



Une réflexion
menée par

SOINS
COORD
ONNÉS

ÉDITO



Le constat est sans appel : aujourd'hui, 5 millions de Français n'ont plus accès à des soins de premier recours et ce phénomène continue de se répandre dans les zones rurales et péri-urbaines.

Alors même qu'il s'agit d'une étape obligatoire de notre parcours de soins, «trouver un médecin traitant» relève pour une part croissante de nos concitoyens d'un parcours du combattant, d'une angoisse, voire même d'une impossibilité. Ne nous voilons pas la face : notre système de santé se trouve dans une situation de crise, dont l'opinion publique s'inquiète à juste titre. Ces derniers mois, pas moins de deux longs-métrages ont abordé ce sujet sensible¹. Véritables témoignages de l'attachement des Français à l'égard de leur « médecin de famille » (et réciproquement), ces films révèlent surtout l'impuissance des territoires à réagir face à la désertification médicale.

Les pouvoirs publics et politiques, comme les représentants des médecins libéraux, se sont montrés jusque-là incapables de construire une alternative à cette catastrophe annoncée. Au fil des plans de lutte, les mêmes mesures sont proposées sans que l'évaluation des précédentes ne soit réalisée, ni que des améliorations significatives ne soient constatées sur le terrain. Les conventions médicales de 2005 et 2010 sont des échecs.

La convention de 2016 n'offre pas davantage de perspectives. La médecine générale y est malvalorisée et contournée. Les perspectives sont alarmantes : le CNOM² prévoit une chute remarquable et continue du nombre de médecins généralistes dans les années à venir.

Les différentes parties prenantes du système de santé vont devoir faire preuve de courage et d'inventivité pour dépasser les blocages actuels et ne pas accepter l'inacceptable : remettre définitivement en question l'égalité de l'accès aux soins en France. La problématique des déserts médicaux, ou plus largement celle de la médecine de premier recours, ne se résoudra pas avec des mesures ponctuelles, en colmatant sporadiquement les brèches. C'est sur la cohérence globale du système qu'il importe d'agir ; en redistribuant les cartes et en redéfinissant avec précision les missions et modalités d'exercice de chacun.

1 - Un village presque parfait, de Stéphane Meunier, 2015.
Médecin de campagne, de Thomas Lilti, 2016.

2 - Conseil National de l'Ordre des Médecins.



L'enjeu est trop important pour se laisser aller au fatalisme. Et, quoi qu'en disent certains, notre pays dispose de véritables atouts : des professionnels de santé compétents et engagés, des élus locaux courageux, des infrastructures performantes, des outils à disposition. Une autre dynamique est envisageable pour apporter à la population française la prise en charge dont elle a besoin en premier recours. **Appuyons-nous sur les forces vives de ce système et réfléchissons à leur complémentarité pour concevoir une organisation innovante des soins primaires.**

L'objectif est clair : offrir à tous les Français des soins primaires de qualité. Travaillons maintenant à la question du « comment ? » sans craindre d'emprunter des voies de rupture.

Peggy Wihlidal, Martial Olivier-Koehret

POURQUOI UN OPUS SUR LES DÉSERTS MÉDICAUX ?

Parce que nous refusons de bafouer l'héritage éthique et moral de notre système de santé.

Parce nous voulons apporter au débat public notre vision de ce que pourrait être une organisation pérenne.

Parce que c'est tous ensemble que nous construirons la santé de demain ; chacun apportant sa pierre à l'édifice à travers son expertise et sa volonté de faire.

PARTIE 1

LA DONNE



Chapitre I

LA RÉALITÉ DES DÉSERTS MÉDICAUX

Qu'est-ce qu'un désert médical ?	08
Un problème à géométrie variable	08
Définition	10
Typologies des déserts médicaux	12
En quoi consiste la désertification médicale pour les malades ?	14
Un an d'attente pour obtenir un rendez-vous dans certaines spécialités !	14
Des inégalités géographiques de plus en plus flagrantes	16
Des surcoûts discriminants	18
La dérangeante question du refus de soins	20

Chapitre II

L'ÉVOLUTION DES BESOINS ET DE L'APPROCHE MÉDICALE

Prospectives : une augmentation des besoins courants	22
L'augmentation du nombre des malades chroniques	22
La médecine ambulatoire doit se préparer au vieillissement de la population	26
L'évolution de la nature des besoins	28
Une nouvelle relation soignant / soigné	28
La dimension sociale du travail de soignant	30

Chapitre III

L'OFFRE DE SOINS PRIMAIRES EN FRANCE : HISTORIQUE ET PROBLÉMATIQUES

L'évolution actuelle du rôle et de l'organisation de l'hôpital dans l'écosystème global	32
Une stratégie de santé publique longtemps tournée en priorité vers l'hôpital	32
Un hospitalo-centrisme difficile à dépasser	34
La réorganisation territoriale des hôpitaux : les GHT	36
L'offre de médecine générale en France	38
Les grandes tendances	38
La mauvaise répartition géographique de l'offre de médecine générale	40
La grande hétérogénéité des pratiques	42
Médecins généralistes de « plein exercice » : une population en souffrance	44
De la théorie à la pratique : la difficulté de la réforme actuelle	46

Chapitre IV

POURQUOI LA MÉDECINE GÉNÉRALE LIBÉRALE FAIT PEUR ?

Le temps de travail	48
Les tâches connexes	49
Le rythme effréné des journées	50
Le poids du « corps social malade »	51
L'absence de contrôle sur son activité	52
L'isolement professionnel	52
Le difficile équilibre vie privée-vie professionnelle	53

Chapitre V

LE POUR ET LE CONTRE DES DIFFÉRENTES PISTES ENVISAGÉES PAR LES POUVOIRS PUBLICS

L'augmentation du Numerus Clausus : une sempiternelle fausse bonne idée !	54
Les mesures coercitives : non !	56
Le recours aux médecins de l'étranger : oui, mais...	58
Les incitations financières : oui, mais comme complément d'une solution plus globale	60
Les maisons de santé : oui, mais pas comme modèle unique de l'exercice coordonné	62
La télémédecine : oui, mais pas exclusivement	64

LA RÉALITÉ DES DÉSERTS MÉDICAUX

1/2 Qu'est-ce qu'un désert médical ?

UN PROBLÈME
À GÉOMÉTRIE
VARIABLE



Le malade

#parcoursducombattant

Du point de vue du patient, être confronté à un désert médical c'est apprendre que le médecin que l'on a toujours connu ferme son cabinet et qu'aucun successeur n'est annoncé.

Il s'agit alors pour le patient de partir en quête d'un médecin généraliste, dossier médical sous le bras, et de répéter inlassablement cette même question : « *Acceptez-vous de nouveaux patients ?* ». Un tiers du territoire est concerné par ce phénomène.



Le médecin

#épuisementprofessionnel

Du point de vue du médecin généraliste de plein exercice, la désertification médicale se traduit par une dégradation continue de ses conditions de travail.

Les remplaçants sont rares, les situations sanitaires ou sociales complexes et les moyens pour faire face à une charge de travail croissante sont de plus en plus limités. Quant à l'absence de repenseur potentiel, elle laisse l'amertume d'une vie professionnelle se terminant en impasse.



Les pouvoirs publics

#coupsd'épée dans l'eau

Du point de vue des pouvoirs publics, la question des déserts médicaux se résume bien souvent à des chiffres et des tableaux complexes. Elle est abordée avec une forme de cynisme et une tendance à minimiser le problème.

On y évoque des zones « déficitaires », « sous-dotées », « fragiles », « prioritaires ». Chacune de ces définitions officielles aboutit à des « états des lieux », des « diagnostics », des « concertations » et autres « consultations », qui eux-mêmes conduisent à des zonages assortis de plans et de mesures financières... Ces découpages administratifs nébuleux ne prennent pas en compte l'hétérogénéité du terrain et répondent rarement aux besoins réels de la population et des professionnels de santé. Ils occupent l'espace médiatique, mais ne modifient qu'à la marge, voire pas du tout, la réalité.



Le maire

#impuissance

Du point de vue des élus locaux, l'absence de cabinet médical est une menace. Le médecin généraliste est un acteur singulier de la vie de la cité, il contribue à son bien-être comme à son essor. Les maires se retrouvent en première ligne pour faire face aux questions et à la colère (légitime) de la population.

Pour ces élus, chacune des 36 000 communes de notre pays devrait disposer d'un cabinet médical. Trouver un médecin qui accepte de soigner leurs administrés est leur priorité. Ils y consacrent du temps, beaucoup d'argent et se sentent souvent abandonnés par les instances nationales.



DÉFINITION

Dans le cadre de notre livre, nous appellerons « désert médical » toutes les zones géographiques pour lesquelles l'offre de santé ne répond pas pleinement au besoin de la population, notamment en matière de soins primaires.



The background is a solid orange color. In the top right, two hands in blue sleeves are shown; one hand holds a white first aid kit with a blue cross, while the other holds a syringe. Below the kit are a small orange pill bottle, three white pills, and three orange pills. In the bottom left, a laptop is open, showing a red ECG line on its screen, with two hands typing on the keyboard. In the bottom right, there is a blister pack containing eight red capsules.

**Sur ces territoires,
on constate une remise en question
des droits fondamentaux inscrits
dans le préambule de notre Constitution :
l'accès aux soins n'y est plus garanti pour tous.**

TYPOLOGIES DES DÉSERTS MÉDICAUX

L'erreur la plus répandue est de considérer qu'un désert médical est nécessairement une zone rurale faiblement peuplée. Cette réalité existe, certains espaces sont effectivement dépourvus de commerces, de poste ou de toutes représentations de service public en raison de leur isolement et de leur faible population; mais la problématique des déserts médicaux ne peut pas se résumer à des questions d'ultra-ruralité ou de faibles densités démographiques. Les zones urbaines comme les campagnes sont affectées par cette carence en professionnels de santé.

Dans la périphérie des mégapoles, malgré des populations très denses qui justifieraient une large présence médicale en soins primaires, les services de santé ne répondent pas plus aux besoins des habitants. On s'y retrouve dans une situation de désert médical eu égard à la difficulté d'accès aux médecins. Comme l'explique l'UFC Que Choisir, « au-delà de l'ampleur des populations touchées, c'est [aujourd'hui] la typologie des territoires concernés qui change, les zones les mieux dotées en médecins se trouvant englobées dans ces déserts médicaux relatifs¹. Ces zones ne sont pas à proprement parler sous-médicalisées, de nombreux médecins y exercent, mais « le secteur 2 y est très majoritaire, voire exclusif pour certaines spécialités ». Principales conséquences : « les personnes qui ne peuvent pas payer de dépassements, ou qui ne disposent pas d'assurance complémentaire santé, peuvent alors se retrouver dans un désert médical, en dépit d'une abondance apparente de praticiens ». Il y est également difficile d'obtenir un rendez-vous rapidement pour les phases aiguës de pathologies courantes (angines, gastroentérites, gripes, etc.) qui ne relèvent pas a priori d'une prise en charge par les urgences hospitalières.

Ce nouveau type de déserts s'explique en partie par une **répartition géographique anarchique des professionnels de santé**. La plupart des médecins se sont en effet installés à proximité des plateaux techniques plutôt que de racheter des patientèles dans des zones plus isolées. **Or cette concentration dans les centres-villes et les quartiers**

aisés a entraîné une évolution de l'exercice professionnel qui est devenu sélectif, voire discriminatoire. Comme le faisaient remarquer les journalistes Jean-Baptiste Chastand, Laetitia Clavreul et Alexandre Léchenet dans un article du Monde paru en 2012 : « Alors qu'on aurait pu s'attendre à ce que la concurrence fasse baisser les prix, c'est l'inverse qui se produit, les médecins ayant tendance au mimétisme dans la fixation de leurs tarifs. (...) Les médecins qui s'installent en zone surdotée en professionnels (...) ont tendance à pratiquer des tarifs plus élevés (...). Ce qui permet d'avoir moins de patients, tout en gagnant autant, voire plus ». Dans ce cas de figure, c'est alors aux patients de s'adapter aux médecins et non l'inverse.

1 - L'UFC Que Choisir cité en substance dans le rapport d'information du Sénat n°335, page 20.

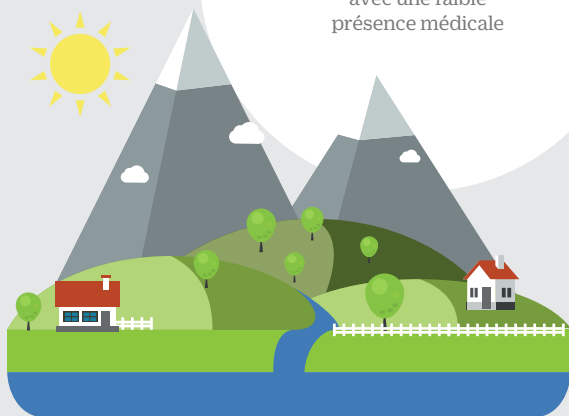
2 - Url de l'article du Monde : http://www.lemonde.fr/sante/article/2012/04/10/enquete-sur-ces-consultations-au-prix-fort_1682940_1651302.html, vu le 20 novembre 2016.

Les malades qui ne peuvent pas se conformer aux plages horaires réduites, aux délais, aux dépassements d'honoraires ou au refus du tiers payant se retrouvent tout bonnement sans prise en charge possible.

ZONES RURALES

faiblement peuplées

avec une faible
présence médicale



ZONES PÉRI-URBAINES

fortement peuplées

avec une présence médicale
insuffisante ou inaccessible



Typologie
des principaux déserts médicaux français

2/2 En quoi consiste la désertification médicale pour les malades ?

**UN AN D'ATTENTE
POUR AVOIR
UN RENDEZ-VOUS
DANS CERTAINES
SPÉCIALITÉS !**

La désertification médicale se manifeste avant tout pour les patients au travers de la difficulté à être vus par un médecin quand ils en ressentent le besoin. 55% des Français considèrent le manque de disponibilité comme la principale difficulté de leur parcours de soins¹.

En 2012, le rapport du Sénat tirait déjà la sonnette d'alarme : « cette situation est extrêmement préoccupante, car elle peut priver les patients des soins dont ils ont besoin, ou retarder ceux-ci, au risque de mettre gravement en danger la santé des personnes concernées »². 4 ans plus tard la situation n'a fait qu'empirer :

70% des Français se sont déjà retrouvés dans l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous chez le médecin dans un délai raisonnable, et ce chiffre est en constante augmentation. Dans certaines régions les délais d'attente peuvent dépasser plusieurs mois (voire presque une année) pour avoir accès à un ophtalmologiste, un dentiste ou un cardiologue³.



C'est un cercle vicieux : plus la demande est grande, plus les médecins se tournent vers une pratique sur rendez-vous pour éviter les à-coups.

Que se passe-t-il alors pour les malades ? Beaucoup (28%) cherchent d'abord à se tourner vers un autre professionnel de santé (pharmacien ou autre spécialité) ; d'autres choisissent de consulter quelqu'un de plus éloigné géographiquement (27%) ou de se rendre aux urgences hospitalières (20%). **Enfin, 10% déclarent avoir recours à l'automédication et -phénomène plus inquiétant- 15% renoncent à certains soins⁴.**

1 - Chiffre concernant les spécialistes. Enquête CISS-BVA : Les Français et les déserts médicaux. Url : <http://www.leciss.org/sites/default/files/SondageBVA-CISS-Les-Francais-et-les-deserts-medicaux.pdf>, vu le 20 juin 2016.

2 - Rapport du Sénat N°335, page 20.

3 - Enquête menée par le site internet www.mutuelle.com sur les délais d'obtention de RDV de spécialistes Url : <http://www.mutuelle.com/outils/delais-obtention-rdv-specialistes.html>, vu le 20 juin 2016.

4 - Enquête CISS-BVA : Les Français et les déserts médicaux. Url : <http://leciss.org/sites/default/files/SondageBVA-CISS-Les-Francais-et-les-deserts-medicaux.pdf>, vu le 20 novembre 2016.

27%

des Français déclarent avoir déjà rencontré des difficultés à obtenir un rendez-vous avec un médecin généraliste.

Source : enquête BVA pour le CISS

45%

des Français redoutent des conséquences sur leur santé.

Source : enquête BVA pour le CISS



FACE À CES DÉLAIS INACCEPTABLES, GARE À L'UBERISATION...

Billet de Benjamin Hue pour RTL, publié le 02.02/2015 et vu le 30 mai 2016.

Url : <http://www.rtl.fr/culture/web-high-tech/contre-les-delais-d-attente-chez-le-medecin-la-prise-de-rendez-vous-sur-internet-fait-flores-7776435011>

Il y a quelques mois, le site Internet de RTL publiait un billet de Benjamin Hue sur les plateformes de mise en relation malade / médecin. Le journaliste y explique que « le principe de ces plateformes de prise et de gestion de rendez-vous médicaux est simple. Sans connaître le praticien, il est possible de prendre rendez-vous auprès d'un généraliste ou d'un spécialiste (dentiste, gynécologue, ORL, dermatologue...). Les patients ont accès en temps réel aux agendas des médecins abonnés et peuvent directement réserver en ligne sur les créneaux disponibles. En cas d'urgence, ces sites permettent de trouver un praticien disponible à proximité via la géolocalisation ». La revue Challenges, citée dans l'article, estime même que ces plateformes généreraient entre 10.000 et 25.000 consultations par mois, comblant notamment les rendez-vous annulés.

Ces sites constituent une réponse à un problème bien réel (le manque de disponibilité des médecins), mais ils délaissent toute une partie de la population et posent quelques interrogations quant à la qualité du suivi médical des patients et à la cohérence du parcours de soins. **L'uberisation est un modèle économique et technologique solide, mais ne correspond pas au temps du soin qui implique notamment un suivi de qualité au long cours.**

DES INÉGALITÉS GÉOGRAPHIQUES DE PLUS EN PLUS FLAGRANTES

Autre facteur d'inégalité d'accès aux soins : l'éloignement géographique. D'après l'étude menée par la DREES et l'IRDES en 2007 - date à laquelle le nombre de médecins et la densité médicale moyenne ont atteint un niveau historiquement haut en France - 5 % de la population française de métropole n'avait déjà pas accès en moins de quinze minutes à des soins de proximité (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes libéraux).

« Trois régions [étaient] plus affectées que les autres : la Corse, l'Auvergne et Champagne-Ardenne, avec respectivement 11%, 1,5% et 2% de la population habitant à plus de 15 minutes d'un médecin généraliste. Pour ces populations se [posait] un vrai problème d'accès aux soins »

L'édition 2015 de l'Atlas de la démographie médicale du CNOM confirme ces fortes disparités et la forte baisse d'attractivité de certaines régions. La désertification liée à l'éloignement géographique et aux faibles densités démographiques continue de progresser, laissant toute une partie de la population sans médecine de premier recours. **Le point le plus critique concerne néanmoins les périphéries urbaines peu à peu abandonnées par les services de santé.**

28%

des Français ont déjà renoncé à un rendez-vous chez un spécialiste du fait de l'éloignement géographique, 15 % s'agissant d'un généraliste.

Enquête IFOP réalisée en octobre 2011 pour le cabinet de conseil en assurance santé Jalma.

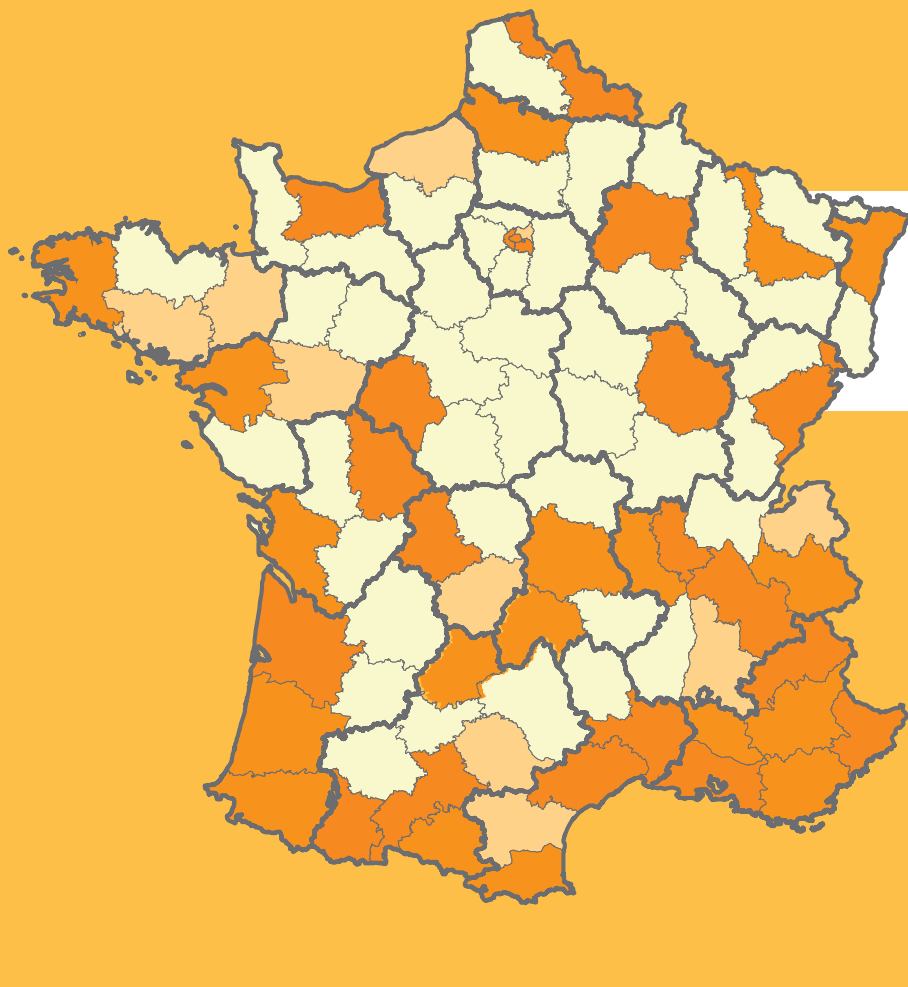
7 Français sur 10

pensent que les pouvoirs publics devraient intervenir pour réguler la répartition des médecins libéraux sur le territoire.

Enquête CISS-BVA

5 %

de la population française de métropole n'a pas accès en moins de quinze minutes à des soins de proximité.



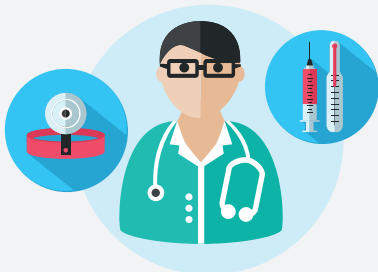
DENSITÉS DEPARTEMENTALES DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Densité pour
100 000 habitants

- Densité faible
- Densité moyenne
- Densité forte

DES SURCOÛTS DISCRIMINANTS

De son côté, la barrière financière liée aux dépassements d'honoraires continue de creuser le fossé des inégalités. 28% des Français reconnaissent avoir déjà rencontré des difficultés à trouver près de chez eux un médecin ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires¹.



37% des Français ont déjà renoncé à une consultation chez un spécialiste pour des raisons financières

18% chez un généraliste

Source : Atlas de la démographie médicale

Le journal *Le Monde* a mené une enquête approfondie pour quantifier la moyenne des dépassements d'honoraires dans les dix plus grandes villes de France². En s'appuyant sur les données publiques du site de l'Assurance Maladie, les journalistes ont mesuré le tarif demandé en moyenne aux patients, médecins généralistes et spécialistes confondus.

Résultats : **à Paris, il faut en moyenne payer 15 euros de plus que la base de remboursement de la Sécurité Sociale pour voir un médecin ; certains professionnels facturant jusqu'à plus de cinq fois le tarif conventionnel.** Les journalistes estiment que « sur les 5,7 milliards d'euros qui sont restés à la charge des Français ou de leurs mutuelles en 2011, 2,3 milliards étaient imputables aux seuls dépassements ».

Autre élément remarquable : **« les dépassements les plus élevés se situent dans les hôpitaux (NDR : activités privées). Ainsi, sur les 66 médecins qui pratiquent plus de cinq fois le tarif de la Sécurité sociale, 55 sont des hospitaliers, dont 52 parisiens ».** La surfacturation des actes techniques est particulièrement déroutante : le tarif de pose d'une prothèse de hanche peut aller jusqu'à 4250 euros quand la base de remboursement est de 459,80 euros³. Les tarifs de la Sécurité Sociale n'ayant été pas réévalués depuis trop longtemps, certains dépassements mesurés peuvent se justifier, mais une augmentation de plus de 900% est sans doute excessive.

La progression de ces dérives et l'absence de sanction témoignent du manque de volonté des responsables politiques et de la Sécurité Sociale de faire respecter les tarifs opposables et l'accès aux soins.

À l'heure actuelle « une seule règle régit les dépassements : fixer ses tarifs avec «tact et mesure», comme l'indique le code de déontologie».

Pour les journalistes du *Monde* « l'Assurance Maladie et l'Ordre des médecins se renvoient la responsabilité du manque de suivi des abus. Mais c'est aussi une absence de volonté politique sur la question qu'il faut pointer ».

1 - Enquête Viavoice pour le CISS.

2 - Url de l'article du Monde : http://www.lemonde.fr/sante/article/2012/04/10/enquete-sur-ces-consultations-au-prix-fort_1682940_1651302.html, vu le 20 novembre 2016.

3 - Source des chiffres : 60 millions de consommateurs cité par Le Monde.

**Les Français
souhaitent que
ces abus tarifaires
soient contrôlés.**



STOP

Selon l'étude quantitative réalisée par Viavoice pour le CISS, la lutte contre les dépassements d'honoraires devrait être considérée par le gouvernement comme un élément de son action.

Pour 76% des Français, elle est à mettre au même niveau que la préservation de notre système de santé solidaire.

- 52% des sondés pensent qu'il faut encadrer les dépassements.
- 32% souhaitent carrément les interdire.

LA DÉRANGÉANTE QUESTION DU REFUS DE SOINS

Dernière atteinte à notre système de santé solidaire : le refus de soins. Bien que les syndicats de médecins et les pouvoirs publics continuent de sous-estimer les difficultés (le problème est, il est vrai, délicat et difficile à quantifier), certains patients se voient refuser tout accès à des soins primaires.

En théorie, le débat ne devrait pas avoir lieu : l'égalité d'accès aux soins fait partie des valeurs universelles et solidaires inscrites dans notre Code de la santé publique et notre Constitution. **«Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins»¹.** Les médecins de ville doivent accueillir n'importe quel assuré social, respecter les tarifs reconnus par la Sécurité Sociale et pratiquer le tiers payant. Mais dans les faits, le rapport de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde revient chaque année sur les difficultés rencontrées par certains patients.

Trois enquêtes récentes apportent des éléments chiffrés édifiants concernant les principales victimes de discriminations en matière de soins, à savoir les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME² et les personnes séropositives : l'enquête du fonds CMU³, celle de Médecins du monde et celle de l'association Aides.

D'après leurs résultats, près de 30% de cette population de malades se voit régulièrement refuser ses demandes de soins.

Les explications évoquées varient selon les professionnels. Certains refus sont directs (« Nous ne prenons pas de patients relevant de la CMU » ou « Nous ne sommes pas habilités à soigner des patients porteurs du VIH ») ; d'autres sont plus flous (« Plus de place », « Nous ne prenons pas de nouveaux patients », etc.). Une constante cependant : *«les médecins du secteur 2 ont une tendance plus marquée que les médecins du secteur 1 à refuser les patients de manière directe»⁴.*

Qu'ils aient ou non à être relativisés, ces chiffres sont révélateurs de la désorganisation de notre système de santé. En laissant s'installer une situation dans laquelle une partie de la population se voit privée de soins, nous mettons en péril les fondements de notre système de santé (l'intérêt général, la prévention, la qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients) et, plus largement, nous renonçons aux principes sur lesquels nous avons bâti notre société et son contrat social. L'appel des syndicats de médecins libéraux au boycott du tiers payant de l'ACS illustre ce recul.

C'est un renoncement à la mission historique confiée aux médecins.

1 - Article L. 1110-3 du Code de la santé publique. Le refus de soins est pour le législateur une infraction et une faute professionnelle condamnable.

2 - Couverture Maladie Universelle (CMU) , Aide Médicale d'Etat (AME).

3 - Enquête du fonds CMU refus de soins pour les bénéficiaires de la CMU, IRDES, (2005-2006). Url : http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/refus_soins_testing2009_rapport.pdf, vu le 20 novembre 2016.

4 - Enquête de Médecins du Monde, pages 16 à 18.



TESTING SUR LES REFUS DE SOINS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES POUR LES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU OU DE L'AME DANS 10 VILLES DE FRANCE

TAUX DE REFUS GLOBAL POUR L'AME : 37%

- généralistes de secteur 1 : 34%
- généralistes de secteur 2 : 59%

TAUX DE REFUS GLOBAL POUR LA CMU : 10%

- généralistes de secteur 1 : 8%
- généralistes de secteur 2 : 21%

Médecins du Monde (Octobre 2006).

Url de l'enquête : http://www.actuparis.org/IMG/pdf/Enqua_te_CMU_AME.pdf

LE TESTING « DENTISTES » MENÉ PAR L'ASSOCIATION AIDES

La méthode : un patient séropositif appelle un cabinet dentaire inconnu pour prendre un RDV pour un détartrage.

Les résultats : 33,6 % de refus de soins (directs ou déguisés) imputables au VIH ; 16,8 % de discriminations et de disparités de traitement en raison du statut sérologique.

NB : Parmi les 570 cabinets de chirurgiens-dentistes contactés, un certain nombre ont été exclus en raison de non réponses aux appels, de la spécialité dentaire non conforme, de fermeture ou de congés. L'effectif final des praticiens retenus s'élève donc à 440 pour les chirurgiens-dentistes.

Testing Aides : ces praticiens qui ont une dent contre les séropos ! (Juin 2015).

Url de l'enquête : <http://www.aides.org/actu/testing-ces-praticiens-qui-ont-une-dent-contre-les-seropos-2966>, vu le 20 novembre 2016.

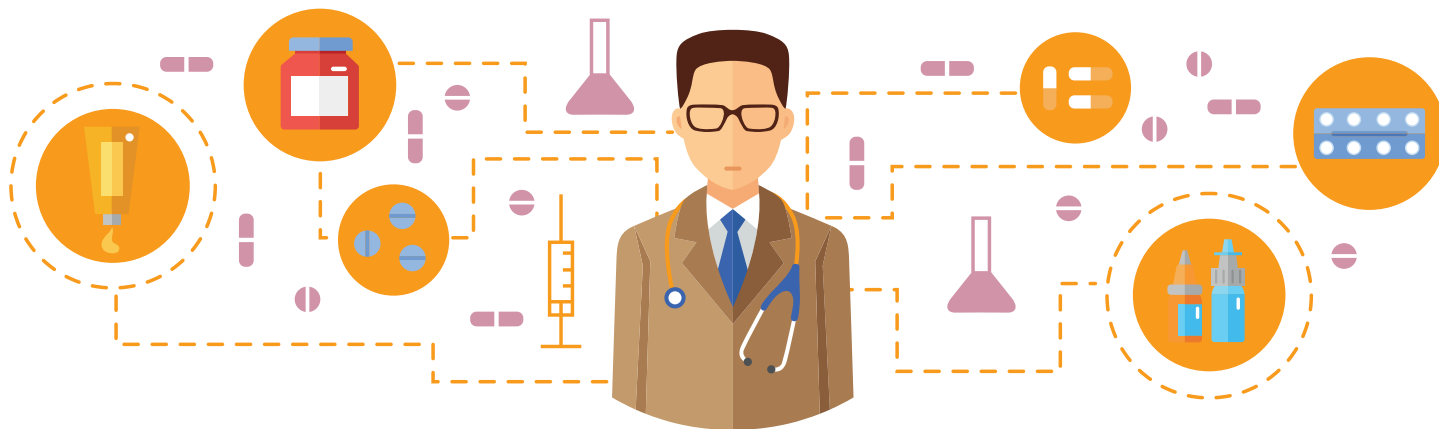
ÉVOLUTION DES BESOINS ET DE L'APPROCHE MÉDICALE

1/2 Prospectives : une augmentation des besoins courants

L'AUGMENTATION DU NOMBRE DES MALADES CHRONIQUES

En marge de ces carences et dérives, les besoins en matière de médecine générale continuent eux de se renouveler et devraient augmenter de façon significative au cours des prochaines décennies. Principal changement à noter : l'explosion des maladies chroniques depuis le XX^e siècle.





Il y a cinquante ans la majorité des décès dans le monde était imputable à des maladies infectieuses ; aujourd'hui 70 % sont dus à des maladies chroniques et ce chiffre ne cesse de croître. **Le nombre de personnes déclarées comme souffrantes d'affections de longue durée (ALD) est passé en France de 3,7 millions de personnes en 1994 à 9,8 millions en 2014¹.**

Le vieillissement de la population, la qualité des traitements apportés aux maladies infectieuses et le dépistage plus précoce de ces pathologies expliquent une partie de cette augmentation statistique, mais pas son intégralité. D'autres facteurs ont une incidence directe tels que la pollution, le tabac, l'alcool, l'alimentation, l'hygiène de vie, la paupérisation de certaines populations, la sédentarité, etc.

Le toxicologue et auteur du livre *Toxique*

Planète, André Cicoella parle même d'une « quatrième crise écologique » tant l'ampleur du phénomène est inquiétante. « Au XIX^{ème} siècle, on a dû faire face à une épidémie de maladies infectieuses (choléra, tuberculose), générées par le développement industriel, et affectant le prolétariat qui venait s'entasser dans les villes. L'épidémie a été vaincue par une action sur l'environnement : on a amélioré la qualité de l'eau (égouts, adduction), de l'habitat, on a fait de l'éducation à l'hygiène. Aujourd'hui, on est dans la même situation : c'est la quatrième crise écologique, au même titre que le réchauffement climatique, la chute de la biodiversité et l'épuisement des ressources naturelles² ».

La tendance n'est ni marginale, ni relative à un avenir lointain. **L'Organisation Mondiale de la Santé prévoit une hausse de 15% des décès dus à ces pathologies dès la période 2010 - 2020.** Au niveau sanitaire, cette transition épidémiologique va nécessiter à court terme une

adaptation du système de santé pour apporter des réponses à la fois qualitatives (recherches thérapeutiques, qualité des prises en charge, etc.) et quantitatives (disponibilité des médecins notamment).

Cet essor des maladies chroniques implique une augmentation du nombre de professionnels de santé en exercice, ou -a minima- une meilleure organisation.

1 - Chiffre calculé à partir des malades pris en charge à 100% par la sécurité sociale.
Données ALD en 2014 : Effectif, prévalence, caractéristiques d'âge et de sexe, taux de décès - Données de prévalence. Assurance Maladie.
Url : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2014.php>, vu le 20 novembre 2016.

2 - Interview de A. Cicoella accordée au journal Libération le 12 décembre 2013.
Url de l'article : http://www.liberation.fr/terre/2013/12/12/les-maladies-chroniques-la-nouvelle-crise-ecologique_966083, vu le 20 novembre 2016.

Qu'est-ce que la transition épidémiologique ?

On appelle « transition épidémiologique » l'évolution des causes dominantes de la mortalité dans une zone géographique. Auparavant, dans les pays développés, la mortalité était principalement liée à des maladies infectieuses ; aujourd'hui ce sont les maladies dites « chroniques » qui occupent cette première place.



Classement des maladies chroniques les plus meurtrières dans le monde



- 1 - Les maladies cardiovasculaires (17,3 millions décès /an)**
- 2 - Le cancer (7,6 millions décès /an)**
- 3 - Les maladies respiratoires (4,2 millions décès /an)**
- 4 - Le diabète (1,3 millions décès /an).**

Source : Aide mémoire de l'OMS n°355, mars 2013

LA MÉDECINE AMBULATOIRE DOIT SE PRÉPARER AU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Un autre facteur pèse lourd dans la balance : le vieillissement de la population. En 2060, 11,9 millions de Français auront plus de 75 ans (soit deux fois plus qu'en 2007) ; les plus de 60 ans représenteront quant à eux 33 % de la population¹.

Cette nouvelle patientèle va nécessiter une attention particulière en matière de soins primaires. Outre leurs éventuelles pathologies déclarées, le 4^e âge est sujet à des maux et situations spécifiques (chute, dénutrition, iatrogénie médicamenteuse ou état dépressif) qui peuvent entraîner des dégradations irréversibles de l'état de santé. **L'hébergement en structure adaptée ne pourra pas à lui seul constituer une réponse efficiente à cette évolution.** Non seulement la plupart des personnes âgées souhaitent rester le plus longtemps possible à domicile, mais le

manque de place et les délais d'attente trop longs vont enrayner la mécanique (si ce n'est déjà le cas).

C'est donc toute la médecine ambulatoire qui doit se réinventer pour faciliter le maintien à domicile et prendre en charge les besoins médicaux et médico-sociaux de cette population.

Plusieurs initiatives ont été lancées ces dernières années pour répondre à cette urgence, en particulier le programme PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie). Expérimenté depuis septembre 2013, il a été conçu pour prévenir les dysfonctionnements du système de santé liés au vieillissement de la population en anticipant les situations à risque chez les personnes de plus de 75 ans. Sa mission est d'organiser la collaboration entre les différents acteurs (professionnels de ville, hôpitaux et acteurs du secteur médico-social). Il agit sur la fluidification du parcours de soins en mettant en œuvre de nombreux processus et

outils tels que des plateformes téléphoniques, la coordination des professionnels de santé de ville, des conciliations médicamenteuses, la gestion d'hébergements temporaires ou l'adaptation de logements, etc...

Ce programme, aussi prometteur soit-il, nécessite néanmoins un travail de fond pour parvenir à une coordination efficace des compétences disponibles.

1 - Projections de population à l'horizon 2060- Un tiers de la population âgée de plus de 60 ans, Enquêtes et études démographiques, Insee Première – No 1320, Nathalie Blanpain, Olivier Chardon, octobre 2010.

Url : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1320, vu le 20 novembre 2016.



16%

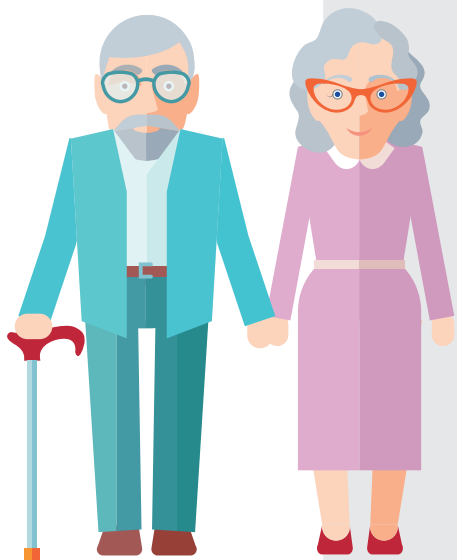
de la population française
aura + de 75 ans en 2050.

Source : INSEE

28%

de la population française
aura + de 60 ans en 2025.

Source : INSEE



Les principales pathologies liées à l'âge

- Le cancer
- Les maladies cardio-vasculaires
- Les maladies du système nerveux central (maladie d'Alzheimer ou apparentées)
- Les états dépressifs
- Le diabète
- Les troubles oculaires
- Les troubles urinaires
- La dénutrition

2/2 L'évolution de la nature des besoins

UNE NOUVELLE RELATION SOIGNANT/SOIGNÉ

Par ailleurs, il serait trop restrictif - voire erroné - de réduire l'évolution des besoins médicaux à l'évolution des pathologies ou du nombre potentiel de patients. La médecine est le produit de la société dans laquelle elle est pratiquée. De nombreux paramètres, parfois exogènes au système de santé, contribuent à la faire évoluer.

L'avènement de la société de l'information et de la communication est l'un des éléments majeurs qui a bouleversé l'approche médicale durant les dernières décennies. Le succès des émissions médicales et de la presse santé grand public témoigne de cet intérêt nouveau des Français pour les problématiques médicales.

Actuellement les canaux d'information sont multiples :

> les voies institutionnelles d'une part : campagnes de santé publique, prévention à l'école, au collège, l'université ou dans les entreprises, actions des mutuelles et des assurances, associations de patients, etc.

> les nombreux autres médias d'autre part : blogs, réseaux sociaux, presse, émissions de télévision et de radio.

Or cette masse d'informations a modifié les attentes et comportements vis-à-vis des professionnels de santé.

Les malades ont une démarche plus proactive et critique. Ils vérifient sur Internet les données que leur communique leur médecin, proposent eux-mêmes un diagnostic, voire une thérapeutique. Cette démarche est en partie un legs des différents scandales qui ont entaché l'image de la santé publique et des laboratoires pharmaceutiques ces dernières décennies¹, mais elle atteste surtout de la volonté des patients de comprendre et de participer, avec leur équipe soignante, à leur prise en charge. Ils aspirent légitimement à devenir les acteurs de leur santé.

Cette tendance est en outre renforcée par l'utilisation de certaines innovations technologiques telles que les objets connectés, qui les impliquent directement dans la démarche de soin.

Aussi compliquée cette évolution soit-elle à gérer (a fortiori lorsque les sources d'informations sont disparates et plus ou moins fiables), l'approche et les pratiques des professionnels de santé doivent s'adapter à ce nouveau mode relationnel soignant/soigné. Les patients sont peut-être plus exigeants vis-à-vis de leurs équipes soignantes, mais ils sont aussi en passe de devenir de véritables partenaires pour les professionnels de santé ; et cette modification de la relation sera à terme indubitablement bénéfique à l'action thérapeutique.

En matière de « plan de charge », cette évolution sociétale implique de la disponibilité et du recul de la part des professionnels de santé, en particulier pour le médecin généraliste. **Dans un proche avenir, il faudra intégrer ce temps de prévention et de conseil dans le périmètre d'action du médecin. Se contenter d'en prendre acte ne suffira pas à en tirer parti et à faire évoluer les pratiques.**

¹ - Sang contaminé, Médiateur, retrait de nombreux médicaments, etc.



DE LA CURATION AU CONSEIL ET À LA PRÉVENTION LES ATTENTES VIS-À-VIS DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ ÉVOLUENT

La notion clé de « *capital santé* » est récemment apparue dans le champ lexical de la santé. Elle définit l'évolution de la santé des individus au cours de leur vie. A la naissance, le capital santé est à son maximum, puis il se dégrade peu à peu en raison de l'âge et des expositions aux facteurs de risque (pollution, soleil, alimentation, habitat, conditions de travail, etc.).

Dans la mesure où les patients ont dorénavant pleinement conscience que leur « *état de santé est un capital qui se détériore tout au long de la vie*² », ils souhaitent le préserver au mieux. C'est l'une des grandes évolutions des représentations du patient vis-à-vis de sa propre santé. Il n'attend plus uniquement une prise en charge de sa maladie et une délivrance de soins, mais un accompagnement de la part de son équipe soignante pour préserver ce capital.

La santé n'est donc plus perçue aujourd'hui exclusivement à travers le spectre « biologique » (l'absence de maladie), c'est « *un état de complet bien-être physique, mental et social* » (OMS, 1946), que l'on appelle plus communément « *la bonne santé* ». **Or étant par nature multidimensionnelle, cette bonne santé implique un glissement des besoins, d'une approche curative vers une approche plus préventive.**

2- Anne-Sophie Cousteaux, Représentations de la santé et cycle de vie. De la recherche du bien-être au maintien des capacités, Notes & Documents, 2010- 01, Paris, OSC, Sciences Po/CNRS.

LA DIMENSION SOCIALE DU TRAVAIL DE SOIGNANT

Autre facteur à ne pas négliger : la pauvreté et les tensions sociales qui affectent notre pays. Le mal-être dont souffre la société se reporte mécaniquement sur l'activité du médecin généraliste, lequel est souvent le seul interlocuteur que trouvent les populations en situation difficile, voire de rupture sociale.

La part « extra-curative » du travail de soin varie quantitativement et qualitativement selon le lieu d'exercice du professionnel. Les patientèles étant par nature hétérogènes (elles dépendent de l'environnement direct du cabinet), on ne pratique pas la même médecine si l'on consulte en centre-ville de Nantes, en banlieue parisienne, à Cannes ou en Creuse. Néanmoins la dimension sociale du travail de soin croît chaque année un peu plus et dans tous les milieux sociaux¹.

Loin de pouvoir être passée sous silence, cette composante de l'activité du généraliste est indispensable à l'équilibre de notre société car **ce type de souffrance a une incidence directe sur la santé publique**. Elle se manifeste au

travers de symptômes et de maux propres (malnutrition, problèmes d'observance, états dépressifs, reports de l'entrée en soins, etc.) qui nécessitent un accompagnement médical approprié.

Malheureusement, force est de constater que l'offre de soins primaires ne parvient plus à répondre à cet engagement de façon efficace et humaniste.

Beaucoup de médecins et professionnels de santé se sentent désarmés face à cette détresse, voire délaissés par les pouvoirs publics. D'après une étude de la DREES², de nombreux médecins vivent leur activité comme une réponse inadaptée à la « *crise du corps social* ». « *Ils disent avoir une action médicale sur des problèmes plus sociétaux liés à la solitude, à la souffrance au travail (harcèlement), à l'image de soi et du corps* ». Ils ont des difficultés à trouver la bonne place, le bon mode relationnel et le temps nécessaire pour soulager leur patientèle. **Il apparaît aujourd'hui indispensable de mieux reconnaître et intégrer cette dimension**

sociale dans le travail du médecin généraliste pour y faire face collectivement et individuellement.

Contrairement aux idées reçues (et à certaines exceptions notables et regrettables telles que le refus de soins évoqué précédemment), la grande majorité des médecins endosse pleinement cette mission de santé publique. De nombreux candidats sont et seront encore volontaires pour relever ce défi, parce qu'on ne choisit pas ce métier par hasard, se mettre au service des autres est une composante de ce choix ; mais le véritable problème est de leur donner les moyens de mener à bien leur mission et de les former à ce type de prise en charge.

Les tensions vécues par les Français ont des répercussions significatives sur l'approche et la nature de l'exercice médical. La médecine de premier recours doit s'y adapter et apporter des réponses pérennes aux professionnels.

1 - La gestion des stress professionnels rentre également dans cette part « sociale » du travail de soin.

2 - Rapport de la DREES, Série Etudes et recherche n°98, mai 2010, « Activités et emplois du temps des médecins libéraux », Julie Micheau, Eric Molière, page 53.

L'IMPUISSANCE ACTUELLE DES MÉDECINS

Pour les « médecins qui sont le plus confrontés à la misère, aux situations de chômage de longue durée ou aux violences de toute nature, l'activité est vécue en général comme un sacerdoce. Les médecins en question évoquent leur activité autant en termes « militants » qu'en qualité de médecin. **Ils disent souvent traiter de l'urgence sociale et avoir choisi de le faire.**

Certains se perçoivent comme une composante d'un réseau d'intervenants médico-sociaux. Le discours sur leur activité est marqué par les termes « éducation » et « prévention ».

Cependant, ces médecins plus que d'autres sont confrontés aux situations d'impuissance face aux situations sociales vécues par leurs patients. La raison de la consultation n'est pas toujours exclusivement médicale et l'aide possible du médecin s'arrête au registre médical. »

Rapport de la DREES, Série Etudes et recherche n°98, mai 2010, « Activités et emplois du temps des médecins libéraux », Julie Micheau, Eric Molière, page 53.



L'OFFRE DE SOINS PRIMAIRES EN FRANCE : HISTORIQUE ET PROBLÉMATIQUES

1/2 L'évolution actuelle du rôle et de l'organisation de l'hôpital dans l'écosystème global

UNE STRATÉGIE DE SANTÉ PUBLIQUE LONGTEMPS TOURNÉE EN PRIORITÉ VERS L'HÔPITAL

Les années à venir vont exiger un premier recours structuré pour faire face aux besoins croissants de la population et à

l'évolution de leur nature. Au vu des perspectives citées plus haut, on constate que l'équation est difficile à résoudre. Une analyse objective de l'état de l'offre médicale française s'impose pour comprendre les points de blocage et possibles leviers d'action.

De façon générale, notre système de santé est richement doté sur le plan financier. La

part du PIB allouée aux dépenses de santé (dépenses en capital non comprises) était de 10.9% en 2013 pour une moyenne OCDE de 8.9%¹.

L'hôpital joue un rôle central dans cet écosystème, y compris pour le premier recours.

De nombreux moyens lui ont été attribués pour en assurer le développement et le bon fonctionnement, en particulier depuis la loi Debré qui a créé le temps plein hospitalier et les CHU. A lui seul, l'hôpital représente en France plus de deux millions d'emplois directs ou indirects, dont 20 000 médecins généralistes² au moins. Et même si des disparités sont à déplorer sur le territoire national, la France est probablement l'un des pays au monde les mieux lotis en matière de présence hospitalière et de qualité des soins.

Deux catégories d'établissements hospitaliers s'y distinguent :

- > d'une part le secteur public qui regroupe les établissements publics relevant des domaines sanitaires, sociaux et médico-sociaux (hôpitaux, centre hospitaliers spécialisés, maison de retraite, maisons d'accueil spécialisées, etc.). Il représente 62% des lits.
- > D'autre part le secteur privé (38% des lits), qui regroupe les établissements qui poursuivent un but lucratif (cliniques) ou un intérêt collectif (ESPIC).

Malgré des décennies de rationalisation financière, qui ont conduit à une réduction du nombre des hôpitaux de proximité au profit de structures départementales ou régionales plus vastes, le maillage territorial hospitalier français reste dense. Le projet stratégique de la DGOS 2015-2017 prévoit (en théorie) un accès aux soins d'urgence en moins de 30 minutes pour tout patient.

1 - Source : www.oecd.org. Dossier : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015.

Url : <https://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/French%20Country-Note-FRANCE-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>, vu le 20 novembre 2016.

2 - Chiffres de 2012.

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ AVEC CAPACITÉS D'HOSPITALISATION PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS EN 2012

CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS	ENTITÉS	NOMBRE DE LITS	NOMBRE DE PLACES
PUBLIC	931	258 158	40 132
Centres hospitaliers régionaux (CHR/CHU)	32	74 783	9 287S
Centres hospitaliers (CH), dont anciens hôpitaux locaux	789	153 456	15 847
Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie	88	26 707	14 579
Autres établissements publics	22	3 212	419
PRIVÉ NON LUCRATIF	699	58 137	12 342
Centres de lutte contre le cancer (CLCC)	18	2 889	856
Autres établissements privés à but non lucratif	681	55 248	11 486
PRIVÉ À BUT LUCRATIF	1 030	98 545	15 575
Établissements de soins de suite et de réadaptation	324	25 999	2 308
Établissements de soins de courte durée ou pluridisciplinaires	542	59 458	12 133
Établissements de lutte contre les maladies mentales	140	11 735	1 037
Établissements de soins de longue durée	12	508	24
Autres établissements privés à but lucratif	12	845	73
ENSEMBLE	2 660	414 840	68 049

Source : DREES, Statistique annuelle des établissements 2012.

UN HOSPITALO-CENTRISME DIFFICILE À DÉPASSER

En dépit de sa grande efficacité à prendre en charge les patients, l'hôpital fait peser sur l'ensemble du paysage de la santé ce rôle centralisateur. Cette fonction historique a conduit à une désorganisation globale du système dont il est la première victime.

Comme le souligne le docteur Christophe Prudhomme, porte-parole de l'Amuf, « dans beaucoup d'endroits, les patients viennent la nuit aux urgences car ils ne trouvent plus de généralistes de garde. »¹. L'appel vers le SAMU, le SMUR ou le recours au service des urgences apparaît comme la seule réponse possible. Une enquête de la DREES de 2013 montrait que sur 52 000 patients qui se sont présentés le 11 juin 2013 dans les 736 points d'accueil d'urgence, seuls 20% nécessitaient une hospitalisation ; les trois quarts des malades étant rentrés chez eux parce que leur état relevait du premier recours².

Plusieurs conséquences, liées à cette convergence systématique vers les urgences hospitalières, sont à déplorer.

- > **Tout d'abord un engorgement des services hospitaliers par des malades qui pourraient, en toute logique, être pris en charge en ville.** Le désarroi des patients, qui subissent de longues heures d'attente, est alors partagé par des équipes soignantes débordées, en proie à une « profonde souffrance ».
- > **Ensuite, une augmentation substantielle des coûts :** la prise en charge de malades relevant des soins primaires par des soignants de second recours coûte inéluctablement plus cher.
- > **Et enfin une multiplication des actes et des examens (soit un autre surcoût).** On estime actuellement qu'un tiers des actes serait inutile. La principale cause de ces redondances est une rupture dans le parcours de soins qui conduit à reproduire les examens qui ont déjà été pratiqués ; en particulier lorsque le patient se rend seul à l'hôpital, sans être recommandé par son médecin traitant³ et sans disposer de l'historique de son dossier médical.

1 - Le docteur Christophe Prudhomme est cité par le journal La Croix dans un article du 03 juillet 2013, L'engorgement des urgences concerne tout l'hôpital.

2 - Source : panorama des établissements de santé 2014

3 - A lire sur le sujet : <http://www.fhf.fr/en/Hopitaux/Espace-medecin-liberal/Actualites/30-des-actes-medicaux-sont-inutiles>, vu le 20 novembre 2016.

Face à cette situation critique, les pouvoirs publics ont voté en 2009 la loi HPST, qui attribue un rôle central à la médecine libérale de ville pour protéger l'hôpital et lui permettre de se recentrer sur ses missions prioritaires (en l'occurrence les urgences vitales et les soins hautement spécialisés).

En confiant le premier recours aux professionnels de ville, la loi HPST a initié une véritable rupture dans l'histoire de notre système de santé.

La médecine ambulatoire est devenue, en théorie, la porte d'entrée de tout parcours de santé et le premier niveau de la gradation des soins.

QUE SIGNIFIE EN FRANCE UNE « URGENCE » ?

« Dans la tradition française, l'urgence se définit par la mise en danger à brève échéance – l'heure ou la demi-journée – de l'intégrité physique, voire de la vie d'une personne. Dans d'autres pays, notamment en Amérique du Nord, on lui accorde un périmètre beaucoup plus large, puisqu'on l'étend à tout ce qui est ressenti comme une urgence par le patient ».

Docteur André Deseur, conseiller national, délégué général à la communication, président de la commission nationale garde et urgence du CNOM.

Uri de l'article : <http://droit-medical.com/actualites/evolution/208-urgence-medicale#ixzz4Cx8sDkhF>, vu le 29 Juin 2016.



EN QUOI SE DIFFÉRENCIE-T-ELLE DE LA NOTION DE « PREMIER RECOURS » ?

Les soins de premier recours sont les soins pour les pathologies courantes. Ils désignent les soins de proximité et à ce titre comprennent plusieurs volets : la prévention, l'éducation à la santé, le dépistage, le diagnostic, le traitement, la surveillance et le suivi des patients.

LA RÉORGANISATION TERRITORIALE DES HÔPITAUX : LES GHT

En complément de la loi HPST de 2009, axée sur la cohérence globale du parcours de soins et sa gradation, la loi de modernisation du système de santé (LMSS) a été votée le 26 janvier 2016. Elle ambitionne entre autres une rationalisation des modes de gestion et des missions de l'hôpital. Ces deux réformes ont pour point commun d'amorcer une politique territoriale basée sur la coopération et la coordination : entre l'hôpital et la médecine de ville d'une part, et entre les établissements d'autre part.

La LMSS a rendu obligatoire l'adhésion de tout établissement public de santé à un Groupement Hospitalier Territorial (GHT) à partir du 1^{er} juillet 2016. Les 1 100 hôpitaux

français se sont donc rassemblés en un peu moins de 200 GHT. Cette nouvelle organisation avait pour but d'optimiser le tissu hospitalier français « qui se caractérisait jusqu'à présent par une multiplicité d'établissements et souvent par une déperdition des moyens »¹.

Outre l'aspect organisationnel et financier, l'objectif est de mettre œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient afin d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et une qualité homogène sur l'ensemble du territoire.

En pratique, les GHT orchestrent les filières inter-hospitalières de prise en charge. Bâties autour d'un Projet Médical Partagé (PMP), pierre angulaire du dispositif, ils coordonnent et rationalisent les parcours de soins. Un grand nombre d'acteurs participent à l'élaboration du PMP : les commissions médicales d'établissement (CME), les comités des usagers, les commissions des

soins infirmiers, de rééducation et médico-technique, les élus locaux, etc.



COOPÉRATION
INTER-HOSPITALIÈRE



ACCESSIBILITÉ,
QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS



OFFRE COMMUNE
ET GRADUÉE



PROJETS
(BIOLOGIE, IMAGERIE, ETC.)



COLLABORATION
AVEC LES CENTRES UNIVERSITAIRES

1 - L'article de libération : « Les hôpitaux en fusion » par Eric Favereau.

Url : http://www.liberation.fr/france/2016/06/30/les-hopitaux-en-fusion_1463210, vu le 20 novembre 2016.



La réussite du processus repose sur une analyse fine des besoins. Comme le souligne le journaliste Eric Favereau dans son article paru dans Libération : **« tout l'enjeu est que ces regroupements se fassent au plus près du terrain, et ne soient pas décidés d'en haut, ou bien pour d'autres raisons, qu'elles soient corporatistes ou politiques ».**

Le diagnostic territorial comprend donc *a minima* : la délimitation du bassin de vie, une analyse de l'état des besoins de la population, une analyse de l'état de l'offre (identification des redondances et des carences de soins), la modélisation du parcours de soins actuel.

La loi de modernisation est une réforme de fond. Sa mise en place ne se fait pas sans difficulté. Le « meilleur côtoie le plus bureaucratique » pour reprendre les mots d'Eric Favereau, mais la réforme est engagée et elle était attendue car elle apporte des réponses cohérentes à la problématique de désertification en réorganisant et en rationalisant l'offre de soin». **Elle devrait permettre, grâce au travail en réseaux, une meilleure coordination et une meilleure homogénéisation.**

2/2 La médecine générale libérale en France

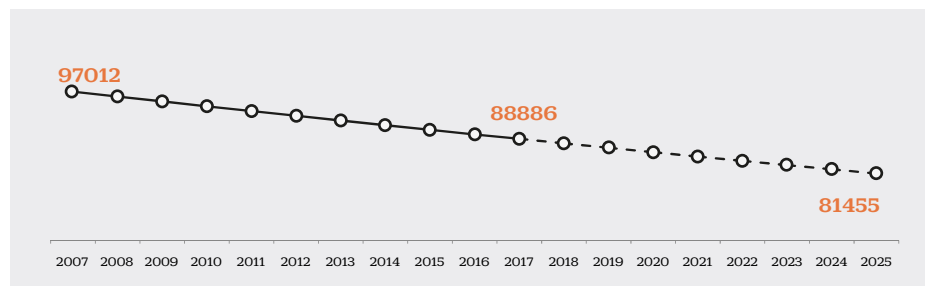
LES GRANDES TENDANCES

Le vieillissement et la diminution de la population de médecins généralistes

- L'âge moyen des médecins généralistes est de 52 ans.
- 27,3% des médecins en exercice ont plus de 60 ans.
- Et seuls 16% des praticiens actuels ont moins de 40 ans.

Le solde des médecins généralistes entrant et sortant est aujourd'hui en déséquilibre notoire et cette tendance s'inscrit dans la durée. Alors que l'on déplore déjà une chute de 8,4% du nombre de médecins généralistes entre 2007 et 2016¹, la génération « baby boom » parvient progressivement au terme de sa carrière. Le nombre de retraités ne va donc pas cesser d'augmenter dans les années à venir.

Effectifs en activité régulière des médecins spécialistes en médecine générale tous modes d'exercice confondus



La désaffection des étudiants pour la médecine générale

En parallèle de ce vieillissement, on assiste à une chute des vocations, avec un intérêt croissant pour d'autres spécialités telles que la chirurgie. Ces autres disciplines ne sont pas toujours plus rémunératrices ou moins chronophages, mais elles sont jugées plus valorisantes et moins intrusives pour la sphère privée. Dans ce contexte, il est chaque année difficile de pourvoir les places

disponibles en médecine générale à l'issu des ECN². En 2010, 18 % des postes³ n'ont pas trouvé preneur. Bien que la tendance soit aujourd'hui plus engageante, l'équilibre demeure très précaire.

1 - Atlas national de démographie médicale 2016, CNOM.

2 - Examen classant national.

3 - Etude et résultats n°852, septembre 2013, DRESS, CNG.

Un rejet croissant de l'exercice libéral

Par ailleurs, cette tendance à la baisse est aujourd'hui renforcée par la désaffection des professionnels vis-à-vis de l'exercice libéral. Toutes spécialités confondues, seul un jeune médecin sur dix s'installe en libéral. Ces installations ont baissé de 10%

en quelques années et bien davantage dans les zones difficiles. Ces chiffres contrastent singulièrement avec les résultats des années 1980, quand un médecin sur deux choisissait l'exercice libéral dès son entrée dans le métier. Et cette propension touche de plein fouet la spécialité de médecine générale : **l'exercice libéral y a chuté de 13,5% quand l'exercice salarié a lui augmenté de 5,3% !**

Répartition des médecins généralistes selon les modes d'exercice

MODES D'EXERCICE	MÉDECINE GÉNÉRALE
LIBÉRAL	50 608 (-13,5%)
MIXTE	5 739 (-8,3%)
Libéral-Salarié Libéral	3 264
Hospitalier Libéral	2 232
Salarié-Hospitalier	243
SALARIÉ	32 454 (+5,3%)
Salarié	15 830
Hospitalier	15 636
Salarié-Hospitalier	988
DIVERS	83
SANS EXERCICE DÉCLARÉ	2
TOTAL FRANCE ENTIÈRE	88 886

Source Atlas national de démographie médicale 2016, CNOM.



L'installation de plus en plus tardive des jeunes médecins

Enfin, un dernier facteur est à prendre en considération : **l'installation de plus en plus tardive des jeunes actifs au cours de leur carrière**. Ils favorisent dans un premier temps le remplacement (pendant 4 à 5 ans en moyenne) ce qui réduit d'autant la densité médicale.

La France perdra 1 médecin généraliste sur 4 pour la période 2007 / 2025 .

Source: Atlas national de démographie médicale, 2016, CNOM.

LA MAUVAISE RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DE L'OFFRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Néanmoins, même si cette diminution du nombre de généralistes est inquiétante, le nombre de médecins généralistes en France est aujourd'hui satisfaisant (88 886 praticiens, tous modes d'exercice confondus). Le problème de la désertification médicale est plus directement lié à une répartition anarchique des ressources humaines sur le territoire qu'à un problème démographique.

Au 1^{er} janvier 2016, on comptabilisait 132,1 médecins généralistes pour 100 000 habitants (tous modes d'exercice confondus), ce qui serait un chiffre tout à fait honorable s'il n'existait pas de réelles disparités régionales et départementales. A titre d'exemple, quand la région PACA enregistre la plus forte densité avec 152,6 médecins généralistes pour 100 000 habitants, la région Centre ne recense que

107,5 médecins pour 100 000 habitants!... soit une différence de près de 30% ! Or ces déséquilibres ne font que s'accroître au fil du temps; l'érosion densitaire frappe inégalement les territoires.

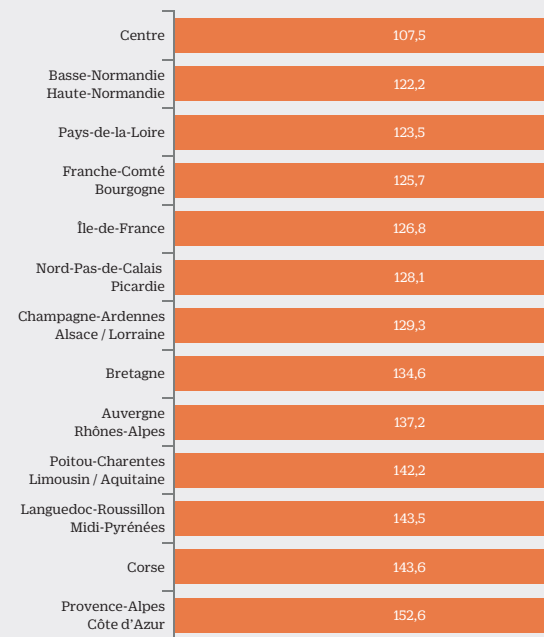
C'est là le paradoxe français : nous disposons d'un grand nombre de médecins, mais pas là où les malades en ont besoin.

Le problème des déserts médicaux est la résultante d'un manque d'intervention sur la répartition territoriale de l'offre de soins primaires.

A l'heure actuelle, aucune solution efficace et réaliste n'a été proposée pour rétablir la situation et garantir des prises en charge sur tout le territoire. **La meilleure répartition des professionnels en exercice est pourtant l'un des axes sur lesquels il convient de travailler en priorité pour vaincre la désertification.**

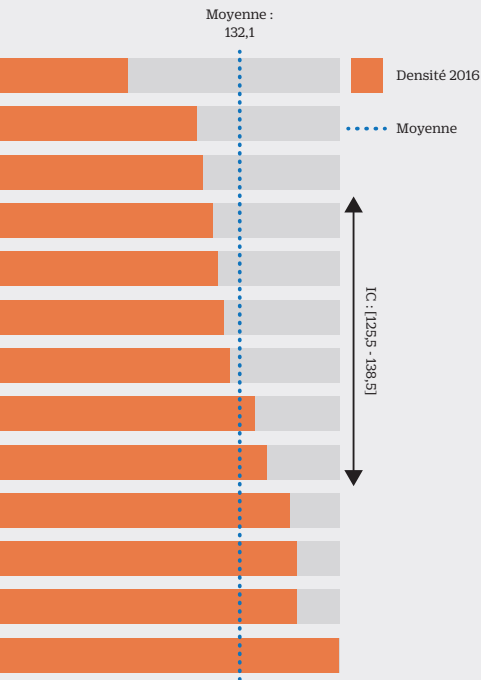
1 - Source : Atlas 2016 de la démographie médicale

Variation de la densité en activité régulière à l'échelle départementale - médecine générale.



Source : CNOM / INSEE

L'ARBRE QUI CACHE LA FORÊT



Il est important de ne pas se focaliser exclusivement sur des disparités à grande échelle. Il existe également des déséquilibres notoires à un niveau local, en particulier entre les centres-villes et les zones péri-urbaines ou les espaces ruraux et semi-ruraux.

L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DES PRATIQUES

Un autre facteur remarquable explique le manque de concordance entre l'offre de médecine générale et les besoins de la population : la progression du nombre des médecins à mode d'exercice particulier¹ (homéopathes, acupuncteurs, ostéopathes, etc.) au détriment de la mission première du généraliste autour du premier recours.



En matière de médecine générale, il n'existe pas de standards. Chacun adapte ses pratiques à ses aspirations et son approche professionnelle ; ce qui peut laisser les patients dans une certaine perplexité. Qu'y a-t-il en effet de commun entre le médecin généraliste de centre-ville, spécialisé en acupuncture, qui reçoit exclusivement sur rendez-vous, et le médecin isolé dans un territoire rural qui est sollicité à toute heure ?

Dans les faits, il ne s'agit pas du même métier.

Leur dénomination d'« omnipraticien »² et leur tarification (même cotation et même valeur d'acte en théorie) relient ces praticiens. Mais cette catégorisation, par le biais du nom commun ou celui des émoluments, n'est pas pertinente pour décrire la réalité quotidienne de ces professionnels ou celle de leurs patients. Ne rentre pas notamment dans le cadre de cette définition l'engagement du praticien à recevoir tous les patients, n'importe où, à n'importe quelle heure et sans conditions tarifaires.

Ce n'est ni le même type d'exercice (recevoir des malades sur rendez-vous - à distance des événements aigus - exige de l'expertise, mais

génère moins de tensions de tous ordres), ni la même fonction (assurer ou non le premier recours).

Force est pourtant de constater que si l'expertise en second recours est indispensable à notre système de soins, elle n'en reste pas moins totalement inefficace sans une première ligne de soin autour des médecins généralistes, pharmaciens, infirmières, etc. Cette distorsion entre ce que nous appelons la médecine « de plein exercice » et les autres médecins généralistes est d'ailleurs très visible dans les zones périurbaines, théoriquement correctement dotées, mais où de nombreux malades se retrouvent dans les faits privés de soins primaires.

Nous ne disposons pas à l'heure actuelle de réelles données chiffrées sur cet état de fait, car les frontières sont souvent poreuses ; néanmoins nous pensons que l'un des problèmes majeurs des déserts médicaux vient de ces disparités d'exercice. A chaque publication des chiffres des médecins généralistes en activité, on déplore moins de médecins généralistes dans les zones déjà désertées, davantage de spécialistes ou de médecins à exercice particulier dans les zones correctement dotées.

1 - Mode d'exercice particulier ou MEP.

2 - Nom générique mécaniquement traduit par « généraliste ».



COMMENT EN SOMMES-NOUS ARRIVÉS À DE TELLES DIVERGENCES ?

L'explication de cette hétérogénéité est probablement à chercher dans l'absence de définition historique du concept de « médecin généraliste ». La médecine générale française s'est construite sans formaliser le cadre et les missions de la profession, dans une culture de l'autorégulation. Elle n'est devenue une spécialité à part entière et une discipline universitaire que très tardivement (respectivement en 2004 et 2006).

Il aura fallu attendre la loi HPST du 21 juillet 2009 pour apporter une définition complète et positive du médecin généraliste. Jusque-là aucun texte législatif ne la définissait officiellement ; les seules définitions existantes (essentiellement issues de la profession elle-même) avaient des contours assez flous.

Cette loi a mis un terme à un demi-siècle de confusion ; mais elle arrive tardivement.

MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE « PLEIN EXERCICE » : UNE POPULATION EN SOUFFRANCE

Pourquoi une telle propension à fuir la médecine générale de « plein exercice » ? Tout simplement parce que la mission est rude et loin d'être reconnue à sa juste valeur. C'est pour contourner la pression inhérente à la fonction que la majorité des praticiens se tourne vers des exercices particuliers ou une pratique sur rendez-vous.

Le métier de généraliste exige un engagement constant et de nombreuses tâches connexes non-médicales. On ne soigne pas des personnes âgées à domicile sans s'assurer du bon déroulement des soins d'hygiène, du portage des repas ou de l'intervention d'une aide efficace à domicile. Or cette partie de l'activité est à la fois chronophage et délicate. Les acteurs du premiers recours sont victimes d'un stress professionnel important, comparable à celui rencontré dans certains services hospitaliers en sous-effectifs.

Selon une étude de l'URPS Île-de-France (alors URML) réalisée en 2007¹, il ne fait aucun doute que les généralistes de « plein exercice » aiment leur profession, en témoigne leur fort taux d'accomplissement personnel (87,2%) ; mais ont des difficultés à en supporter les contraintes.

« 53 % des médecins se sentent menacés par le burn out.

Il s'agit surtout de généralistes, secteur 1, qui réalisent plus de 6 000 actes par an, consultent sans rendez-vous, pratiquent la visite à domicile (...).²

1 - Etude de l'URML d'Ile-De-France, L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives, 2007.

Url de l'étude : http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf, vu le 16 novembre 2016.

2 - L'étude réalisée se fonde sur une enquête par questionnaire auto-administré auprès d'un échantillon de 10 000 médecins libéraux représentatifs de la profession en Ile-de-France. Parmi eux, 2 243 médecins généralistes et spécialistes ont renseigné le questionnaire.



Parmi les causes évoquées par les médecins : l'excès de paperasserie (62,6%) et l'augmentation des contraintes collectives (47,3%), la dégradation de la relation médecin-patient (84,4%) et l'altération de la qualité des soins (82,6%).

En l'état, les modalités d'exercice de cette profession ont des effets dramatiques. Selon la même étude de l'URPS Île-de-France, sur les médecins de la région parisienne, le taux de suicide est 2,5 fois supérieur à la moyenne nationale (toutes populations de médecins confondues). Quant au taux de burn out, il avoisine les 40%.

Sur l'ensemble de la population étudiée, les généralistes présentent les scores les plus élevés d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation des patients.

Conséquences directes : « 12,3% des répondants envisagent de changer de métier et parmi eux, 143, soit 6 % de l'échantillon, sont prêts à mettre à exécution ce désir dans un futur plus ou moins proche » ; la plupart se tournant vers les MEP pour mieux organiser leur activité et réduire leur taux de stress.

L'extrême fragilité de cette population de médecins constitue une menace à moyen terme. On ne peut pas construire un système pérenne sur des ressources humaines dépréciées.



**Des taux
de suicide et
de burn out
records.**

**Une augmentation attendue
des reconversions
professionnelles.**

DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE : LA DIFFICULTÉ DE LA RÉFORME ACTUELLE

Nous vivons avec une épée de Damoclès au-dessus de nos têtes. Depuis la loi HPST de 2009, les médecins généralistes de premier recours sont la clé de voûte de notre système de santé. Or, dans les faits, c'est aussi cette catégorie de médecins qui part prioritairement en retraite ou en reconversion professionnelle.

Involontairement, la loi HPST, en faisant des médecins généralistes le point d'entrée de tout parcours de soin dans une logique de gradation a révélé une carence : le manque de médecins généralistes de « plein exercice » aptes à assurer les prises en charges de premier recours. **De moins en moins de professionnels correspondent à la description faite dans l'article L. 4130-1 du Code de santé publique.** Outre la dimension symbolique de la disparition des « médecins de famille » et des « médecins de campagne », qui représente la désertification aux yeux des Français, c'est



l'équilibre fragile de notre système de santé qui se trouve menacé. Les perspectives annoncent un décalage inquiétant entre l'offre de soins de premier recours et les besoins réels de la population.

Aussi souhaitable soit-elle, la réforme HPST est complexe à mettre en œuvre parce qu'elle remet profondément en question notre mode de fonctionnement. Depuis la loi Debré, la prédominance du secteur hospitalier

est avérée. L'organisation du secteur ambulatoire est, quant à elle, laissée pour compte pour de multiples raisons. Comme le rappelait le Sénat dans un avis récent : « *En France, l'offre territoriale de soins a traditionnellement été analysée en termes d'implantation d'infrastructures hospitalières publiques, tandis que la médecine de ville, reposant sur la liberté d'installation des médecins, était appelée à s'autoréguler* ». Nous sommes aujourd'hui dans une période de transition. La médecine libérale de ville est appelée à prendre la relève afin d'initier un nouvel équilibre entre les acteurs hospitaliers, ambulatoires et sociaux.

La médecine générale française doit se restructurer pour revenir vers son cœur de métier : les missions de plein exercice. C'est un travail de longue haleine, qui doit être mené avec l'ensemble des professionnels concernés.

Mais le manque de maîtrise que nous avons sur l'implantation des médecins de premier recours est une menace incontestable pour la réussite de la loi HPST et la pérennité de notre système de santé.

CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Art. L. 4130-1.

Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

- 1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;
- 2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- 3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;
- 4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;
- 5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;
- 6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;
- 7° Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;
- 8° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

1 - Avis n°109 du sénat, présenté par la commission des affaires sociales sur le projet de loi de finances 2012.
Url : <http://www.senat.fr/rap/a11-109-5/a11-109-53.html>, vu le 16 novembre 2016.

POURQUOI LA MÉDECINE GÉNÉRALE LIBÉRALE FAIT PEUR ?

Le temps de travail

Toutes les études qui ont été menées pour analyser la charge de travail des médecins généralistes libéraux s'accordent pour démontrer que les journées sont longues.

Selon un rapport de la DREES de 2010 : « Nombre d'emplois du temps font apparaître des fins de journées de travail qui excèdent 20 heures. Il n'est pas rare de trouver des journées de 10 à 12 heures de travail. A cela, il faut ajouter des activités professionnelles possibles en soirée (groupe de travail, formation professionnelle continue, dossiers des patients, etc.). Les journées démarrent selon les praticiens entre 7h30 et 9h30 et généralement plus tôt pour les généralistes que les spécialistes ».



Dans de nombreux cabinets, les temps de travail excèdent les 70 heures par semaine, ce qui effraie certains jeunes médecins ; certains d'entre eux redoutant en outre de devoir multiplier les astreintes dans les zones de désert médical.

Source : Rapport de la DREES, Série Etudes et recherche n°98, mai 2010, « Activités et emplois du temps des médecins libéraux », Julie Micheau, Eric Molière, page 20.

Les tâches connexes



Aborder la difficulté du métier de médecin généraliste uniquement par le biais « quantitatif » (durée du temps travaillé) serait une erreur d'interprétation. **Ce n'est pas tant la durée du temps de travail journalier qui explique la démotivation des jeunes médecins que le « poids » de certaines tâches.** C'est ce que le rapport de la DREES appelle « le poids subjectif » du temps.

« Les temps de garde ne sont jamais présentés comme des temps qui « empiètent ». Ils font partie de la mission médicale et bien qu'éventuellement astreignant, ils ont un caractère valorisant (...) : c'est bien un temps de médecine. Ainsi une heure d'activité en soirée

n'a pas la même charge selon qu'il s'agit d'une garde ou du rattrapage de dossiers pour la sécurité sociale. C'est donc sans doute en grande partie parce que les activités résiduelles qui « empiètent » sur le temps de la vie familiale sont des activités connexes à l'activité strictement médicale, qu'elles produisent ce sentiment de stress et de perte de maîtrise d'équilibres souhaitables chez certains ». **Ce qui est en réalité mal vécu, c'est « l'envahissement du temps personnel par un temps perçu comme trop peu médical ».**

La gestion administrative arrive évidemment en tête de ces contraintes dénoncées par les médecins généralistes libéraux. Elle est

d'autant plus problématique qu'elle induit une porosité entre le temps professionnel et le temps familial : « il faut retourner au cabinet le week-end ou reprendre des courriers ou des résultats d'analyse le soir après avoir couché les enfants ».

Rapport de la DREES, Série Etudes et recherche n°98, mai 2010, « Activités et emplois du temps des médecins libéraux », Julie Micheau, Eric Molière, page 60.

Le rythme effréné des journées



Appels téléphoniques, urgences, réception de visiteurs médicaux, etc., les tâches se succèdent et nécessitent toutes la même attention voire même, dans le cas des plages horaires dédiées aux consultations, une écoute active.

La fatigue liée à cette variété d'actions, la disponibilité mentale que chacune d'elles nécessite et l'absence de pause réelle au cours de la journée contribuent fortement au stress de cette profession. **A la durée du temps de travail s'ajoute donc le stress d'un rythme effréné des journées « marquées par des pics réguliers de suractivité ».**

Par ailleurs, il est à noter que le rythme structurel du travail de médecin généraliste n'est pas forcément compatible avec le rythme biologique naturel. « Dans leur travail sur *L'épuisement professionnel des médecins* (2004), Philippe Davezies et François Daniellou soulignent la spécificité du travail des médecins généralistes qui consiste à ce que la charge soit maximale en fin de journée. C'est particulièrement vrai pour les médecins qui ont une consultation sans rendez-vous l'après-midi. En plus d'être longue, la journée présente alors la caractéristique de se terminer sur les chapeaux de roues et à un horaire incertain ».

Rapport de la DREES, Série Etudes et recherche n°98, mai 2010, « Activités et emplois du temps des médecins libéraux », Julie Micheau, Eric Molière, page 20 et 57.

Le poids du « corps social malade »

L'accompagnement médical est éprouvant en-soi. Il n'est pas facile de surmonter les souffrances psychologiques et les douleurs physiques des malades ; cela demande un important travail de distanciation. Les tensions sociales génèrent, par ailleurs, souvent des incivilités et de l'agressivité envers le praticien.

La crise économique et sociale actuelle est un facteur réel de charge mentale et de stress pour cette population de professionnels. Selon le rapport de la DREES, « les situations les plus pesantes évoquées par les médecins sont les situations de misère sociale, c'est-à-dire de pauvreté économique doublée de pauvreté relationnelle ».

Les médecins ont le sentiment de ne pas pouvoir apporter la « bonne réponse » au patient. Leur registre professionnel est essentiellement médical, alors que les attentes sont d'une autre nature. Cette inadéquation provoque un sentiment d'impuissance et d'abandon. Ils ne sont, en outre, pas préparés à une telle mission durant leur formation.

Rapport de la DREES, Série Etudes et recherche n°98, mai 2010, « Activités et emplois du temps des médecins libéraux », Julie Micheau, Eric Molière, page 54.



L'absence de contrôle sur son activité

La difficulté de l'activité de médecin est aussi de ne pas pouvoir planifier son activité : au quotidien (les patients affluent selon les épidémies et leurs besoins), mais aussi à plus long terme (difficulté à trouver un remplaçant, un collaborateur ou un repreneur pour son cabinet).

Les médecins se retrouvent ainsi à la merci de leur environnement professionnel sans avoir de prise sur lui, ni aucun outil de pilotage.

L'isolement professionnel

Le médecin généraliste exerce souvent seul. Il n'a souvent personne avec qui partager ses doutes ou ses inquiétudes. Cet isolement explique en partie le choix du travail en maison de santé ou en groupe.

Beaucoup craignent également, en étant éloignés d'un CHU, d'être moins au fait des nouvelles technologies et des avancées médicales. La formation continue paraît plus difficile à mettre en œuvre avec ce type d'exercice.



Le difficile équilibre vie privée-vie professionnelle



La prise en considération des facteurs familiaux dans les choix professionnels ne serait pas à proprement parler une question de génération (une jeune génération plus encline à protéger son espace familial), mais plutôt une question de « cycle de vie ».

Selon le rapport de la DREES : « la question des aménagements horaires du matin et du soir ainsi que ceux du mercredi et du samedi se posent plus fortement pour ces jeunes parents médecins. Lorsqu'ils ont l'impression de parvenir à concilier leur vie personnelle et professionnelle, ils donnent aussi le sentiment de vivre sereinement leur activité. En revanche, la question du remord ou du regret de ne pas faire assez dans le domaine privé favorise un regard dépréciatif sur l'activité. »

Or ce sont précisément de jeunes médecins dont nous avons besoin aujourd'hui pour remplacer les départs à la retraite des plus âgés. D'où la nécessité de trouver des solutions innovantes pour répondre à cette recherche de compatibilité entre vie professionnelle et vie privée.

Rapport de la DREES, Série Etudes et recherche n°98, mai 2010, « Activités et emplois du temps des médecins libéraux », Julie Micheau, Eric Molière, page 59.

LE POUR ET LE CONTRE DES SOLUTIONS PROPOSÉES

Plusieurs pistes ont été envisagées pour faire face à cette situation de crise. Certaines, bien que parcellaires, constituent des réponses intéressantes ; d'autres, au contraire, sont inadaptées à la réalité du terrain.

L'augmentation du *numerus clausus* : une sempiternelle fausse bonne idée !

À chaque profession ses « maronniers ». En médecine, il en est un plus tenace que les autres : l'augmentation du sacro-saint *numerus clausus* comme solution miracle à tous les problèmes.

De prime abord, l'idée est simple : « puisque les déserts médicaux progressent faute d'installation de médecins, formons plus de médecins ; des installations ne manqueront pas d'advenir et les déserts se repeupleront ». Cela semble logique, implacable même. Mais ce raisonnement fait fi du principe de réalité : **croire que la modification du *numerus clausus* va résoudre la pénurie actuelle, c'est non seule-**

ment oublier qu'il faut 9 ans pour former un médecin généraliste, mais surtout que peu de médecins formés s'installent effectivement en libéral et encore moins en tant que médecin généraliste de plein exercice.

Se focaliser sur le volume de médecins formés est tout bonnement une erreur d'interprétation. « Les effectifs du *numerus clausus* ont plus que triplé en 20 ans, pour atteindre 7497 places » en 2015 contre 3500 en 1992¹. Si aucun effet positif n'en a découlé c'est que le véritable problème est d'une autre nature. Les médecins généralistes ne VEULENT plus exercer la médecine libérale de plein exercice.

Plutôt que sur leur nombre (qui est actuellement suffisant pour un pays comme la

France), c'est donc sur les motivations de ces médecins qu'il faut agir.

Seule la mise en place d'une stratégie axée sur l'incentive pourrait avoir les effets escomptés. Et par *incentive*², nous ne parlons pas exclusivement d'intéressement financier, mais bien d'un ensemble d'actions visant à rendre l'exercice du médecin généraliste de plein exercice plus attractif. Ce sera l'objet de notre seconde partie.

1 - Atlas de la démographie médicale 2015, page 5.

2 - « Incentive » signifie « motivation ». Dans le lexique du management, l'incentive englobe tous les moyens déployés par l'organisation pour motiver ses collaborateurs et développer leur sentiment d'appartenance. L'incentive vise l'émulation de l'individu comme celle du groupe, et, in fine, de meilleures performances pour l'organisation.

Il faut 9 ans pour former un médecin généraliste.

Une fois son diplôme obtenu un médecin fait en moyenne 4 à 5 années de remplacement avant de s'installer.



**Le temps de gestation entre le début des études
et l'installation en cabinet est donc de 13 ans...
Combien seront réellement médecin généraliste
de plein exercice ?**



Les mesures coercitives : non !

Pour sortir de l'impasse, il existe également une tentation forte chez certains décideurs de mettre fin à la liberté d'installation des médecins. Ils veulent rendre obligatoire l'exercice de la médecine générale en zones tendues (pour les jeunes médecins notamment) ou instaurer des quotas d'installation en zones sur-dotées comme c'est déjà le cas pour les infirmiers.

DE TELLES MESURES SONT INADAPTÉES À LA PROBLÉMATIQUE SPÉCIFIQUE DES DÉSERTS MÉDICAUX.

Elles sont d'abord injustifiables.

Comment les pouvoirs publics pourraient-ils contraindre les médecins libéraux ? Ce sont par nature des entrepreneurs, ils ne sont pas liés à ce stade par une quelconque relation contractuelle.

Elles seront ensuite - et surtout - inévitablement inefficaces.

Elles vont conduire à une surenchère des patientèles de zones non-tendues (devenues un ticket d'entrée vers une activité professionnelle plus sereine) ou entraîner une fuite des médecins libéraux vers d'autres modes d'exercice (notamment salarié). Elles vont également provoquer un rejet de la spécialité par les étudiants.



A stylized map of France is shown on the left side of the slide, filled with various icons. At the top left, there are street lamps and two directional signs (left and right). Below these are two large, multi-story buildings, one dark grey and one light orange. Further down, there are green hills, several evergreen trees, and a small blue lake. At the bottom left, there are more buildings, a row of five yellow sun-like icons, and a scene with a doctor in a white coat and a patient sitting at a table. A small house is also visible. The entire map is set against a solid red background.

COMMENT IMAGINER RENDRE LA MÉDECINE GÉNÉRALE
PLUS ATTRACTIVE EN AUGMENTANT LES CONTRAINTES?

**Des mesures exclusivement coercitives
ne feront qu'accroître les réticences et la
déperdition des effectifs dans les déserts.**

Le recours aux médecins de l'étranger : oui, mais...

Autre stratégie adoptée faute de mieux : faire venir des médecins de l'étranger pour combler les carences. Cette solution répond à l'urgence mais ne peut pas être envisagée comme une réponse pérenne.

Pour commencer, ces médecins de l'étranger connaissent souvent mal les spécificités du système de santé français, ce qui peut entraîner des ruptures dans le parcours de soins ou des difficultés de prise en charge.

De surcroît, ces installations sont très précaires. Ces médecins sont par nature mobiles. Comme le rappelait en 2014 le vice-président du CNOM, on déplore énormément de départs inopinés après leur installation en libéral.

De nombreux épisodes nous ont été relatés dans la presse ces derniers mois, à l'instar de ce médecin roumain recruté à grand frais par

un cabinet spécialisé fin mai 2016 dans une commune des Hautes-Pyrénées. Reçu avec les honneurs, il est parti s'installer à 37 km au bout d'un mois et demi...

Bilan de l'histoire ? Les médecins de l'étranger sont des médecins comme les autres. Quand les occasions se présentent (et elles sont nombreuses) ils préfèrent eux-aussi opter pour des postes plus souples (salariés notamment).

1 - ONDPS, Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrant et sortant des médecins, chirurgiens dentistes, sage-femme et pharmaciens, Août 2016, page 114.



Pour exercer en France, un médecin doit être titulaire d'un diplôme adéquat, de nationalité française ou ressortissant d'un pays ayant un accord avec la France (UE, EEE, Tunisie, Maroc) et être inscrit à l'ordre. S'il est titulaire du diplôme français, la condition de nationalité ne s'applique pas.

En 2011, 27% des nouveaux inscrits étaient diplômés hors de France, avec une quasi équivalence entre diplômes européens et extra-européens (Source CNOM).

47,6% des médecins ayant obtenu leur diplôme à l'étranger et exerçant en France sont de nationalité française¹.

**Qui sont les
« médecins de
l'étranger »
qui exercent
en France ?**

CAS DE FIGURE N°1



CE SONT DES MÉDECINS VENUS DE L'ÉTRANGER POUR SUIVRE UNE PARTIE DE LEURS ÉTUDES EN FRANCE

Ils visent en général une spécialité. En 2014, le CNOM notait que près de 8 médecins maghrébins sur 10 étaient diplômés en France.

CAS DE FIGURE N°2



CE SONT DES MÉDECINS ISSUS DE L'UNION EUROPÉENNE

Depuis 1976 (loi n°76-1288 du 31 décembre 1976 transposant la directive 75-362/CEE du 16 juin 1975), les ressortissants des 27 Etats membres de l'Union européenne peuvent librement circuler et s'installer en France. Le Ministère de la santé peut leur demander de suivre la Procédure d'Autorisation d'Exercice (PAE) qui est une épreuve de vérification des connaissances et passer devant la Commission d'Autorisation d'Exercice, mais ce n'est pas systématique.

1/3 des médecins de l'Union européenne inscrits en France a un diplôme roumain.

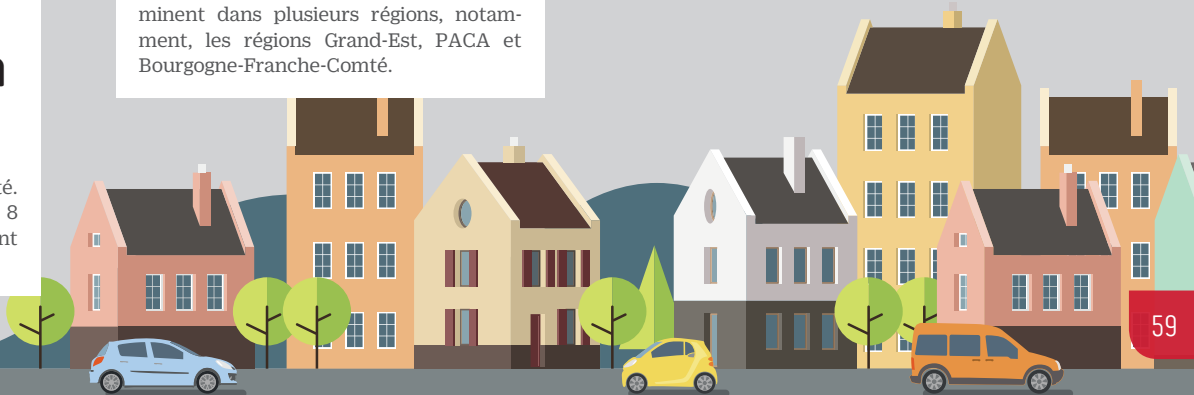
Les diplômes européens prédominent dans plusieurs régions, notamment, les régions Grand-Est, PACA et Bourgogne-Franche-Comté.

CAS DE FIGURE N°3



CE SONT DES MÉDECINS À DIPLÔME ÉTRANGER (HORS ESPACE ECONOMIQUE EUROPÉEN, TUNISIE ET MAROC)

Leur objectif est de s'installer en France. Leur diplôme doit alors être reconnu par une commission. Ils doivent suivre la Procédure d'Autorisation d'Exercice (PAE) et exercer pendant trois ans des fonctions pour lesquelles ils seront évalués.



Les incitations financières : oui, mais comme complément d'une solution plus globale

Reste alors les incitations financières : payons plus les médecins pour les attirer dans les zones désertées. L'idée est légitime, mais insuffisante en l'état. Aucune des tentatives initiées en France n'a été concluante.

Le cas du statut de praticien territorial de médecine générale (PTMG) prévu dans le Pacte Territoire Santé est sur ce point significatif. **Bien que très intéressant financièrement, il n'a pas eu l'impact escompté : deux ans après la mise en place du dispositif, seuls 480 PTMG¹ s'étaient installés².** Résultats également peu satisfaisants pour le bonus de rémunération de 20% des honoraires de médecins exerçant en zones déficitaires qui avait été instauré en 2012.

1 - Le PTMG est supposé apporter une garantie financière de deux ans sur l'installation (6900 € brut/mois) ainsi qu'une garantie de protection sociale (arrêt maladie, congé maternité) aux jeunes médecins, non-installés ou installés depuis un an qui s'engagent à exercer dans un territoire identifié par les ARS comme un territoire où l'offre est insuffisante.

2 - Evolution cumulée du nombre de contrats.



Pourquoi ? Parce qu'un bonus n'apporte aucune modification à l'exercice quotidien. Il ne permet pas de pallier les difficultés liées au rythme de travail, à l'isolement ou aux horaires, ni de mener de front vie de famille et vie professionnelle.

Réduire la question de l'exercice de la médecine générale à des questions de rémunérations c'est passer à côté des problèmes de fond. Comme le soulignait le député centriste d'Eure-et-Loir Philippe Vigier dans une interview pour le quotidien La Croix : « cela fait des années que des incitations financières sont mises en place par l'assurance-maladie, les collectivités territoriales ou les gouvernements. Et on a pu voir que ces aides ne marchent pas. Ce sont des emplâtres sur une jambe de bois. D'abord, cela sous-entend que la médecine n'est qu'une affaire d'argent alors que l'installation d'un médecin libéral, c'est d'abord un projet de vie, un idéal de carrière. Ensuite, un médecin qui a envie de travailler gagne très bien sa vie et très vite dans un désert médical. S'il s'installe, il aura tout de suite trente patients devant sa porte, tellement l'attente

est forte dans la population³ ». Des mesures exclusivement financières n'attirent pas les médecins et sont bien trop ponctuelles pour agir sur la désertification médicale. Elles ne garantissent pas aux patients une prise en charge de qualité à long terme.

De façon générale, les pouvoirs publics ont tendance à accorder trop de poids à la régulation par l'argent, on l'a constaté avec la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP). Ce système n'a pas entraîné de réelles modifications des pratiques alors même qu'une enveloppe très conséquente lui a été allouée (6756 € en moyenne en 2014, soit environ 7% du chiffre d'affaires des médecins). L'idée était pourtant prometteuse -et pourrait tout à fait être adaptée dans le cadre de la lutte contre les déserts médicaux- mais les incitations financières doivent être accompagnées de critères d'obtention stricts et d'un suivi global du professionnel.

Il est évidemment essentiel de valoriser financièrement la difficulté du métier (nous y reviendrons), mais il est surtout indispensable d'accompagner cette dynamique d'une réorganisation globale du premier recours.

3 - Propos recueillis par Pierre Bienvault, pour le quotidien La Croix, 1 septembre 2016. Vu le 2 septembre 2016.
Url de l'article : <http://www.la-croix.com/France/On-rend-compte-gravite-fracture-medicale-France-2016-09-01-1200785884>

LE CAS DE LA ROSP

La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) a été créée pour améliorer la qualité de l'exercice médical (prescription de génériques, télétransmission, suivi des indicateurs de santé publique, etc.). **La ROSP part d'un principe intéressant, compléter le paiement à l'acte par des rémunérations forfaitaires, mais il a montré des défaillances.**

Pourquoi ? Parce que ses critères ont été mal définis dès l'origine. La ROSP gratifie les médecins d'une prime pour « apporter les soins les plus appropriés aux patients »... Bref : elle leur attribue un bonus pour faire leur travail comme si la performance n'était plus intrinsèquement due aux malades. La limite intellectuelle et même éthique de la dénomination est flagrante. (D'ailleurs, que deviennent les soins qui ne rentrent pas dans la ROSP ?)

Et ce défaut de paramétrage induit des dérives quant aux bénéficiaires du dispositif.

Il est présenté dans les textes comme un soutien aux généralistes de premier recours, mais en réalité il est attribué à tous. Dans son bilan, la CNAM annonce 90 000 bénéficiaires, dont seulement 55 000 médecins généralistes (soit 30 000 de plein exercice). Mêmes incohérences concernant le processus d'obtention. Basé uniquement sur un système déclaratif, les médecins n'ont qu'à, par exemple, s'enregistrer une fois par an et à présenter une facture d'un logiciel d'aide à la prescription sans forcément l'utiliser ! Quelques minutes de déclaration non contrôlée et ils reçoivent en moyenne 9000 €.

Les maisons de santé : oui, mais pas comme modèle unique de l'exercice coordonné

L'exercice lui-même de la médecine générale étant identifié comme problématique, beaucoup, y compris les pouvoirs publics, se tournent vers les maisons de santé. Elles sont devenues en quelques années l'Alpha et l'Omega de notre système de santé, la solution unique et presque magique à tous les problèmes.

Cet enthousiasme compréhensible laisse néanmoins quelques questions en suspens, en particulier celle du financement pérenne de ces structures de soins. Immobilier, personnel, fonction support ou suivi administratif sont autant de postes budgétaires nouveaux et de contraintes non-compensées.

Les professionnels qui développent les actuelles maisons de santé sont aujourd'hui méritants : ils financent ces surcoûts quotidiens de leur exercice sur leurs propres

revenus. Mais les premiers départs non-remplacés mettent en péril les équilibres économiques précaires de ces premières maisons, surtout lorsque ces départs concernent les médecins.

L'ensemble de ces néo-coûts pose en outre la question de leur répartition entre les professions de santé engagées dans ces équipes constituées. Les chiffres d'affaires variant de 1 à 5 selon les professions, la répartition des charges ne peut se contenter d'être proportionnelle à la surface du local utilisé.

Actuellement les aides disponibles sont ponctuelles et administrativement lourdes à obtenir. Les nombreux arrangements proposés par les collectivités locales de réduction temporaire des loyers sont des propositions trop parcellaires. Quant au règlement arbitral destiné à la rémunération des équipes, il est une réponse complexe et inadaptée. Ce financement pour partie des maisons de santé par les ex-NMR¹ relève même de l'hypocrisie : faire supporter les coûts de l'immobilier, du

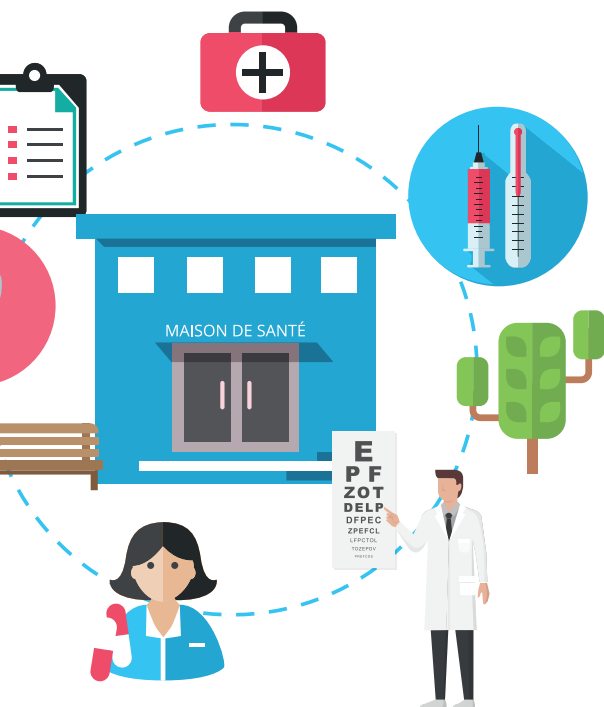
personnel ou des fonctions supports par une rémunération non-pérenne, destinée à financer la coordination des professionnels, n'est ni plus ni moins qu'une acrobatie financière.

Les maisons de santé sont en rupture totale avec l'organisation libérale traditionnelle qui est essentiellement basée sur le paiement à l'acte ; mais en définitive, seule l'amélioration de la productivité des actes peut éviter l'impact direct sur les revenus de chaque professionnel. Ce qui, en clair, signifie plus d'actes à engranger pour faire face. Cette absence de modèle économique pour le fonctionnement et le développement des maisons de santé incite donc *a minima* à la prudence et autant que possible à l'intelligence de situation.

Par ailleurs, au-delà de ces seules considérations financières, la maison de santé est loin d'être la réponse ultime aux questions cruciales posées par notre système de santé. Beaucoup de professionnels de santé n'en

1 - Nouveaux modes de rémunération.





veulent pas et ne se reconnaissent pas dans cette forme d'organisation, qui n'est pas adaptée à tous les lieux ni à toutes les situations. L'administration, comme les élus locaux, doivent apprendre à respecter les choix des professionnels et sortir du modèle unique : c'est le service rendu à la population qui importe, pas la couleur ni la forme des murs.

La prise en charge des malades chroniques et des personnes âgées impose une coordination des soins, mais n'implique pas nécessairement de regroupement dans un même lieu. Des idées différentes doivent être envisagées.

Il s'agit même d'une nécessité car on peut légitimement se demander si l'éventuelle généralisation des maisons de santé ne risque pas, à terme, de produire les effets contraires à ceux escomptés. Les pharmaciens, première profession pouvant revendiquer un maillage efficace sur tout le territoire, alertent déjà depuis longtemps sur ce type d'implantations. Ils estiment que la concentration autour de pôles souvent excentrés peut créer de nouvelles difficultés d'accès pour certains patients ; ce qui constituerait alors une profonde remise en question du principe de répartition territoriale au plus près des malades.

DANS UN AUTRE REGISTRE, LES CENTRES DE SANTÉ POSENT ÉGALEMENT UN PROBLÈME BUDGÉTAIRE.

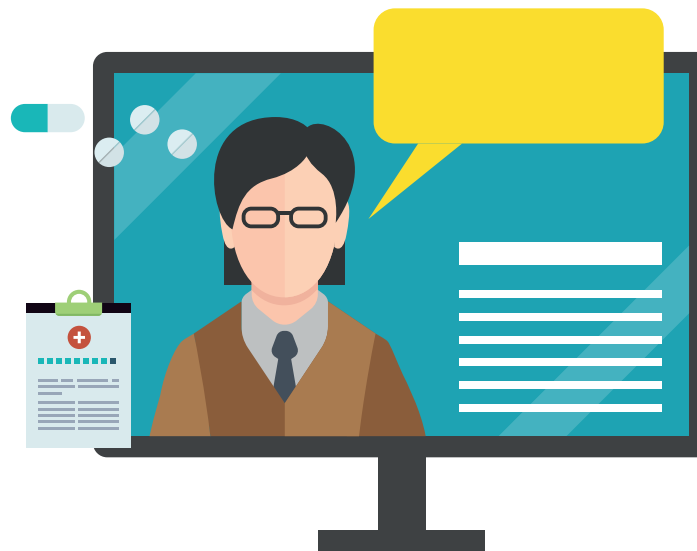
Actuellement financées par les municipalités ou la mutualité, ces structures sont coûteuses : l'intervention pour un malade d'un médecin salarié représente le double du coût de l'intervention d'un médecin libéral.

Quid de leur reproductibilité ?

La télémédecine : oui, mais pas exclusivement

En désespoir de cause, il reste alors aux patients délaissés par notre système de santé la télémédecine. Et c'est un fait entendu, dans certains lieux et certaines situations, elle apporte une réelle plus-value à la gestion et au suivi de l'état de santé des patients.

Les innovations technologiques permettent notamment de mutualiser les données relatives aux malades (données biologiques, radiologiques ou échographiques), d'échanger entre professionnels isolés, de rendre l'accès à certains soins possible sans déplacement physique ni attente, et même de mieux maîtriser certains coûts (une fois les coûts d'achat et d'installation absorbés). Le Dr Pierre Simon, président de la Société Française de Télémédecine, rappelle dans une interview accordée au Figaro que «sans télémédecine, des patients habitant à 30 ou 40 km du premier centre de soins doivent prendre leur voiture, ou faire appel à un véhicule médicalisé. Outre les dépenses liées au transport, la distance représente un frein à un suivi médical régulier pour des patients qui hésitent souvent à faire le déplacement»¹.



Néanmoins la télémédecine reste, quoi qu'on en dise, peu utilisée et ne peut se suffire à elle-même. Elle doit être intégrée et valorisée dans un écosystème plus vaste.

Les actes de télémédecine correspondent parfaitement au suivi de certaines pathologies en ambulatoire, à certains lieux isolés (montagne, insularité, etc.) ou à des situations d'urgence (faute de mieux) ; mais **la présence physique du malade est indispensable pour**

l'évaluation, le diagnostic et la construction de réponses appropriées à des situations de soins de plus en plus complexes.

La télémédecine ne peut remplacer la médecine de proximité.

¹ - Jonathan Herchkovitch, Le Figaro, 11 Juillet 2014, vu le 01/09/2016.

Url de l'article: <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2014/07/11/22594-telemedecine-arrive-maturite>

CLARIFIIONS

LES TERMES...

LA TELEMEDECINE se caractérise par l'usage, «d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication» (Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine). Lors d'un acte de télémedecine, tous les acteurs participant ne sont pas présents physiquement sur le même lieu. **On compte globalement cinq actes de télémedecine :**

1. **La téléconsultation**, qui est une consultation à distance entre un patient, un médecin et éventuellement un autre professionnel de santé. Le diagnostic médical y est alors posé à distance.
2. **La téléexpertise**, qui est une concertation entre confrères pour évoquer la prise en charge médicale d'un patient.
3. **La télésurveillance médicale**, qui est la surveillance et l'interprétation à distance des données médicales d'un patient.
4. **La téléassistance médicale**, qui est le soutien apporté à distance au médecin par un confrère lors de la réalisation d'un acte médical.
5. **La régulation médicale**, qui est l'analyse effectuée par les médecins des centres 15 lors des appels d'urgence. Ce premier diagnostic permet de réguler les flux et de définir la procédure la mieux adaptée au patient.

LA TÉLÉSANTÉ est l'ensemble des actes de soins et de prévention réalisés à distance impliquant un professionnel de santé ou le patient lui-même (télé-information, télé-vigilance, télé-prescription...).



PARTIE 2

NOTRE PROPOSITION

UN PROJET GLOBAL POUR LA GESTION DU PREMIER RECOURS



Chapitre I

ENJEUX ET LEVIERS

Notre objectif : introduire plus d'agilité dans les processus RH	68
Anticiper les fluctuations	68
Travailler collectivement	70
Les freins actuels	72
L'obstacle syndical	72
L'absence de projet fédérateur	74
Les typologies de besoins	76
A quoi ressemblent les besoins courants des patients ?	76
Quels leviers pour quels besoins ?	78

Chapitre II

NOTRE STRATÉGIE : RENFORCER EN PRIORITÉ LE PREMIER MAILLON DE LA CHAÎNE DE SOINS

Vers un nouveau contrat entre la société et les médecins généralistes libéraux	80
Clarifions la situation !	80
Dépassons les cadres établis	82
En quoi le contrat MedGe se différencie-t-il des mesures proposées antérieurement ?	84
Un outil de pilotage, basé sur une fiche de poste claire	84
Le contrat MEDGE : une stratégie gagnant / gagnant	86

Chapitre III

NOTRE OUTIL : UNE GRH AGILE

Optimisons la gestion administrative et logistique des MedGe	88
Identifions un service dédié, en support de leur activité	88
Donnons à cet organe de gestion des fonctions opérationnelles	90
Quelles stratégies incitatives mettre en œuvre pour les MedGe ?	92
Proposons plus de flexibilité !	92
Favorisons la circulation des ressources entre plusieurs modes d'exercice	93
Introduisons la notion de « gestion de carrière » dans l'exercice de la médecine générale libérale	94
Etablissons une rémunération en cohérence avec nos objectifs	96
Enrayons les effets de cannibalisation	96
Les variables d'une rémunération directe plus juste	98
Les rémunérations indirectes (couverture sociale, retraite, invalidité, maternité-paternité)	100
Dernier point : assurons la pérennité des ressources	102
Quid des étudiants qui boudent la médecine générale ?	102
Renouvelons l'approche universitaire	104

Chapitre IV

NOTRE IMPÉRATIF CATÉGORIQUE : PENSER L'EFFICIENCE DU MEDGE DANS LE CADRE DE LA PLURIPROFESSIONNALITÉ

Ne plus penser la mission du généraliste en dehors de son environnement	106
En finir avec les jeux de dupes	106
Une gestion en silos altère la fonction même du médecin généraliste	108
La pluriprofessionnalité : le principe d'agilité appliqué au secteur de la santé	110
La priorité : formaliser des parcours de santé territorialisés	112
Fonctions et organisation d'un parcours des soins gradué	114
ESP et CPTS : des opportunités à saisir pour donner corps au parcours coordonné	116
Quelles réponses spécifiques apporte la pluriprofessionnalité à la lutte contre la désertification médicale ?	118
La pluriprofessionnalité est la version « appliquée » de la gradation des soins	118
La pluriprofessionnalité favorise, par nature, la fluidité des parcours de santé	120
A plus long terme, la pluriprofessionnalité est en mesure d'apporter des réponses en matière de ressources humaines	122
La conduite du changement passe par la pluriprofessionnalité	124
A quoi ressemble une structure pluriprofessionnelle ?	126
Ses 5 caractéristiques clés	126
Exemple type d'un parcours pris en charge par une équipe pluriprofessionnelle	128
La pluriprofessionnalité vue par les patients	130
Quels sont les éléments indispensables au déploiement de la pluriprofessionnalité ?	132
Renforcer la formation continue pluriprofessionnelle	132
Mieux organiser les outils de mise en relation	134
Penser un nouveau financement pour la pluriprofessionnalité	136

ENJEUX ET LEVIERS

1/3 Notre objectif : introduire plus d'agilité dans les processus RH

ANTICIPER LES FLUCTUATIONS

Le manque d'agilité dans la gestion des ressources humaines des professionnels du soin primaire est probablement l'une des causes principales de la désertification médicale. Aussi notre objectif est-il de proposer une organisation du premier recours capable de s'adapter en continu aux fluctuations qui l'impactent.

Le système de santé est un tout. Chaque paramètre et chaque acteur y joue un rôle

déterminant et interagit au quotidien avec son environnement. Ces corrélations entraînent une longue suite de transformations que notre réflexion doit intégrer au mieux pour ne pas proposer d'orientations qui seraient caduques avant même leur déploiement.

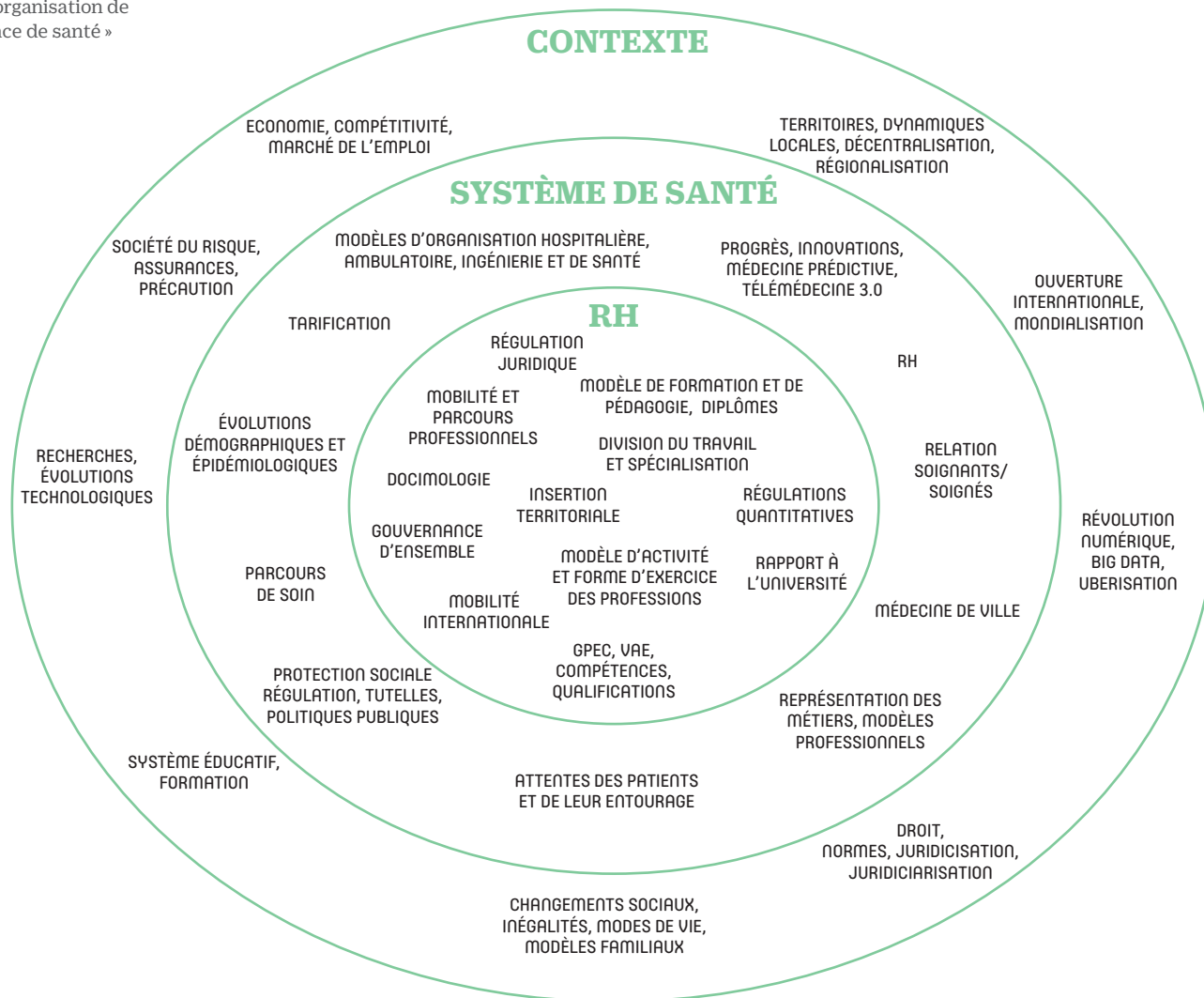
Compte tenu du nombre important de variables (évolutions technologiques, évolutions des besoins des malades, évolutions des métiers et des attentes des professionnels, etc.), nous ne pouvons pas prétendre à une réelle exhaustivité. **Mais cette approche systémique nous apparaît néanmoins indiscutable car**

conforme à l'évolution de notre société, intrinsèquement globalisante. La conduite du changement se joue de manière collective dans le secteur de la santé comme ailleurs.

Patients, professionnels, institutionnels et administrations doivent travailler de concert pour anticiper les tendances et y apporter des réponses aussi durables que possible.

Les variables de la prospective.

Source : Dossier « organisation de la grande conférence de santé »



Les professionnels consultés ne se substituent pas aux décideurs, mais cet ancrage « terrain » est la garantie d'une adéquation entre théorie et pratique. Que les solutions proposées soient incrémentales ou totalement disruptives, elles seront adaptables aux différentes configurations et prendront en considération les évolutions potentielles.

En outre, cette approche est aussi un moyen de susciter l'adhésion des professionnels de santé. **S'ils sont écoutés et que leur action est reconnue**, ils se mobiliseront pour faire évoluer l'organisation. C'est ce que les entreprises appellent l'empowerment : donner à chacun l'envie et le **pouvoir d'agir**.

L'agilité organisationnelle n'est qu'une exploration continue et collective de nouvelles voies ; ces deux caractéristiques étant indissociables.



LES 8 COMPOSANTES D'UNE MÉTHODE AGILE

Aujourd'hui largement utilisée dans les entreprises à plusieurs niveaux de la chaîne de valeur, la méthode agile a fait son apparition dans le monde de l'entreprise au début des années 90 dans le secteur du développement informatique. **En quelques mots, l'agilité organisationnelle est l'aptitude d'une structure à être réactive face aux fluctuations de son environnement et à proposer des solutions correspondant aux besoins de ses utilisateurs.**

Toute méthode agile s'articule autour de 4 valeurs fondatrices, portées par 4 processus de mise en œuvre.

Chacune de ces composantes joue un rôle majeur dans l'organisation de notre système de santé.



LES 4 VALEURS FONDAMENTALES

L'ÉQUIPE

LE SERVICE RENDU

LA COLLABORATION

L'ACCEPTATION DU CHANGEMENT

LES 4 PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE

LA FIDÉLITÉ (CAR ADHÉSION)

LA PROXIMITÉ UTILISATEUR

LE TRAVAIL EN ÉQUIPE

L'INNOVATION



2/3 Les freins actuels

L'OBSTACLE SYNDICAL

N'est-ce pas précisément sur ce type de processus itératifs que reposent le Projet Médical Partagé des GHT, le PAERPA ou dans un contexte plus large la Grande Conférence de santé de février 2016 ? Soit. Mais ce virage vers un mode collaboratif et agile rencontre de farouches détracteurs au sein du système de santé au point d'entraver son déploiement.

Le cas de la Grande Conférence de Santé (GCS) est à ce sujet particulièrement révélateur. La démarche initiée était exemplaire : elle a rassemblé l'essentiel des parties prenantes de notre système de santé pour en définir les axes d'avenir. Qu'en est-il 6 mois plus tard ? Une nouvelle convention a été signée à l'arrachée durant l'été, d'autres vont s'ouvrir prochainement, mais il n'en sortira rien de plus. Pourquoi ? Parce que les discussions s'embourbent dans des conflits d'intérêts particuliers. A mesure que le besoin de faire évoluer le système croît, la rétraction et l'opposition des syndicats s'intensifient. Refus du tiers-payant généralisé, augmentation des

dépassements de tarifs, appels au boycott de l'ACS, appels à la grève des soins ; les syndicats de médecins se trouvent tous sur la même ligne rétrograde.

Il y a aujourd'hui un schisme entre les **médecins en exercice (ceux qui consultent quotidiennement) et les représentants syndicaux**. La majorité des médecins appelle les réformes de leurs vœux, pratique le tiers payant généralisé et ne fait pas grève ; et pour ces professionnels actifs, l'immobilisme des syndicats est incohérent. Défendre son pré carré est une logique passéiste quand la société tout entière est déjà entrée dans un univers collaboratif et pluriprofessionnel.

La situation est d'autant plus grotesque que ces organisations sont très peu représentatives de la profession. Moins de 5% des médecins libéraux sont syndiqués et, sur ce faible nombre, 40% seulement se déplacent lors des élections professionnelles.

La question à se poser est alors la suivante : pourquoi les syndicats monopolisent-ils la parole et paralysent-ils le système de santé si leur positionnement ne convainc pas ?



HISTORIQUE ET PROBLÉMATIQUE DES SYNDICATS DE MÉDECINS LIBÉRAUX FRANÇAIS

Les syndicats de médecins libéraux sont apparus dans la première moitié du 20^e siècle (1927). D'un syndicat unique, ils sont maintenant au moins cinq à agiter le paysage de la santé, avec pour point commun une résistance systématique au changement.

Au travers de la Convention publiée au Journal officiel une fois signée, ces syndicats ont reçu délégation pour l'organisation de leurs rapports avec l'Assurance Maladie. A l'origine, la Convention se limitait à fixer les tarifs, mais son champ a progressivement été étendu à toutes les facettes de l'exercice libéral (démographie, nomenclature, etc.). Les médecins libéraux sont aujourd'hui détenteurs d'un monopole -l'exercice de la prise en soin médicale en ville- dont ils fixent le tarif pris en charge par la solidarité (la Sécurité Sociale).

Les rapports de force sont d'autant plus biaisés que la mission de ces syndicats est avant tout de défendre les « intérêts moraux et matériels de leurs membres » (L. 2131-1 du code du travail) et non de l'ensemble de la profession. Pour éviter toutes contraintes à leurs électeurs, ils bloquent les évolutions du système de santé, pénalisant de facto la majorité des professionnels en exercice. Leur peu d'adhérents les rend prisonniers d'une base étroite et corporatiste et, de ce fait, impuissants à agir.

Les organisations syndicales françaises doivent aujourd'hui se réformer. Il est indispensable qu'elles sortent de leurs luttes intestines en se tournant vers l'avenir et l'intérêt général.



L'ABSENCE DE PROJET FÉDÉRATEUR

En réalité, ces logiques corporatistes sont le symptôme d'un mal plus profond. Si aucune voix n'a émergé lors de la Grande Conférence de Santé alors même que la parole avait été donnée à l'ensemble des acteurs du système, c'est qu'il ne suffit pas d'asseoir tout le monde autour d'une table de discussion pour aboutir à des propositions cohérentes.

La transition entre un système budgétaire et/ou corporatiste et un modèle collaboratif de création de valeur implique qu'un projet global soit initié au préalable par l'organisation, et que les femmes et les hommes au cœur du système y adhèrent. Sous cette condition, et sous cette condition seulement, les professionnels de santé pourront revenir au cœur de l'organisation et contribuer efficacement à son évolution en apportant leur expertise.

Or c'est précisément sur ce point que le bât blesse. A ce jour, aucun modèle suffisamment intelligible et fédérateur n'a été produit pour servir de socle à d'éventuels processus itératifs. Le rôle qu'ils souhaitent faire jouer aux médecins libéraux est ambigu. Non seulement leur travail n'est pas reconnu en tant que tel, mais leur fonction dans la chaîne de soins est si mal définie (y compris dans le champ médico-social) qu'aucune issue réaliste ne semble envisageable.

Dans ce contexte, la Grande Conférence de Santé était inadaptée. Comme d'autres événements du même type qui l'ont précédée, elle a proposé aux professionnels de réfléchir à des perspectives à long terme, mais ne leur a attribué aucuns moyens d'action pour entamer le processus. Malgré leur envie de faire, et surtout de bien faire, les médecins généralistes libéraux n'ont pas de marge de manœuvre sur le terrain pour optimiser l'organisation globale du système ; et cette impuissance explique en grande partie la désaffection actuelle vis-à-vis de la discipline.

En définitive, c'est cette absence de finalité « collectivement partagée » qui nourrit les syndicats. Malgré un positionnement désuet et inapproprié, la confusion ambiante leur profite. Ils occupent un espace laissé vide de toute proposition fondatrice et préservent

leur monopole en entravant l'émergence de nouvelles orientations.

Pour dépasser les dysfonctionnements actuels, notre système de santé a besoin d'un projet fort, simple et cohérent. Lui seul suscitera l'adhésion du plus grand nombre autour de valeurs communes et rendra possible une dynamique collaborative bénéfique à l'ensemble. **Et il n'y a qu'une façon d'arriver à une telle modélisation : il faut commencer par le début, c'est-à-dire repartir des besoins de la population et étudier les moyens d'y répondre en fonction des ressources en présence. Sans cette analyse du terrain toute spéculation reste vaine.**

1- GRH et agilité de l'entreprise

Quelles politiques et pratiques RH au service de l'agilité organisationnelle ?

MEMOIRE D'EXPERTISE MBA RH PROMOTION 9 – OCTOBRE

2012. Sous la direction de Nicolas BERLAND, Stéphanie CARBONNELL, Audrey DUSSOL, Sandrine HERES, Tantély RAKOTOALIVONY.

A large target with concentric rings of orange and white. A brown arrow with orange and red fletching is shown hitting the center bullseye. The background is a solid green color.

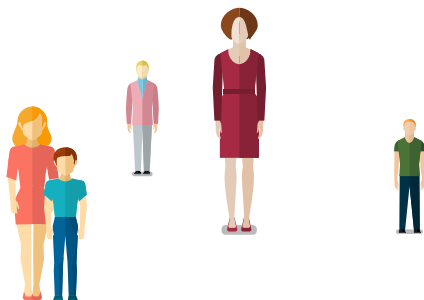
Une organisation agile est
une organisation « orientée
vers une finalité, bien établie,
réfléchie collectivement,
partagée et entretenue. Elle
est porteuse de sens ».¹

3/3 Les typologies de besoins

A QUOI RESSEMBLENT LES BESOINS COURANTS DES PATIENTS ?

Eric, 45 ans, est suivi pour insuffisance rénale

La dégradation de l'insuffisance rénale d'Eric nécessite un passage en dialyse. Il aimerait que ce soin s'organise à domicile. Il en a parlé à son biologiste et à son infirmière. Il souhaite pouvoir échanger avec son médecin traitant avant son prochain rendez-vous chez le néphrologue.



Paula, 40 ans, vit seule avec sa fille malade

Suite à une séparation brutale, Paula se retrouve seule avec sa fille asthmatique. Elle ne maîtrise pas le français et n'a jamais fait de démarches administratives. Elle ne sait comment faire pour protéger ses droits et faire soigner sa fille. Elle se sent démunie. L'assistante sociale et l'infirmière scolaire la soutiennent. Elle recherche un médecin de ville pour l'accompagner dans sa démarche de soins.



Lucie et Julien, parents de Louanne, une adolescente en souffrance

Julien et Lucie s'inquiètent pour leur fille, qui, en plus d'une maigreur relative, présente des symptômes dépressifs. Le médecin scolaire de l'établissement que fréquente Louanne est rarement présent, et elle ne veut pas en entendre parler. À la faveur d'une visite de contrôle chez leur médecin traitant, Lucie et Julien s'ouvrent à lui.



Robert, 78 ans, vient de tomber dans ses escaliers

Robert est tombé ce matin dans les escaliers. Sa voisine a appelé son médecin généraliste qui est passé au plus vite. Malgré des difficultés pour marcher et une légère désorientation, Robert ne veut pas quitter son domicile.

Comme il vit seul, l'intervention d'une infirmière est nécessaire pour sécuriser la prise en charge de son traitement. Il faudra également mobiliser les services d'une aide-ménagère et un service de repas à domicile.

Xavier, 45 ans, ressent une forte douleur dans la poitrine

Xavier est très fatigué ces derniers temps, il subit une forte pression professionnelle. Depuis deux heures, il ressent une violente douleur dans la poitrine. Il vient de contacter son médecin généraliste.

Dominique, 60 ans, est inquiète pour sa mère Monique qui présente des symptômes d'Alzheimer

Dominique habite à plusieurs centaines de kilomètres de sa mère. Plusieurs signaux l'ont alertée : Monique a égaré ses clés à de nombreuses reprises et a récemment quitté son domicile en oubliant d'éteindre le gaz sous une casserole.

Est-il raisonnable de la maintenir à domicile comme elle le souhaite ? Un placement en EHPAD est-il préférable ? Y-a-t-il une alternative ? Quelles sont les démarches à suivre ?

Marie, 25 ans, jeune maman d'un petit Lucas, 1an et 4 mois

Marie s'inquiète pour son fils Lucas qui a 39° de fièvre depuis la veille. Son comportement est inhabituel : il a vomi son biberon et pleure dès qu'on le touche.

Elle ne va pas aller travailler aujourd'hui et a besoin de consulter au plus vite un médecin.



QUELS LEVIERS POUR QUELS BESOINS ?

Ces besoins illustrent la diversité des situations gérées par un médecin généraliste. Si on les classe, on remarque que deux typologies coexistent, avec des temporalités et des natures différentes.

D'un côté, la priorité des patients est de trouver un omnipraticien pour traiter leurs situations courantes de soins, c'est ce que l'on nomme parfois le « petit risque ». Cette mission s'inscrit dans l'immédiateté du premier recours : fièvre du nourrisson, chute, douleur violente dans la poitrine. Le professionnel recherché ne doit pratiquer aucun type de discrimination et être accessible géographiquement et financièrement.

D'un autre côté, les patients recherchent également un professionnel de santé (médecin généraliste ou professionnel du soin primaire) qui soit en mesure de les accompagner au long cours pour piloter leur parcours de soins avec les équipes dédiées. Cette mission s'inscrit dans la durée et dépasse le cadre du diagnostic. C'est ce type d'accompagnement thérapeutique que recherchent Monique et sa fille, Eric ou Paula.

Quand bien même nous arriverions à recruter des médecins dans les zones tendues, si aucuns moyens ne leur sont attribués pour mettre en œuvre

la coordination des soins, la prise en charge demeurera insatisfaisante. Fort du diagnostic apporté par le médecin, le patient se retrouvera seul à gérer sa maladie avec les conséquences que l'on connaît : problèmes d'observance, multiplication et redondance des actes, angoisse, etc. La lutte contre la désertification médicale ne peut pas être pensée exclusivement en termes quantitatifs : c'est l'organisation globale et les habitudes de travail qui doivent changer pour tendre vers une version agile et efficace de la prise en charge.

L'enjeu en matière de gestion des ressources humaines est donc double :

- mobiliser les médecins d'une part, en leur (re)donnant envie d'exercer la médecine générale de premier recours dans les zones sous-dotées ;
- organiser les interactions entre les différents acteurs de la santé d'autre part, pour optimiser leur action commune.

Ces deux dimensions sont complémentaires et concourent à égale mesure à l'efficacité de notre système de santé.

Elles doivent impérativement être abordées conjointement.

DEUX TYPOLOGIES DE BESOINS

LE PREMIER RECOURS

#immédiateté
#urgence
#diagnostic

LA PRISE EN CHARGE AU LONG COURS

#durée
#pilotage des soins
#accompagnement thérapeutique

DEUX LEVIERS

LA MOBILISATION DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LES ZONES DÉSERTÉES

+

LA COORDINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

(gradation des soins et pluriprofessionnalité)

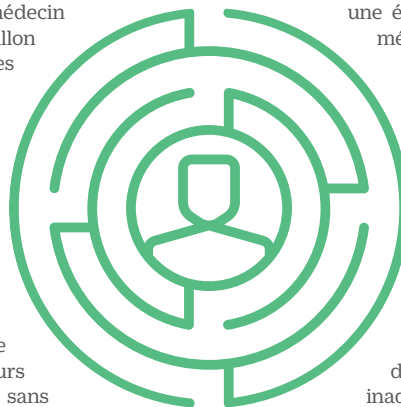
NOTRE STRATÉGIE : RENFORCER EN PRIORITÉ LE PREMIER MAILLON DE LA CHAÎNE DE SOINS

1/2 Vers un nouveau contrat entre la société et les médecins généralistes libéraux

CLARIFIONS LA SITUATION !

Pour ne pas contribuer davantage à la désorganisation du système de santé, il faut d'abord consolider son point d'entrée. Commencer notre proposition par les médecins généralistes libéraux est une question de logique.

Dans la majorité des cas, le médecin généraliste est le premier maillon du parcours de santé des Français. Il est indispensable que sa mission soit clairement définie pour que l'ensemble des acteurs des soins primaires et secondaires puisse ensuite se structurer à ses côtés, en complémentarité. On l'a constaté avec la loi HPST, même s'il est pertinent de renvoyer le premier recours vers la médecine de ville, sans



une évolution substantielle de la médecine générale libérale, de plus en plus de patients sont exclus du soin. Les pouvoirs publics, en ne finalisant pas la réforme de 2009 et en la commençant par la fin, ont orienté des malades en souffrance vers une impasse. En l'état, la loi HPST se résume surtout à une tactique de la « patate chaude » ; l'offre de ville étant clairement inadaptée à la demande.

C'est pour éviter ce type d'incohérences que nous défendons la thèse selon laquelle c'est d'abord en clarifiant et en renforçant la fonction de médecin généraliste de ville que l'on pourra concevoir une organisation efficace du premier recours.

L'organisation actuelle exige implicitement de certains médecins généralistes qu'ils exercent une mission « de santé publique » (*a fortiori* depuis la loi de 2009).

Intégrons cette dimension dans le cadre législatif de la fonction et définissons une nouvelle relation contractuelle entre la société et les médecins libéraux.

Loin d'être une simple lubie administrative, il est essentiel d'en passer par cette formalisation pour régulariser une situation établie et en reprendre le contrôle.



DÉPASSONS LES CADRES ÉTABLIS

Les inégalités d'accès à la santé, qu'elles soient sociales, territoriales ou financières impliquent de nouveaux modes de prise en charge. Osons, comme les entreprises, parier sur l'innovation immatérielle pour résoudre nos difficultés organisationnelles.

Le contrat MedGe que nous proposons a d'abord pour objectif de réaffirmer les fondamentaux qui ont été laissés de côté : l'accès aux soins pour tous (y compris CMU, ACS, AME), les tarifs opposables, le suivi des recommandations et la garantie de la permanence des soins. Il a de surcroît vocation à être le plus attractif possible. C'est même la condition de sa réussite : faire venir des médecins dans les zones sous-dotées.

La construction du contrat MedGe venant en support de ce double objectif, nous avons cherché à exploiter au mieux les leviers utilisés par la gestion des ressources humaines. Nous avons associé leurs effets, sans craindre de sortir des cadres historiquement établis.

Pour commencer, le contrat MedGe fonctionne exclusivement sur la base du volontariat. C'est à notre proposition d'être convaincante, et non aux médecins libéraux (des indépendants) d'être soumis à un contrat qu'ils n'approuveraient pas.

Notre charte :
proposer, sans imposer.

Le contrat MedGe est un mandat de santé publique à l'instar de celui exercé par les notaires, les avocats (aide juridictionnelle).

Ses termes proposent d'assurer une charge (les soins de premier recours à destination d'une population définie) en contrepartie de laquelle leur sont attribués des moyens financiers, matériels et organisationnels.

Cette offre s'adresse aux nouveaux postulants comme aux professionnels qui remplissent déjà cette fonction sur le terrain.

Parce que c'est un modèle hybride entre l'exercice libéral et l'exercice salarié, le contrat MedGe constitue une profonde rénovation de la médecine générale de ville. Nous aborderons plus loin les modalités de rémunération des mandataires, mais **il s'agit en substance de payer de manière plus ou moins indépendante de l'acte, les tâches inhérentes à la mission de santé publique.** Jusqu'à présent cette partie de l'activité des généralistes n'est pas valorisée financièrement, alors qu'elle est particulièrement chronophage et contraignante. Le contrat MedGe aspire à régulariser cette iniquité en apportant aux professionnels concernés la reconnaissance qui leur fait défaut aujourd'hui.



QUELLE EST LA MISSION D'UN SIGNATAIRE DU CONTRAT MEDGE ?

Le médecin qui accepte une mission de santé publique doit répondre aux besoins prioritaires des patients des zones désertifiées. De ce fait, il a pour caractéristiques :

- > de soigner les patients de tous les âges et de toutes conditions ;
- > de se déplacer auprès des personnes âgées ;
- > de proposer des rendez-vous de dernière minute pour les pathologies non planifiables (maladies infectieuses : gastroentérite, angine, infection urinaire, etc.) et d'en assurer le suivi ;
- > de suivre les malades chroniques dans la durée (diabétiques, hypertendus, asthmatiques, etc.) ;
- > d'assumer son rôle social avec les difficultés que celui-ci comprend ;
- > d'entretenir des relations avec les autres intervenants du soin (professionnels de santé du premier et du deuxième recours, professionnels du social) ;
- > d'organiser la permanence des soins et d'y participer.

Toutes les autres situations de soin, urgences vitales mises à part, se conçoivent à distance et avec des prises de rendez-vous décalées dans le temps

2/2 En quoi le contrat MedGe se différencie-t-il des mesures proposées antérieurement?

C'EST UN OUTIL DE PILOTAGE, BASÉ SUR UNE FICHE DE POSTE CLAIRE



De prime abord, notre définition de la mission du MedGe est proche de celle de l'article L.4130-1 du Code de la santé publique. Vous le constaterez également, nous n'écarterons pas non plus toutes les incitations proposées jusqu'alors. Pour autant ce dispositif est radicalement différent dans sa mise en œuvre des propositions antérieures.

Sur le marché du travail, les candidats ne signent jamais de nouveau contrat sans en avoir une connaissance précise. C'est a contrario ce type de «chèque en blanc» qui est aujourd'hui proposé aux médecins généralistes libéraux : volumes horaires indéfinis, couverture territoriale non-bornée, impossibilité de poser des congés, remplacements non-programmés en cas de maladie, etc. **Le contrat MedGe comble cette déficience en apportant aux candidats une fiche de poste clairement délimitée.**

En d'autres termes, c'est la notion de « contractualisation » qui est le pivot de notre proposition. Car elle initie une relation nouvelle la puissance publique et les médecins généralistes libéraux, avec des engagements mutuels.

A travers ce contrat, notre objectif est de concevoir un outil de pilotage apte à produire, à long terme, des effets sur l'attractivité des postes à pourvoir et sur la qualité de la prise en charge des patients. On l'a dit, dans la configuration actuelle il n'est pas légitime de la part des pouvoirs publics de contraindre les médecins libéraux à remplir une mission de type « santé publique ». Un professionnel libéral étant son propre patron, il est dégagé de toute obligation hiérarchique. Le contrat MedGe, en formalisant l'engagement des uns envers les autres, permet l'émergence d'une gestion des ressources humaines plus opérationnelle. **La fiche de poste dûment formalisée engage les médecins à certaines obligations de qualité (voire même de résultats pour certains domaines spécifiques et mesurables comme la prévention, la vaccination ou le taux de maintien à domicile des personnes âgées).**

Entendons-nous bien cependant sur ce qu'est une fiche de poste. Il ne s'agit pas ici de créer une énième coquille vide ou une ordonnance à l'adresse de ces médecins. Une fiche de poste, c'est une mission ET le panel de moyens pour la mener à bien.

INTITULÉ DU POSTE (MÉDECIN GÉNÉRALISTE)	
Statut	Mandat de santé publique
Durée de travail	Exemple : mi-temps
Bassin géographique concerné	A déterminer
DÉFINITION DU POSTE	
Mission principale	Assurer un service de premier recours pour tous
Objectifs secondaires	Exemple : mettre en avant la prévention du diabète
Indicateurs de réussite	Exemple : atteinte des indicateurs sanitaires
MODALITÉS D'EXERCICE	
Astreintes (gardes, etc.)	Cf. : Chapitre III, 1/4.
Plan de remplacement	Cf. : Chapitre III, 1/4.
Moyens matériels mis à disposition	Cf. : Chapitre III, 1/4. Exemple : outil d'échange d'informations et innovations technologiques pertinentes
Moyens humains mis à disposition	Cf. : Chapitre III, 1/4. Exemple : secrétariat, équipe de soins primaires, etc.
RÉMUNÉRATION ET INTÉRESSEMENT	
Rémunération directe (détails et modalités)	Cf. : Chapitre III, 3/4.
Rémunérations indirectes (détails et modalités)	Cf. : Chapitre III, 3/4.
ÉVOLUTION DU POSTE	
Possibilités de formation	Chapitre IV, 4/4.
Evolution de carrière prévue dans le cadre du poste	Cf. : Chapitre III, 2/4. Exemple : prise de responsabilité progressive, management de groupe, recherche, maîtrise de stage. etc.

LE CONTRAT MEDGE : UNE STRATÉGIE GAGNANT / GAGNANT

Jusqu'à présent les lois de santé successives ont imposé aux médecins généralistes de nouvelles directives sans leur permettre de les réaliser. Le contrat MedGe rétablit l'équilibre en apportant à ceux qui souhaitent adhérer au projet les moyens de remplir les objectifs fixés.

Aujourd'hui ce que reprochent principalement les médecins généralistes au système, ce n'est pas d'être insuffisamment rémunérateur, mais de ne pas pouvoir exercer sereinement et efficacement leur métier. Ils sont coincés entre de multiples écueils : une trop grande charge de travail quotidienne, un durcissement des conditions sociales, des tâches connexes multipliées (administratives notamment), une gradation des soins complexe et mal maîtrisée, peu (voire pas) de liens avec les autres professionnels. Ils assistent impuissants à une dégradation de leurs conditions de travail.

Dans l'absolu, ils ne refusent pas de nouvelles responsabilités, mais ils restent vigilants quant au maintien de la qualité de la prise en charge de leurs patients. La médecine générale de ville exige des

adaptations significatives. Allouons-leur, à travers le contrat MedGe, les moyens de remplir pleinement leur fonction et de s'adapter aux évolutions qui l'impactent.

Les moyens dont il est ici question ne sont pas intrinsèquement pécuniaires. L'aspect financier – bien que très médiatisé – est même secondaire. La véritable urgence est de redonner du sens et de la valeur à la pratique de cette spécialité.

« Donner des moyens »
aux médecins généralistes
libéraux, c'est leur
apporter une organisation
qui leur permette
d'exercer la **PLÉNITUDE**
DE LEURS FONCTIONS.



UNE FICHE DE POSTE
APPORTE UN CADRE
CONTRACTUEL
ATTRACTIF

LE CONTRAT
CONCLU
IMPLIQUE

DU CÔTÉ
DE L'EMPLOYEUR
UNE OBLIGATION
DE MOYEN

DU CÔTÉ
DU MÉDECIN
UNE OBLIGATION
DE QUALITÉ, VOIRE
DE RÉSULTAT
(prévention,
vaccination, etc.)



C'EST LA RÉCIPROCITÉ DE CET ENGAGEMENT
QUI CONFÉRERA AU CONTRAT MEDGE SON
EFFICACITÉ ET SA DURABILITÉ.

L'essentiel de notre travail tout au long de cet ouvrage a donc consisté à définir les moyens qui sont nécessaires aux MedGe pour prendre en charge efficacement leurs patients.

Nous les avons regroupés en deux catégories :

- > **des moyens que nous pouvons qualifier de fonctionnels**, qui relèvent de la gestion et de l'administration même de la fonction (son attractivité, la pertinence de son organisation, sa pérennité).
- > **Et des moyens opérationnels**, qui dépassent le cadre de la fonction, mais en garantissent l'efficacité.

C'est l'association
de ces deux dynamiques
qui produira les effets
souhaités sur la
désertification médicale.



NOTRE OUTIL : UNE GRH AGILE

1/4 Optimisons la gestion administrative et logistique des MedGe

IDENTIFIONS UN SERVICE DÉDIÉ, EN SUPPORT DE LEUR ACTIVITÉ

Notre priorité est évidemment de résoudre les problématiques de carences : stabiliser les médecins généralistes installés et en attirer de nouveaux dans les zones sous-dotées. Pour

parvenir à ce résultat, le contrat MedGe doit être convaincant et apporter aux volontaires les garanties d'une simplification de leur quotidien.

Les freins des jeunes médecins vis-à-vis de l'exercice de la médecine générale sont nombreux : sentiment d'être « pris au piège », peur d'un emploi chronophage, d'une asphyxie administrative ou simple crainte de l'isolement...

Accompagner les volontaires et leur permettre de se concentrer sur leur cœur de métier (le soin) est une manière directe de tempérer les difficultés rencontrées.

Une structure administrative proactive peut fournir ce type de soutien. Inutile de la créer ex-nihilo, **son noyau de base a tout intérêt à se greffer sur des organismes existants, tels que les ARS, dont les savoir-faire ont déjà été éprouvés.** De même, les différentes composantes territoriales peuvent

être impliquées directement dans ce processus pour en étoffer les prérogatives (de nombreux maires et structures territoriales ont déjà pris des initiatives en ce sens) ; l'essentiel étant d'apporter un cadre clair et une dynamique.

Une telle réorchestration n'est pas nécessairement très coûteuse, mais témoignerait d'une volonté politique de soulager les médecins libéraux de premier recours en assouplissant et en rationalisant leurs modalités d'exercice.

En pratique, le soutien apporté aux MedGe peut prendre de multiples formes, mais certaines attributions semblent incontournables.



Ce « centre de gestion » doit fournir aux mandataires un référent identifié au sein de chaque délégation territoriale pour toutes les questions d'ordre administratif et médical (politique de santé publique, gradation des soins, recommandations, etc.).



Il doit apporter une aide à la mobilité et à l'installation. Ce savoir-faire est connu des services publics². C'est une aide directe : assistance à la recherche de logement, éventuel financement du déménagement, mise en place de plateformes d'entraide, facilitation des démarches administratives telles que la scolarisation des enfants, etc.



Et enfin, il doit - et c'est sa fonction principale - servir de support technique à la coordination entre professionnels de santé en apportant aux MedGe un réseau de professionnels, des formations et des outils de coordination³.



Il doit également gérer la mise en place d'un service de remplacement. Il y a actuellement beaucoup de remplaçants en France¹, mais peu exercent dans les zones difficiles. Cette défection constitue un véritable frein à l'installation de nouveaux généralistes. **Le droit au remplacement, accordé par l'Ordre de Médecins, doit intégrer la problématique spécifique des déserts médicaux en offrant des conditions particulières aux remplaçants de ces territoires.** Ils peuvent par exemple dépendre directement du statut de MedGe. Cette anticipation du besoin soulagera les médecins en poste, qui pourront se former, se soigner ou simplement se reposer sans léser leurs malades. Les agriculteurs, qui sont également soumis à des astreintes, ont su mettre en place des outils efficaces pour pallier ces difficultés.

1 - Selon l'Atlas national de l'Ordre 2016, ils étaient 11 285 en 2015, soit une hausse de 17% en neuf ans.

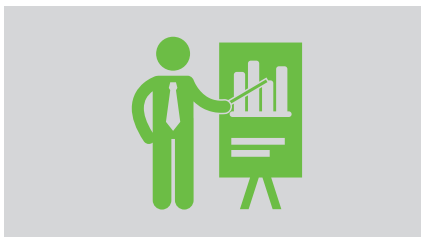
2 - Le Ministère de la Défense, qui est confronté à de nombreuses mutations annuelles, a mis en place un service d'aide au déménagement.

3 - Cf. : Chapitre IV.

DONNONS À CET ORGANE DE GESTION DES FONCTIONS OPÉRATIONNELLES

Outre les services logistiques rendus aux médecins, cet outil peut aussi directement contribuer à la réorganisation territoriale. Il comblerait ainsi une lacune majeure du système actuel : l'absence de structure officielle habilitée à orienter les installations de médecins libéraux.

Etant donné que nous sommes ici dans un espace contractuel, l'organe administratif des MedGe a toute légitimité à prendre le contrôle de la gestion des ressources humaines ; et c'est ce qui constitue sa singularité par rapport aux mesures adoptées précédemment.



Il peut assurer une mise en relation entre l'offre et la demande en prévoyant un portail collaboratif consacré aux patientèles en quête de repreneurs et autres zones sous-dotées. Il y a actuellement des bourses à l'emploi événementielles, proches de ce modèle, initiées par les départements et les régions ; poursuivons-en la dynamique en formalisant cet accompagnement sur l'ensemble des territoires.



Il peut faciliter la communication et la visibilité des signataires de façon à garantir l'accès aux soins au plus grand nombre ; c'est une manière de sécuriser le parcours de santé.



Il peut prendre en charge le suivi des politiques de santé publique en disséminant directement les bonnes pratiques et en contrôlant l'application des politiques de santé publique.



Il peut surtout influencer directement sur la réorganisation territoriale grâce à des mécanismes de gestion RH efficaces visant à attirer les professionnels dans des zones précises.



À partir du moment où le rôle et le périmètre de cet organe de gestion seront clairement définis, il disposera d'un important panel d'outils pour réguler le système. S'ouvriront à lui certaines stratégies, dites managériales, pratiquées en entreprise.

2/4 Quelles stratégies incentives mettre en œuvre pour les MedGe ?

PROPOSONS PLUS DE FLEXIBILITÉ !

De moins en moins de professionnels sont en mesure de s'engager durablement sur un territoire ou un poste. Certains doivent accompagner leur conjoint(e), d'autres cherchent à concilier au mieux vie professionnelle et vie de famille, et enfin certains souhaitent simplement diversifier leur activité. Compte tenu de l'évolution rapide de la société, c'est l'ensemble de la gestion des ressources humaines qui nécessite d'être repensé pour s'adapter à la volatilité des femmes et des hommes en activité.

Aujourd'hui la flexibilité ne se borne plus à la mobilité géographique. La vie professionnelle tout entière tend à devenir polymorphe : salariat, doublé simultanément d'une activité libérale, de missions en CDD, de télétravail, etc.

Il n'y a pas plus de linéarité géographique que de linéarité statutaire. Chacun construit sa propre employabilité selon ses contraintes et ses aspirations. Or tel que le système de santé est organisé aujourd'hui, nous sommes dans une situation de rupture totale entre la réalité des cabinets de ville et cette évolution socio-professionnelle. La logique de « remplissage » coercitive d'ETP⁴ en zones tendues allant à rebours de cette dynamique sociétale ; elle fait fuir les candidats potentiels.

Allons au-devant de la difficulté et intégrons de facto la plasticité des modèles dans l'organisation globale de la médecine générale.



Une gestion des relations humaines agile est en capacité de rendre le travail de médecine générale compatible avec l'accomplissement de la vie personnelle et familiale en favorisant la flexibilité. Ce virage est d'autant plus déterminant que la médecine générale est de plus en plus féminisée : 58 % des nouveaux inscrits sont des femmes. « Parmi les médecins de moins de 40 ans, les femmes représentent 60% des effectifs alors que les hommes représentent 80% des 60 ans et plus »⁵.

Or contrairement aux idées reçues, les femmes ne sont pas intéressées exclusivement par un exercice salarié. En 2007, elles représentaient 29% des médecins généralistes libéraux et mixtes. Actuellement, elles sont 36%. Elles constituent, à ce titre, un vivier de ressources capital pour le MedGe.

4 - Equivalent Temps Plein.

5 - Atlas de la démographie médicale 2015, page 180.



Utilisons le mandat de santé
publique (MedGe) pour offrir aux
médecins la possibilité d'organiser
leur travail avec souplesse.

FAVORISONS LA CIRCULATION DES RESSOURCES ENTRE PLUSIEURS MODES D'EXERCICE

15% des jeunes médecins choisissent aujourd'hui l'exercice libéral-mixte en 1^{ère} intention ⁶ ; cinq ans plus tard, ils sont 40% à s'orienter vers ce mode d'exercice et cet engouement ne cesse de croître. Tirons parti de cette tendance pour répondre aux besoins spécifiques des déserts médicaux !

L'exercice mixte⁷ apporte aux médecins généralistes des synergies professionnelles, intellectuelles et financières. Ils peuvent rompre l'isolement, participer à des recherches, diversifier leur activité, avoir accès aux dernières innovations et trouver des garanties statutaires que ne leur donne pas le seul exercice libéral. Plutôt que de faire blocage, participons volontairement à cette dynamique en proposant plus de temps partagés en médecine générale libérale ET en postes salariés (hôpitaux, établissements de santé, etc.).

Au niveau opérationnel, une telle stratégie de gestion apporte une réponse directe à la lutte contre la désertification médicale en favorisant la circulation des ressources.

Aujourd'hui les engagements à plein temps et sur du long terme ne trouvent pas preneur, ce qui génère de grands espaces vides (les déserts médicaux à proprement parler).

En acceptant la mobilité et la mixité, on produit des flux continus (la circulation des médecins) plus malléables et plus propices à une répartition homogène des ressources.

En outre, les postes proposés deviennent plus attractifs. Partager son temps de travail avec une autre activité moins exposée tempère la pénibilité de l'exercice en zone tendue.

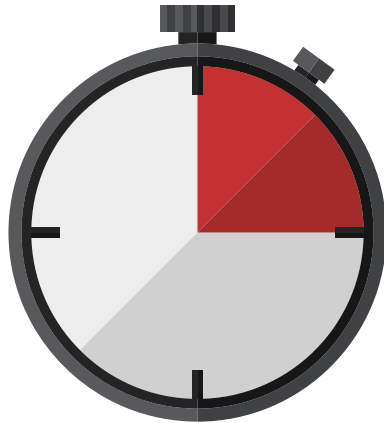
1/3 d'ETP en zone tendue fait moins peur qu'un plein temps.

Beaucoup de jeunes médecins sont prêts à consacrer 2 jours par semaine ou 2 ans dans leur carrière à une zone tendue ; créons-leur des postes sur mesure pour combler les carences.

⁶ - Atlas de la démographie médicale en France, page 5.

⁷ - L'exercice mixte est le partage de son temps de travail entre deux modes d'exercice distincts, en l'occurrence libéral et salarié.

Temps partiel



Exercice mixte



Cabinet



Visites



Cours /
Recherches /
Mentorat



Exercice
hospitalier



Maison
de santé



Etc.

INTRODUISONS LA NOTION DE « GESTION DE CARRIÈRE » DANS L'EXERCICE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE LIBÉRALE

De manière plus générale, pour attirer les généralistes vers l'exercice libéral en zones sous-dotées, il faut leur proposer une stratégie de type managérial. Comme tout autre professionnel, ils ont besoin de progresser, de prendre des responsabilités, d'appartenir à un tout, de se former...

En matière de carrière, le statut libéral induit un caractère profondément solitaire et linéaire. Le médecin gère seul son évolution professionnelle. Aucune perspective n'est proposée par le système actuel. Cette situation est d'autant plus effrayante que, jusqu'à ce jour, s'installer signifiait le faire pour 30 ou 40 ans !

Pour pallier cette difficulté, le contrat MedGe ambitionne d'apporter aux généralistes la possibilité d'une progression, y compris au sein de leur activité libérale.

Une ascension verticale n'est évidemment pas envisageable : le médecin étant son propre patron, il ne peut pas monter en compétence de manière pyramidale comme à l'hôpital : être interne, puis médecin et enfin chef de service par exemple. On peut en revanche envisager d'élargir le spectre de ses responsabilités au cours de sa carrière. Ce type de progression transversale peut reposer sur différents critères, nous en retiendrons 3 aujourd'hui.



• Nous proposons tout d'abord d'aménager plusieurs niveaux de responsabilité dans la chaîne du soin primaire.

Grâce à la formation continue et l'intégration dans des équipes pluriprofessionnelles, le jeune médecin qui signe un mandat de santé publique pourra voir ses responsabilités croître au fil du temps dans le cadre de la coordination des parcours de soins. De simple membre d'une équipe pluriprofessionnelle⁸, il peut en devenir le coordinateur ou initier des projets de santé publique (campagnes de vaccination ciblées, organisation de la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées, etc.). On peut également lui confier des situations pathologiques de plus en plus complexes au cours de sa carrière ; en particulier des soins qui jusqu'ici sont réservés aux établissements (le suivi d'un patient diabétique non-stabilisé par exemple).

8 - Cf. : chapitre IV



• On peut ensuite ouvrir le champ de la recherche clinique aux MedGe.

Actuellement la recherche en soins primaires fait défaut à notre système de santé. L'essentiel des recherches (stade des maladies, démarches diagnostiques, stratégies thérapeutiques, etc.) est mené en médecine spécialisée, notamment dans les CHU. **Or une description sur un malade de CHU conduit à une sémiologie différente par construction de celle qui est observée en ville.** Pour renforcer le dispositif actuel, l'acteur du soin primaire doit pouvoir, s'il le souhaite, apporter sa contribution et son analyse aux recherches cliniques en cours.

• Et enfin, on peut prévoir une évolution dans le statut de maître de stage.

La formation est un vecteur important d'épanouissement personnel pour le médecin accueillant. Aujourd'hui réservée de fait aux médecins généralistes des grandes villes, la maîtrise de stage doit être préférentiellement proposée aux médecins généralistes des zones tendues. Cette mise en situation est en outre pour l'apprenant plus conforme aux standards de la médecine générale, l'exercice quotidien y étant plus large. Les étudiants peuvent y suivre des nourrissons et des enfants, des personnes âgées à domicile et des maladies chroniques avec pathologies évoluées.

Comme on peut le constater, la nature du contrat MedGe offre des possibilités d'aménagements intéressantes et constitue une réelle opportunité d'ouvrir la pratique de la médecine générale à une dynamique d'avancement et de gestion de carrière. Ce point est essentiel, car l'incentive a un rôle majeur à jouer dans l'attractivité de la spécialité dans les années à venir.



3/4 Établissons une rémunération en cohérence avec nos objectifs

ENRAYONS LES EFFETS DE CANNIBALISATION

Abordons à présent la délicate question de la rémunération. Nous l'avons déjà dit, l'appât du gain n'est pas la motivation première des jeunes médecins. Néanmoins une réflexion de fond sur la politique de rémunération s'impose, en particulier dans le cadre de la lutte contre la désertification médicale.

Si l'on analyse avec recul les problématiques de rétribution de la médecine générale libérale, on se rend vite compte qu'elle ne souffre pas d'un problème intrinsèque de rémunération (les médecins sont globalement bien payés, y compris dans les zones tendues) ; en réalité, la rémunération des médecins généralistes de ville souffre surtout d'incohérences. Ni les politiques publiques ni les négociations avec les syndicats n'intègrent de façon structurée la pénibilité du travail dans leur stratégie. **Certaines mesures très ponctuelles sont proposées (un contrat temporaire, une**

prime), mais en ne s'inscrivant pas dans une stratégie globale et durable de rééquilibrage de l'écosystème, elles ne produisent que peu d'effets. Les inégalités continuent de croître et affectent directement la motivation des généralistes ainsi que l'équilibre financier, social et territorial de notre système de santé.

Au lieu d'être rétribués à la mesure de la pénibilité de leur travail, les généralistes libéraux exerçant en zone désertée sont aujourd'hui défavorisés par rapport à certains de leurs homologues.

Le service public lui-même se tire une balle dans le pied en proposant toujours plus de postes salariés, dans de meilleures conditions statutaires, au sein d'établissements hospitaliers ou sanitaires et sociaux. Comment peut-on alors imaginer attirer de nouveaux candidats en zones sensibles si tout est plus attractif ailleurs ?

Dans les entreprises, on appelle « cannibalisation », le phénomène selon lequel la mise sur le marché d'un produit empiète et nuit à un autre produit de la même organisation. Dans le cas présent, il y a deux effets de « cannibalisation » :

- d'une part entre les postes salariés et libéraux (le salariat offrant plus de sécurité financière et statutaire : la garantie d'être payé chaque mois, la protection sociale, les rythmes fixes, les vacances, etc.).
- et d'autre part, au sein de l'exercice libéral lui-même, entre les postes en zones périurbaines ou rurales et ceux de centre-ville plus axés sur les exercices particuliers (exercice sur rendez-vous, sans tiers-payant, en pratiquant des dépassements d'honoraires et une sélection de la patientèle).

Or la solution pour régulariser cette situation ubuesque n'est pas de payer plus, et n'importe comment, mais de payer juste. Il faut résoudre ce problème d'iniquité interne en mettant en place une politique de rémunération qui soit en cohérence avec les objectifs de notre système de santé ; la priorité étant aujourd'hui de s'assurer que des volontaires viennent exercer la médecine générale de plein exercice dans les zones tendues.



Horaires à rallonge
Absence de protection sociale contractuelle
Responsabilités
Peu de vacances
Pénurie de remplaçant
Isolement professionnel
Manque de reconnaissance dans le système
Charges administratives lourdes



Horaires fixes
Vacances
Protection sociale
Moins d'administratif
Moins de stress
Du travail en équipe
Pas de frais et de gestion
de structure...



Il faudrait être fou...

LES VARIABLES D'UNE RÉMUNÉRATION DIRECTE PLUS JUSTE

Quelle que soit l'activité concernée, la politique de rémunération joue un rôle stratégique : elle répond directement aux objectifs de l'organisation en attirant, motivant et fidélisant les ressources selon les besoins identifiés. Et c'est ainsi que nous entendons utiliser le contrat MedGe.

Le mandat de santé publique aspire à corriger certaines inégalités statutaires en rétribuant les MedGe au prorata du service rendu. Nous proposons en effet que ce soient les résultats obtenus et/ou la pénibilité du travail qui définissent les variables de la rémunération du MedGe. **Plusieurs paramètres peuvent permettre d'obtenir ce type de modulations (la liste n'est pas exhaustive) :**

- **Un forfait de base variable selon le secteur géographique** à partir de 5 ou 7 échelons distincts. La base forfaitaire devra néanmoins être suffisamment attractive pour motiver les candidats.
- **Un tarif à l'acte différentiel selon les zones, payé directement au médecin via le tiers-payant.** L'intensité de l'exercice et la densité de la population devront être pris en compte dans la valeur de l'acte.
- **Des primes en fonction des résultats obtenus** : taux de maintien des personnes âgées dépendantes à domicile, atteinte ou non de l'équilibre glycémique des patients diabétiques, etc. Les

critères analytiques sont nombreux.

- **Un complément de rémunération pour les médecins prenant des responsabilités particulières.** Il est logique de rémunérer mieux les professionnels qui pilotent des projets pluriprofessionnels, mettent en œuvre des protocoles de prise en charge pour les malades chroniques ou organisent des actions de prévention spécifiques.

Cette échelle de rémunération appuierait directement les politiques de santé publique ; les émoluments pouvant être calculés en fonction des objectifs à atteindre.

9 - Exercice en zone tendue ou à proximité de plateaux techniques spécialisés, type de patientèle, taux de vaccination, isolement géographique, etc.

DISRUPTION



La stratégie de rémunération du contrat MedGe rompt avec la tradition française qui prône une unicité géographique des tarifs.

Si cette modulation financière est le seul moyen d'obtenir un effet, elle est également le plus économique. Arroser à tout va, comme le propose la dernière convention, est aussi dispendieux qu'inutile. Il faut mettre en œuvre des dispositifs innovants adaptés aux besoins spécifiques de chaque zone et travailler sur les rapports de force au sein de l'écosystème global.

LES RÉMUNÉRATIONS INDIRECTES (COUVERTURE SOCIALE, RETRAITE, INVALIDITÉ, MATERNITÉ-PATERNITÉ)

Aujourd'hui la prise en charge des cotisations sociales est considérée comme un dû par les organisations professionnelles ; mais les contreparties (notamment l'application des tarifs opposables et la continuité des soins) sont le plus souvent négligées. Il serait judicieux de redonner du sens aux termes de l'accord initial en proposant, dans le cadre d'un mandat de santé publique, la garantie de la protection sociale en échange du service rendu.

Dans le contrat historique entre les médecins généralistes libéraux et la puissance publique, la protection sociale était prise en compte. Le mandat de santé publique est en mesure de réactiver et renforcer ce contrat : des droits peuvent être rouverts pour ceux qui acceptent de respecter les tarifs opposables ou de travailler en zone tendue. **L'effort de prise en charge des cotisations sociales de l'Assurance Maladie peut même être dirigé prioritairement vers les zones sous-dotées.** Il répondrait ainsi à un double engagement de la part des médecins concernés : exercer en zone déficitaire et pratiquer les tarifs opposables. L'idée étant toujours de donner plus à ceux qui rendent un service plus important à la société.

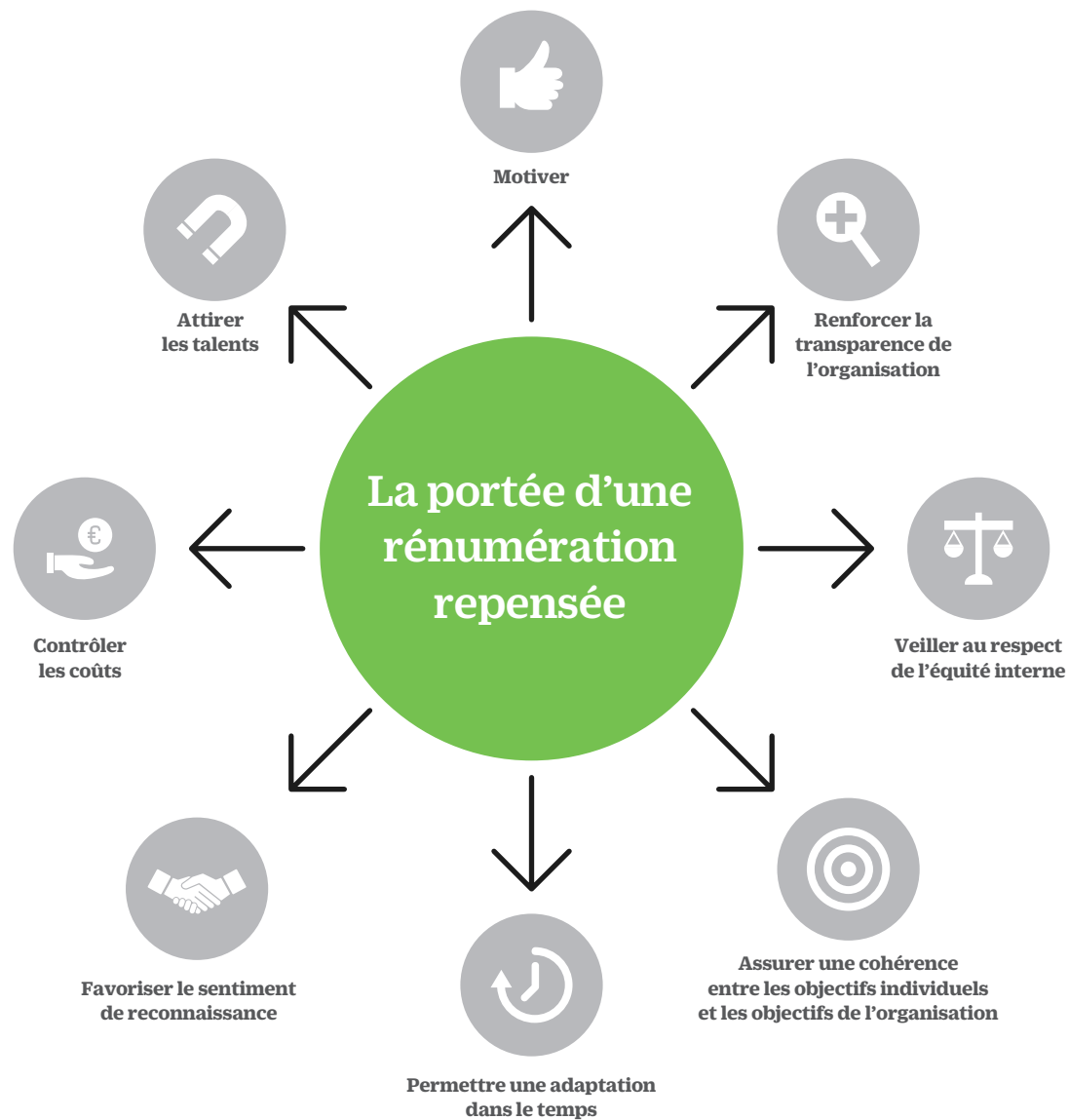
Sur ce même principe, d'autres variables de rémunération indirecte sont également envisageables, telles que :

- **une modulation de l'âge de départ en retraite**, les points de retraite pouvant être augmentés en fonction de la pénibilité du travail effectué : gardes de nuit, contexte social difficile, zones isolées, etc.
- **ou une reconnaissance du risque invalidité** pour les médecins qui travaillent sur des zones d'accès difficiles notamment.

Nous n'ignorons pas que certaines de nos propositions peuvent se révéler complexes à mettre en place ; mais **notre objectif est ici de démontrer qu'une gestion agile des ressources humaines dispose de nombreux leviers d'action pour restaurer un équilibre ; la rémunération étant l'un d'entre eux.** C'est un outil redoutablement efficace et malléable et se priver de son potentiel, y compris dans le cadre d'une activité dite « libérale », est une erreur.

10 - L'engagement national de 1971.

11 - Retraite, assurance santé, invalidité, prévoyance



4/4 Dernier point : assurons la pérennité des ressources

QUID DES ÉTUDIANTS QUI BOUDENT LA MÉDECINE GÉNÉRALE ?

Penser la pérennité du système nécessite d'aborder la question des futurs médecins. Nul ne peut en effet ignorer la désaffection actuelle des étudiants pour la médecine générale. Les étudiants, qu'ils soient en deuxième, troisième ou quatrième année, ne sont pas séduits par cette spécialité.

L'image de marque de la médecine générale est à ce point écornée qu'elle est même passée d'avant-dernière en 2013 à dernière en 2014 dans le classement des spécialités les moins prisées ! **Cela fait maintenant plusieurs années que tous les postes vacants ne sont pas pourvus.**

Face à cette situation critique, les pouvoirs publics proposent depuis 2009 un contrat d'engagement de service public (CESP). Le principe est simple : les étudiants volontaires perçoivent une allocation mensuelle brute de 1200 euros, et ce jusqu'à la fin de leurs études. « En échange, les bénéficiaires s'engagent – pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation et pour 2 ans minimum – à choisir une spécialité moins représentée ou à s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée.

Ce dispositif revêt donc à la fois :

- une dimension sociale par l'aide au financement des études ;
- une dimension citoyenne puisqu'il complète les différentes mesures déjà mises en place par les collectivités territoriales et l'État pour développer l'attractivité de l'exercice de la médecine dans des territoires où la densité médicale est faible¹². »

Le CESP a rencontré un certain succès dès sa mise en place. Pour Sébastien Foucher, président de l'association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF), il a même démontré « qu'il est possible d'attirer des étudiants (...) vers la médecine générale¹³ ». De fait, 136 postes ont été ouverts en 2014 à l'issue des ECN sur la liste réservée aux signataires d'un CESP (soit 53 de plus qu'en 2013). Et le nombre de contrats signés continue de progresser : +275% entre 2012 et 2015 et un objectif de 1700 postes cumulés pour 2017.

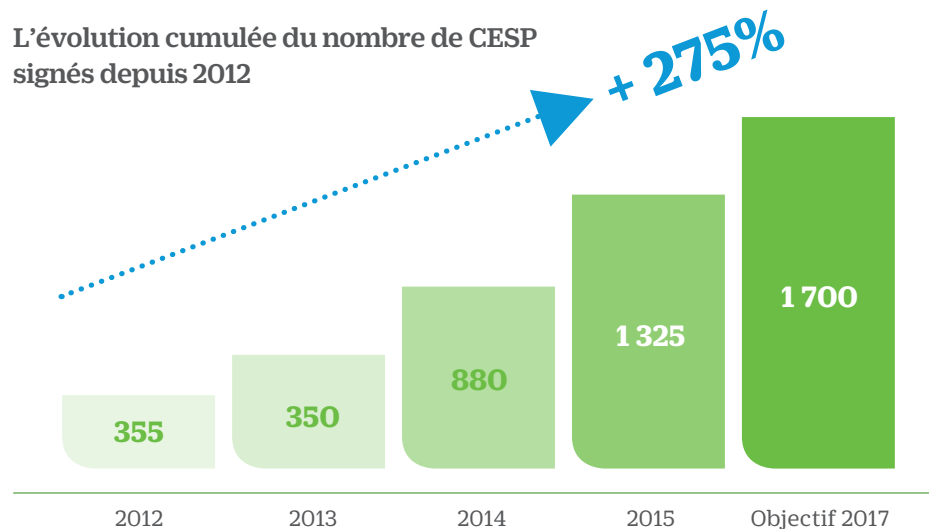
¹² -Ministère des Affaires sociales et de la santé.

Url : www.social-sante.gouv.fr

¹³ -Source : lemonde.fr, article du 27 octobre 2015, les aspirants médecins boudent la médecine générale. Auteur : Claire Ainé.

1 700 CONTRATS SERONT PROGRESSIVEMENT OUVERTS D'ICI 2017.

L'évolution cumulée du nombre de CESP signés depuis 2012



Cette mesure, bien que salubre, comporte néanmoins un revers de médaille.

En l'état, elle annonce un fort taux de turn-over dans les années à venir. Le schéma proposé par le ministère des Affaires sociales et de la santé ne retranscrit pas cette menace, car il s'agit d'un nombre cumulé de créations de postes, mais les jeunes médecins engagés risquent de partir dès leurs obligations remplies. A combien s'élèvera alors le nombre exact de créations de poste dans 10 ans ?

Dans ce contexte, le contrat MedGe peut être un complément efficace au CESP en lui apportant une continuité apte à fidéliser les jeunes médecins dans des postes jusque-là dénigrés.

RENOUVELONS L'APPROCHE UNIVERSITAIRE

La difficulté du métier ne doit pas occulter pour autant un autre facteur déterminant dans la désaffection des étudiants : la méconnaissance qu'ils ont de cette spécialité. C'est un fait, la médecine générale n'est tout simplement pas enseignée avant les ECN (Epreuves Classantes Nationales).

D'après Sébastien Foucher : « 35 % de ceux qui passent les ECN n'ont jamais fait de véritable stage de médecine générale ». Pour inverser la vapeur et « rendre plus attractive [la médecine générale, il faut] mieux la faire connaître et apprécier des étudiants¹⁴ ».

La médecine ambulatoire est amenée à se développer dans les années à venir. Ce virage constitue une véritable opportunité de rendre la spécialité plus attractive aux yeux des futurs médecins. Mais pour les attirer, des liens solides doivent être tissés au préalable avec les professionnels actuellement en exercice, et ce dès leurs premières années à la faculté.

L'approche universitaire dans son ensemble doit être renouvelée, dans une dynamique de décroisement et d'ouverture vers la médecine ambulatoire.

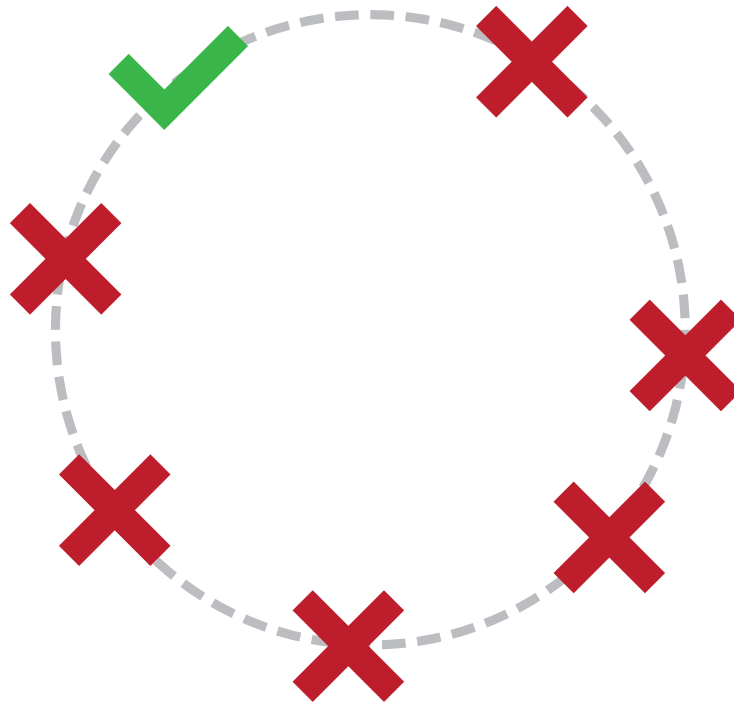
Des stages en médecine générale doivent être organisés à chaque niveau d'enseignement, en favorisant en priorité les terrains de stage les plus formateurs (médecine de plein exercice).

Les organisations transversales du soin primaire, de type équipe de soins primaires (ESP) voire communautés professionnelles territoriales de Santé (CPTS) ont également tout intérêt à être utilisées pour la formation de ces futurs médecins. Elles présenteront le double avantage d'apporter une vision à 360° des métiers du premier recours et de proposer un travail en équipe ; la collégialité étant une demande importante de la part de la jeune génération.

Car au-delà de toutes les mesures statutaires que l'on peut imaginer, c'est avant tout l'évolution des pratiques qui persuadera les candidats d'embrasser cette profession. Ils attendent, au même titre que les professionnels déjà en poste, de pouvoir exercer pleinement leur future fonction. Ce sont donc les moyens opérationnels octroyés aux généralistes libéraux de demain qui pèseront le plus lourd dans la balance dans le recrutement de nouveaux professionnels.

14 -Source : lemonde.fr, article du 27 octobre 2015, les aspirants médecins boudent la médecine générale. Auteur : Claire Ainé.

*La médecine générale
est aujourd'hui un choix par défaut,
parce que méconnue des étudiants*



NOTRE IMPÉRATIF CATÉGORIQUE : PENSER L'EFFICIENCE DU MEDGE DANS LE CADRE DE LA PLURIPROFESSIONNALITÉ

1/4 Ne plus penser la mission du généraliste en dehors de son environnement

EN FINIR AVEC LES JEUX DE DUPES

L'attractivité du métier de médecin généraliste implique une cohérence entre le discours et les actes. Il règne actuellement une confusion entre les volontés affichées du législateur et la réalité du terrain soumise à des pressions contradictoires.

Ni la fonction ni les moyens opérationnels attribués aux médecins généralistes de ville ne sont clairement identifiés.

Depuis la loi de 2004 avec le médecin traitant, puis celle de 2009 avec le premier recours, le médecin généraliste est dans les textes le pivot de la gradation des soins. Chaque Français choisit son médecin traitant, lequel devient le point d'entrée de son parcours de santé.

Mais paradoxalement, depuis 2005, le fossé ne cesse de s'agrandir entre le rôle théorique

de ce médecin et ses attributions réelles ; tous les acteurs du système contribuant, à leur niveau, à brouiller les cartes.

Il y a d'abord les représentants des médecins qui freinent la montée en puissance de nouvelles réformes. **Toutes les conventions médicales ont vidé de sa substance la notion de « médecin traitant ».** L'accès direct aux médecins spécialistes libéraux ou hospitaliers a été maintenu voire réorganisé, alors même que les malades ont choisi en priorité dans leur écrasante majorité comme médecin traitant un médecin généraliste (99% des cas) pour assurer cette régulation.

Il y a ensuite les lobbys de santé qui, eux, jouent leur rôle jusqu'au bout : la diminution du déficit de la sécurité sociale n'est clairement pas dans leur intérêt. La redondance d'examens ou d'actes techniques fait vivre des pans entiers du système ; ils entretiennent donc cette désorganisation.

Quant aux pouvoirs publics, ils sont passés maître dans l'art du double discours. A chaque nouveau scandale sanitaire, les médecins généralistes font les frais de leur stratégie de communication. Dernier exemple en date: la Dépakine. Bien que les généralistes ne soient pas responsables du mésusage de ce médicament chez les femmes enceintes, ils sont une fois encore montrés du doigt. En participant à cette stigmatisation les pouvoirs publics égratignent leur propre logique. Ils ont même été jusqu'à adopter des mesures limitant la prescription des médicaments les plus récents par les médecins ; décision qui est en totale contradiction avec la dynamique initiée par la loi HPST.

De guerre lasse, dans ce contexte déconcertant, les généralistes eux-mêmes ne profitent pas des opportunités offertes par les nouvelles dispositions législatives. Ils ne parviennent pas à faire évoluer leurs pratiques et n'occupent pas dans sa globalité le champ du premier recours qui leur a été attribué.

LA DÉSORGANISATION ACTUELLE : LA RÉSULTANTE DE RAPPORTS DE FORCE INAVOUABLES ?



UNE GESTION EN SILOS ALTÈRE LA FONCTION MÊME DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Principale conséquence de cette confusion générale : les généralistes se retrouvent isolés, comme s'ils étaient des « cas à part » exogènes à la gestion globale du système de santé. C'est un non-sens. En pratique, il est impossible de dissocier leur activité de celle de leurs partenaires du premier, deuxième et du troisième recours quand il existe.

Or que se passe-t-il aujourd'hui lorsqu'un médecin généraliste n'est pas pleinement intégré dans un cadre pluriprofessionnel coordonné ? Il lui est difficile (voire impossible) d'accompagner efficacement ses patients dans leur parcours de santé. Selon le besoin, il les confie à différents confrères¹ qu'il contacte parfois par téléphone ou SMS. Mais dans la mesure où aucune procédure de mise en relation n'a été organisée au préalable, les malades se retrouvent le plus souvent livrés à eux-mêmes, avec leur ordonnance pour seule information. Ils savent quel type de professionnel consulter, l'examen à réaliser ou le nombre de séances prescrites, mais pas à qui s'adresser, comment ou dans quel délai.

En définitive, dans le contexte actuel non-organisé, c'est la notion même de médecin traitant qui est remise en question.

Dès lors qu'un autre professionnel intervient, il est courant que le généraliste sorte littéralement de la boucle du soin, ce qui génère des ruptures de prise en charge.

Le manque de perméabilité entre professionnels et structures de prise en charge est une particularité malheureuse du système français. Il est la résultante d'une gestion en silos qui ne prévoit pas en amont les interactions directes entre les différents intervenants du parcours de santé. Il n'existe pas d'outil collaboratif généralisé pour consulter a minima le dossier médical complet du patient ou permettre une analyse collégiale des données ; et tous les professionnels de la chaîne (acteurs du premier comme du deuxième recours) pâtissent de cette situation.

L'absence de formalisation de la coordination est le dénominateur commun à toutes les problématiques de santé. Elle génère une dispersion des parcours préjudiciable aux patients comme à l'équilibre financier et organisationnel du système.

1- Infirmier(e), pédicure-podologue, orthophoniste, etc.

Le manque de perméabilité est une particularité malheureuse du système français.



MÉDECINS
GÉNÉRALISTES
DE PREMIER
RECOURS



AUTRES
PROFESSIONS
DE SANTÉ
DE VILLE



ETABLISSEMENTS
DE SANTÉ



ETABLISSEMENTS
MÉDICO-SOCIAUX

LA PLURIPROFESSIONNALITÉ : LE PRINCIPE D'AGILITÉ APPLIQUÉ AU SECTEUR DE LA SANTÉ

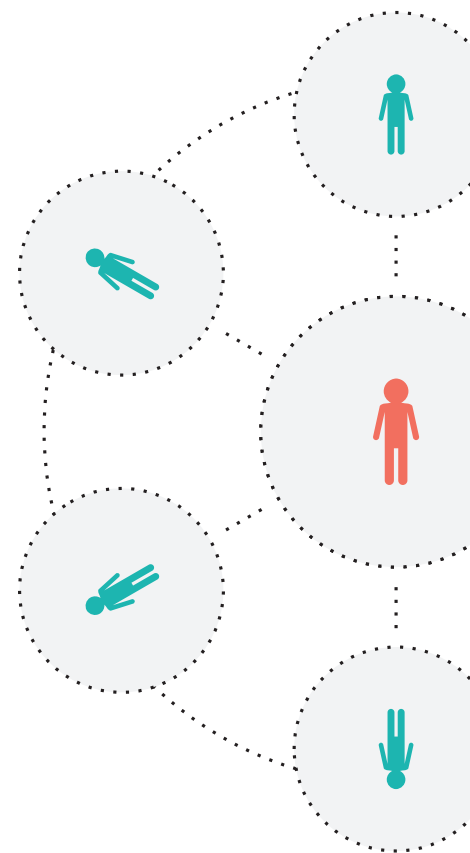
Pour être efficace, le contrat MedGe ne peut s'entendre que dans un cadre pluriprofessionnel dans lequel les relais d'intervention sont clairement identifiés et organisés pour garantir un suivi constant (et partagé) du malade. A cette condition seulement, le généraliste pourra recouvrer la plénitude de sa fonction de médecin traitant et devenir le coordinateur potentiel du parcours de soins.

On l'a vu en première partie de cet ouvrage, l'explosion des maladies chroniques, le vieillissement de la population, les tensions démographiques des professionnels de santé et l'innovation technologique sont autant de facteurs qui rendent de nouvelles pratiques professionnelles indispensables. Pour parvenir à un équilibre entre les secteurs ambulatoires, hospitaliers et médico-sociaux, il n'y a aucune autre option que de systématiser la prise en charge coordonnée de certains soins par les professionnels de ville.

La pluriprofessionnalité est l'évolution naturelle de la médecine ambulatoire.

Dans un dispositif coordonné, l'expertise de chacun est partagée avec l'ensemble des parties-prenantes et les recommandations formulées sont suivies par tous. Le parcours devient alors non seulement plus fluide, mais surtout plus qualitatif. **C'est le principe même d'une organisation agile : coordonner les forces en présence pour optimiser leurs résultats ; le pouvoir de l'individu augmentant celui du groupe et vice versa.**

Seule une approche collaborative apportera aux MedGe (comme à l'ensemble des professionnels impliqués) la garantie d'exercer la pleine efficacité de leur fonction. Nous sommes ici pleinement dans les théories de l'empowerment : l'individu et/ou l'équipe sait où il va (projet partagé), il dispose d'une marge de manœuvre pour agir (autonomie), et se sent légitime pour le faire (appropriation). **C'est parce qu'elle octroie à chaque professionnel un réel pouvoir d'agir, que la pluriprofessionnalité peut contribuer directement à la qualité des soins.**



UN CERCLE VERTUEUX QUI RENFORCE STRUCTURELLEMENT LES PARCOURS DE SOINS

> A L'ECHELLE DU PATIENT

La pluriprofessionnalité garantit un suivi rassurant et efficace. Le patient n'est plus seul à gérer sa maladie, errant de spécialistes en spécialistes et repartant chaque fois du même point. Il est accompagné dans son parcours de soins et dispose de recommandations claires pour aborder ses rendez-vous. Le professionnel coordinateur représente pour lui un interlocuteur qui lui donne la possibilité d'être l'acteur de sa prise en charge.

> A L'ECHELLE DES PROFESSIONNELS

La pluriprofessionnalité démultiplie l'action des différentes parties prenantes en valorisant les compétences de chacun (partage des informations du patient, stricte application des recommandations définies en collégialité, anticipation des besoins). Ce travail en équipe favorise les approches holistiques.

> A L'ECHELLE DES TERRITOIRES

La pluriprofessionnalité permet de réguler les besoins et de mettre en œuvre les recommandations publiques en exploitant tous les savoir-faire, compétences et disponibilités du territoire. A titre d'exemple, elle peut faciliter le repérage et le dépistage précoce de pathologies lourdes ou favoriser le maintien à domicile en lieu et place d'une hospitalisation.

> ET ENFIN A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION

La pluriprofessionnalité est une garantie supplémentaire de qualité et, nous le verrons dans les pages qui vont suivre, un outil précieux pour la régulation des ressources et la conduite du changement de notre système de santé.



LA PRIORITÉ : FORMALISER DES PARCOURS DE SANTÉ TERRITORIALISÉS

Actuellement l'approche pluriprofessionnelle se heurte à plusieurs difficultés ; la première étant l'absence de standards opérants. Ne peuvent travailler ensemble que des professionnels ayant adopté au préalable des processus communs, ce qui est très rarement le cas.

Les parcours de santé se construisent aujourd'hui de manière aléatoire. Les professionnels s'appuient pour orienter leurs malades sur le réseau qu'ils se sont efforcés de constituer au fil des ans et de leurs affinités. **Or ce mode de fonctionnement au « cas par cas » induit une hétérogénéité des pratiques et un manque de maîtrise dans le suivi médical, notamment lorsqu'il s'agit de coordonner le premier et le deuxième recours.** Sans balisage précis, ni répartition claire des rôles de chacun (en particulier celui du « coordinateur »), les patients et les professionnels ne parviennent pas à s'orienter efficacement. Il est fréquent qu'un malade à son entrée à l'hôpital, ou lors d'un changement de service, reparte à

zéro dans sa démarche de soin. Il « bénéficie » d'un nouveau bilan complet alors même que son médecin aurait pu transmettre le dossier médical, les résultats déjà obtenus et son interprétation. Cette pratique est à la fois coûteuse et contre-productive.

Bien que la théorisation de la gradation des soins soit au cœur de tous les débats depuis une vingtaine d'années, l'harmonisation avance très lentement. Principale cause de ces ajournements à répétition : la complexité de la tâche.

Une gradation opérante doit se construire de façon localisée : en prenant en compte l'analyse méticuleuse de l'offre de santé disponible dans chaque secteur. Elle doit identifier les processus autant que les ressources humaines et matérielles disponibles.

Une formalisation opérante implique une démarche à la fois théorique (la construction d'un parcours simplifié pour le malade) et pratique (la prise en compte des spécificités territoriales et des besoins de chaque malade). Or jusqu'ici les cheminements proposés dans les textes sont souvent bien trop conceptuels pour s'adapter aux besoins des patients.

L'exercice n'est pas le même à proximité immédiate d'un CHU, d'un plateau technique ou dans une zone plus isolée ; et sans cette prise en compte de l'existant les modèles proposés aux professionnels sont inadaptés. **Les acteurs du soin primaire ont besoin d'un outil fonctionnel régulièrement évalué et ajusté en fonction des ressources réelles de leur territoire.**



QU'EST-CE QUE LA GRADATION DES SOINS ?

- > La gradation des soins est une feuille de route. Elle formalise le consensus médical et le référentiel validé par les autorités sanitaires. C'est un modèle en cascade définissant les degrés de spécialisation et d'expertise attendus selon les spécificités ou les besoins sanitaires généraux d'une population. Elle répartit les rôles et les moments d'intervention entre chaque professionnel. C'est une organisation de type filière.
- > Sa construction impose certaines règles :
 - 1 - Elle doit être formalisée par des tiers extérieurs aux disciplines concernées pour éviter tout conflit d'intérêt.
 - 2 - Elle doit être « territorialisée », c'est-à-dire reposer sur un audit global de l'offre médicale existante (nom des professionnels, coordonnées, détail des expertises disponibles, etc.) et proposer des procédures adaptées à chaque secteur et territoire de santé.

FONCTIONS ET ORGANISATION D'UN PARCOURS DES SOINS GRADUÉ

Dans l'absolu, un parcours de soins basé sur une gradation des soins correctement modélisée vise deux dynamiques conjointes : la sécurisation et l'équité du parcours en tant que tel, ainsi que la rationalisation de l'écosystème dans lequel il s'inscrit. La finalité étant d'apporter aux patients les soins dont ils ont besoin : ni moins, ni plus. C'est ce que l'on a coutume d'appeler « le juste soin ».

Du fait d'une absence générique de référentiels, la France a la particularité malheureuse de pratiquer beaucoup plus d'examen que la moyenne des autres pays. Les actes d'imagerie sont trois à quatre fois supérieurs à ceux des autres pays de l'OCDE. Cette désorganisation génère un engorgement dans certains services

et, par effet de ricochet, empêche certains malades en réelle situation d'urgence d'avoir accès aux soins que leur état de santé exige.

Face à cette situation critique, le principe de la gradation des soins consiste à créer une cohérence dans les flux entrants, en priorisant les besoins. La régulation obtenue a alors pour effet de limiter les gabegies coûteuses pour la solidarité et génératrices de dysfonctionnements.

A l'échelle macro, la gradation des soins se décompose en trois niveaux.²

- **Le premier recours** concerne les soins primaires directement accessibles aux patients. Trois fonctions essentielles lui sont attribuées : l'accueil des malades (diagnostic, orientation, traitement), le suivi des patients et la coordination des parcours et enfin le relais des politiques de santé publique (prévention, dépistage et éducation à la santé, etc.).

- **Le deuxième recours** concerne lui la médecine ambulatoire spécialisée et les établissements de santé publics/privés assurant notamment la chirurgie, l'obstétrique, les soins de suite et de réadaptation, la psychiatrie et les hospitalisations à domicile.

- **Et enfin, le troisième recours** concerne les activités les plus spécialisées. C'est à ce niveau que se placent également l'organisation de la fonction universitaire, la recherche et la diffusion de l'innovation médicale.

C'est toujours l'état de santé réel du malade, sous la régulation du médecin généraliste, qui doit présider au choix des niveaux de recours.

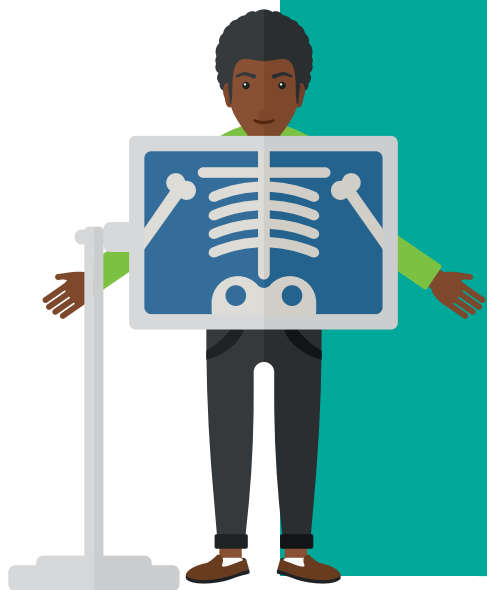
En théorie, si le principe de la gradation des soins était correctement appliqué, chaque étape serait balisée pour permettre aux professionnels et aux patients un meilleur contrôle et une meilleure anticipation des différentes étapes du parcours de santé.

²- Des gradations internes existent également à chaque échelle (gradation hospitalière, gradation en ambulatoire, etc.).

CAS PRATIQUE

L'OBTENTION D'UN EXAMEN COMPLÉMENTAIRE SPÉCIALISÉ (RADIOLOGIE OU UNE EXPLORATION FONCTIONNELLE RESPIRATOIRE)

- > Dans le cadre d'une gradation des soins correctement formalisée, le professionnel du premier recours en charge du patient suivra le cheminement suivant :
 - Quels facteurs motivent la demande d'examen ?
 - Est-ce que cette demande d'examen spécialisé est conforme aux recommandations ?
 - Quels sont délais de réalisation à obtenir ?
 - Quel est le professionnel ou l'établissement le plus adapté pour répondre à ce besoin ?
- > Parce qu'elle aura permis d'identifier au préalable les niveaux d'intervention et les acteurs présents sur le territoire pour assurer ces tâches successives, la gradation des soins apportera au professionnel du soin primaire les éléments de réponse nécessaires dans sa prise de décision. Il pourra alors engager ou non les démarches nécessaires à l'obtention du rendez-vous et fournir au patient des recommandations claires.
- > Le strict respect de la gradation des soins répondra alors correctement aux deux objectifs fixés :
 - apporter au patient les soins dont il a besoin et l'accompagner dans ses démarches pour qu'il puisse effectuer les examens dans les temps ;
 - éviter la redondance ou l'inutilité de certains examens coûteux.



ESP ET CPTS : DES OPPORTUNITÉS À SAISIR POUR DONNER CORPS AU PARCOURS COORDONNÉ

Nous ne sommes qu'aux balbutiements de cette synchronisation entre professionnels de santé, mais il existe tout de même des initiatives prometteuses, y compris au niveau des soins primaires. Des dispositifs tels que les CPTS et ESP semblent parfaitement à même de contribuer à la mise en œuvre de ce parcours de soins coordonnés et gradués.

Le fonctionnement en équipe prend des formes variées en ville. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en sont une, mais en l'état elles ne donnent pas pleine satisfaction³. A contrario les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou, à une échelle plus fonctionnelle, les équipes de soins primaires (ESP) offrent une réelle opportunité de structurer les prises en charge.

Prévues dans la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016, ces structures reposent sur des fondements juridiques souples (de type association loi 1901) et réunissent de manière pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle tous les professionnels de santé volontaires d'un territoire donné : professionnels de santé de premier et deuxième recours, acteurs sociaux et médico-sociaux, etc. **Leur véritable atout est d'être facilement déployables. Elles s'adaptent ainsi avec justesse et célérité aux besoins de chaque territoire.**

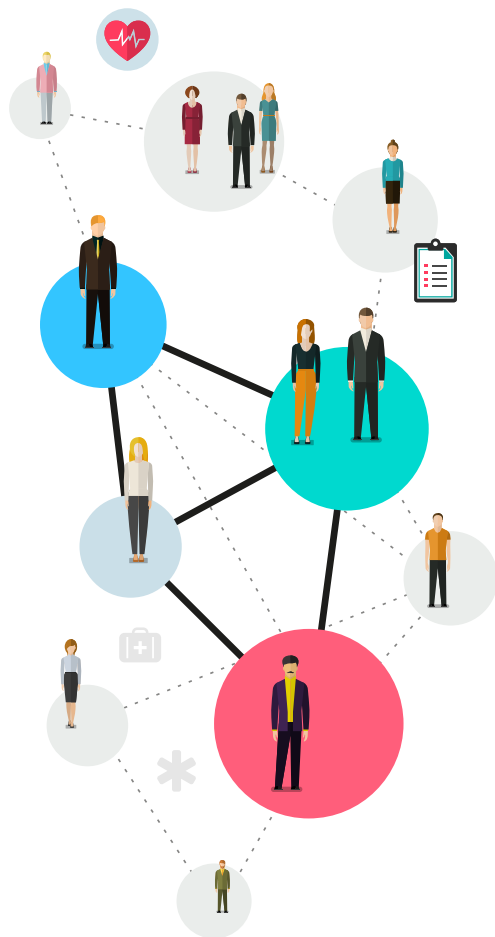
En pratique, les CPTS conçoivent un projet de santé commun à partir de leur diagnostic territorial ; projet qui est validé par l'Agence Régionale de Santé et sert de base à l'action coordonnée. Plusieurs fonctions leur sont ensuite attribuées :

- Structurer des parcours de santé pour assurer une meilleure coordination de l'offre de soin, notamment en décroissant les secteurs social, sanitaire et médico-social ;
- Réaliser les objectifs du projet régional de santé en répondant avec plus de justesse à la situation sanitaire et médico-sociale de chaque territoire ;
- Favoriser les coopérations avec les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ;
- Pallier l'isolement et les charges de travail trop lourdes des professionnels ;
- Et, plus globalement, garantir un accès aux soins de qualité à tous les patients, y compris en zone de désertification médicale.

Les CPTS constituent un outil pertinent parce que simple à mettre en œuvre, fort de multiples expertises et ancré localement.

Il est essentiel que les professionnels du soin primaire se l'approprient pour faire évoluer leur pratique.

3 - cf. partie 1, chapitre 4.



LES EQUIPES DE SOINS PRIMAIRES (ESP)

- > Les ESP fédèrent les professionnels des soins primaires volontaires autour d'une même patientèle. Elles organisent leur projet commun à l'échelle d'un quartier, ou même d'une rue, ce qui les distingue des CPTS dont le projet s'articule autour de la population d'un territoire plus vaste. En offrant un cadre souple et en utilisant les compétences disponibles localement, elles sont en mesure d'améliorer de manière significative le parcours de santé de leurs patients.
- > Le projet d'une ESP peut couvrir des thématiques très variées qui sont choisies par ses membres. A titre d'exemple on peut citer : les soins palliatifs à domicile, la réponse aux demandes de soins non programmés aux heures d'ouverture des cabinets ou la prise en charge de personnes vulnérables (personnes âgées, personnes en situation précaire, personnes handicapées ou atteintes de maladies chroniques).
- > Aucune norme préalable à la définition du projet n'est posée, ce qui laisse le champ libre à tous types d'investigation ; le seul objectif étant d'améliorer l'accès et la qualité des soins.
- > L'initiative de création d'une ESP est ouverte à tout professionnel de santé impliqué dans les soins de premier recours (médecin généraliste, infirmier(e), masseur-kinésithérapeute, pharmacien(ne), sage-femme, biologiste, etc.).

2/4 Quelles réponses spécifiques apporte la pluriprofessionnalité à la lutte contre la désertification médicale ?

LA PLURIPROFESSIONNALITÉ EST LA VERSION « APPLIQUÉE » DE LA GRADATION DES SOINS

La gradation des soins a vocation à rétablir un équilibre territorial en formalisant le parcours de santé. Mais elle n'en reste pas moins qu'un principe théorique. En-soi elle ne produira aucun effet si elle n'est pas correctement appliquée. Or ce rôle de maître d'œuvre revient à la pluriprofessionnalité en tant que pratique organisée.

Si la gradation des soins apporte un cadre théorique intelligible que chacun peut s'approprier (patients comme professionnels), c'est la pluriprofessionnalité en tant que pratique qui en assure l'application.

Ce sont les professionnels formés à la pluriprofessionnalité (des acteurs du soin primaire qui se connaissent et se reconnaissent) qui organisent la communication au sein de l'équipe soignante et vers le malade. Ils transmettent et expliquent au patient les recommandations définies en collégialité. Ils s'assurent du bon déroulement du parcours de soins. Selon les situations, ils font également appel aux autres acteurs de la prise en charge (établissements, acteurs médico-sociaux), prennent les rendez-vous en direct et veillent au partage du dossier médical du patient. Ces échanges permettent la juste mobilisation de chaque compétence au service du patient. Car, en pratique, le consensus professionnel naît de ces échanges et non d'une vision surannée de la hiérarchie entre soignants.

La stricte application de la gradation des soins repose sur ce savoir-faire. Dans son exercice quotidien, tout professionnel

a affaire à son niveau à la gradation des soins, ne serait-ce que pour orienter correctement son patient. Mais sans formation préliminaire, tout professionnel n'est pas en mesure de piloter des équipes pluridisciplinaires, ni même de travailler efficacement en collégialité. L'application de la gradation des soins implique des compétences particulières auxquelles la pluriprofessionnalité prépare.

Par ailleurs, au delà de cet aspect de leur travail, **les équipes pluriprofessionnelles contribuent directement à l'élaboration de leurs propres protocoles de prises en charge.** Leurs compétences et leur connaissance du terrain (notamment leur connaissance des besoins des patients pris dans leur environnement) en garantissent la cohérence et la fonctionnalité. Ce sont eux qui sont les plus à même d'identifier des parcours type.

**En d'autres termes, on peut dire
que la pluriprofessionnalité assure
pour la gradation des soins une
double fonction support :**



Participer directement à la conceptualisation des gradations par territoire, en particulier pour concevoir des procédures compatibles avec les ressources terrain réellement disponibles.



Assurer la coordination des équipes de soins (pilote expert, capacité à travailler en équipe).

LA PLURIPROFESSIONNALITÉ FAVORISE, PAR NATURE, LA FLUIDITÉ DES PARCOURS DE SANTÉ

Au-delà de cette fonction de support de la gradation des soins, la nature même de la pluriprofessionnalité présente des caractéristiques intrinsèques qui permettent de lutter efficacement contre la désertification médicale. Elle est en capacité de réguler l'offre et la demande en jouant à son niveau sur la fluidification des parcours de santé.

Parce que l'anticipation fait partie de ses prérogatives, la pluriprofessionnalité est un élément clé de la régulation des flux. Actuellement, ce sont généralement les patients (ou leur entourage proche) qui sont à l'origine des prises de rendez-vous. Ils contactent leur médecin après avoir constaté un problème. A contrario, dans un parcours coordonné, le binôme patients-professionnels peut prévenir l'essentiel des situations critiques, en particulier dans le cadre des maladies chroniques. **Cette coordination des soins est organisée pour**

limiter les situations d'urgence. Les besoins sont alors mieux anticipés et maîtrisés, ce qui évite les surcharges de demandes imprévues.

Autre caractéristique propice à une fluidification générale: les possibles suppléances d'un professionnel par un autre. En l'absence d'un des membres de l'équipe, y compris du médecin traitant, d'autres professionnels de santé sont en capacité de prendre le relais. **Le défaut de prescription ou l'absence du médecin ne sont plus un motif de rupture systématique du parcours.** Qu'il s'agisse d'une augmentation subite ou programmée de l'activité de l'un des professionnels impliqués, d'un arrêt maladie ou de période de formation, chaque situation trouve une réponse planifiée en amont ou régularisée après coup. Le malade souffre alors moins de l'attente ou de la discontinuité de ses soins.

Dans l'absolu, dès lors que l'équilibre de l'équipe est atteint, de nombreuses mesures peuvent aller en ce sens. L'adaptation des posologies par les autres professionnels de l'équipe en est une. Un exemple : des ordonnances protocolées peuvent permettre à chaque professionnel de santé impliqué d'adapter le traitement

d'un patient lorsque la situation le nécessite⁴. Pour un patient sous AVK⁵, l'ordonnance du médecin prescripteur stipulera par exemple l'adaptation à initier pour éviter les accidents iatrogènes ou les hémorragies en fonction des résultats de l'INR⁶.

La flexibilité et l'hétérogénéité des structures pluriprofessionnelles représentent une réponse instantanée et efficace à de nombreux cas de figure actuellement problématiques, en particulier en zones tendues. Avec ce type d'organisations, les situations de blocage dans la démarche diagnostique ou thérapeutique sont en partie écartées ; les tâches étant réparties selon les besoins et contraintes de chacun des membres de l'équipe.

4 - Sous réserve d'assurer le retour d'information aux autres membres de l'équipe, en particulier au médecin.

5 - Anti-vitamines K : traitement de référence dans le cas d'embolies pulmonaires, de phlébites et dans la prévention des accidents vasculaires cérébraux dans certaines pathologies.

6 - L'International Normalized Ratio est un des indicateurs de la coagulation sanguine.

7 - Cf. : partie I, Chapitre 5.

PLURIPROFESSIONNALITÉ ET TÉLÉMÉDECINE : UNE COMPLÉMENTARITÉ EFFICACE CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX

Les applications de télémédecine (cabines d'automesure, suivis à distance, etc.) prises isolément n'apportent que des réponses partielles aux situations des déserts médicaux⁷. C'est le fonctionnement en équipe qui leur offrira des possibilités décuplées. Si elles sont intégrées dans un processus collaboratif, elles permettront une prise en charge holistique de qualité, car encadrée et sécurisée au maximum des potentialités.



A PLUS LONG TERME, LA PLURIPROFESSIONNALITÉ EST EN MESURE D'APPORTER DES RÉPONSES EN MATIÈRE DE RESSOURCES HUMAINES

Dans le jargon des start-up, on parle de « scalabilité » pour évoquer la capacité d'une entreprise à anticiper les variations subites de la demande. Dans le cadre de la santé, une telle réactivité est quasiment impossible en raison notamment de la durée de formation d'un médecin. La pluriprofessionnalité peut être utilisée pour pallier partiellement ce manque de réactivité intrinsèque.

On l'a dit, il faut 15 années pour former un médecin, ce qui laisse une très faible marge de manœuvre pour réagir aux fluctuations. **Pour atténuer les effets de cette incompressibi-**

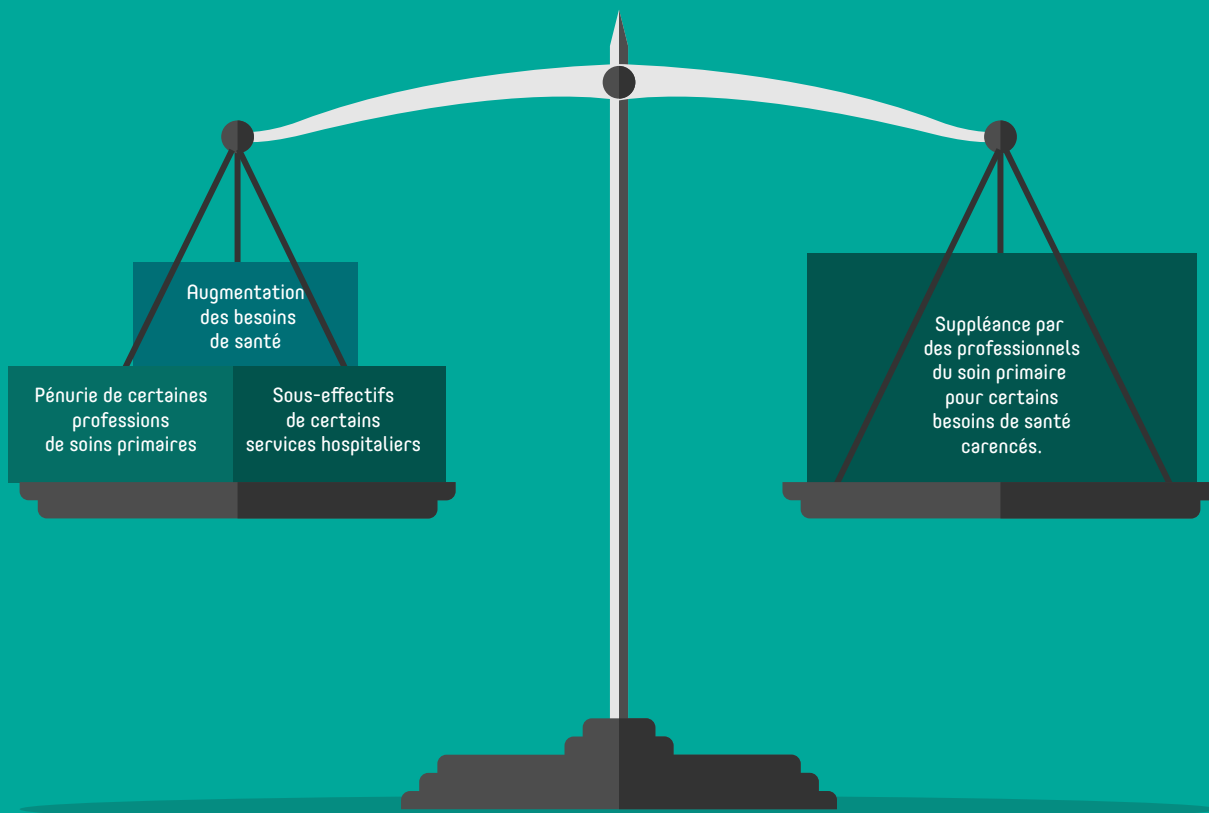
lité du temps, il est envisageable de mieux préparer les professionnels du soin primaire. Dès lors qu'un professionnel enrichit son exercice d'une nouvelle compétence, utiliser ce savoir-faire peut permettre de répondre aux variations de l'activité de chacun. Cette montée en compétence doit s'entendre dans le cadre de la formation continue, de la Validation des Acquis de l'expérience (VAE) ou d'un système similaire. L'organisation globale y gagnera en efficacité : si une pathologie survient, des professionnels d'horizons divers seront prêts à déployer collectivement et rapidement une offre de soins adaptée.

Cette approche par « compétences » permet également d'envisager le rééquilibrage de l'offre de soins. Assurer, en l'absence d'un support hospitalier⁸, l'accès à tous types de soins (y compris les thérapeutiques les plus innovantes comme les biothérapies par exemple)

est un aspect clé de lutte contre la désertification médicale.

On peut légitimement imaginer que des équipes de soins primaires pluriprofessionnelles prennent le relais sur des phases de soins spécifiques et aient accès aux prescriptions réservées actuellement au milieu hospitalier. Un encadrement et une structuration claire de ces équipes peuvent garantir les conditions de qualité, de sécurité et de responsabilité nécessaires à ces prises en charge. L'exemple des chimiothérapies anticancéreuses orales est intéressant à ce titre. Une fois l'équipe formée, et sous réserve de pouvoir disposer d'un outil de communication simple avec l'hôpital, chacun des membres peut assurer le suivi médical en fonction des prescriptions communiquées. Le patient bénéficie alors de soins de qualité en ville pendant toute la durée de son traitement.

8 - qu'il soit inexistant, inaccessible ou surchargé.



DE MANIÈRE GÉNÉRALE, LA CONDUITE DU CHANGEMENT PASSE PAR LA PLURIPROFESSIONNALITÉ

La pluriprofessionnalité ne se contente pas d'apporter des réponses en matière de ressources humaines, elle est également un élément phare de l'innovation matérielle et immatérielle. C'est un véritable laboratoire d'expérimentation.

Des structures pluriprofessionnelles comme les ESP ou les CPTS offrent par nature un cadre idéal pour le prototypage et le test de nouvelles solutions en ce qu'elles reposent sur des structures flexibles et des compétences variées. Elles ne brident pas la créativité, l'inventivité ou l'envie des partenaires impliqués. Elles sont au contraire propices à la mise en œuvre de processus itératifs et invitent à l'expérimentation de nouvelles voies.

Or les solutions développées par ces équipes sont potentiellement duplicables en d'autres lieux. **L'expérimentation menée à une échelle locale permet d'avoir un retour d'expérience (évaluation des effets d'une mesure, difficultés rencontrées par les professionnels, etc.) et ainsi d'étendre le dispositif à une échelle plus vaste.**

C'est sur ce type de projets pluriels qu'est mise en œuvre l'une des valeurs fondatrices de l'agilité : l'acceptation du changement.

A ce titre, la pluriprofessionnalité est un « incubateur » efficace pour une conduite du changement réussie. En répondant directement aux besoins identifiés sur certains territoires, elle fait évoluer en permanence les process et savoir-faire médicaux ; permettant au système de santé d'assimiler au fur et à mesure les évolutions qui l'impactent.



ITÉRATION ET ACCEPTATION DE L'ERREUR

«Une personne qui n'a jamais commis d'erreurs n'a jamais innové».

Albert Einstein

Il est intéressant de noter que l'erreur est admise dans ce type de projet dans la mesure où elle permet des optimisations immédiates. Chaque solution étant en-soi une expérimentation unique, elle nécessite des ajustements continus.

En contrepartie, le fonctionnement en collégialité permet d'identifier plus rapidement les éventuels dysfonctionnements ou tout simplement d'anticiper les évolutions à venir.

3/4 A quoi ressemble une structure pluriprofessionnelle ?

SES 5 CARACTÉRISTIQUES CLÉS

La force de la pluriprofessionnalité réside dans sa flexibilité et son hétérogénéité. Elle doit pouvoir s'adapter à toutes les pathologies et à toutes les situations de soins, quels que soient leurs niveaux de gravité et de complexité. 5 caractéristiques confortent cette nécessaire simplicité d'utilisation.



Une structure pluriprofessionnelle a une géométrie variable.

Limitée en taille pour assurer un bon fonctionnement global (organisation à taille humaine), elle s'adapte avec justesse aux besoins constatés et varie par conséquent en nombre au cours du temps. Les professionnels mobilisés viennent d'horizons différents. Participent peu ou prou à ce type de dispositifs pluriels : les médecins généralistes, les pharmaciens(ne)s d'officine, les infirmier(e)s libéraux, les masseurs-kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes, les orthoptistes, les orthophonistes, les pédicures-podologues, les sages-femmes, les biologistes, les diététicien(ne)s, les ergothérapeutes et les psychologues pour commencer.



Une structure pluriprofessionnelle est protéiforme dans son mode d'organisation.

Les équipes s'organisent en fonction de multiples facteurs dont la situation sanitaire du territoire d'intervention, les besoins de la patientèle partagée, la gravité et la complexité des malades suivis, la proximité de plateaux techniques spécialisés et la composition du tissu professionnel existant⁹. Une fois la ligne prioritaire définie, elles mettent en œuvre le fonctionnement le plus opérationnel à partir de différents outils et modes d'organisation : ordonnances protocolées, protocoles pluriprofessionnels, réunions hebdomadaires, bi-hebdomadaires, préentielles ou non, configuration d'outils, sessions d'éducatives thérapeutiques ou d'empowerment du patient, organisation de la permanence des soins, etc.

9 - Certains endroits sont d'ores et déjà dépourvus de médecins, d'autres doivent se passer d'infirmier(e)s ou de kinésithérapeutes par exemple.



Une structure pluriprofessionnelle dispose d'un pilotage expert.

Si sa forme est amenée à évoluer dans le temps, un noyau dur assurant le pilotage des pratiques doit être constamment opérationnel. **Tout professionnel de santé est en capacité d'endosser cette fonction de coordination. Cette mission n'est pas dévolue exclusivement aux médecins généralistes** (en particulier sur des territoires où il est essentiel de désengorger leur activité). En fonction de l'évolution des pathologies ou des disponibilités, plusieurs professionnels peuvent se succéder à cette tâche, mais le référent du moment doit toujours être identifié.



Elle a un fondement juridique souple.

La valeur intrinsèque du processus pluriprofessionnel repose sur son caractère résolument évolutif. Chaque solution mise en place est unique et amenée à évoluer. Des lourdeurs ou une trop grande rigueur administrative seraient contraires aux objectifs poursuivis (faire évoluer les pratiques et assurer un égal accès aux soins de qualité pour tous) et briderait l'énergie et la créativité des professionnels impliqués. En l'état, la structuration de type « association loi 1901 » apporte pleine satisfaction.



Elle fonctionne sur la base du volontariat.

Ce nouveau type de pratique implique d'avoir un esprit pionnier. Il y a des prises des risques, notamment dans la façon d'aborder la prise en charge du patient, que l'on ne peut pas imposer.

Par ailleurs, le volontariat est gage de performance : ne contribuent au projet que des personnes convaincues.

EXEMPLE TYPE D'UN PARCOURS PRIS EN CHARGE PAR UNE ÉQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE

1

ETAPE 1

CONSTITUTION D'UNE ESP

Intervenants :

Tous les professionnels de soins primaires sur le territoire considéré

Tâches :

Organisation de la structure
Identification des situations protocolisables

2

ETAPE 2

DEMANDE DU PATIENT

INTERVENANTS :

1 MEMBRE DE L'ESP

TÂCHES :

INTERROGATOIRE
EXAMEN CLINIQUE
PRISE DES CONSTANTES
EXAMENS TECHNIQUES ÉVENTUELS
PRÉ-ANALYSE
ORIENTATION

3

ETAPE 3

CONSEIL

(le plus souvent une invitation à se revoir en cas de...

OU

INTERVENTION DU MEMBRE DE L'ESP

Intervenants :

Membre de l'ESP le plus pertinent

Tâches :

Selon le professionnel : consultation infirmière, consultation pharmaceutique, etc.
Diagnostic
Introduction ou adaptation thérapeutique
Examen clinique
Prise des constantes
Examens techniques éventuels
Pré-analyse

ET/OU

ANALYSE COLLEGALE

Intervenants :

Tous les professionnels en lien avec la pathologie ou la situation
Cette collaboration peut s'entendre à distance selon les modalités

Tâches :

Analyse collégiale des données médicales et de l'environnement
Prise de décision
Communication/ retour d'information vers le patient
Organisation du parcours du patient

d'évolution de la situation)

P LE PLUS PERTINENT

consultation médicale, conseil

le patient.
les outils de travail à disposition

vironnement du patient.
t et, si besoin, le médecin traitant

4

ETAPE 4

SUIVI PAR L'ESP

Intervenants :

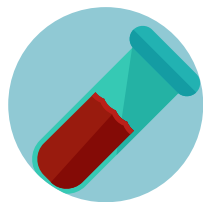
Tous les professionnels de l'ESP impliqués dans les soins du patient

Tâches :

Suivi de l'évolution
Prise de rendez-vous
Transfert de dossiers
Suivi des interventions
Circulation de l'information
Organisation du parcours de santé du patient
Préconisations et communication vers le patient, etc.

**SELON LE BESOIN, ORIENTATION
VERS DES PROFESSIONNELS DU
DEUXIÈME RECOURS**

LA PLURIPROFESSIONNALITÉ VUE PAR LES PATIENTS



Un patient diabétique

La pluriprofessionnalité est pour le patient diabétique l'intervention coordonnée du médecin généraliste, de l'infirmier(ère), du pharmacien, du podologue et du biologiste qui l'accompagnent. Cette équipe construit avec lui son suivi diététique dans un dialogue constant, consigné dans un outil collaboratif. *Qu'a-t-il mangé ou bu ? A-t-il fait des écarts par rapport à son régime habituel ? A-t-il pratiqué une activité physique ?* Ensemble ils agissent pour maintenir l'équilibre de l'hémoglobine glyquée¹⁰ selon les pratiques retenues par l'équipe telles que l'adaptation de l'insuline par chaque membre de l'équipe en fonction des résultats biologiques du patient. Les soignants mobilisés l'accompagnent au travers de multiples soins et conseils : soin des pieds, conseils alimentaires, activités physiques, adaptation éventuelle de l'activité professionnelle, vaccinations, propositions de programme d'accompagnement thérapeutique, etc.

¹⁰ - L'hémoglobine glyquée est le reflet de la glycémie (la concentration de sucre dans le sang).



Une femme enceinte

La pluriprofessionnalité est pour la femme enceinte l'intervention coordonnée du médecin généraliste, de la sage-femme, de l'infirmier(ère), du biologiste, du dentiste et du pharmacien dès le désir de grossesse ou la grossesse elle-même connue.

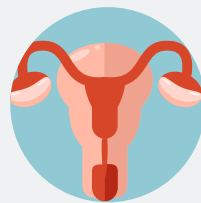
Chaque membre de l'équipe réalise ou organise le parcours de suivi préalablement défini : suivi de l'ensemble des actes de soin et de prévention (analyse d'urine, prise de sang, prévention des affections dentaires, échographies, suivi de l'évolution du poids et de la tension artérielle, réponses aux questions des patientes, etc.), repérage et adressage des grossesses pathologiques.



Une personne âgée

Concernant la prise en charge de la personne âgée, la continuité des soins organisée par tous les membres de l'équipe (médecin généraliste, infirmier(e), pharmacien(ne), biologiste, kinésithérapeute, dentiste, pédicure-podologue, orthoptiste, ergothérapeute) va permettre la mise en place d'un projet de soins personnalisé.

Cette coordination comprend la mobilisation des ressources nécessaires au maintien à domicile, à savoir l'aménagement du domicile ou le portage de repas, la détection précoce des risques d'entrée dans la dépendance (chutes, iatrogénie, dénutrition pour l'essentiel).



Une patiente présentant une infection urinaire

Les besoins d'une patiente souffrant d'une infection urinaire relèvent avant tout d'une prise en charge immédiate et de proximité.

L'intervention coordonnée du médecin généraliste et du pharmacien(ne) ou de la sage-femme et de l'infirmier(e) permettra à la patiente d'obtenir le conseil adapté à son besoin (bandelettes pour confirmer l'infection, conseils hygiéno-diététiques ou prise médicamenteuse ad hoc). Le premier professionnel disponible est celui qui intervient pour soulager la patiente.

4/4 Quels sont les éléments indispensables au déploiement de la pluriprofessionnalité ?

RENFORCER LA FORMATION CONTINUE PLURIPROFESSIONNELLE

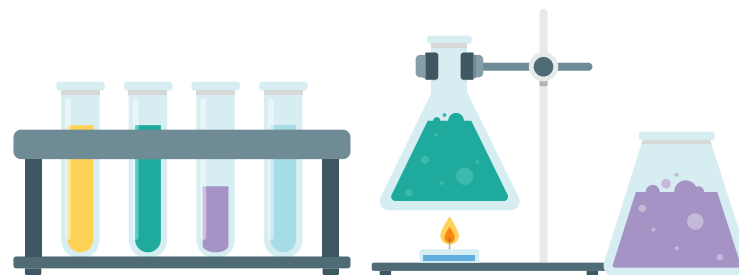
Mettre en commun des compétences plurielles, voire pluridisciplinaires, implique un savoir-faire spécifique. A ce titre, le déploiement de la pluriprofessionnalité requiert une enveloppe de formation dédiée et des financements pérennes.

La prise en charge pluridisciplinaire mobilise des compétences propres de la part des professionnels impliqués. Pour travailler efficacement en collégialité et éventuellement piloter la coordination, il convient de bien

connaître les autres spécialités (leurs procédures, les éléments requis pour une meilleure prise en charge, leur temporalité, etc.) et les méthodes de coordination (process et outils collaboratifs notamment). Tout professionnel devrait bénéficier de formations consacrées à cette pratique.

Le Développement Professionnel Continu (DPC) semble être le vecteur naturel de cet apprentissage. Réformé par la loi HPST du 21 juillet 2009, puis par la loi de Modernisation du système de santé de 2016, il offrait jusqu'à peu la possibilité de se former à ce savoir-faire. Une enveloppe dédiée, dite « hors quota », ouvrait des droits pour participer à une session pluriprofessionnelle¹¹ d'une à deux journées dans le cadre de l'obligation de formation triennale. Cette formation était indemnisée selon des grilles tarifaires qui variaient par profession. A l'heure actuelle supprimée, il importe de réaffirmer cette dynamique et de résoudre la question du financement durable du DPC pluriprofessionnel.

La formation pluriprofessionnelle étant un élément essentiel à la mise en œuvre de la gradation des soins, et plus largement de la coordination entre acteurs du parcours de santé, elle doit bénéficier d'une ligne de financement spécifique, développée année après année.



Grâce à ces abondements, des appels d'offre très ciblés pourraient être lancés selon des thématiques clés, adaptées aux besoins réels des territoires (lutte contre les addictions, prise en charge des patients BPCO, vaccination, prévention de l'obésité ou de la dénutrition, amélioration de la prise en charge des patients présentant de TSA¹², etc.). Les réponses apportées n'en seraient que plus pertinentes.

Et, pour parachever cette logique, on peut imaginer attribuer un organe de gestion propre à cette formation pluriprofessionnelle. Indépendant des syndicats monocatégoriels, cet espace aurait ainsi à sa disposition tous les éléments pour relever les défis épidémiologiques, démographiques, économiques et technologiques. **Il pourrait s'attacher dès sa création à promouvoir un organe de contrôle pour évaluer régulièrement les formations dispensées.** Ce type d'analyses de l'impact des pratiques professionnelles a été annoncé avec la réforme de l'OGPDC¹³, il convient maintenant de le rendre pleinement opérant.

Le système du DPC rencontre un succès grandissant. C'est une réussite au niveau de l'organisation comme de la participation.

Plus de 240 000 professionnels de santé se sont formés dans les derniers mois et plus de 3000 organismes de formation ont été enregistrés auprès de l'OGDPC d'abord puis de l'ANDPC (dont vraisemblablement environ 600 réellement actifs). Jamais un dispositif de formation continue n'a rencontré un tel succès auprès des professionnels.

Ce dispositif doit être stabilisé en garantissant la qualité et la pertinence des programmes.

11 - Une formation est qualifiée de pluriprofessionnelle dès lors qu'y participent au minimum 2 professions différentes.

12 - Trouble du spectre autistique.

13 - L'OGPDC (Organisme Gestionnaire du Développement

Professionnel Continu) a été officiellement remplacé par L'ANDPC (Agence Nationale du Développement Professionnel Continu) depuis le 1er juillet 2016.

MIEUX ORGANISER LES OUTILS DE MISE EN RELATION

Le fonctionnement en équipe de soins primaires reposant sur un travail collaboratif continu, la mise en place d'outils de mise en relation est également une condition sine qua none au bon déroulement de la prise en charge du patient. Plus les informations sont partagées entre les différentes parties prenantes, plus grande est la qualité des soins apportés.

Les professionnels de santé ne peuvent plus se contenter de limiter leurs échanges à une réunion ponctuelle de coordination dépendante de multiples aléas. **Ils doivent s'approprier de nouveaux usages et faire évoluer leur pratique.**

En contribuant à une meilleure communication entre les différentes parties prenantes, les nouvelles technologies leur apportent deux axes d'amélioration :

- au niveau de la relation soignant/soigné, grâce au partage d'informations en temps réel, aux analyses collégiales et à la coordination;
- au niveau de la relation soignant/soigné, grâce aux outils permettant des échanges en temps réel entre le médecin et son patient (objets connectés notamment). Elles améliorent considérablement le suivi thérapeutique et l'empowerment du patient en lui permettant de devenir acteur de la préservation de son capital santé.

Actuellement les technologies utilisées dans le secteur de la santé occupent différentes fonctions :

- Certaines sont consacrées au seul **partage d'informations**. Alors même qu'elles sont les plus indispensables au travail en équipe, elles sont probablement les plus complexes à développer car elles se heurtent à des difficultés techniques de compatibilité entre logiciels (problèmes d'interopérabilité).

- D'autres sont dévolues à la **gestion de projet et au travail collaboratif** (logiciels, applications).
- Les dernières **concernent le malade**. Elles donnent des informations sur son état de santé ou permettent un meilleur accompagnement (pilulier dit intelligent, etc.).

Tous ces outils représentent des atouts indéniables pour la qualité des soins apportés. **Mais une fois encore, la simplicité est de mise. Les technologies développées doivent être fonctionnelles pour qu'un maximum de professionnels puisse y prendre part.** Le serpent de mer du Dossier Médical Partagé (DMP) est le contre-exemple du développement de la communication entre professionnels de santé. (Et quand bien même il se mettrait en place dans les 3 ans, ce serait encore trop tard).

Pour plus d'efficacité, les futurs utilisateurs doivent être impliqués dès la conception de ces outils. Non seulement cette collaboration faciliterait la prise en main, mais elle permettrait d'atténuer les freins éventuels et de corriger immédiatement certains dysfonctionnements.



FOCUS SUR LES OBJETS CONNECTÉS

Tensiomètres, vêtements pulsomètres, spiromètres par téléphone, lentilles pour diabétiques, piluliers dits intelligents, montres ou bracelets mesurant l'activité physique, le pouls, le sommeil... Les objets connectés se multiplient et prennent de plus en plus de place dans notre quotidien. On estime aujourd'hui que 12% des malades chroniques en possèdent (jusqu'à 22% lorsque le patient est diabétique) et que 42% des malades chroniques envisagent d'en faire l'acquisition.

S'ils ont été en premier lieu utilisés pour un usage personnel, ces objets constituent aujourd'hui une réelle opportunité pour la médecine d'améliorer la vie et l'autonomie des patients.

A terme, l'internet des objet (IdO) devrait permettre un suivi en temps réel du patient et une anticipation des soins à apporter. Il aura une action directe et significative sur le nombre de complications.

Les objets connectés en quelques chiffres :

13 % des Français sont équipés d'un objet de santé connecté

5% des Français d'une balance connectée

6% des Français d'une montre connectée.

5 % des Français d'un bracelet connecté.

Source : www.lesechos.fr

Url de l'article : http://marketingclient.lesechos.fr/decryptage/quel-avenir-pour-les-objets-connectes-de-sante/?utm_source=lesechos.fr&utm_medium=natif&utm_campaign=Partenariat%20lesechos.fr

PENSER UN NOUVEAU FINANCEMENT POUR LA PLURIPROFESSIONNALITÉ

Dernier point : le financement de la pluriprofessionnalité. Même si elle permet à moyen terme de générer des économies substantielles en engageant une rationalisation globale du système¹⁴, son déploiement à un coût, ne serait ce que pour le financement de formations, l'indemnisation des équipes ou l'acquisition de certaines technologies.

Une réflexion reste à mener pour parvenir à la viabilité économique de ce type de structuration.

Actuellement les fonds utilisés pour financer la pluriprofessionnalité sont inadaptés car sporadiques ou quasiment détournés de leur objet initial. Qu'il s'agisse des Nouveaux Modes de Rémunération, devenus règlement arbitral, ou de l'indemnisation des Projets Personnalisés de Santé (dans le cadre du PAERPA par exemple¹⁵), nous sommes dans des financements baroques, destinés initialement à la rémunération des équipes et non aux fonctions support. **Pour s'inscrire dans la durée, la pluriprofessionnalité doit disposer de ressources propres.**

Plusieurs pistes sont envisageables pour organiser le financement de la pluriprofessionnalité ; la plus accessible étant la création d'un fonds d'intervention et d'innovation en faveur des déserts médicaux.

Outre l'attribution de subventions directes, divers abondements peuvent contribuer à ce fonds en particulier :

- Une contribution annuelle des employeurs de médecins

Aujourd'hui plus de la moitié des médecins formés en France ne soignent pas de malades à proprement parler. Cela relève d'un gâchis inacceptable en période de pénurie. Au regard de l'effort financier déployé pour former les médecins, toute embauche qui retire un médecin du soin de premier recours, qu'il soit installé ou non, pourrait être compensée par une contribution annuelle de l'employeur (public ou privé) à ce fonds.

- Une réallocation des ressources du secteur hospitalier vers l'ambulatoire

Les équipes de soins de ville sont amenées à collaborer avec les GHT sur les problématiques du territoire. Lorsqu'elles peuvent apporter une réponse à un problème soulevé par l'hôpital, elles sont en mesure de se structurer pour y répondre. L'impact financier de cette action dans la comptabilité de l'hôpital peut tout à fait être transféré à ce fonds ; cela contribuerait à réorienter efficacement l'activité vers l'ambulatoire pour les soins qui ne relèvent pas intrinsèquement d'une prise charge par l'hôpital.

A moyen et long terme, investir dans la pluriprofessionnalité, c'est réduire les coûts de prise en charge grâce à la maîtrise globale de la chaîne de soins : moins d'actes en urgence, meilleur respect de la gradation des soins, diminution de la redondance d'actes médicaux grâce à un meilleur suivi des patients, etc. Parier sur son déploiement ne peut qu'être un bon calcul. Mais sans ressources spécifiques, cette pratique restera marginale, alors même qu'elle représente probablement l'avenir du soin ambulatoire, ou -tout au moins- la réponse aux problèmes les plus urgents de notre système de santé.

Qui doit piloter ce fonds ?

Pour plus d'équité et d'efficacité, **les clés de ce fonds devront être confiées aux acteurs du terrain.** Ainsi l'allocation des enveloppes disponibles se fera prioritairement aux équipes de professionnels capables de se positionner sur le premier recours, reconnaissant leurs efforts et les besoins qu'ils ont identifiés.

Quant à la délivrance des ressources, elle s'opérera en différentes étapes, suivant un modèle de contrôle qualité. Il s'agit d'inverser la logique de financement par rapport à ce qui est actuellement en vigueur. L'allocation

des ressources doit s'opérer selon le modèle suivant : évaluation des besoins, construction d'une réponse par les acteurs, réalisation de cette réponse, vérification des résultats obtenus, attribution des fonds.

14 - Elle permet notamment : une meilleure utilisation des compétences disponibles en ville, un rééquilibrage des prises en charge entre la ville et l'hôpital, ainsi qu'une utilisation raisonnée des examens techniques.

15 - Dans le premier cas, l'enveloppe est attribuée à partir de la patientèle du médecin généraliste traitant et en fonction d'indicateurs qu'il remplit de manière déclarative. Dans le deuxième cas, Une enveloppe de 100 € a été prévu et partagé entre les professionnels de santé 60 € pour le médecin et 40€ que se partagent l'infirmier (ère) et le pharmacien (ne).



Cet exercice de synthèse nous a donné une leçon d'humilité tant notre opus est loin de faire le tour de la question. La problématique de la désertification médicale est difficile à circonscrire. En outre, à mesure que nous avançons dans l'écriture, de nouveaux sujets ont pris place au cœur du débat : des expérimentations et initiatives tous azimuts, la signature de la nouvelle convention, l'irruption de la santé dans la campagne présidentielle, la publication de nouveaux décrets et arrêtés venant alimenter le champ des possibles réglementaires...

Nous nous sommes résignés à ne pas tout évoquer ici. Viser l'exhaustivité aurait nui à la clarté de notre propos. Par ailleurs, **notre objectif était d'ouvrir le débat et non de le clore**. Nous l'avons dit et répété, la santé de demain se construira collectivement. La vocation de cet ouvrage est avant tout de créer les conditions d'une mobilisation en entretenant la conviction qu'une autre organisation de la santé de ville est possible pour satisfaire les besoins des patients et des professionnels. Notre souhait est que les propositions que nous avons formulées ici terminent dans les mains d'acteurs du soin engagés, qui les compléteront avec leur propre perception des enjeux et défendront à leur tour l'accès aux soins de tous, sur tout le territoire.

La médecine ambulatoire doit se réinventer si elle veut renouer avec sa mission historique de santé publique. Nouvelles technologies, nouvelle réorganisation territoriale, transition épidémiologique, nouveaux modes de travail,

etc. ; la jeune génération a face à elle un véritable défi à relever. Mais c'est aussi une promesse d'opportunités. Il est en effet important de ne pas oublier que l'exercice en zone tendue est aussi indispensable qu'il peut être gratifiant humainement et professionnellement.

Avant d'achever notre propos, nous aimerions néanmoins attirer votre attention sur un point qui nous semble fondamental : nos mesures, si elles peuvent de prime abord sembler radicales, ont toutes été pensées pour s'adapter à l'existant. C'est un ajout de nouvelles potentialités et non un changement radical de paradigme.

QU'IL S'AGISSE DU CONTRAT MEDGE OU DE L'ESSOR DE LA PLURIPROFSSIONNALITÉ, L'IDÉE N'EST PAS DE DÉCONSTRUIRE UNE NOUVELLE FOIS L'ENSEMBLE DU SYSTÈME, MAIS AU CONTRAIRE DE S'APPUYER SUR CE QUI FONCTIONNE POUR LE RENFORCER.

S'il nous semble indispensable de définir un projet vers lequel tendre (pour nous, il s'agit de la complémentarité entre un contrat de santé publique et l'essor de la pluriprofessionnalité), il nous semble tout aussi important d'avancer pas à pas vers sa réalisation, en le testant et en le développant à des échelons locaux qui sont plus opérationnels.

A ce titre, deux lignes de conduite s'imposent dans cette quête d'agilité. **En tout premier lieu, la puissance publique doit mieux valoriser et prendre en compte l'existant ; les ressources humaines présentes sur le territoire comme les dispositifs et outils déjà opérationnels.** On ne pilote pas une organisation sans s'appuyer sur ses ressources. L'action des professionnels doit être reconnue et soutenue. Les tissus locaux sont globalement riches et la mobilisation toujours possible si une démarche est engagée en ce sens. Quant aux outils et organisations déjà en place, enrichissons-les quand ils ont fait leur preuve (DPC) ou qu'ils semblent prometteurs (ESP, CPTS) ; améliorons-les s'ils ne répondent pas pleinement aux besoins. Les changements de cap brutaux sont à proscrire, car ils freinent le système en désorientant les différents acteurs. **Il faut au contraire favoriser une progression collective et continue, qui apporte une certaine stabilité et une confiance réciproque.**

Une conduite du changement réussie exige un climat de confiance. Pour sortir de la fatalité des déserts médicaux et garantir l'accès aux soins sur tout le territoire, notre pays a besoin d'une politique résolue, mais aussi d'une politique stabilisée.

Dernier point, et il va dans le même sens : **apportons plus de souplesse aux professionnels**. Appliquer des propositions législatives ne doit pas signifier enserrer les professionnels dans un tissu de contraintes réglementaires et administratives. Quand on impose un fonctionnement unique, on étouffe les initiatives et les forces vives, en l'occurrence ici l'action des quelques professionnels de santé qui sont encore installés dans les territoires les plus désertifiés. Le risque est alors de les faire fuir.

Donnons aux acteurs de la santé les clés de leur avenir. Proposons-leur autre chose que les représentations syndicales ou fédératives. Ils sauront mieux que quiconque apporter des solutions efficaces aux besoins de leurs patients. Le fatalisme n'a pas lieu d'être quand il s'agit des déserts médicaux.



GLOSSAIRE

ACS (AIDE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ) : l'ACS est une aide permettant aux personnes disposant d'un revenu faible, mais non éligibles à la CMU-C, de bénéficier d'une réduction sur le montant de leur cotisation à une complémentaire santé.

ALD (AFFECTIONS LONGUE DURÉE) : les ALD sont des pathologies graves ou chroniques qui nécessitent un traitement continu. Exemple : le diabète de type 1 ou 2, l'insuffisance respiratoire chronique grave ou la maladie d'Alzheimer. Elles sont exonérées du ticket modérateur.

AME (AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT) : l'AME permet aux personnes en situation irrégulière d'avoir accès aux soins.

ANDPC (AGENCE NATIONALE DU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU) : l'ANDPC a remplacé l'OGDPC (Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu) depuis le 11 juillet 2016. Elle organise le développement professionnel continu pour les professionnels de santé libéraux et salariés.

ARS (AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ) : les ARS ont été créées par l'article 118 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Ces autorités sont « chargée[s] du pilotage régional du système de santé, pour mieux répondre aux besoins de la population et accroître l'efficacité de notre système de santé » au niveau régional. (Source : <http://www.ars.sante.fr/Qu-est-ce-que-l-ARS.89783.0.html>)

CAPITAL SANTÉ : évolution de la santé des individus au cours de leur vie.

CENTRE DE SANTÉ : structure de santé salariant les professionnels de santé pour assurer des activités de soins médicales, paramédicales ou dentaires en ambulatoire. Il peut être géré par un organisme à but non lucratif, un établissement de santé, des collectivités territoriales, etc.

CESP (CONTRAT D'ENGAGEMENT DU SERVICE PUBLIC) : issu de la loi de 2009, le CESP prévoit d'allouer une allocation de 1200 euros par mois aux étudiants volontaires qui s'engagent à choisir une spécialité moins représentée ou à s'installer dans une zone sous dotée.

CONVENTION MÉDICALE : accord formalisant les relations entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie. Selon l'Assurance Maladie, « elle s'applique aux médecins exerçant à titre libéral, inscrits au tableau de l'Ordre des médecins, et qui ont fait le choix d'exercer sous le régime conventionnel pour les soins dispensés sur leur lieu d'exercice professionnel, ou au domicile du patient lorsque celui-ci est dans l'incapacité de se déplacer. Le conventionnement ouvre droit au remboursement des soins dispensés aux assurés sociaux. La convention s'applique aussi aux organismes de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire. »

COORDINATION : organisation du parcours de soins du patient fondée sur le dialogue et les échanges entre les professionnels de santé concernés. Son but est d'éviter les ruptures de soins et de sécuriser le parcours de soins du patient.

CMU (COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE ET GRATUITE) : la CMU de base n'existe plus depuis le 1er janvier 2016, puisque, au titre de la PUMA, « toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé ». (Source : Ameli).

CMU-C : « la CMU complémentaire est une couverture maladie complémentaire gratuite destinée à faciliter l'accès aux soins aux personnes aux faibles ressources, et résidant en France de façon stable et régulière. » (Source : Ameli)

CPTS (COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ) : créées par la loi de modernisation de notre santé de février 2016, les communautés professionnelles territoriales de santé permettent aux professionnels de santé de s'organiser sur un territoire déterminé autour d'un projet de santé commun.

DÉSERT MÉDICAL : dans le cadre de notre étude, nous appellerons « désert médical » toutes les zones géographiques dans lesquelles la densité de professionnels de santé (notamment de médecins généralistes de plein exercice) est inférieure aux besoins de la population ainsi que les zones géographiques où des raisons financières (notamment les dépassements d'honoraires) entravent l'accès aux soins.

DPC (DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU) :

selon la HAS, le DPC « est un dispositif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins associant la formation continue et l'analyse des pratiques professionnelles. Il s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé. Il constitue une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente d'amélioration de la qualité des soins. » (Source : www.has-sante.fr)

ECN (EPREUVES CLASSANTES NATIONALES) :

les ECN interviennent en sixième année d'études de médecine sur l'ensemble du territoire national. Les étudiants choisissent leur affectation (spécialité et lieu) en fonction de leur classement à ces examens.

EHPAD (ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES) :

un EHPAD est une structure médicalisée d'hébergement pour personne en perte d'autonomie ou dépendante.

EQUIPE DE SOINS COORDONNÉE :

« ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent ». « L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales

de santé. » (Article L1411-11-1 de la LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 64)

EDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT :

Processus visant à accompagner le patient tout au long de son traitement pour l'aider à gérer sa maladie au quotidien. Des ateliers et des bilans personnalisés sont notamment proposés aux patients par les professionnels de santé qui l'accompagnent.

ETP : Equivalent Temps Plein.

EXERCICE MIXTE : possibilité pour un médecin d'allier exercice en libéral et autres activités (salarial, enseignement, recherche, etc.).

FONDS D'INTERVENTION ET D'INNOVATION

: qu'il soit géré localement ou nationalement, ce fonds proposé par soins Coordinés aurait pour vocation d'allouer des enveloppes aux professionnels de santé en capacité de se positionner sur le premier recours. Il est abondé par une contribution annuelle des employeurs de médecins généralistes et un partenariat avec les GHT notamment.

GRH : Gestion des Ressources Humaines.

GHT (GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE) :

les GHT ont été créés par la loi de modernisation de 2016. Tout établissement public de santé doit adhérer à un Groupement Hospitalier Territorial (GHT) à partir du 1er juillet 2016.

HAS (HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ) :

la HAS est une « autorité publique indépendante qui contribue à la régulation du système de santé par la qualité. Elle exerce ses missions dans les champs de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de la santé publique ». (Source : www.has-sante.fr)

HPST (LOI HÔPITAL PATIENTS SANTÉ TERRITOIRE) :

la loi HPST de 2009 réorganise le système de santé en définissant et réorganisant l'offre de premiers recours et en favorisant le développement d'une offre ambulatoire qui garantisse une continuité des soins à domicile.

HTA (HYPER-TENSION ARTÉRIELLE) :

l'HTA est une maladie chronique qui se caractérise par une augmentation anormale de la pression du sang sur la paroi des artères.

IDO : Internet des Objets.

MALADIE CHRONIQUE :

Maladie à évolution lente qui nécessite des soins continus à la différence d'une maladie aiguë laquelle guérit grâce au traitement ordonné.

MANDAT DE SANTÉ PUBLIQUE :

cadre contractuel formalisant la reconnaissance des missions des médecins généralistes volontaires. Ce mandat donne aux volontaires les moyens pour exercer en plénitude leur mission de soins de premiers recours à destination d'une population dans un territoire d'intervention.

MEDGE : catégorie de médecins généralistes de plein exercice qui consultent dans les zones péri-urbaines ou rurales, accueillent ou se déplacent pour prendre en charge toutes les catégories sociales ou d'âges, et se sont engagés dans la permanence des soins. Le Medge est une des propositions de Soins Coordonnés.

MEP (MÉDECIN À EXERCICE PARTICULIER) : un MEP est un médecin généraliste qui choisit de se spécialiser sur des pratiques particulières (acupuncture, homéopathie, allergologie etc.) et des patientèles ciblées.

MSP (MAISONS DE SANTÉ PLURIPROFSSIONNELLES) : les MSP sont des structures de santé réunissant plusieurs professionnels de santé libéraux (dont au minimum deux médecins) en un lieu et réglementée par un projet de santé.

OBJETS CONNECTÉS : objet physique dans lequel sont intégrés des moyens techniques permettant à l'objet de contenir, traiter et réémettre des données aux moyens de technologies sans fil (source : INPI La propriété intellectuelle et la transformation numérique de l'économie).

OMNIPRATICIEN : synonyme de généraliste.

PLURIPROFESSIONNALITÉ : principe d'agilité appliqué au système de santé. La pluriprofessionnalité est la prise en charge coordonnée de tout besoin de soin en ambulatoire par les professionnels de santé concernés. Incarnée par une équipe de soins primaires, elle permet l'organisation de la prise en charge des patients après avoir établi les principes de fonctionnement de base de l'équipe. Il peut être fait appel

aux autres acteurs de la prise en charge (établissements, acteurs médico-sociaux).

PREMIER RECOURS : les soins de premier recours sont les soins administrés pour les pathologies courantes. Ils désignent les soins de proximité et, à ce titre, comprennent plusieurs volets : la prévention, l'éducation à la santé, le dépistage, le diagnostic, le traitement, la surveillance et le suivi des patients.

PTMG (PRATICIEN TERRITORIAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE) : le PTMG est un statut prévu dans le Pacte Territoire Santé. Il s'adresse aux jeunes médecins non-installés ou installés depuis un an qui s'engagent à exercer dans un territoire identifié par les ARS comme un territoire où l'offre, l'accès ou la continuité des soins sont insuffisants. Les médecins signataires se voient dotés d'une garantie financière sur l'installation (6900 € brut/mois) de deux ans ainsi qu'une garantie de protection sociale (arrêt maladie, congé maternité).

PUMA (PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE) : la PUMa est entrée en vigueur le 1er janvier 2016. Elle «garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière, un droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.» (Source : Ameli)

ROSP (RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE) : ce dispositif de rémunération à la performance a été mis en œuvre en 2012. Cette rémunération est versée en avril n+1 sur l'activité de l'année n, selon le degré de réalisation des objectifs fixés. Pour les médecins, les 29 objectifs portent sur l'organisation du cabinet (5 objectifs) et la qualité de la pratique

médicale (24 objectifs). Pour les pharmaciens, les objectifs notamment sur la délivrance de médicaments génériques.

RÈGLEMENT ARBITRAL : mécanisme prévoyant la rémunération des équipes pluri-professionnelles éligibles (maisons et centres de santé pluri-professionnels (mono ou multi-sites), constituées en SISA ou susceptibles de l'être dans les 6 mois de la signature du contrat, mettant en œuvre un projet de santé partagé autour de la prise en charge coordonnée des patients.

RÉGULATION MÉDICALE : Analyse effectuée par les médecins des centres 15 lors des appels d'urgence. Ce premier diagnostic permet de réguler les flux et de définir la procédure la mieux adaptée au patient.

SECOND RECOURS : Soins qui ne peuvent être pris en charge par les médecins généralistes en raison de leur complexité : ils le sont alors par les médecins spécialistes hospitaliers ou de ville.

SOINS PRIMAIRES : Soins de première ligne, destinés à répondre en première intention aux besoins de santé des patients en ville. Ils offrent des services de prévention, de dépistage, d'éducation et de promotion de la santé. Participent en général aux soins primaires les médecins généralistes, les infirmières, les sages-femmes, les pharmaciens et les biologistes.

TARIF/PAIEMENT À L'ACTE : tarif fixé par la Convention Médicale passée entre les syndicats et l'Assurance Maladie pour chaque acte (consultation, acte technique).

TÉLÉCONSULTATION : la téléconsultation est une consultation à distance entre un patient, un médecin et éventuellement un autre professionnel de santé. Le diagnostic médical est posé à distance.

TÉLÉ-EXPERTISE : la télé-expertise est une concertation entre confrères pour évoquer la prise en charge d'un patient.

TÉLÉMÉDECINE : la télémédecine se caractérise par l'usage, «d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication» (Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine). lors d'un acte de télémédecine, tous les acteurs participant ne sont pas présents physiquement sur le même lieu.

TÉLÉSANTÉ : la télésanté est l'ensemble des actes de soins et de prévention réalisés à distance impliquant un professionnel de santé ou le patient lui-même (télé-information, télé-vigilance, télé-prescription, etc.).

TÉLÉSURVEILLANCE MÉDICALE : la télésurveillance médicale est la surveillance et l'interprétation à distance des données médicales d'un patient.

TÉLÉASSISTANCE MÉDICALE : la téléassistance médicale est le soutien à distance d'un confrère lors de la réalisation d'un acte médical.

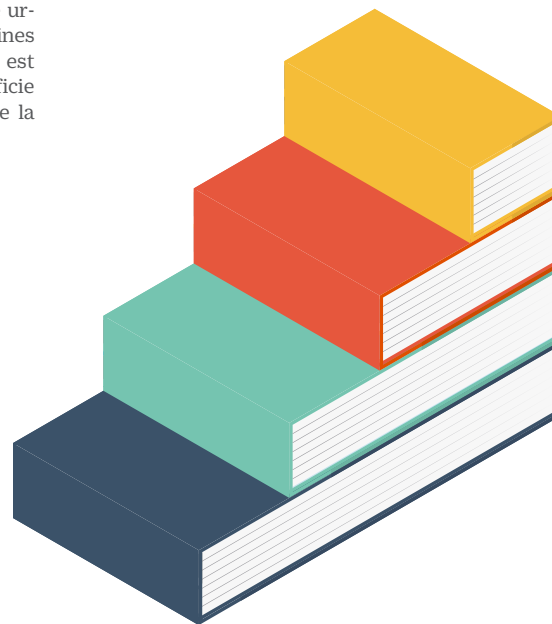
TRANSITION ÉPIDÉMIOLOGIQUE : on parle de « transition épidémiologique » pour témoigner de l'évolution des causes dominantes de la mortalité dans une zone géographique. Auparavant, dans les pays développés, la mortalité était principalement liée à des maladies infec-

tieuses; aujourd'hui ce sont les maladies dites « chroniques » qui occupent cette première place.

URGENCE (SITUATION D'URGENCE) : situation semblant impliquer la mise en danger (à court ou moyen terme) de la vie du patient.

ZONE PÉRI-URBAINE : « milieux se caractérisant par un éclatement urbain, alternant des milieux ruraux dans un fonctionnement de type urbain. Dans la couronne péri-urbaine, l'ensemble des communes dont 40% des habitants ayant un emploi vont travailler dans l'aire urbaine ». (Source : INSEE)

ZONE RURALE : « l'espace à dominante rurale, ou espace rural, regroupe l'ensemble des petites unités urbaines et communes rurales n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine (pôles urbains, couronnes périurbaines et communes multipolarisées). Cet espace est très vaste, il représente 70% de la superficie totale et les deux tiers des communes de la France métropolitaine. » (Source : INSEE)



Bibliographie par thématique

L'ÉVOLUTION DE LA FRACTURE SANITAIRE

Rapport d'information du Sénat, n°335 (session ordinaire de 2012-2013), fait au nom de la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, en conclusion des travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire, par M. Hervé MAUREY, Sénateur.
Url : <https://www.senat.fr/rap/r12-335/r12-3351.pdf>, vu le 20 Juin 2016.

Cartographie interactive Que Choisir de la fracture sanitaire

Url : <https://www.quechoisir.org/dossier-access-aux-soins-t129/>, vu le 20 Juin 2016.

Atlas national de démographie médicale 2016, CNOM.

LES DISCRIMINATIONS TARIFAIRES

Le Monde santé, Tarifs médicaux : enquête sur les dépassements d'honoraires, 10 avril 2012
Url : http://www.lemonde.fr/sante/article/2012/04/10/enquete-sur-ces-consultations-au-prix-fort_1682940_1651302.html, vu le 4 Juillet 2016.

Etude quantitative sur les dépassements d'honoraires, Viavoice pour le CISS, 2012.

Url : http://www.leciss.org/sites/default/files/121026_Sondage-Viavoice-DepassementsHonoraires.pdf, vu le 20 Juin 2016.

Etude RMC/ institut Elabe sur les aspirations des Français en matière de système de soins, mars 2016.

Url : <http://elabe.fr/objectif-2017-rmc-les-propositions-des-francais-pour-reformer-le-systeme-de-sante-sondage-elabe-pour-rmc/>, vu le 20 Juin 2016.

LES DÉLAIS DE RENDEZ-VOUS

Enquête BVA, commandée par le CISS.
Url : <http://www.leciss.org/sites/default/files/SondageBVA-CISS-Les-Francais-et-les-deserts-medicaux.pdf>, vu le 20 juin 2016

Enquête du site Internet www.mutuelle.com sur les délais d'obtention de RDV de spécialistes
Url : <http://www.mutuelle.com/outils/delais-obtention-rdv-specialistes.html>, vu le 20 juin 2016.

Billet de Benjamin Hue pour RTL, publié le 02.02/2015.
Url : <http://www.rtl.fr/culture/web-high-tech/contre-les-delaix-d-attente-chez-le-medecin-la-prise-de-rendez-vous-sur-internet-fait-flores-7776435011>, vu le 30 mai 2016.

LES INÉGALITÉS TERRITORIALES

Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine, étude menée en juin 2011 par la DRESS et l'IRDES, Etudes et résultats, n°764, (pages 2 et 3 citées plus haut).
Url : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er764.pdf>, vu le 20 Juin 2016.

Atlas de la démographie médicale 2015
Url : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf, vu le 20 Juin 2016.

LE REFUS DE SOINS

Rapport du défenseur des droits sur les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME, remis au Premier ministre, (Mars 2014).
Url : http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd_r_20140301_refus_soins.pdf, vu le 20 Juin 2016.

Enquête du fonds CMU refus de soins pour les bénéficiaires de la CMU, IRDES, (2005-2006).
Url : http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/refus_soins_testing2009_rapport.pdf, vu le 20 Juin 2016.

Enquête de Médecins du monde : « Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale Etat dans 10

villes de France », (Octobre 2006).

Url : http://www.actupparis.org/IMG/pdf/EnquA_te_CMU_AME.pdf, vu le 20 Juin 2016.

Testing AidesTesting : ces praticiens qui ont une dent contre les séropos ! (Juin 2015).

Url: <http://www.aides.org/actu/testing-ces-praticiens-qui-ont-une-dent-contre-les-seropos-2966>, vu le 20 Juin 2016.

LA TRANSITION ÉPIDÉMIOLOGIQUE

André Cicoella, Toxique Planète, 2013, Editions Seuil.

Aide mémoire de l'OMS n°355, mars 2013

L'ÉVOLUTION DE L'APPROCHE MÉDICALE

Christian Hervé, Ethique, politique et santé, puf, 2000.

Anne-Sophie Cousteaux, Représentations de la santé et cycle de vie. De la recherche du bien-être au maintien des capacités, Notes & Documents, 2010- 01, Paris, OSC, Sciences Po/ CNRS.

LA DIFFICULTÉ DU MÉTIER DE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET DÉSAFFECTION DES ÉTUDIANTS

Rapport de la DREES, Série Etudes et recherche n°98, mai 2010, « Activités et emplois du temps des médecins libéraux », Julie Micheau, Eric Molière.

Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2012, Etude et résultats n°852, septembre 2013, DRESS, CNG.

Etude de l'URML d'Ile-De-France, L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives, 2007.

Url : http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf, vu le 20 Juin 2016.

Rapport de la DREES, Série Etudes et recherche n°98, mai 2010, « Activités et emplois du temps des médecins libéraux », Julie Micheau, Eric Molière.

LE SYSTÈME DE SANTÉ

Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015.

Url : <https://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/French%20Country-Note-FRANCE-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>, vu le 20 Juin 2016.

ONDPS, Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrant et sortant des médecins, chirurgiens dentistes, sage-femme et pharmaciens, Août 2016.

LES HÔPITAUX

Le projet médical partagé du GHT, Objectif soin et management n°246, D. Jaffre, Mai 2016.

FHF, Réussir les groupements inter-hospitaliers de territoire.

Url : <http://www.fhf.fr/Actualite/A-la-Une/Une-boite-a-outils-pour-reussir-les-GHT>

LA MÉTHODE AGILE

GRH et agilité de l'entreprise

Quelles politiques et pratiques RH au service de l'agilité organisationnelle ?

Memoire D'expertise MBA RH Promotion 9 - OCTOBRE 2012, Sous la direction de Nicolas BERLAND, Stéphanie CARBONNELL, Audrey DUSSOL, Sandrine HERES, Tantély RAKOTOALIVONY

Créée en 2011, Soins Coordonnés est une association loi 1901 qui défend l'accessibilité pour tous à des soins de qualité, l'universalité du système de prise en charge et l'indépendance des acteurs de la santé en ambulatoire. Elle accompagne et forme les différents acteurs du secteur de la santé et soutient la mise en place de solutions pluriprofessionnelles et/ou coordonnées.

A travers ce livre, Soins Coordonnés souhaite contribuer au débat public sur la désertification médicale en proposant une nouvelle organisation de la médecine de premier recours, basée sur un renforcement du rôle du médecin généraliste et une meilleure coordination des professionnels de santé en ambulatoire.

Cet ouvrage s'adresse à toutes celles et ceux (professionnels de santé, patients, femmes et hommes politiques, représentants des collectivités territoriales ou administratives) qui croient encore en la possibilité d'un système de santé à la fois humaniste, viable économiquement et épanouissant pour le praticien.

Méthodes agiles, modèles disruptifs, espaces collaboratifs... L'innovation, qu'elle soit immatérielle ou matérielle, réinvente partout le travail. Les organisations misent sur la créativité pour anticiper la mouvance de leur écosystème et trouver un équilibre entre les contraintes professionnelles et les aspirations de leurs collaborateurs.

Directement impacté par ces évolutions technologiques et sociétales, le système de santé français doit aujourd'hui mener à bien sa propre conduite du changement et tirer parti des solutions les plus pertinentes déjà développées dans d'autres secteurs d'activité. Il en va de l'équité et de la qualité des soins apportés à nos concitoyens.

www.soinscoordonnes.fr

Penser et construire ensemble la santé de demain

Une réflexion
menée par

SOINS
COORD
ONNÉS