présenter des synergies importantes avec l'accès aux soins ;
- ◆ Comme nous avons pu l'observer dans le Lot-et-Garonne, le département constitue un acteur pertinent pour organiser des solidarités entre territoires ainsi que l'échelon traditionnel de la régulation politique locale. L'accès aux soins s'intégrerait de façon logique dans les compétences du département, qui est chef de file en matière d'aide sociale, de politique médico-sociale et de solidarité des territoires. Depuis la loi NOTRe, il est en charge d'élaborer avec l'État le schéma d'amélioration de l'accessibilité des services au public.

→ Les ARS

Nous avons pu constater au fil de nos déplacements que les ARS s'investissent fortement dans la conduite du plan d'accès aux soins, qui est très souvent l'occasion pour elle de réinvestir la relation avec les collectivités locales comme avec les professionnels de ville sur chaque territoire.

En dépit de ce volontarisme manifeste, des critiques sévères leur sont adressées de manière récurrente, de la part notamment des élus locaux. Ces propos ne sont pas dénués d'exagération et traduisent souvent des postures, voire des jeux d'acteurs liés au contexte – l'adoption des PRS ou des nouveaux cahiers des charges de la PDSA ont pu tendre les relations sur certains territoires.

Il n'en demeure pas moins que dix ans après la loi HPST, la construction d'équipes locales est toujours en cours.

Le fonctionnement en silos et la forte concentration des responsabilités et des compétences au niveau régional nuisent à la territorialisation de l'approche et au travail de proximité ; la fusion des régions consécutive à la loi NOTRE a pu aggraver ce phénomène, en éloignant encore davantage les centres de décision.

Dans les délégations départementales, le niveau de compétence est inégal et le *turn over* important nuit parfois à la continuité du suivi. Certaines délégations peinent encore à se positionner véritablement comme des animatrices d'un dialogue sur le territoire. Ce rôle nouveau, qui les amène à accompagner des projets portés par d'autres plutôt qu'à les piloter de manière directive, constitue un changement de culture pour certains agents habitués à une posture traditionnelle plus régaliennne.

Il est essentiel aujourd'hui d'appuyer les ARS pour qu'elles outillent et renforcent cette fonction d'animation territoriale et qu'elles soient en mesure d'entretenir le lien le plus direct possible avec les professionnels de santé et les initiatives de terrain. Cela peut passer par le renforcement de leurs ressources et compétences propres ainsi que par la structuration d'échanges de pratiques entre délégués départementaux – qui se trouvent, de fait, dans une position d'interface essentielle au déploiement du plan. Cela peut également passer par le recours à des partenaires extérieurs. Certains sont eux aussi susceptibles de jouer ce rôle pour le compte ou en soutien de l'ARS : l'exemple de la Mutualité sociale agricole dans le Lot-et-Garonne, celui de l'URPS Médecins libéraux en Centre Val de Loire, en témoignent.

Cette implication renforcée dans l'émergence des projets, l'animation du dialogue et l'accompagnement des leaders devra cibler tout particulièrement les territoires en voie de désertification, qui connaissent de forts enjeux (nombreux départs en retraite dans les années à venir) sans qu'une dynamique de coopération locale n'ait encore pu être enclenchée. **Il est essentiel de concentrer les efforts sur ces territoires** au risque de les voir passer un point de « non-retour » au-delà duquel les professionnels de santé, trop peu nombreux et submergés par la demande de soins, sont incapables de s'impliquer dans des initiatives territoriales.

Enfin, face à un paysage institutionnel foisonnant et perçu comme complexe par les acteurs de terrain, il pourrait être utile **de clarifier le rôle des instances de concertation locales** autour des problématiques de santé et d'étudier les pistes de simplification. Les contrats locaux de santé constituent un outil précieux et apprécié du dialogue avec les élus locaux, même s'ils peinent parfois à impliquer les professionnels de santé. L'allongement de leur durée (de 3 à 5 ans) leur permettrait par ailleurs de porter des actions plus pérennes et structurantes.



EN BREF - NOS PROPOSITIONS

Mettre en place une plateforme à destination des élus locaux

- Mettre à disposition des cadres et élus territoriaux une formation dédiée aux questions d'offre de soins
- Mettre à disposition des collectivités territoriales des outils méthodologiques pour la conduite de projets locaux d'accès aux soins

Favoriser la cohérence des interventions locales

- Désigner une collectivité cheffe de file en matière d'accès aux soins

Appuyer les ARS dans leurs fonctions d'animation territoriale

- Renforcer les ressources et les compétences des ARS en matière d'animation territoriale, particulièrement dans les territoires en grande difficulté sans dynamique de projet identifiée
- Clarifier le rôle des instances de concertation locale et allonger de 3 à 5 ans la durée des Contrats Locaux de Santé (CLS).

Conclusion

La **stratégie de transformation du système de santé**, présentée il y a quelques semaines par le Président de la République, et baptisée « Ma Santé 2022 », **réaffirme l'ambition d'un renforcement des soins de proximité**, trop longtemps restés les parents pauvres de l'organisation des soins. La création d'une fonction d'assistant médical, la labellisation d'établissements hospitaliers comme « hôpitaux de proximité », le déploiement de 400 médecins salariés dans les zones fragiles, viendront dans les mois à venir s'ajouter aux mesures du plan d'accès aux soins, renforcer sa dynamique et en démultiplier les effets. Certaines mesures du plan d'accès aux soins verront d'ailleurs leur déploiement accéléré, en particulier les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), dont nous avons pu observer le potentiel prometteur en matière de structuration des soins de premier recours sur les territoires.

→ Des pistes nombreuses destinées à enrichir le plan

A l'heure où certains appellent à des solutions radicales et coercitives, nous sommes convaincus que les réponses les plus efficaces seront celles qui, pragmatiques, partiront des réalités du terrain et chercheront à s'appuyer sur les initiatives professionnelles plutôt qu'à les dicter ou les contraindre.

Il n'existe pas de solution miracle aux problèmes d'accès aux soins, mais une multitude de leviers qu'il convient d'actionner simultanément. Notre rapport passe en revue ces différents leviers et identifie des pistes, issues de nos rencontres sur le terrain, pour en démultiplier les effets. Au-delà des orientations et des mesures proposées au fil du rapport, quelques enseignements transversaux peuvent être dégagés un an après le lancement du plan d'accès aux soins :

- ◆ **La capacité d'innovation des acteurs de terrain est réelle.** Les professionnels et les élus que nous avons rencontrés débordent d'idées innovantes. Le fonds d'innovation organisationnelle prévu à l'article 51 de la LFSS pour 2018 suscite à cet égard de fortes attentes, qui ne pourront pas toutes être remplies. Au-delà de ces cadres expérimentaux ou dérogatoires, il est essentiel d'offrir aux porteurs de projet la souplesse dont ils ont besoin : ils ont trop souvent fait état d'un manque de soutien de la part des pouvoirs publics parce que leur projet « *ne rentrait pas dans les cases* ».
- ◆ Les changements que le plan d'accès aux soins entend mettre en œuvre constituent souvent **des évolutions importantes en termes de pratiques, de représentations et de cultures professionnelles**. Il convient de les accompagner plus fortement, tant du point de vue des professionnels – par la formation initiale, continue, l'accompagnement par les pairs – que des patients eux-mêmes.
- ◆ Enfin, **la qualité du partenariat entre acteurs apparaît comme essentielle à la réussite du plan**. Notre rapport se penche donc dans une partie conclusive sur les conditions d'un dialogue territorial fécond.

Souplesse, accompagnement, dialogue : autant de conditions de réussite pour le plan d'accès aux soins et, plus largement, pour la stratégie « Ma Santé 2022 », au cours des années à venir.

→ Une responsabilité collective

Si ce rapport est destiné à la Ministre des solidarités et de la santé, la désertification médicale constitue un défi partagé. Aussi, les pistes de réflexion et d'action présentées dans notre rapport s'adressent non seulement au Ministère de la santé et à l'Assurance Maladie, mais également à tous les acteurs qui interviennent, à un titre ou à un autre, dans l'accès aux soins : acteurs universitaires, ordinaires, élus locaux, mais aussi l'ensemble des professionnels de santé, indépendamment de leurs représentants : nul ne pourra réussir seul. **Relever le défi de l'accès aux soins est une responsabilité collective.**

