



Haut Conseil pour l'avenir
de l'assurance maladie

Rapport du HCAAM

Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité

Septembre 2022

Table des matières

1. Une dynamique de changement réelle, mais dont l'impact reste limité.....	7
1.1. <i>La démographie des professionnels : des évolutions contrastées</i>	7
1.1.1. La démographie médicale, un puissant facteur de changement.....	7
1.1.2. Des dynamiques contrastées parmi les autres professionnels.....	9
1.2. <i>De nouvelles organisations</i>	12
1.3. <i>De nouveaux métiers et rôles professionnels.....</i>	17
1.4. <i>Une accélération sur le numérique</i>	20
1.5. <i>Un foisonnement d'initiatives, une diversification des modèles et des opérateurs</i>	22
1.5.1. Des initiatives locales portées par de nouveaux acteurs.....	22
1.5.2. Des initiatives locales encouragées par des dispositifs d'appui à l'innovation	23
1.6. <i>Mais un impact encore limité à l'échelle du système.....</i>	26
1.7. <i>... et de nombreux freins au changement</i>	28
1.8. <i>Une situation de crise dans un nombre croissant de territoires.....</i>	30
2. L'urgence : des mesures immédiates pour garantir l'accès aux soins	33
2.1. <i>Définir les services à rendre à la population pour concrétiser le principe d'égal accès aux soins pour tous</i>	33
2.1.1. Une liste de services à rendre co-construite avec les usagers et les professionnels.....	34
2.1.2. Aller vers les personnes en manque de soins, réguler la demande	36
2.2. <i>Agir à court terme tout en menant les transformations de long terme.....</i>	38
2.3. <i>Reconnaître et organiser la responsabilité collective de l'accès aux soins dans les territoires.....</i>	41
2.3.1. Installer une table de concertation départementale pour organiser la responsabilité collective de l'accès aux soins	41
2.3.2. Aider les professionnels en place à s'organiser face à l'urgence.....	43
2.3.3. Mettre en place, en cas de constat de carence, une offre organisée	46
2.4. <i>Les acteurs qui se mobilisent montrent qu'il est possible d'agir localement et rapidement</i>	48
2.4.1. Garder en exercice le maximum de médecins possible et accueillir les jeunes professionnels	48
2.4.2. Optimiser l'utilisation du temps médical disponible et tirer le meilleur parti des compétences de chaque professionnel.....	50
2.4.3. Améliorer la répartition géographique pour assurer une présence médicale sur tout le territoire	57
2.5. <i>Recruter et former à travailler ensemble à l'échelon des territoires de proximité</i>	59
3. Une cible à moyen – long terme.....	62
3.1. <i>Faire de la liste des services à rendre en proximité un cahier des charges des organisations qui fournissent ou organisent ces services</i>	62
3.2. <i>Transformer l'organisation des soins au patient et à la patientèle en proximité</i>	63
3.2.1. Accélérer l'évolution vers des équipes de soins de proximité structurées	66
3.2.2. Des équipes structurées assurant les soins de proximité.....	70
3.2.3. Les équipes de soins de proximité de demain : innovantes, impliquant les usagers, engagées dans la santé publique.....	76
3.2.4. Renforcer les leviers identifiés pour accélérer le développement d'équipes structurées	83

3.3.	<i>Bâtir une organisation collective sur un territoire au service de la population</i>	87
3.3.1.	Les acteurs des soins de proximité sur le territoire.....	87
3.3.2.	Les CPTS : un levier pour l'organisation territoriale « à taille humaine » des soins de proximité à soutenir et renforcer.....	88
3.3.3.	L'articulation avec les soins spécialisés (hors médecine générale) : un échelon plus souvent interCPTS, un défi pour la médecine spécialisée	92
3.3.4	Mobiliser les acteurs au-delà des professionnels de santé pour concrétiser en proximité la priorité donnée à la prévention et contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé.....	95
3.3.5	Mettre en place des formations cohérentes avec les orientations proposées pour l'organisation des soins.....	96
4.	Renforcer le pilotage pour réussir la transformation	101
ANNEXES		104
	<i>Annexe 1 - Diversité des formes d'organisations en soins primaires étudiées - Proposition de typologie</i>	104
	<i>Annexe 2 - La patientèle médecin traitant</i>	107
	<i>Annexe 3 – Données sur les maisons et centres de santé pluriprofessionnels et sur les CPTS</i>	110
	<i>Annexe 4 - Quelques exemples de réalisations par des CPTS</i>	114
	<i>Annexe 5 – Cahier des charges pour des centres de santé publics en Nouvelle Aquitaine</i>	116
	<i>Annexe 6 - Les réformes des études de santé : état des lieux et perspectives au regard de la réponse aux besoins de santé des populations sur les territoires</i>	118
	Figure 1 – Projection du nombre de médecins et de la densité standardisée à l'horizon 2040	8
	Figure 2 – Pyramides des âges des médecins en 2012 et en 2021, projection en 2030	8
	Figure 3 - Projections démographiques des densités non standardisées pour 4 professions de soins primaires.....	10
	Figure 4 – Taux de croissance annuel des effectifs infirmiers de 2012 à 2021.....	11
	Figure 5 – Maisons de santé pluriprofessionnelles en fonctionnement au 31/12/2021.....	14
	Figure 6 - Tendances sur la période 2010-2017 pour trois indicateurs de suivi	53
	Figure 7 – Cartographie des offreurs de soins impliqués dans les soins de proximité	63
	Figure 8 - Motivations du choix du lieu d'installation actuel, selon l'âge du médecin	68
	Figure 9 – Schéma d'une équipe structurée	69
	Figure 10 - Six « fonctions socles » pour les équipes structurées assurant les soins de proximité .	70
	Figure 11 - Les acteurs des soins de proximité	87
	Figure 12 - La pyramide de l'organisation optimale des services en santé mentale de l'OMS	96
	Figure 13 - Diversité des formes d'organisations en soins primaires selon la cible de leur action et l'organisation de leur gouvernance	105
	Figure 14 - Répartition des médecins généralistes par décile en fonction de la taille de la patientèle médecin traitant.....	108
	Figure 15 – Évolution de la proportion de patients sans médecin traitant (parmi la population de 16 ans et plus)	108
	Figure 16- Taux de patients sans médecin traitant et densité de médecins généralistes libéraux (hors MEP).....	109
	Figure 17 – Effectifs moyens des MSP	110
	Figure 18 - Répartition des MSP en fonction du nombre total de professionnels, associés et vacataires (MSP éligibles à l'ACI en 2020 = 1 183)	111
	Figure 19 - Effectifs moyens des CDS.....	111
	Figure 20 - Répartition des centres de santé pluriprofessionnels en fonction du nombre total de salariés	112
	Figure 21 – Nombre de contrats CPTS cumulés au 5 novembre 2021	112
	Figure 22 – Nombre de CPTS en fonction de leur taille	113
	Figure 23 - Part des professionnels de santé parmi les CPTS signataires de l'ACI en novembre 2021	113

Figure 24 - Organisation territoriale du CPDS.....	116
Encadré 1 - Liste des mesures prises pour favoriser l'exercice coordonné	15
Encadré 2 - Le modèle Asalée.....	18
Encadré 3 - Les assistants médicaux.....	19
Encadré 4 - Le réseau de cabinets Ipso : un projet de transformation de l'exercice libéral en soins primaires vers une vision collective de l'exercice	24
Encadré 5 - Le centre de santé départemental de santé de la Saône et Loire	25
Encadré 6 - Les zones en difficulté pour l'accès aux soins	31
Encadré 7 - Soins spécialisés de proximité	35
Encadré 8 - Organisation de la prévention proposée dans les Avis du Hcaam de 2017 et 2018 Prévention et promotion de la santé	35
Encadré 9 - Exemple d'organisation mise en place par les professionnels face à la pénurie médicale	37
Encadré 10 - Exemples de protocoles de coopération y compris les soins non programmés	51
Encadré 11 - Expérience d'exercice conjoint médecin - infirmière décrit par le Dr Françoise Guillemot	55
Encadré 12 - Proposition de l'Igas pour l'IPA praticien.....	56
Encadré 13 - Extrait d'un cahier des charges suédois	62
Encadré 14 - Des exemples de modalités de participation des usagers	80
Encadré 15 - Les ressources de formation en médecine générale.....	119

Préambule

Dans l'avis qu'il a rendu en 2018 sur la stratégie de transformation de notre système de santé¹, le Hcaam a proposé une réforme systémique du système de santé : « *Malgré des efforts constants, notre système a peu bougé dans ses grandes caractéristiques héritées des réformes des années 1960-1970. Ce modèle ne parvient pas à se transformer pour répondre aux nouveaux besoins de la population. Soixante ans après, il nous faut oser changer de paradigme et répondre par une réforme d'ensemble aux difficultés que l'on voit s'amplifier chaque jour. Seule une telle approche permet l'indispensable synchronisation d'un ensemble d'actions à conduire dans les différents compartiments du système de santé, à différentes échelles.* ». Il a affirmé son choix « *en faveur d'un scénario de rupture qui d'une part structure une offre d'acteurs en réseau permettant d'apporter avec des moyens renforcés en proximité une réponse de qualité aux besoins de la santé globale et, d'autre part, consolide les moyens les plus spécialisés et lourds pour en maintenir l'excellence.* ». Il a également réaffirmé le principe de gradation des soins : « *Les enjeux de cette gradation sont multiples. Elle doit assurer que chaque structure soit utilisée de façon optimale au regard des ressources mises en œuvre. Le principe de subsidiarité devrait prévaloir : traiter les problèmes au plus près des personnes, sauf dans les cas où la situation excède les compétences et possibilités techniques des acteurs de proximité, renvoyant alors au niveau plus technique* ».

Ce rapport s'inscrit dans le cadre de cette réforme d'ensemble et dans la lignée des travaux menés par le Haut conseil depuis 2018 pour l'approfondir en s'attachant à certains domaines stratégiques pour le schéma global : prévention, médecine spécialisée, ressources humaines, régulation des dépenses de santé².

L'avis de 2018 posait quelques principes forts sur l'organisation de cette réponse de proximité, et appelait de ses vœux un approfondissement de la réflexion sur les modèles possibles :

« En ambulatoire, le regroupement doit devenir la règle, sous des formes variables qui n'impliquent pas toutes un regroupement physique. Ces organisations doivent à une échéance rapide pouvoir s'inscrire dans des cadres juridiques et financiers de droit commun. Dans cette logique, le Haut Conseil recommande que soient étudiés les modèles organisationnels possibles et souhaitables au regard des objectifs de service proposés par le présent schéma prospectif. Cette étude doit se traduire par la mise au point d'un certain nombre de prototypes pour lesquels le type de ressources à mobiliser soit identifié et des modèles de financement pérennes définis, permettant d'en assurer l'efficacité mais aussi l'attractivité. »

Pour concrétiser ces orientations et en tenant compte des évolutions intervenues depuis 2018, l'objectif de ce rapport est de formuler des propositions sur les formes d'organisation des soins de proximité les plus pertinentes pour fournir à la population, sur tout le territoire, les services qu'elle en est droit d'attendre.

Mais en même temps qu'il faut poursuivre cet objectif à moyen terme de renforcer et structurer la première ligne de soins, la question de l'accès au médecin et aux autres professionnels de santé de proximité s'impose à présent comme une urgence absolue : dans un nombre croissant de territoires, la situation est actuellement critique et elle risque de se dégrader encore dans les années qui viennent compte tenu des perspectives de vieillissement de la population, de démographie médicale et, pour l'ensemble des

¹ Contribution à la stratégie de transformation de notre système de santé (2018)

² Prévention et promotion de la santé, Avis 2017-2018 ; Organiser la médecine spécialisée et le second recours, Avis 2017 et 2020 ; Les ressources humaines en santé, levier de la transformation du système de santé, Actes des séminaires du Hcaam 2019-2020 ; Avis et Rapport sur La régulation des dépenses de santé, 2021

professionnels, du manque d'attractivité de certains modes d'exercice. Le défi est de trouver des solutions immédiates, sans pour autant obérer une dynamique de transformation plus structurelle, qui est lancée aujourd'hui, qu'il faut accélérer et dont le pilotage doit être renforcé.

Cet avis et ce rapport n'abordent pas les questions de financement, qui ont fait l'objet d'un rapport récent du Haut conseil pour le financement de la protection sociale³. Le Hcaam poursuit par ailleurs ses travaux de déclinaison thématique du modèle qu'il a proposé en 2018, sur les volets suivants : renforcement du partenariat, à tous les niveaux, avec les patients et représentants de la population ; modalités d'élaboration d'une trajectoire globale pour le système de santé ; prospective qualitative et quantitative des ressources humaines ; accessibilité financière (dépassements d'honoraires notamment) ; enjeux écologiques.

Précision sur le champ des propositions formulées dans ce rapport

On emploie souvent le terme de « soins de proximité » pour désigner les soins de premier recours, appelés encore soins primaires. Mais en réalité, les acteurs de soins de proximité vont bien au-delà : des spécialistes et professionnels de santé de ville interviennent en proximité, mais aussi des établissements de santé, publics ou privés, ainsi que toutes les organisations (établissements ou services) dont la mission est d'apporter des soins au domicile même des patients.

Ce rapport se concentre sur un périmètre plus restreint que ce vaste ensemble : celui des soins ambulatoires, à la fois soins primaires et soins spécialisés de proximité (qui sont assurés par des spécialistes de ville ou par des établissements en consultation externe).

C'est en effet dans ce champ qu'aujourd'hui beaucoup reste à faire, en termes d'organisation et de structuration, pour amener cette première ligne de soins à jouer réellement le rôle de pivot du système que l'on attend d'elle. En particulier, améliorer la coordination entre établissements de santé et soins ambulatoires nécessite des acteurs ambulatoires structurés pour éviter les recours inappropriés à l'hôpital, et capables d'être les interlocuteurs des établissements pour organiser l'admission directe des patients, les sorties, développer des centres de soins non programmés... La structuration des soins primaires constitue une des conditions nécessaires pour remédier aux difficultés actuelles de l'hôpital. L'avis du Hcaam en 2018 en faisait d'ailleurs une priorité.

C'est ce périmètre, tel qu'il vient d'être défini, qu'on désignera dans la suite du rapport sous l'appellation « soins de proximité ». Il s'agit là uniquement d'une commodité de langage, afin d'éviter de recourir à un libellé complexe, sans méconnaître le rôle joué par les nombreux acteurs qui contribuent, par leur action, à faire en sorte que les patients puissent être soignés près de chez eux⁴.

³ *Pour des finances sociales soutenables, adaptées aux nouveaux défis, 2022*

⁴ Un panorama de ces différents acteurs est esquissé en partie 3.2.

Ce rapport et l'avis qui l'accompagne ont été écrits avec le concours de Dominique Polton et de Yann Bourgueil, conseillers scientifiques du Hcaam.

1. Une dynamique de changement réelle, mais dont l'impact reste limité

« Je n'aurais pas cru que je verrais ça, entre mon installation il y a plus de 30 ans et ce qui se passe aujourd'hui, au niveau de la médecine générale et, surtout, des soins primaires. Au niveau des soins primaires, ce n'est que du progrès. »

« Le système n'a pas bougé pendant 30 ans, là ça bouge ! »

Médecins généralistes en Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)

Développement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et des centres de santé (CDS), mise en place des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), du service d'accès aux soins (SAS), des dispositifs d'appui à la coordination (DAC), concrétisation de la pratique avancée, déploiement de postes d'assistants médicaux, élargissements des compétences des professionnels, protocoles de coopération, élaboration de nouveaux modèles et expérimentation de multiples innovations organisationnelles : on ne peut nier que depuis une dizaine d'années, le secteur des soins ambulatoires bouge. Les professionnels de terrain qui sont engagés dans ces évolutions témoignent de leur impact sur leur exercice au quotidien, comme l'illustrent les deux verbatim ci-dessus, recueillis lors d'entretiens avec des médecins généralistes.

Pour autant, ces évolutions n'ont pas empêché l'accès aux soins de proximité de se dégrader et l'on se trouve aujourd'hui, dans beaucoup de territoires, dans une situation alarmante, avec des personnes malades et âgées qui ne trouvent pas de médecins pour les soigner, des professionnels débordés, des perspectives de départs nombreux non remplacés dans les années qui viennent.

Pour amortir ce choc créé par l'évolution de la démographie médicale, il aurait sans doute fallu des réorganisations plus rapides et plus ambitieuses. Aujourd'hui, la question se pose d'amplifier et d'accélérer ces transformations, mais aussi, de plus en plus, de trouver des solutions de court terme pour garantir partout un accès aux soins correct.

1.1. La démographie des professionnels : des évolutions contrastées

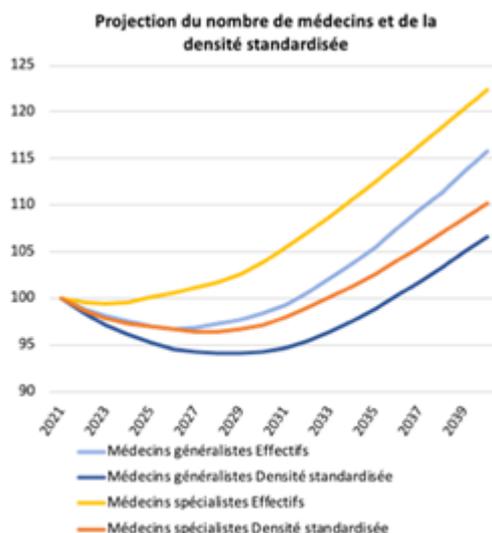
1.1.1. La démographie médicale, un puissant facteur de changement

La démographie des médecins remet en cause les pratiques professionnelles ainsi que les habitudes de recours aux soins de la population et impose au système des évolutions d'organisation.

Dans les 10 à 15 prochaines années, nous allons connaître une baisse sensible de la densité médicale, plus accentuée encore pour les médecins généralistes. Les nombreux départs à la retraite de médecins ayant des patientèles âgées ne seront pas globalement compensés par les nouvelles installations, en raison de l'effet prolongé des numerus clausus appliqués au cours des dernières décennies. Selon les projections de la Direction de la recherche,

des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)⁵, nous ne retrouverons la densité actuelle de médecins généralistes qu'au milieu des années 2030. Beaucoup de témoignages de terrain semblent en outre aller dans le sens d'une moindre durée de travail des jeunes professionnels, ce que l'on ne retrouve pas dans les données disponibles. Ce point crucial devrait faire l'objet d'enquêtes répétées. Le système de santé va donc traverser une période de très forte tension.

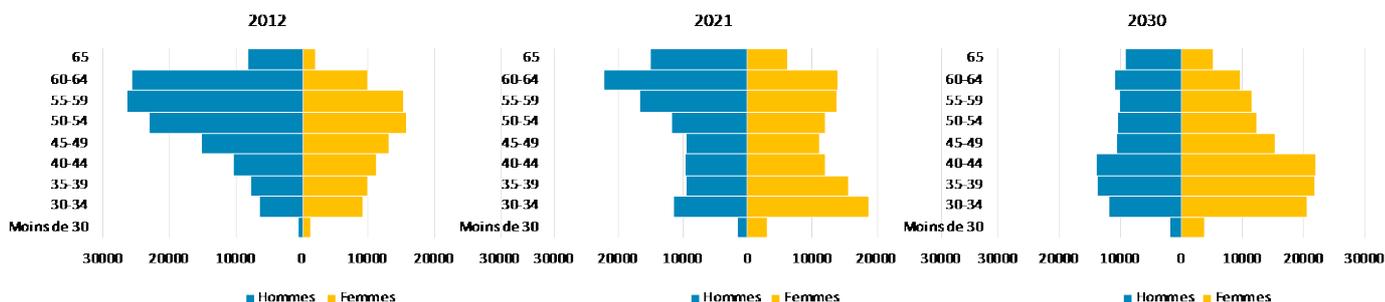
Figure 1 – Projection du nombre de médecins et de la densité standardisée à l'horizon 2040



Source : Drees, projections 2021

A cette baisse des effectifs vient s'ajouter un renouvellement générationnel majeur et une féminisation de la profession de médecin. Les médecins senior sont très nombreux aujourd'hui, 40% ont plus de 55 ans, plus d'un quart ont 60 ans ou plus. Mais la bascule va s'opérer d'ici 2030 : les moins de 40 ans formeront alors plus du tiers de l'effectif total, et dans ces jeunes générations, les femmes seront très majoritaires.

Figure 2 – Pyramides des âges des médecins en 2012 et en 2021, projection en 2030



Source Drees, projections 2021 (op. cit.)

⁵ M. Anguis, M. Bergeat, J. Pisarik, N. Vergier, H Chaput, « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? - Constat et projections démographiques », *Les Dossiers de la Drees*, 2021

Les jeunes professionnels qui arrivent ont des aspirations différentes de leurs aînés en termes de temps de travail, d'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle et de choix de pratique⁶. Si les médecins qui se sont installés il y a trente ou quarante ans étaient en situation de forte concurrence, eux sont aujourd'hui dans la situation inverse et peuvent plus facilement faire des choix : de ce fait, certaines spécialités (médecine générale, psychiatrie...) et activités moins attractives ont plus de difficulté à être assurées (visites à domicile, patients complexes, permanence des soins...).

1.1.2. Des dynamiques contrastées parmi les autres professionnels

Entre 2012 et 2021, les effectifs de médecins généralistes ont diminué de 1 %, de 4 % pour ceux qui exercent une activité libérale⁷. Sur la même période, les effectifs des infirmiers ont augmenté de 19 %, et de 42 % pour les infirmiers libéraux⁸. Forte dynamique également pour les sages-femmes⁹ (+ 20 % au total, quasi doublement en libéral), les orthophonistes¹⁰ (+23% au total, +27% en libéral), les masseurs kinésithérapeutes¹¹ (+34% au total, +39% chez les libéraux, qui forment l'essentiel des effectifs).

Pour la médecine de ville, si l'on projette les effectifs sur les vingt prochaines années en prolongeant les tendances, le contraste est frappant entre les infirmiers et les sages-femmes d'une part, les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine d'autre part (Figure 3).

⁶ Les jeunes médecins ont aussi, toutes les enquêtes le montrent, une plus forte appétence pour le travail en équipe avec d'autres professionnels de santé.

⁷ Source : DREES, répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)

Il faut rappeler que parmi les médecins enregistrés comme généralistes dans les statistiques nationales, une proportion importante n'exerce pas en réalité un métier de généraliste, au sens des soins primaires tels qu'on les définit au plan international. C'est pourquoi le nombre de praticiens ayant une activité libérale est plus pertinent pour approcher ce métier, même si c'est imparfait (car il y a des généralistes libéraux qui ont des modes d'exercice particuliers, homéopathes, acupuncteurs etc., et à l'inverse il y a des médecins salariés des centres de santé qui participent pleinement aux soins primaires).

Pour mémoire, 100 600 médecins généralistes étaient dénombrés dans le RPPS en 2021, tandis que la CNAM recensait 52 000 médecins généralistes libéraux n'ayant pas déclaré de mode d'exercice particulier.

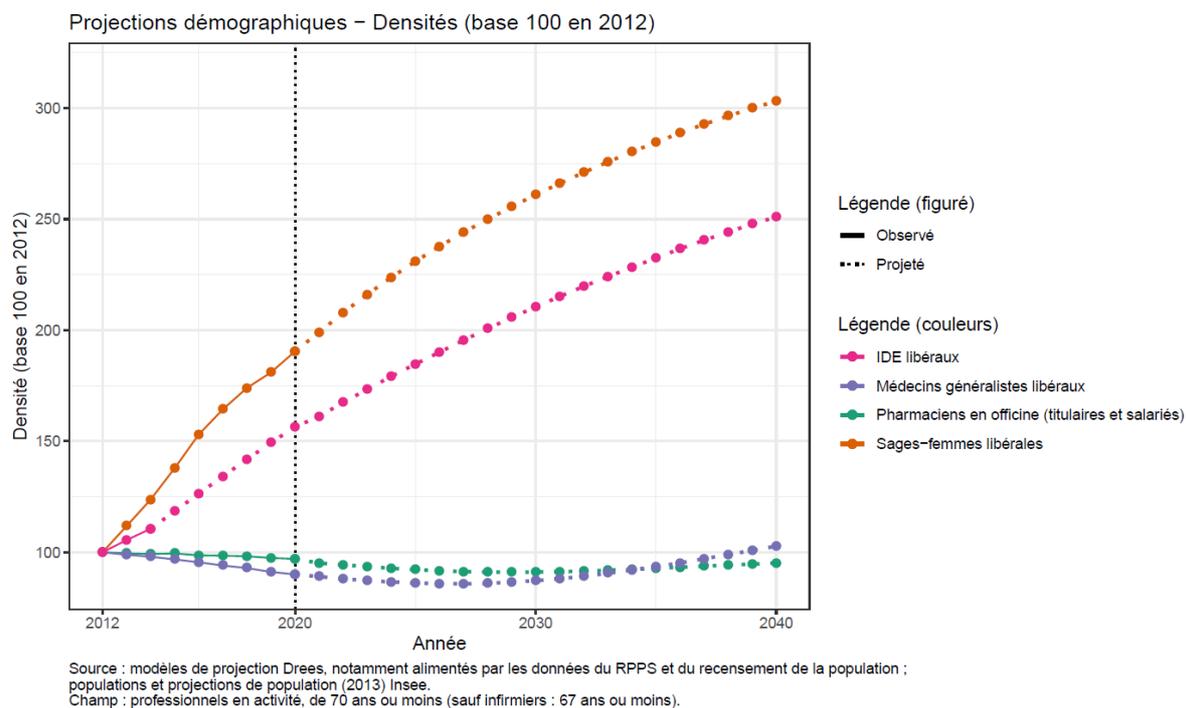
⁸ Source : DREES, infirmiers de moins de 62 ans inscrits au répertoire ADELI

⁹ Source : DREES, répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)

¹⁰ Source : DREES, orthophonistes de moins de 62 ans inscrits au répertoire ADELI

¹¹ Sources : DREES, masseurs kinésithérapeutes de moins de 62 ans inscrits au répertoire ADELI sur la période 2012-2016 ; données RPPS sur la période 2017-2020 ; pas de données disponibles pour 2021.

Figure 3 - Projections démographiques des densités non standardisées pour 4 professions de soins primaires¹²



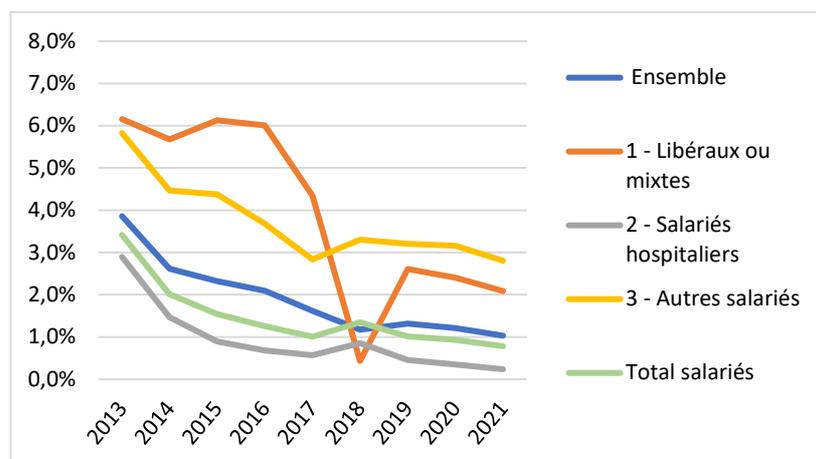
Peut-on s'appuyer sur ces évolutions démographiques pour accélérer un mouvement qui se dessine depuis une quinzaine d'années, et que l'on observe aussi à l'international, conduisant à ce que chaque profession, médicale et paramédicale, tire le meilleur parti de ses compétences, *via* une évolution de l'organisation des activités axée sur le partage des tâches, permettant d'optimiser l'emploi du temps de chacun, et notamment du temps médical ?

Des arguments sont parfois avancés pour relativiser cette opportunité :

- D'une part, il est vrai que la croissance des effectifs a tendance à diminuer sur la période récente ; ainsi pour le nombre d'infirmiers par exemple, elle est de l'ordre de 3 % depuis 2017, un peu moins que dans les années précédentes (Figure 4).

¹² M. Anguis, et al., *op cit*

Figure 4 – Taux de croissance annuel des effectifs infirmiers de 2012 à 2021



Champ : France entière,

Source : Répertoire ADELI, infirmiers de moins de 62 ans - Drees - données au 1er janvier de l'année

- Au-delà de la démographie globale, les évolutions sont différentes selon le secteur d'exercice, avec pour certaines professions un écart entre l'évolution des effectifs hospitaliers et celle des libéraux, plus dynamique ; on observe également souvent une augmentation soutenue des salariés non hospitaliers. Il est clair en effet que l'on est dans un marché global de l'emploi en santé, qui se traduit aujourd'hui par une grande porosité entre tous les secteurs, secteur public, secteur privé, sanitaire, médico-social, etc. Cette porosité améliore l'adéquation des postes occupés aux aspirations des professionnels, permet des évolutions au cours de la carrière et facilite les transferts de cultures par le transfert des professionnels d'un secteur à l'autre. Sous réserve que l'attractivité des différents modes d'exercice soit équilibrée, cette porosité permet en théorie une répartition des professionnels plus conforme aux besoins, en facilitant les réallocations de main d'œuvre. Toutefois, aujourd'hui en pratique ceci soulève évidemment la question de l'équilibre entre les différents secteurs dans la répartition des professionnels, et en particulier de l'attractivité des carrières à l'hôpital. De fait, les tensions sur le marché du travail augmentent dans la plupart des métiers de la santé, et notamment pour les infirmiers et aides-soignants : en 2020, les employeurs rencontrent plus fréquemment des difficultés de recrutement et le rapport entre le nombre d'offres d'emploi et le nombre de demandeurs augmente nettement¹³ ;
- Enfin les données ne permettent pas encore d'appréhender les phénomènes qui ont pu se produire très récemment en lien avec la crise sanitaire, et notamment d'objectiver son impact souvent évoqué sur les abandons du métier¹⁴.

¹³ DARES. Les tensions sur le marché du travail en 2020. DARES Résultats, novembre 2021.

[https://dares.travail-](https://dares.travail-emploi.gouv.fr/sites/default/files/93501902daa55203fa5bc1656215414c/Dares_Resultats_Tensions%20sur%20le%20marche%20du%20travail%20en%202020.pdf)

[emploi.gouv.fr/sites/default/files/93501902daa55203fa5bc1656215414c/Dares_Resultats_Tensions%20sur%20le%20marche%20du%20travail%20en%202020.pdf](https://dares.travail-emploi.gouv.fr/sites/default/files/93501902daa55203fa5bc1656215414c/Dares_Resultats_Tensions%20sur%20le%20marche%20du%20travail%20en%202020.pdf)

¹⁴ Il convient de mieux documenter les trajectoires des étudiants et des professionnels, pour mieux connaître les choix tout au long de ces parcours (abandons, spécialisations, installations, mobilités professionnelles...) et leurs motifs. Ceci est tout particulièrement vrai pour les infirmières pour lesquelles s'ajoute à ces incertitudes celles sur les effets de Parcoursup et de l'universitarisation (cf. partie 3.3.5).

Pour autant, ces éléments ne remettent pas en cause l'idée forte d'une possible redistribution et extension des tâches au sein des soins primaires et d'une mobilisation plus importante des professionnels paramédicaux, au premier rang desquels les infirmières. Le secteur des soins de ville, qui représente moins d'un cinquième des effectifs totaux, ne peut être tenu responsable des tensions sur les recrutements hospitaliers de paramédicaux. Résoudre ces tensions nécessite d'analyser leurs causes, internes à l'hôpital (conditions de travail, rémunérations) ou globales (pénuries générales de ressources humaines). Le programme de créations de places dans les formations sanitaires et sociales lancé en 2020 dans le cadre du Plan de relance, et relayé par le protocole qui vient d'être signé entre l'Etat et les Régions, vise ainsi une augmentation de cette ressource humaine globale : le nombre de places disponibles dans les formations d'infirmiers est augmenté de 20 % pour la rentrée 2021, passant de 31 000 à 37 000. Sous l'hypothèse d'une répartition équilibrée entre les différents secteurs, les soins primaires s'en trouveront renforcés comme les soins hospitaliers. Cet équilibre est évidemment un sujet en soi, et doit amener une réflexion sur l'attractivité des carrières dans les différents secteurs (avec notamment le rôle des gardes la nuit, le week-end), mais cette réflexion n'entre pas dans le cadre de rapport.

1.2. De nouvelles organisations

L'une des évolutions marquantes dans la période récente est la progression de l'exercice coordonné et du travail en équipe.

Le modèle du médecin exerçant isolément dans son cabinet est aujourd'hui minoritaire : il concerne 39 % des médecins en 2019, contre 56 % en 1998. Les maisons de santé pluriprofessionnelles, qui ont été introduites dans le code de la santé publique il y a quinze ans, sont de plus en plus nombreuses : 1 100 fin 2017, plus de 2 000 aujourd'hui (2018 MSP et 308 projets à la fin d'année 2021). Les trois quarts sont financées par l'accord cadre interprofessionnel (ACI). Les centres de santé, plus de 2 200 au total, connaissent aussi une forte dynamique de création, qui s'est accélérée sur les cinq dernières années. Parmi ceux-ci, on compte 522 centres de santé pluriprofessionnels à la fin d'année 2021, organisés autour de la médecine générale et de professions paramédicales, comme les maisons de santé pluriprofessionnelles. Si la croissance est particulièrement forte pour les centres dentaires (+60 % en quatre ans), elle est également soutenue pour les centres médicaux et polyvalents (+45 %) ¹⁵. Des données plus détaillées sur les maisons de santé pluriprofessionnelles et centres de santé sont présentées en Annexe 3.

Au total, on peut estimer que les structures d'exercice coordonné en soins primaires (centres de santé et MSP) couvrent environ aujourd'hui 20 % de la population ¹⁶. Si les

¹⁵ Source : Saderne E. Dynamique de création des centres de santé sur le territoire français entre 2017 et 2021. Novembre 2021. https://www.fnccs.org/sites/default/files/RAPPORT-ETUDE-DYNAMIQUE-CREATION-CDS-2017-2021-IJFR102021_version_site_internet.pdf

¹⁶ Estimation sur la base des hypothèses suivantes :

- 2 000 MSP, patientèle moyenne par MSP de 4 900 patients inscrits, adultes et enfants (patientèle moyenne des MSP éligibles à l'accord conventionnel interprofessionnel en 2020, cf Encadré 2),
- 430 Centres de santé pluriprofessionnels, patientèle moyenne inscrite de 2 050 patients (idem).
- soit au total 10,7 millions de personnes inscrites auprès d'un médecin traitant exerçant dans une structure d'exercice coordonné, ce qui représente 19,5 % de la population inscrite auprès d'un médecin traitant (y compris les enfants) (cf annexe).

MSP sont réparties sur tout le territoire, les centres de santé sont plutôt implantés en milieu urbain, avec une forte concentration dans quelques régions dont l'Ile de France.

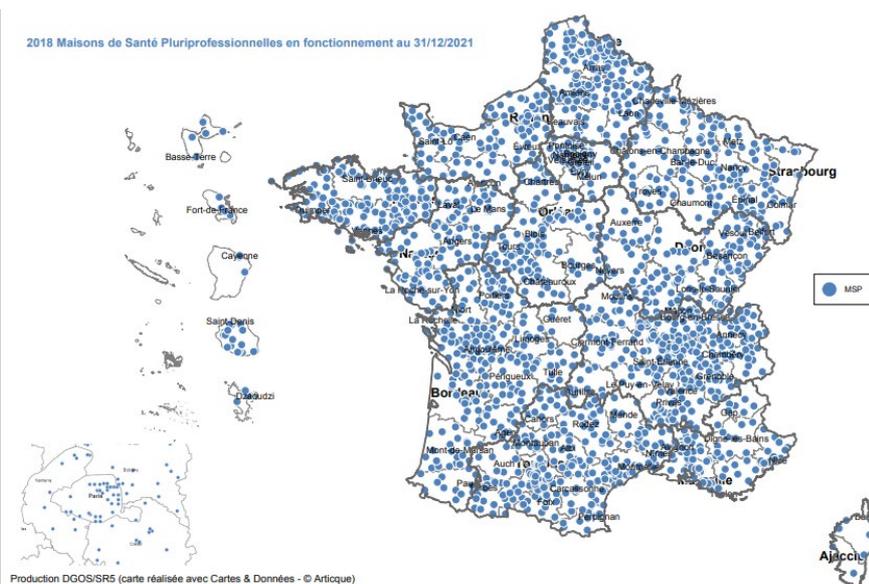
La taille, la composition, le niveau d'intégration de ces structures - maisons de santé et centres de santé - sont variables, et en corollaire la diversité des services qu'elles offrent à leur patientèle. Les maisons de santé ont en moyenne 15 à 20 professionnels, mais certaines peuvent être beaucoup plus importantes¹⁷. Au-delà des professionnels de santé (médecins généralistes (MG), sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes (MK), orthophonistes, orthoptistes, podologues), elles peuvent associer également des diététiciens, des psychologues, éventuellement des travailleurs sociaux quand elles accueillent des populations socialement défavorisées. Les centres de santé pluriprofessionnels constituent également un ensemble hétérogène et la diversité des services qu'ils offrent est liée à leur histoire et leurs opérateurs, qui peuvent être des collectivités locales, des associations, des opérateurs privés.

Parallèlement à la structuration des soins primaires, l'organisation de la médecine spécialisée (hors médecine générale) évolue également, même si ces transformations sont plus émergentes et concernent davantage les spécialités techniques ou médico-techniques que celles qui ne pratiquent pas d'actes techniques (pédiatres, endocrinologues, psychiatres...). Les regroupements avec des formes d'exercice coordonné se développent ; des premières équipes de soins spécialisés voient le jour, avec l'objectif d'organiser collectivement l'accès à l'expertise spécialisée de l'ensemble de la population sur un territoire, notamment pour les spécialités qui doivent être accessibles en proximité (cf. Encadré 7). La montée en charge des équipes de soins primaires (MSP, CDS) ainsi que des hôpitaux de proximité offre un cadre pour le déploiement des consultations avancées, qui sont une des modalités concrètes de cet accès facilité. Ces développements diffèrent selon les spécialités. Certaines se sont restructurées autour du travail aidé, en particulier l'ophtalmologie, soutenue par l'Assurance maladie via les contrats de coopération pour les soins visuels¹⁸.

¹⁷ Par exemple le pôle santé de Mayenne, MSP multi-sites, comprend 92 professionnels, pour la plupart regroupés dans quatre maisons de santé physiques dont la plus importante, sur la ville de Mayenne, rassemble une cinquantaine de professionnels.

¹⁸ Alors qu'en 2000, à peine 2% des ophtalmologues travaillaient avec un collaborateur non administratif, c'est le cas de 60% d'entre eux en 2018. Ces collaborateurs non administratifs sont des orthoptistes salariés (35%) ou libéraux (17%), des infirmières (12%), des assistants (6%) : *Organiser la médecine spécialisée et le second recours : une pièce essentielle de la transformation de notre système de santé*, Rapport du Hcaam, 2020. Néanmoins, selon l'Igas (*La filière visuelle : modes d'exercice, pratiques professionnelles et formations*, 2019), la progression du travail aidé pourrait atteindre ses limites dans l'organisation actuelle : « Sans évolution importante de la délégation de tâches en autonomie aux collaborateurs paramédicaux des cabinets et sans évolution rapide de la majorité des cabinets vers des organisations regroupant de nombreux médecins, il est probable que l'organisation restera plus proche du ratio d'un paramédical pour un médecin que de deux paramédicaux pour un médecin, et donc que la progression du travail aidé plafonnera ».

Figure 5 – Maisons de santé pluriprofessionnelles en fonctionnement au 31/12/2021



Si l'évolution vers ces nouveaux modes d'exercice est venue des professionnels eux-mêmes, elle a été encouragée et soutenue par les politiques publiques mises en place depuis une dizaine d'années. Une impulsion a été donnée par les expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) lancées en 2010, qui ont ouvert la voie à un nouveau cadre juridique et financier de droit commun pour soutenir la diffusion des maisons de santé pluriprofessionnelles. Les centres de santé ont également bénéficié de financements additionnels et leurs conditions de création et de fonctionnement ont été profondément revues pour favoriser leur développement (Encadré 1).

Les pouvoirs publics ont aussi encouragé le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) issues de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, dont le Hcaam avait proposé en 2018 qu'elles forment un maillage progressif du territoire et disposent de moyens leur permettant de jouer leur rôle d'animation et d'organisation. En février 2022, 243 CPTS couvrant près d'un tiers de la population française ont signé l'accord conventionnel interprofessionnel ; 400 à 500 sont en projet et devraient aboutir à une contractualisation sur les deux prochaines années. La montée en charge de ces nouvelles organisations a été freinée par l'épidémie de Covid-19, mais en même temps elles sont sorties renforcées de la crise sanitaire, car là où elles étaient déjà opérationnelles, elles ont pu montrer leur efficacité en organisant d'abord les centres Covid, puis les centres de vaccination¹⁹.

Néanmoins, les CPTS sont des organisations encore très jeunes, très hétérogènes, ne serait-ce que par leur taille, qui doivent s'installer dans le système et faire progressivement leurs preuves. Si certaines donnent à voir des exemples intéressants de ce que cette forme de coopération peut amener à l'échelon du territoire (voir Annexe 4), la plupart en sont à un stade précoce et c'est dans la durée, en capitalisant sur l'expérience acquise, que leur potentiel pourra se développer pour améliorer l'accès aux soins pour la population (encadré 1). Il faut également noter que les contraintes administratives liées à ces dispositifs peuvent encore être un frein pour les déployer massivement sur le territoire et convaincre les professionnels de santé (cf. partie 3.2.1.). Le bilan de ces organisations avec la mise en place d'une mission d'accompagnement visant à capitaliser les expériences, partager les méthodes et les outils, prendre en compte et éclaircir les situations complexes,

¹⁹ Soins primaires et Covid-19 en France : apports d'un réseau de recherche associant praticiens et chercheurs Sylvain Gautier *et al.* « Santé Publique » 2021/6 Vol. 33 | pages 923 à 93

développer une concertation interministérielle propice à une plus grande cohérence dans les politiques publiques paraît indispensable pour améliorer l'efficacité localement.

La création du service d'accès aux soins (SAS) a été proposée dans le cadre du Pacte pour la refondation des urgences (2019) et réaffirmée lors du Ségur de la santé. L'objectif du SAS est d'apporter une réponse pour des besoins de soins urgents ou de soins non programmés sous 48h, lorsque le médecin traitant ou un médecin de proximité n'est pas disponible en première intention. Il repose sur la mise en place d'une chaîne de soins lisible et coordonnée entre les acteurs de santé de l'hôpital et de la ville d'un même territoire, incluant :

- une prise en charge des appels des patients commune entre les médecins urgentistes et les médecins généralistes
- une mobilisation des médecins généralistes (effecteurs) pour prendre en charge en journée les patients préalablement régulés par le SAS (consultation ou visite). Dans ce cadre, une interface est créée entre les services hospitaliers d'urgences et les professionnels de santé libéraux
- une plateforme numérique nationale permettant d'agrégier les disponibilités des médecins généralistes pour faciliter l'orientation des patients vers la médecine de ville par les régulateurs du SAS.

Après une phase pilote de 22 projets dans 13 régions, une généralisation progressive est prévue sur le territoire national, avec un objectif de déploiement dans chaque département mi-2023.

Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) viennent unifier les dispositifs antérieurs d'appui à l'organisation et la coordination des parcours des patients dans les territoires : réseaux de santé, Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), plateformes territoriales d'appui (PTA), coordinations territoriales d'appui (CTA), ainsi éventuellement que les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) – cf. Encadré 1.

Ainsi, avec le développement des maisons et centres de santé, des équipes de médecins spécialistes, des CPTS, du SAS, des dispositifs d'appui à la coordination, on voit prendre place dans notre système de santé des formes de coopération organisées entre professionnels de ville, et entre la ville et l'hôpital, ainsi qu'une ébauche de relations plus structurées entre secteurs sanitaire et medico social.

Encadré 1 - Liste des mesures prises pour favoriser l'exercice coordonné

Différents textes législatifs, réglementaires et conventionnels visent à faciliter la mise en place de structures d'exercice coordonné et à sécuriser leur fonctionnement.

Equipes de soins primaires et de soins spécialisés

Les équipes de soins primaires ont été créées par la Loi de modernisation de notre système de santé de 2016 (article L. 1411-11-1 du Code de la santé publique). Cet article a été modifié par la Loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé de 2019, qui a créé les équipes de soins spécialisés :

« Une équipe de soins primaires est un 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. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé.

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.

Une équipe de soins spécialisés est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités hors médecine générale, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, dont les équipes de soins primaires, sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent entre eux.

L'équipe de soins spécialisés contribue avec les acteurs des soins de premier recours à la structuration des parcours de santé. »

Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)

Les MSP sont définies par article L 6323-3 du code de la santé publique. En application de l'article 44 de la loi de financement de la Sécurité Sociale 2008, le financement des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) a été d'abord expérimenté et évalué²⁰ auprès de structures volontaires (« expérimentations de nouveaux modes de rémunérations »). Un règlement arbitral en février 2015 a généralisé le modèle de financement, qui bénéficie depuis 2017 d'un cadre plus pérenne grâce à l'ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel)²¹. L'avenant 1 à l'ACI-MSP signé le 10 avril 2022 prévoit des adaptations en lien avec le plan « Ma santé 2022 » et le Ségur de la santé.

Les MSP doivent se constituer en sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (Sisa) pour percevoir des rémunérations de l'Assurance Maladie au nom de la structure elle-même. La Sisa créée par la loi du 10 août 2011 devient en effet la forme de société exigée par les Agences régionales de santé (ARS), puis par l'Assurance maladie pour bénéficier des modes de rémunération de l'ACI. En décembre 2021, le nombre de Sisa ayant adhéré à l'ACI était d'environ 1 450 pour 2 018 MSP.

Depuis le 13 mai 2021, une ordonnance entérine la possibilité pour les MSP organisées en Sisa de salarier des assistants bénéficiant à plusieurs médecins de la MSP. Les Sisa peuvent ainsi être considérées comme des groupements d'employeurs. L'art. L. 1253-3 du code du travail a été modifié en ce sens²².

Centres de santé

Afin de favoriser le développement des centres de santé, le corpus réglementaire les régissant a été complètement révisé par l'ordonnance 2018-17 du 12 janvier 2018, qui s'est attachée à clarifier et simplifier leurs conditions de création, de gestion et de fonctionnement.

Pour bénéficier de la rémunération forfaitaire spécifique de l'Assurance maladie pour l'exercice pluriprofessionnel, ces structures doivent choisir entre le « Contrat-type relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles » et celui proposé par « l'Accord national des centres de santé » signé le 8 juillet 2015²³.

²⁰ <https://www.irdes.fr/recherche/2014/rapport-559-l-evaluation-de-la-performance-des-maisons-poles-et-centres-de-sante-dans-le-cadre-des-enmr.html>

²¹ Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000035374159>

²² <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043496493>

²³ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000237691>

Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Créées en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé, les CPTS constituent un dispositif souple à la main des professionnels qui veulent travailler ensemble pour répondre aux besoins de santé spécifiques d'un bassin de population. Un accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des CPTS a été signé le 20 juin 2019. Il définit le cadre et les grands principes des modalités de financement par l'Assurance maladie des CPTS (missions, principes et modalités d'organisation du contrat, montant du financement adapté à la montée en charge progressive des CPTS...) ²⁴. L'ordonnance du 12 mai 2021 ²⁵ reconnaît les missions des CPTS comme des missions de service public.

Les CPTS bénéficient ainsi d'un financement conventionnel pérenne. La rémunération d'une CPTS se calcule en fonction de la taille du bassin de vie qu'elle couvre avec 2 types d'enveloppe de financement : (i) une enveloppe d'amorçage avant le démarrage des missions ; (ii) une enveloppe pour chaque mission engagée, composée d'une part fixe (allouée dès le début de chaque mission pour les moyens mis en œuvre) et d'une part variable (calculée selon l'atteinte des objectifs fixés dans le contrat et des moyens développés par mission).

Un avenant n°2 signé le 20 décembre 2021 ²⁶ renforce de façon significative les aides financières accordées – de l'ordre de 30 % notamment pour les missions obligatoires : accès aux soins, organisation du parcours pluriprofessionnel autour du patient, prévention et réponse aux crises sanitaires graves. L'avenant précise également la coopération entre ces communautés et le nouveau service d'accès aux soins (SAS) dans la prise en charge des soins non programmés sur un bassin de vie. Enfin, le texte prévoit des expérimentations autour des équipes de soins primaires et spécialisés.

Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ²⁷

Les DAC viennent prioritairement en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des situations complexes liées notamment à des personnes cumulant diverses difficultés, avec l'organisation d'un plan d'action personnalisé. Les DAC peuvent également répondre aux demandes des personnes et de leurs aidants. La DGOS dénombre en novembre 2021 119 DAC constitués ou en construction, dont la moitié environ sont départementaux et l'autre moitié infra-départementaux.

1.3. De nouveaux métiers et rôles professionnels

Parallèlement, les politiques menées depuis une dizaine d'années ont fait aussi évoluer les rôles professionnels.

De nouveaux métiers ou fonctions ont été créés :

- 3 000 contrats d'assistants médicaux ont été signés fin avril 2022. Un cursus spécifique a été mise en place pour former ces nouveaux professionnels, qui épaulent le médecin dans les tâches administratives relatives à la gestion de la

²⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038954739>

²⁵ [Ordonnance n° 2021-584 du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

²⁶ https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/aci-cpts-avenant-2-signé_20_12_2021.pdf

²⁷ Le décret du 18 mars 2021 relatifs aux dispositifs DAC et aux dispositifs spécifiques régionaux précise les dispositions de l'article 23 de la loi OTSS.

patientèle ou du cabinet et peuvent prendre en charge certains actes simples (Encadré 3) ;

- 1 250 infirmier(e)s de santé publique Asalée exercent en collaboration avec 6 000 médecins généralistes (cf. Encadré 2) ;
- 1 700 infirmier(e)s de pratique avancée (IPA) devraient être diplômé(e)s en juillet 2022, dont les trois quarts dans les domaines d'intervention « pathologies chroniques stabilisées » (54 %) et « santé mentale » (22 %).

Encadré 2 – Le modèle Asalée

Le modèle Asalée a ouvert la voie à de nouvelles pratiques dans un cadre organisationnel original. L'Igas souligne que pour bon nombre d'acteurs, ce modèle a constitué une préfiguration de la pratique avancée ; il a d'ailleurs été reconnu comme tel par l'Organisation pour la coopération et le développement économique (OCDE)²⁸. S'il a mis du temps à dépasser le stade expérimental, il est financé depuis la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) de 2018 dans le cadre du droit commun et rencontre aujourd'hui un réel succès (1 250 infirmier(e)s en septembre 2021, exerçant en collaboration avec 6 000 médecins généralistes). L'originalité de ce modèle est de reposer sur une structure associative nationale servant d'intermédiaire financier, qui gère le budget de rémunération des infirmières et le système d'information tout en assurant également des fonctions de recrutement, de formation, de facilitation, d'animation. C'est une organisation facilitante pour les médecins qui ne souhaitent pas prendre de responsabilités de gestion des ressources humaines, et aussi intéressante pour les infirmières qui bénéficient de support, de formation et d'échanges de pratiques ; cette expérience peut donner matière à réflexion pour envisager des schémas pour l'avenir.

Les missions des professionnels ont également été élargies. Initialement exclusivement chargées de l'exécution des prescriptions médicales, les infirmières ont peu à peu vu s'accroître leurs compétences en matière de prescription. De nouveaux actes ont été également introduits dans les accords conventionnels (bilan de soins infirmiers, accompagnement à domicile de la prise médicamenteuse, bilan initial des plaies, prise en charge de soins post-opératoires à domicile...). La loi de modernisation de notre système de santé (MNSS, 2016) (article 119) a instauré la pratique avancée en France. Seuls les textes réglementaires pour la profession infirmière (IPA) ont été publiés au moment de la rédaction de ce rapport. L'IPA bénéficie de compétences élargies par rapport aux infirmiers de soins généraux mais reste liée par le domaine d'intervention mentionné sur son diplôme. Contrairement aux IDE, les IPA sont habilitées à réaliser certaines prescriptions hors du cadre d'une prescription médicale préalable. Toutefois, comme pour les IDE, la liste des actes pouvant être réalisés ou prescrits par les IPA est précisément définie en annexe de l'arrêté du 18 juillet 2018 et leur activité reste limitée dans le cadre d'un protocole établi avec un médecin. L'extension des missions des pharmaciens d'officine consacre « *le glissement d'une législation fondée sur la police des produits vers une logique assise sur le service des patients*²⁹ » : bilans de médication pour les patients âgés, tests rapides d'orientation diagnostique, accompagnement pour les patients traités par anticancéreux oral, délivrance protocolisée... La nouvelle convention signée le 10 mars 2022 élargit leurs missions en matière de prévention (vaccination, dépistage) et d'accompagnement des patients. La loi Rist du 26 avril 2021 a également acté des évolutions importantes pour

²⁸ OCDE, « *Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés* », Documents de travail sur la santé No. 54, 2010.

²⁹ Code de la santé publique 2019, Dalloz, commentaire de l'article L. 5125-1-1-A du code.

l'exercice des sages-femmes (possibilité de délivrer des arrêts de travail sans limite calendaire, élargissement des compétences pour les dépistages et traitements des infections sexuellement transmissibles, simplification pour la prescription de médicaments). La loi de financement de la sécurité sociale 2022 prévoit quant à elle l'expérimentation de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes et aux orthophonistes exerçant dans une structure de soins coordonnés.

Au-delà de ces évolutions législatives et conventionnelles, des protocoles de coopération autorisent des transferts d'activité entre professionnels, dérogeant aux décrets d'actes en vigueur. Le dispositif initié en 2009 par la loi Hôpital, patients, santé, territoire (HPST), a été rénové par la loi d'organisation et de transformation du système de santé (OTSS) publiée en juillet 2019³⁰. Il prévoit des protocoles nationaux³¹ et des protocoles locaux au seul usage de l'équipe promotrice.

Les compétences présentes en soins primaires s'enrichissent aussi avec le financement des psychologues en ambulatoire ; au-delà des 200 équivalents temps plein (ETP) financés, sous forme de contrats salariés ou de contrats de prestations pour les libéraux, dans les structures d'exercice coordonné (qui s'étaient d'ailleurs, pour certaines d'entre elles, déjà dotées de ces compétences sur financement propre), une étape importante vient d'être franchie avec l'inscription au remboursement d'une prestation d'accompagnement psychologique pour les troubles d'intensité légère à modérée, sur adressage d'un médecin. C'est la généralisation d'une expérimentation que la Cnam mène depuis 2018 dans quatre départements.

Encadré 3 - Les assistants médicaux

Objectifs :

- Faciliter les conditions d'exercice en libérant du temps médical ;
- Améliorer l'accès aux soins et les délais de prise en charge, notamment dans les déserts médicaux ;
- Renforcer la qualité et la coordination des soins entre acteurs au bénéfice du patient.

L'assistant médical exerce son activité dans les cabinets médicaux, généralistes ou spécialistes. Il / elle assure les 4 activités suivantes sous la responsabilité du praticien :

- Suivi du parcours de santé du patient
- Accueil et prise en charge administrative des patients
- Hygiène et qualité
- Assistance opérationnelle au praticien

Financement de l'assurance maladie

Pour être éligible à l'aide, il faut avoir un nombre minimum de patients suivis et exercer de manière regroupée (dans un cabinet d'au moins 2 médecins) ou de manière coordonnée (maisons de santé pluriprofessionnelles, équipes de soins primaires, équipes de soins spécialisés ou communautés professionnelles territoriales de santé), ou s'engager dans les deux ans dans une démarche d'exercice coordonné.

³⁰ Les protocoles de coopération entre professionnels de santé - Ministère des Solidarités et de la Santé (solidarites-sante.gouv.fr)

³¹ 50 protocoles nationaux sont référencés sur le site du ministère de la santé

Options	1re année	2e année	3e année (1)
Tiers-temps	12 000 €	9 000 €	7 000 €
Mi-temps	18 000 €	13 500 €	10 500 €
Plein temps (en zone déficitaire)	36 000 €	27 000 €	21 000 €

(1) La 3e année et au-delà, l'aide est majorée pour les médecins à très forte activité sur toute la durée du contrat

Déploiement

A fin mai 2022, 3 112 contrats d'aide à l'embauche (pour 1 725 ETP) avaient été signés, dont 2 439 par des généralistes et 673 par d'autres spécialistes : 31% à tiers temps, 47% à mi-temps et 22% à temps plein. 52% sont en zone sous dense dont 93% des contrats à un ETP.

En dehors des médecins généralistes (78%), ce sont les cardiologues, les ophtalmologues et les pédiatres qui ont le plus de contrats signés. 23% sont des médecins nouvellement installés. Les embauches sont faites pour moitié dans des cabinets de groupe et pour un quart en MSP.

Les premiers résultats du déploiement des AM montrent un recrutement principalement orienté vers des fonctions administratives. Sur les 3 112 contrats signés, 1% des assistants embauchés sont des aides-soignantes et 8% des infirmières.

1.4. Une accélération sur le numérique

L'idée selon laquelle la e-santé offre un potentiel formidable pour améliorer la qualité et l'efficacité des soins, pour répondre à un certain nombre de défis auxquels nous sommes confrontés, fait assez largement consensus. Le numérique peut être un moyen de renforcer la coordination de tous les offreurs de soins (ambulatoires, établissements de santé, publics, privés...).

Dans ce domaine, la France a été longtemps fustigée comme étant à la traîne, et il est vrai que d'autres pays ont avancé plus vite sur la prescription électronique, sur l'usage systématique du dossier patient informatisé, y compris en médecine de ville, sur la télémédecine... Mais un nouvel élan a été donné par Ma santé 2022 avec la feuille de route du numérique en santé, et renforcé par le Ségur du numérique. La gouvernance du projet, avec un alignement de tous les acteurs autour d'objectifs communs, sont des gages de réussite. Au-delà, ce sont les modalités mêmes de l'action des pouvoirs publics qui ont été profondément renouvelées, notamment vis-à-vis des éditeurs de logiciels. En effet l'Etat finance directement les investissements qu'ils doivent faire pour se conformer aux cahiers des charges élaborés, sous réserve qu'ils se soumettent à une procédure de référencement exigeante et qu'ils organisent le déploiement des nouvelles versions chez les professionnels.

Des chantiers ont été lancés dans différents secteurs, en particulier la médecine de ville. Le déploiement du DMP (dossier médical partagé) et de Mon espace santé va permettre de faciliter les échanges entre les patients et leur équipe soignante, de stocker et partager des informations de façon sécurisée, et pour les assurés de prendre en main leurs données de santé. Concernant les professionnels de santé, à ce stade ce sont plus précisément les logiciels des médecins de ville qui sont concernés. Les éditeurs doivent, pour être référencés, déployer de nouvelles versions intégrant, de façon ergonomique pour les praticiens, une série de référentiels et de services socle, dont la diffusion généralisée permettra l'interopérabilité et des échanges de données facilités avec l'hôpital et les autres professionnels de santé : il s'agit notamment de Mon espace santé, de la messagerie sécurisée de santé, de l'identifiant national de santé (qui permet de rapprocher automatiquement les documents médicaux se référant à un même patient), d'un système

permettant aux praticiens de se connecter de façon simple et sécurisée (Pro Santé Connect), de la e-prescription.

Ce processus aboutira à homogénéiser et rationaliser l'offre de logiciels de gestion des cabinets de ville, couvrant des fonctionnalités de prise de rendez-vous et gestion des agendas, dossier patient électronique, prescription informatisée des actes et des médicaments, aide à la décision médicale et tableaux de bord de suivi des patients, courriers et échanges avec les autres professionnels de santé (biologie, imagerie...). En permettant la portabilité des données, il permettra aussi aux professionnels de changer plus facilement de logiciel et de stimuler la concurrence sur la qualité, notamment en termes d'ergonomie.

Le financement de l'équipement via la rémunération des éditeurs est complété par un accompagnement financier des médecins libéraux dans l'usage des outils numériques : le volet médical de synthèse (synthèse médicale du patient), la messagerie sécurisée entre professionnels et patients, la e-prescription, l'application carte Vitale... 300 Ms€ y sont alloués via l'avenant 9 de la convention médicale signé en juillet 2021.

On est donc dans un réel changement d'approche, dont on peut attendre qu'il permette de diffuser largement un socle d'outils logiciels interopérables, permettant de disposer de fonctionnalités qui améliorent les pratiques (telles que par exemple, à court terme, l'intégration automatique des résultats de biologie).

La télémedecine prend aussi son essor. La téléconsultation s'est installée dans les habitudes des Français et des médecins à la faveur de la crise sanitaire, l'usage de la télé-expertise a été élargi récemment à l'ensemble des professionnels de santé et des patients, la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2022 a fait entrer dans le droit commun, après des années d'expérimentation, la télésurveillance, qui a montré son efficacité dans divers domaines (insuffisance cardiaque, diabète gestationnel, troubles mentaux, pour ne citer que quelques exemples).

Si l'on ne peut que saluer ces avancées concrètes, il faut néanmoins se garder d'une vision trop mécanique et idéalisée des impacts du numérique. A l'hôpital les mêmes efforts devront être réalisés pour systématiser le déploiement du dossier unique informatisé, l'usage de messageries sécurisées ainsi que des solutions permettant l'interopérabilité des outils afin de faciliter les échanges entre l'hôpital et la ville et contribuer à libérer du temps pour le soin.

Les socles et référentiels d'interopérabilité sont une condition nécessaire pour faire bénéficier les professionnels des fonctionnalités que permettent les outils logiciels, mais encore faut-il que ceux-ci s'inscrivent progressivement dans les pratiques : rares sont les médecins qui, aujourd'hui, utilisent des outils d'aide à la décision ou extraient la liste des patients qui sont en écart aux soins recommandés (en partie par manque d'ergonomie, cf. partie 0). Favoriser le développement d'actions de formation est nécessaire pour que les professionnels de santé s'approprient non seulement les outils numériques et leurs usages mais conçoivent des organisations professionnelles nouvelles sur un mode coopératif. La formation est un vecteur fort d'appropriation et d'acculturation.

Par ailleurs, le numérique fonctionne d'autant mieux qu'il vient appuyer des relations humaines préexistantes, qu'il s'agisse de téléconsultation ou de télé-expertise ; des travaux de recherche ont par exemple montré que le recours à distance à des compétences médicales spécialisées ne fonctionne que quand les professionnels se connaissent³². La

³² A. Mathieu-Fritz, « La transformation des pratiques, des modes de coopération et de l'organisation du travail lors du déploiement des dispositifs de télémedecine dans les structures de soins » in *Les ressources humaines, levier de la transformation du système de santé*, Actes des séminaires Hcaam 2019-2020, pp. 66-68

télémédecine peut aider, mais ne peut être à elle seule une solution aux problèmes d'accès aux soins.

Les offres de services par le numérique peuvent aussi, dans certains cas, encourager une certaine dérive consumériste. Ainsi, si les outils de prise de rendez-vous en ligne améliorent indéniablement le service rendu au patient et font faire des gains d'efficacité aux offreurs de soins, ils contribuent à orienter le fonctionnement du système de santé en fonction de la seule réponse à la demande, sans gestion des priorités. Ce pilotage par la demande peut aboutir à creuser les inégalités, comme l'ont illustré dans certains territoires les débuts des campagnes de vaccination Covid³³. Dans une période où la ressource médicale devient rare, pouvoir réguler la demande et gérer les priorités est nécessaire si l'on veut garantir un accès aux soins pour tous (cf partie 0)

1.5. Un foisonnement d'initiatives, une diversification des modèles et des opérateurs

Au-delà des politiques nationales, de multiples initiatives locales sont développées par les acteurs de terrain, avec une grande diversité d'organisations (cf. Annexe 1).

1.5.1. Des initiatives locales portées par de nouveaux acteurs

Certaines initiatives locales sont portées par des acteurs jusque-là pas ou moins investis dans l'organisation des soins de proximité.

L'une des plus marquante est celle du département de Saône et Loire : dans ce département rural de 550 000 habitants, sans faculté de médecine, le Conseil départemental, ayant anticipé en 2015 un départ en retraite rapide de la moitié des médecins généralistes, a créé *ex nihilo* un centre de santé départemental, en organisant la répartition de cette offre de soins via six centres territoriaux et 22 antennes. En trois ans, le centre a recruté 75 médecins, en offrant un cadre de travail qui répond à leurs attentes (salaire, conditions de travail, équipements, vie collective...). Il accueille une dizaine d'internes et complète progressivement cette offre avec d'autres professionnels, assistants médicaux, IPA, psychologues (voir Encadré 5 pour plus de détails).

D'autres initiatives sont portées par des opérateurs privés, qui développent aujourd'hui des structures de soins primaires. Par exemple le groupe Ramsay Santé opère une diversification vers les soins primaires depuis le rachat en 2018 du groupe suédois Capiro, qui gère en Suède une centaine de centres de santé. Ramsay Santé installe des centres de santé dans cinq communes des régions Auvergne Rhône Alpes et Ile de France, avec une expérimentation de paiement à la capitation dans le cadre de l'article 51. Le groupe d'hospitalisation privée Elsan et l'entreprise de télémédecine Livi ont aussi annoncé en 2021 un partenariat autour d'une « nouvelle offre de soins primaires », avec un premier centre de soins primaires « nouvelle génération » en Seine-Saint-Denis début 2022.

On assiste par ailleurs, dans les zones urbaines, au développement de centres de « soins ponctuels ». Ces centres répondent à une demande de soins non programmés et peuvent

³³ Dans une commune de Seine Saint-Denis, une étude a comparé le profil des patients venant se faire vacciner après avoir pris rendez-vous sur Doctolib et celui des patients dont les rendez-vous étaient pris *via* le centre de vaccination (l'une des modalités étant mise en œuvre le matin et l'autre l'après-midi) : les premiers étaient nettement plus jeunes (54 % de plus de 75 ans, versus 75 %) et seulement 26 % étaient des habitants de la Seine-Saint-Denis, qui avaient beaucoup plus de chances d'avoir accès à la vaccination lorsque le centre prenait les rendez-vous avec une priorité donnée à la population locale (86 %).

contribuer au désengorgement des urgences hospitalières (cf. parties 2.3.2. et 2.3.3.). Il convient de veiller à leur bon positionnement dans les parcours de soins, dans la mesure où ils mobilisent des généralistes et des urgentistes qui assurent des consultations de façon ponctuelle, sans suivi au long cours et sans les charges qui s'imposent normalement aux organisations de soins primaires (permanence des soins, présence au domicile, travail sur les dossiers des patients en dehors des consultations, etc.). Les secteurs de l'ophtalmologie et des soins dentaires ont vu se développer également des centres qui ont contribué à améliorer l'accès aux soins, mais aussi des centres marqués par un caractère très lucratif, avec des pratiques parfois déviantes sur le plan financier ou de la qualité des soins.

1.5.2. Des initiatives locales encouragées par des dispositifs d'appui à l'innovation

Certaines initiatives locales sont encouragées par des dispositifs d'appui à l'innovation, tels que celui dit « de l'article 51 », en référence à l'article de la LFSS pour 2018 qui l'a instauré. D'autres cadres nationaux permettent aussi aux professionnels de terrain de proposer des formes innovantes d'organisation des soins, par exemple en santé mentale avec le fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie³⁴.

Ces dispositifs permettent de tester des organisations innovantes, dont beaucoup s'inscrivent dans le champ des soins de proximité. On peut citer par exemple :

- l'expérimentation Equilibres, qui a pour objet de mettre en place une rémunération forfaitaire au temps passé auprès des patients pour les soins infirmiers à domicile, associée à une évaluation standardisée et régulière de la situation des patients. L'objectif poursuivi est de promouvoir un système de prise en charge en équipe, focalisé sur les patients, leur autonomisation et leur qualité de vie, plutôt que sur la production d'actes techniques. Le modèle repose sur l'autonomie des équipes infirmières, qui s'organisent librement à une petite échelle, dans un cadre d'outils partagés et de valeurs communes (vision globale de la personne humaine et de ses besoins, qualité de la relation humaine et personnelle soignant-soigné, priorité à l'autonomie du patient). Il est inspiré d'un modèle innovant développé aux Pays-Bas, Buurtzorg, qui a séduit un grand nombre de professionnels (10 000 infirmiers y adhèrent) ;
- les cabinets IPSO santé, qui se veulent « *imaginer et donner vie au cabinet médical de demain* ». Ce réseau de cabinets de soins primaires fondé en 2012 par des médecins, des ingénieurs, des informaticiens et des spécialistes en organisation promeut un modèle collaboratif interdisciplinaire et pluriprofessionnel formalisé par un groupement d'intérêt économique (GIE), avec un partage de valeurs communes explicite, un modèle économique reposant sur la mutualisation de fonctions supports (recrutement, administration coordination, systèmes d'information (SI), facturation), un investissement très important dans le digital, et teste dans le cadre de l'article 51 une rémunération à la capitation (voir Encadré 4 pour plus de détail) ;
- les 6 CPTS de l'Indre-et-Loire et le Centre hospitalier universitaire (CHU) de Tours, face au manque de psychiatres et aux difficultés de prise en charge des troubles mentaux en soins primaires, ont mis en place un dispositif pour obtenir des avis psychiatriques rapides et proposer des psychothérapies de groupe pour les personnes souffrant de dépression ; d'autres organisations visant à accroître la

³⁴ Ce fonds créé en 2019 a vocation à permettre de financer ou d'amorcer, dans le cadre de la réglementation, le financement de projets innovants, afin de répondre aux besoins de transformation de l'offre de santé en psychiatrie dans le cadre des actions prioritaires de la feuille de route santé mentale et psychiatrie.

capacité des soins primaires et à renforcer les liens avec la psychiatrie sont testées, comme le dispositif de soins partagés en psychiatrie (DSPP) financé par l'article 51 en Haute Garonne, ou encore l'expérimentation de soins collaboratifs portée par l'Institut Montaigne dans les Yvelines.

Encadré 4 - Le réseau de cabinets Ipso : un projet de transformation de l'exercice libéral en soins primaires vers une vision collective de l'exercice

« Des structures de soins primaires modernes sont de tailles qui nécessitent des compétences en management, et si on ne veut pas créer une structure administrative qui contrôle tout et que l'on souhaite que les professionnels de santé soient autonomes, il faut les accompagner dans l'acquisition de ces compétences »

Un membre fondateur d'Ipso santé

Fondé en 2012, Ipso santé est une équipe de professionnel(le)s de santé, d'ingénieurs et de spécialistes en organisation qui a le projet d'accompagner la transformation culturelle du métier de médecin généraliste libéral avec l'objectif de garantir des soins de qualité pour tous. Comme l'illustre le verbatim ci-dessus, un accent très important est mis dans le projet sur la formation, le management et le développement d'un système d'information évolutif pour innover de façon permanente.

Sur le plan juridique, Ipso est constitué en GIE auquel tous les membres adhèrent (une centaine de personnes). Les professionnels de santé libéraux (MG, Sage-Femmes, IDEL...) sont regroupés dans une Selas (société d'Exercice Libérale par actions simplifiée), qui est elle-même adhérente au GIE. Les fonctions transverses (gestion financière, aspects juridiques et immobiliers) sont assurées par une équipe restreinte. Une équipe de R&D technique conséquente (12 ETP), elle-même constituée en société, est associée au GIE. Principalement orienté vers le métier de médecin généraliste plutôt que l'exercice pluri-professionnel comme dans les MSP, l'Ipso n'est pas constitué en Sisa. De plus en raison d'une grande évolutivité du système d'information conformément à l'objectif d'innovation continu, le système d'information n'est pas certifié Agence du Numérique en Santé (Asip), condition indispensable pour rentrer dans l'ACI.

Les valeurs (bienveillance, collectif et progrès) et les principes de fonctionnement de l'équipe Ipso santé sont explicitées dans une charte éthique et un règlement intérieur détaillé et complet qui décrit les modalités de participation à la gouvernance, de prise en charge médicale, d'organisation ainsi que la place de l'innovation, de la recherche, de l'enseignement et de la formation.

En 2021, Ipso déploie quatre sites de consultations, tous localisés sur Paris, comprenant chacun une équipe d'environ 12 ETP soignants pour 15 000 à 20 000 patients. Les médecins généralistes y représentent la plus grande part (8) aidés d'assistants médicaux (un demi AM par ETP soignant) qui assurent l'accueil mais également la facturation et l'administration du cabinet au quotidien, des IDE (2) intervenant principalement au domicile et des sage-femmes (2) ainsi qu'un coordinateur de site qui n'a pas de rôle hiérarchique mais gère les assistants médicaux, les plannings, et les aspects administratifs. Les cabinets Ipso proposent des plages de consultations étendues (7h30-22h30 du lundi au vendredi, 8h-19h le samedi et les jours fériés) et des plages de soins non programmées sur les horaires d'ouverture. Les tarifs sont ceux du secteur 1, les centres pratiquent le 1/3 payant Sécurité sociale. Selon ses promoteurs, la taille souhaitable est de 20 à 30 cabinets de consultations.

Les professionnels de santé et tous les membres des cabinets sont très impliqués (cela fait partie de leur engagement) dans la recherche de pistes d'amélioration, notamment pour optimiser le temps médical (estimé à 50 minutes par heure de temps travaillé). Le système

d'information est également mobilisé pour calibrer au mieux les temps de consultation en fonction des motifs de recours, mais également par le partage d'information ou le développement de la téléconsultation. Ipso est également engagé dans une expérimentation article 51 « nouveau contrat médecin traitant en Ile-de-France » visant à expérimenter une rémunération forfaitaire mensuelle modulée en fonction des catégories de patients. Ce forfait rémunère une prise en charge globale comprenant les soins, le suivi, le dépistage et des programmes de prévention intégrés aux soins (Education Thérapeutique ou Activité Physique Adaptée) et selon les cas de l'interprétariat et de la coordination sociale).

Encadré 5 - Le centre de santé départemental de santé de la Saône et Loire

Vaste département de 550 000 habitants à dominante rurale inscrit dans la région Bourgogne Franche Comté, la Saône et Loire n'accueille pas de faculté de médecine et peine à recruter des médecins. La prise de conscience par le Président du Conseil départemental nouvellement élu en 2015 de la perspective du départ à la retraite de 50 % des médecins généralistes à l'horizon 2018 est à l'origine de la recherche d'une solution alternative à l'échelon du département.

La décision de création d'un centre de santé repose d'une part sur le constat de l'inefficacité des mesures prises pour attirer des médecins libéraux et d'autre part, sur l'analyse préalable réalisée localement auprès de nombreux acteurs pour comprendre les attentes des professionnels de santé et les conditions permettant de les inciter à venir s'installer sur le territoire (saliariat, équipement à disposition, travail en équipe, niveau de rémunération aligné sur celui des praticiens hospitaliers). Après une large concertation informelle, le Conseil départemental s'est engagé dans la construction d'un centre à l'échelon départemental, constitué de 6 centres de santé permanents et 22 antennes permettant d'assurer une présence médicale plusieurs jours dans la semaine. Leur localisation a été réalisée sur l'ensemble du département, avec l'accord des élus qui, sollicités, se sont largement portés candidats pour fournir les locaux. Il s'est agi ensuite « *de construire une entreprise dans l'entreprise que constitue l'administration du département* » aussi bien pour la gestion des ressources humaines et notamment le recrutement que pour l'élaboration d'un système d'information intégré pour l'ensemble des centres et des antennes.

Partant du constat que l'offre libérale ne permet pas à elle seule de maintenir une présence médicale suffisante sur le territoire, le Conseil départemental propose ainsi une alternative complémentaire (les médecins recrutés par le centre ne sont pas des médecins libéraux du territoire) qui peut se substituer au manque de médecins libéraux mais qui peut également se redéployer si des médecins souhaitent s'installer en exercice libéral, les aides à l'installations étant maintenues. Trois antennes se sont déjà redéployées à la suite de l'installation de médecins libéraux.

En trois ans depuis son ouverture en 2018, le centre de santé a pu recruter 70 médecins généralistes, 5 médecins spécialistes (gynécologue, pédiatre, dermatologue), 13 paramédicaux et 31 secrétaires médicales. Il accueille 10 internes de médecine générale, 5 infirmières Asalée et des recrutements d'IPA et d'assistantes médicales (une par centre et plutôt de profil soignant) sont en cours. Les médecins généralistes participent à la permanence des soins, réalisent des visites à domicile, ont des plages de soins non programmés, disposent de locaux dans les centres pour réaliser des sutures et gérer de petites urgences. Leur présence a notamment permis de remédicaliser en partie les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) du département (21 MG y interviennent). Si le centre permet d'assurer la continuité des soins

par les remplacements des médecins du centre entre eux, le fait de n'avoir pas toujours la garantie de voir son médecin traitant nécessite des adaptations de la part des patients.

L'activité est croissante et en janvier 2022, soit après trois années d'activité, 24 000 patients se sont inscrits auprès d'un médecin du centre de santé, soit 4,4 % de la population du département. Dans le budget 2020 du centre, les dépenses de fonctionnement s'élevaient à 6,65 millions d'euros pour 5,65 millions de recettes d'activité, le département apportant une subvention d'équilibre d'un million.

Le budget annuel du département de la Saône et Loire est de l'ordre de 700 millions d'euros. La constitution du centre de santé est considérée comme un investissement au service du développement du territoire et comme une nécessité : « *ne rien faire c'est ne pas porter assistance à personne en danger* ». L'assise financière du département, comme son niveau d'intervention, sont considérés comme des atouts pour à la fois assumer la montée en charge rapide d'un dispositif de cette ampleur, permettre sa croissance éventuelle ou sa réduction selon les besoins mais également mobiliser de façon concertée les collectivités locales pour répondre aux besoins locaux.

1.6. Mais un impact encore limité à l'échelle du système...

Toutes les évolutions évoquées ci-dessus témoignent d'une réelle dynamique de changement qui traverse depuis une dizaine d'années le secteur des soins ambulatoires, et notamment des soins primaires.

Cependant ces évolutions, pour certaines très récentes, sont d'une ampleur insuffisante pour que leur effet de transformation se fasse sentir à l'échelle du système.

Même si le travail en équipe structurée progresse, il ne concerne encore aujourd'hui qu'une minorité de professionnels. On peut estimer qu'un peu plus de 20 % des médecins généralistes³⁵ et à peine 10 % des infirmières en soins ambulatoires exercent dans des maisons de santé ou des centres de santé pluriprofessionnels. Les groupes monoprofessionnels ou l'exercice solo restent la modalité dominante³⁶.

³⁵ Sur la base de 2 000 maisons de santé et d'un nombre moyen de médecins généralistes de 4,7 (observé dans les données de la Cnam sur les ACI), le nombre de généralistes en MSP est estimé à 9 400, soit 18 % des 52 500 médecins généralistes hors médecins à mode d'exercice particulier (chiffre CNAM). Si l'on inclut les centres de santé pluriprofessionnels, on arrive à 20 à 22 %, selon qu'on comptabilise des ETP ou des effectifs.

³⁶ En 2019, 39 % des médecins généralistes exercent seuls, 61 % avec au moins un autre professionnel ; parmi ceux-ci, les regroupements entre médecins généralistes uniquement sont les plus fréquents (un peu plus de la moitié).

Répartition des médecins généralistes libéraux, selon les professionnels avec lesquels ils exercent		Répartition des médecins généralistes exerçant en groupe (61 % de l'ensemble) selon le type de groupe		
Avec au moins un chirurgien-dentiste	5%	Exerce avec des médecins généralistes	94%	
Avec au moins un professionnel paramédical	27%	<i>Dont</i>		57%
Avec au moins un autre médecin d'une autre spécialité	6%	<i>Uniquement un ou plusieurs médecins généralistes</i>		28%
Avec au moins un autre médecin généraliste	57%	<i>Un ou plusieurs médecins généralistes et paramédicaux</i>		14%
Exercice en groupe	61%	<i>Un ou plusieurs généralistes, paramédicaux et autres spécialistes ou chirurgiens-dentistes</i>		2%
Exercice seul	39%	<i>Un ou plusieurs médecins généralistes et autres spécialistes ou chirurgiens-dentistes</i>		
		Exerce sans autre médecin généraliste	6%	

Même dans le travail en équipe, les marges de manœuvre pour s'organiser différemment (et notamment pour faire en sorte que chaque profession tire le meilleur parti de ses compétences, en confiant des responsabilités plus importantes à d'autres professionnels que les médecins, permettant d'optimiser l'emploi du temps de chacun, et notamment le temps médical) restent limitées par les cadres juridiques et financiers existants : décrets de compétences, nomenclatures, protocoles de coopération... Les protocoles nationaux sont jugés par certaines équipes comme trop rigides ; dans son rapport de 2021, l'Igas constate que le déploiement et la mise en œuvre de ces protocoles de coopération, nationaux ou locaux, rencontrent de nombreuses difficultés³⁷.

Les avancées sur les nouveaux métiers sont également modestes quantitativement.

Le nombre de postes d'assistants médicaux créés était de 3 112 fin mai 2022, sur les 4 000 prévus (cf. Encadré 3). La Cnam indique que le nombre de patients supplémentaires pris en charge par un médecin traitant grâce au dispositif des assistants médicaux est de près de 512 000, impact estimé si les objectifs d'augmentation de la patientèle, qui sont la contrepartie de l'aide au financement, sont atteints. Ce chiffre n'est pas négligeable, mais il est à rapprocher des 6 millions de patients sans médecin traitant, dont plus de 3 millions souhaiteraient en avoir un³⁸. Par ailleurs, ces 3 112 assistants médicaux recrutés ont majoritairement des profils de secrétaires, et les quatre cinquièmes sont à temps partiel. Or, les témoignages des praticiens qui ont recruté des assistants médicaux semblent montrer que les gains de temps médical les plus significatifs s'observent avec des assistants à plein temps ayant des profils soignants.

Le dispositif Asalée a certes pu dépasser le stade expérimental (cf. Encadré 2), et il rencontre aujourd'hui un réel succès : 6 000 médecins généralistes travaillent en collaboration avec 1 250 infirmier(e)s, représentant 1 000 ETP. Malgré tout, là encore, la diffusion de ce modèle reste limitée au regard des 52 000 généralistes en exercice.

Les débuts de la pratique avancée (IPA) sont modestes et difficiles notamment en soins primaires : le cadre d'exercice a été posé par la loi de modernisation de notre système de santé en 2016, les premiers IPA ont été diplômés en 2019, mais comme le souligne le récent rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas)³⁹, le constat est aujourd'hui celui d'« un dispositif insuffisamment attractif et qui peine à se déployer », alors même qu'il est en retrait par rapport aux ambitions initiales. Confrontées aux réticences du corps médical et à un cadre qui rend difficile leur équilibre économique, les IPAs diplômées peinent à s'insérer dans le tissu des soins primaires, même si les quelques médecins qui travaillent au quotidien avec des IPA, notamment en zone sous-dense,

Source : Drees, observatoires régionaux de la santé (ORS) et unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville

L'exercice collectif monodisciplinaire est également devenu majoritaire parmi les infirmières et les chirurgiens-dentistes.

³⁷ N. Bohic, A. Josselin, AC Sandeau-Gruber, H. Siahmed, avec la contribution de C. d'Autume, 2021. [Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé - IGAS - Inspection générale des affaires sociales.](#)

³⁸ Une partie des 11% des patients de 17 ans et plus n'ayant pas de médecin traitant (au 30/06/2021) peut souhaiter ne pas s'inscrire auprès d'un médecin traitant. Mais parmi ces 11%, 6 % avaient un médecin traitant qui est parti en retraite ou se sont vus attribuer un n° fictif de médecin traitant par la caisse quand ils n'en trouvent pas, afin qu'ils ne soient pas pénalisés dans leur remboursement. On peut donc considérer qu'il y a un minimum de 6 % de la population dont l'absence de médecin traitant est subie et non choisie.

³⁹ N. Bohic et al, op cit.

apportent des témoignages très positifs. Au rythme actuel des formations, l'objectif de 5 700 IPA ne devrait être atteint qu'en 2026 ou 2027.

Concernant le numérique, si le Ségur a indéniablement donné un nouvel élan, il reste encore à développer les usages concrets de ces outils chez les professionnels, et il faudra encore plusieurs années pour en exploiter tout le potentiel à l'échelle du système.

1.7. ... et de nombreux freins au changement

Les changements sont lents, même si l'on constate une réelle mise en mouvement du système, car ils se heurtent à de nombreux freins dans le cadre de régulation actuel :

- Pour s'organiser en équipe, le professionnel de santé doit endosser un rôle d'entrepreneur auquel sa formation ne le prépare pas et pour lequel il n'a pas forcément d'aspiration. Les charges et les responsabilités que cela implique (recruter, gérer des ressources humaines, monter une société...) sont ressenties comme lourdes. En particulier, parmi les médecins, les seniors n'ont pas de motivation, à quelques années de la retraite, à modifier les façons d'exercer qu'ils pratiquent depuis longtemps, et ce d'autant plus qu'ils sont débordés de travail. Parmi les plus jeunes, il y a une appétence à aller vers un exercice pluriprofessionnel, mais pas forcément à le créer, sauf pour la petite fraction qui a un tempérament de promoteur. Car il faut en même temps démarrer son métier, constituer sa patientèle, s'installer dans sa vie familiale.

« C'est quand même très complexe, c'est une équation à de multiples inconnues, entre l'architecture, le temps de travail, combien de temps j'ai un assistant médical, comment je m'inscris dans mon équipe, comment je m'inscris aussi dans l'unité de soins non programmés...

Là aujourd'hui, ce qui se pose pour un médecin généraliste, juste un médecin généraliste avec une formation de médecin généraliste, ce qui est déjà pas mal, c'est quand même extrêmement compliqué. »

Médecin généraliste co-gérant une MSP

« Un jeune médecin qui prend son poste dans une maison de santé, il vient de s'installer, quand on lui présente l'assistant médical, sur le papier il dit que c'est bien, mais quand on voit la charge mentale que ça implique pour un médecin d'avoir un assistant médical, de gérer la partie administrative qui va avec, je parle de la partie RH, le fait de l'employer, de prendre cette responsabilité... »

Infirmier exerçant en maison de santé

- A la crainte d'embaucher s'ajoute le blocage de locaux qui sont la plupart du temps inadaptés. Les investissements ont souvent été réalisés dans le passé par les praticiens eux-mêmes, dans des cabinets dont l'architecture est peu flexible et ne permet pas d'accueillir de nouveaux professionnels. Même les locaux des maisons de santé sont souvent conçus de façon peu évolutive, ce qui limite leurs possibilités de développement, d'accueil de nouveaux professionnels et d'adaptation des organisations, comme l'illustre bien la citation d'un responsable de MSP :

« J'ai un cabinet qui est tout neuf, ça fait deux ans que je suis dedans. Là sur le plateau on est huit, les locaux ont deux ans, il faut tout péter si on part avec un assistant médical temps plein pour chaque médecin, il faut deux box d'examens, un bureau...

Médecin généraliste gérant d'une MSP

- Mais le frein majeur vient aussi de la réticence des professionnels. Cette réticence est générale. Faute d'une vision partagée de l'avenir des métiers, d'une réflexion approfondie et partagée sur la qualité et la sécurité des soins, toute évolution de compétence d'une profession est vécue comme allant contre les autres professions. Les syndicats de médecins se sont dans l'ensemble montrés très opposés à la pratique avancée infirmière, vécue comme une concurrence directe, ou à l'accès direct à certaines professions paramédicales introduit par la LFSS 2022 ; de la même manière, des organisations représentatives des infirmiers se sont élevées contre la vaccination par les pharmaciens, contre l'élargissement des compétences des aides-soignants⁴⁰... Cette opposition est renforcée par le fait que les professionnels auxquels de nouvelles compétences sont données peuvent avoir tendance, de leur côté, à réclamer une autonomie totale.

Le travail en équipe crée un cadre permettant de construire des relations de confiance réciproque, de dépasser ces craintes ; des protocoles ont d'ailleurs été mis en place dans de nombreuses structures d'exercice coordonné avant même que des initiatives soient prises au niveau national.

- Les modes de rémunération actuels contribuent aussi à rigidifier les organisations de travail. Les médecins craignent, en transférant les activités les moins complexes, qu'ils se retrouvent non seulement avec une charge mentale plus importante, mais aussi, dans un système de paiement à l'acte où la valeur de la consultation est calibrée sur une moyenne d'actes plus ou moins lourds, que ce montant ne constitue pas une juste rétribution si leur activité se concentre sur les situations les plus complexes ou les consultations les plus longues (parce que plus espacées).

Moi je veux bien abandonner toute une partie de mes actes simples, entre guillemets, où je souffle, où parfois même je récupère du retard que j'ai pris dans ma demi-journée de consultations, qui sont rémunérés à 25 euros, et ne faire que des actes complexes. Mais le problème, c'est que ces actes complexes sont aussi à 25 euros. Ce qui amène à réfléchir au mode de rémunération.

Médecin généraliste gérant d'une MSP

- Il ne faut pas non plus sous-estimer, dans les freins au changement, les attentes et les habitudes de consommation médicale la population. Il y a trente ans, tous les acteurs étaient unanimes pour dénoncer la pléthore médicale⁴¹ : les médecins étaient en situation de forte concurrence, et la population s'est habituée à voir le médecin pour toute demande. Cette période a façonné un modèle de recours aux soins qu'il faut sans doute faire évoluer (par exemple la possibilité de voir un autre professionnel de l'équipe pour certaines situations), mais ceci suppose un travail d'explication et de dialogue. Les prises de position récentes des associations de patients vont dans ce sens.

⁴⁰ <https://www.ordre-infirmiers.fr/actu/vaccination-par-les-pharmaciens-une-très-mauvaise-idée.html>
<https://convergenceinfirmiere.com/nouveaux-actes-pour-les-aides-soignants-le-coup-de-gueule-de-convergence-infirmiere/>

⁴¹ Ceci montre bien la nécessité de réfléchir à la perspective de long terme.

Tous ces freins expliquent que même si l'on observe une dynamique certaine dans les soins de proximité depuis une dizaine d'années, ses impacts restent limités à l'échelle du système. Pour faire face à la diminution de l'offre médicale dans les dix ans qui viennent, il aurait fallu que celui-ci se réorganise de manière beaucoup plus rapide. Aujourd'hui nous sommes au pied du mur et il faut :

- accélérer la mutation vers un exercice mieux coordonné, plus collectif, à même d'offrir les meilleurs services à la population et d'utiliser au mieux les compétences de chacun. Pour cela il convient d'analyser les freins à la mise en œuvre de ces évolutions identifiées depuis longtemps, et les moyens de les lever,
- trouver en même temps et prioritairement des solutions d'urgence pour répondre aux besoins de soins dans les dix ans qui viennent.

1.8. Une situation de crise dans un nombre croissant de territoires

Je savais que le territoire serait en zone désertifiée très rapidement (...) La crise covid a accéléré le processus. Cinq médecins, puis deux de plus avec l'effet domino, sont partis. Ce qui nous a fait passer d'une APL⁴² de 5 à 2,5 en un an (...) C'est une petite CPTS, 32 000 habitants, avec un bourg principal qui fait 15 000. Et c'est sur ces 15 000 que les médecins sont partis en masse. 10 000 patients se sont retrouvés sans médecin traitant, quasiment du jour au lendemain. 50 000 consultations non honorées par an.

Médecin généraliste en maison de santé, présidente de CPTS

« Je suis médecin généraliste dans un désert médical (...) Sur 15 médecins, on a tous plus de 55 ans sauf deux médecins. On exerce dans des conditions difficiles et on est vieux. (...) J'ai beaucoup de collègues qui ont 60, 62 ans. Au repas qu'on a fait hier soir, il y en a 5 qui m'ont dit qu'ils partaient dans deux ans, donc ça fait un peu peur. »

Médecin généraliste en cabinet

« Il y a une vraie panique, des personnes âgées sans solution, des gens de 80 ans, 85 ans, qui ne trouvent pas de médecin. »

Elu local

S'il est vrai que notre système de santé connaît des évolutions, elles n'apportent pas aujourd'hui une réponse suffisante aux difficultés d'accès aux soins, qui deviennent critiques dans un certain nombre de territoires et sont devenues un sujet de préoccupation

⁴² Voir Encadré 6

majeur des Français⁴³. Trouver un médecin traitant, avoir une réponse rapide à un besoin de soins immédiat, obtenir un rendez-vous avec un spécialiste (hors médecine générale) dans un délai raisonnable, bénéficier d'un suivi médical à domicile quand on ne peut pas se déplacer, ou en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), toutes ces situations sont de plus en plus problématiques. Et elles affectent tout particulièrement les plus âgés et les plus fragiles : d'une part parce que ce sont eux qui se retrouvent démunis avec le départ en retraite de leur médecin (car les médecins vieillissent avec leur patientèle), et d'autre part parce que les médecins, surchargés, se déplacent de moins en moins pour voir leur patient ailleurs qu'au cabinet.

Pour la médecine générale, les zones d'intervention prioritaires, qui sont celles en forte tension (cf Encadré 6), concernent aujourd'hui jusqu'à 30 % de la population sur l'ensemble de la France, contre 18 % il y a quatre ans.

Les difficultés vont s'accroître dans les années à venir dans beaucoup de territoires, ruraux ou urbains, du fait des nombreux départs en retraite anticipés à court terme. Avec, souvent, un effet boule de neige (le départ d'une partie des praticiens mettant ceux qui restent dans une situation de surcharge qui devient insupportable), et aussi un cercle vicieux, l'isolement et la charge de travail des professionnels en place ne leur permettant pas de créer des conditions qui permettraient d'attirer des jeunes.

Il y a donc urgence à agir, en reconnaissant que nous sommes dans une situation de crise : de même que l'on a su le faire pour la crise sanitaire, il faut aujourd'hui des actions rapides, des solutions immédiates et des aides exceptionnelles dans certains territoires, pour enrayer la dégradation de la situation ; il faut « fluidifier les organisations par un cadre réglementaire assoupli, qui permette les dérogations attendues », pour les urgences et les soins non programmés comme l'a proposé la Mission flash, et au-delà.

Encadré 6 – Les zones en difficulté pour l'accès aux soins

Dans les zones sous-denses en médecins, les praticiens peuvent bénéficier d'aides à l'installation et au maintien de la part de l'État, de l'Assurance maladie ou encore des collectivités territoriales. Ce sont les agences régionales de santé (ARS) qui déterminent ces zones sous-denses, à partir d'une méthodologie nationale définie en novembre 2017 et actualisée en octobre 2021⁴⁴.

Cette méthodologie s'appuie :

⁴³ D'après une enquête pour France Assos Santé réalisée en ligne à partir d'un échantillon de 1 002 répondants, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus en novembre 2019 :

- 49 % des personnes interrogées déclaraient avoir renoncé à des soins ou les avoir reportés du fait de « délais d'attente trop longs » (44 %) et/ou du « manque de médecins à une distance raisonnable » (25 %) ;
- 5 % déclaraient ne pas avoir de médecin traitant (18 % des moins de 25 ans) dont un tiers environ parce qu'ils n'avaient pas trouvé de médecin acceptant d'être leur médecin traitant. Cette proportion atteignait 51 % pour les personnes vivant dans des agglomérations de moins de 100 000 habitants ;
- 17 % déclaraient avoir eu recours aux services d'urgences faute de médecin disponible. Cela concernait 31 % des personnes en situation de handicap et 24 % des personnes déclarant vivre avec une maladie chronique (26 % des cadres et 23 % des moins de 35 ans).

[Enquête BVA pour France Assos Santé sur les difficultés d'accès aux soins des français - France Assos Santé \(france-assos-sante.org\)](https://france-assos-sante.org)

⁴⁴ Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

Arrêté du 1^{er} octobre 2021 modifiant l'arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique

- sur un maillage en « territoires de vie-santé », qui sont constitués par un ensemble de communes autour d'un pôle d'équipements et de services, constitué selon une logique proche du découpage en « bassins de vie » de l'Insee. Ce découpage vise à d
- sur un indicateur principal dénommé Accessibilité potentielle localisée (APL) à un médecin ; cet indicateur, calculé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), prend en compte le temps d'accès aux praticiens de la zone, l'activité de ces derniers et la structure d'âge de la population, qui a un impact sur les besoins de soins. Il est exprimé en nombre de consultations accessibles par an par habitant standardisé.

Selon la méthodologie publiée en 2017 :

- les zones avec un niveau d'APL inférieur à 2,5 consultations par an par habitant étaient classées automatiquement en zones d'intervention prioritaire (ZIP), éligibles à toutes les mesures et aides à l'installation des médecins prévues par la réglementation.
- parmi les zones avec un APL compris entre 2,5 et 4 consultations par an par habitant, les ARS pouvaient, avec des critères complémentaires, compléter la sélection des zones d'intervention prioritaire (éligibles à toutes les aides) et sélectionner des zones d'action complémentaire (éligibles à une partie des aides).

Des seuils régionaux étaient fixés, exprimés en part maximale de population, pour les ZIP et les ZAC.

Tout en gardant les grands principes (maille des territoires de vie-santé, mise à disposition de l'indicateur APL calculé par la DREES, classement des zones en ZIP et ZAC et principe de seuils régionaux), la méthodologie actualisée en octobre 2021 laisse plus de latitude aux ARS et de souplesse dans la mise en œuvre du zonage régional (l'usage de l'indicateur APL devient notamment facultatif).

Les seuils régionaux de population ont également été révisés pour tenir compte de la dégradation de l'APL, liée d'une part à la baisse de la démographie médicale, d'autre part à l'augmentation des besoins due au vieillissement. Pour les ZIP, la part de population nationale incluse dans le zonage passe de 18% à 30,2%.

2. L'urgence : des mesures immédiates pour garantir l'accès aux soins

L'urgence absolue, c'est de répondre à la crise actuelle et de prendre les mesures nécessaires à court terme pour assurer le principe d'égal accès aux soins partout sur le territoire.

Pour cela, il faut expliciter le contenu que l'on donne à ce principe, en définissant la liste des services à rendre en proximité. Ces services, et parmi eux, les services prioritaires dans le contexte de crise actuel, ainsi que les modalités associées de régulation de la demande, doivent être co-construits avec les usagers et les professionnels, sur la base d'une analyse des besoins (cf. partie 2.1). Si des solutions urgentes doivent être trouvées, il faut en même temps conserver l'objectif de structuration des soins de proximité à un horizon de 10-15 ans et se prémunir des risques de concurrence et de surenchère (cf. partie 2.2). Il s'agit donc de reconnaître et organiser la responsabilité collective de l'accès aux soins dans les territoires, en s'appuyant sur les acteurs locaux et les dispositifs existants, selon un principe de subsidiarité visant à soutenir en priorité les solutions mises en place par les professionnels, et à intervenir en cas de constat de carence (cf. partie 2.3). Parallèlement, des mesures de court terme pour tirer le meilleur parti des ressources médicales existantes sont nécessaires ; les acteurs de terrain qui se mobilisent montrent comment il est possible d'agir (cf. partie 2.4). De même, certaines mesures relatives à la formation peuvent avoir un effet de relatif court terme, d'ici trois ans. Il faut pour cela s'appuyer sur la réforme en cours des études en santé (cf. partie 2.5).

2.1. Définir les services à rendre à la population pour concrétiser le principe d'égal accès aux soins pour tous

Les services qui devraient être accessibles en proximité pour toute la population n'ont jamais fait l'objet d'une description explicite et précise⁴⁵.

En effet, comme le rappelait le Hcaam dans son rapport de 2018⁴⁶, l'approche habituelle consiste à « *organiser la présence ou le maintien d'un type d'offreur sur un territoire, en supposant que sa présence permettra de répondre aux besoins des habitants alentour* ». Or, pour « *concrétiser dans le contexte d'aujourd'hui le principe constitutionnel d'égal accès aux soins pour tous et le droit à la protection de la santé* », il convient de « *s'appuyer non plus sur l'analyse de l'offre mais (..) d'organiser l'accès des habitants d'un territoire à des services pertinents et de qualité définis concrètement*. ».

Il faut expliciter la liste des services à rendre en proximité partout sur le territoire. La portée de cette liste doit être nationale puisqu'elle traduit le principe d'égal accès aux soins, Ces services, et parmi eux, les services prioritaires dans le contexte de crise actuel, ainsi que les modalités associées de régulation de la demande, doivent être co-construits avec les usagers et les professionnels, sur la base d'une analyse des besoins. Cette co-construction est en effet indispensable pour que les services correspondent aux attentes de la population, et pour que les patients adhèrent aux modalités de recours ainsi définies et les respectent. Cette liste sera complétée localement par des services supplémentaires, répondant aux besoins particuliers collectivement identifiés, sur la base d'analyses territoriales et en mobilisant notamment les conseils territoriaux de santé.

⁴⁵ L'article L. 1411-11 du Code de la santé publique (CSP) fournit une description mais insuffisamment détaillée pour être vraiment opérationnelle.

⁴⁶ *Contribution à la Stratégie de transformation du système de santé*

Si le socle des services à rendre partout sur le territoire doit être défini nationalement, il faut bien entendu que les organisations soient adaptées aux contextes locaux.

2.1.1. Une liste de services à rendre co-construite avec les usagers et les professionnels

A titre d'illustration, et sans prétention d'exhaustivité, il devrait être possible pour tout un chacun, en tout point du territoire, de bénéficier des soins de proximité suivants⁴⁷ :

- avoir accès en proximité à des professionnels de soins primaires en capacité de fournir toute la gamme (diagnostic, traitements) qui ne nécessite pas une expertise de second recours, dans des délais appropriés ;
- accéder à une expertise technique/plateau technique (y compris biologie et imagerie) lorsque c'est nécessaire (en proximité pour certaines spécialités – cf. Encadré 7), là aussi dans des délais cohérents avec le problème de santé concerné ;
- avoir un médecin traitant et une équipe responsable de son suivi au long cours⁴⁸ ;
- en cas de pathologie chronique, être suivi par une équipe et bénéficier d'accompagnement, de soutien, d'éducation thérapeutique si besoin ;
- accéder aux soins dentaires préventifs et curatifs ;
- être pris en charge, en proximité, avec des délais raisonnables, pour des troubles mentaux légers à modérés, et être orienté vers une expertise psychiatrique pour des troubles plus lourds ;
- bénéficier de conseils de prévention, d'aide et de soutien pour acquérir des habitudes de vie propices à la santé ; de détection précoce de certains problèmes de santé pour qu'ils soient traités suffisamment tôt ;
- avoir un soutien social si nécessaire, y compris le cas échéant l'accès à un traducteur ou une aide pour des démarches de couverture maladie... ;
- accéder à des soins de façon non programmée si besoin, quel que soit le moment où le problème de santé se produit ;
- être soigné à domicile si besoin (en cas de difficultés à se déplacer, de perte d'autonomie, de pathologies sévères ayant des répercussions sur la qualité de vie et pour lesquelles la technologie le permet) ;
- pouvoir bénéficier d'une hospitalisation en proximité ou d'une hospitalisation à domicile (au domicile à proprement parler ou en établissement médico-social) si nécessaire, à l'occasion d'un épisode aigu, suite à une intervention dans un établissement de recours, ou pour une situation de fin de vie ;
- être aidé et orienté dans son parcours de soins, bénéficier d'une bonne coordination entre les professionnels et les structures qui fournissent des soins, y compris d'une bonne coordination entre ville et hôpital.

⁴⁷ Pour une approche de la gradation des soins et de l'articulation entre niveau de proximité et niveau de recours supérieurs, cf. Hcaam, *Contribution à la Stratégie de transformation du système de santé*, 2018

⁴⁸ E. Hubert proposait ainsi dans son rapport *Mission de concertation sur la médecine de proximité* (2010) « La mission recommande d'autoriser l'identification de la structure d'exercice regroupé (physique ou réunie informatiquement) comme « médecin traitant ». Cette préconisation va dans le sens d'une reconnaissance de l'exercice collectif mis en oeuvre et simplifiera les tâches administratives et les relations des structures regroupées avec les organismes de sécurité sociale. »

Dans le fonctionnement actuel de notre système de soins, ces services sont plus ou moins bien assurés. En santé mentale par exemple, de nombreux rapports ont fait le constat qu'alors que les médecins généralistes constituent le premier recours pour le patient et sont très fréquemment confrontés à des troubles mentaux, ils peinent à les diagnostiquer, à les prendre en charge de façon adaptée, à orienter le patient et à obtenir des expertises psychiatriques. Les visites à domicile (y compris dans les Ehpad) sont de plus en plus difficilement assurées. Pour les malades chroniques, l'éducation thérapeutique, qui a toute sa place en proximité, a longtemps été limitée au secteur hospitalier et ne se développe que lentement en ambulatoire ; face à ce constat, le Hcaam a proposé un mode d'organisation de la prévention de droit commun susceptible d'être rapidement déployé sur l'ensemble du territoire de façon intégrée en routine aux soins et graduée (cf. Encadré 8). Les soins primaires pourraient être aussi beaucoup plus impliqués dans des actions de prévention. L'accès aux soins dentaires, préventifs comme curatifs, est considéré comme particulièrement problématique et doit être amélioré en proximité.

Encadré 7 – Soins spécialisés de proximité

Dans son avis de 2020⁴⁹, le Hcaam avait distingué les spécialités devant être accessibles en proximité en distinguant les spécialités en accès direct, des activités prescrites et des spécialités ayant une activité prépondérante en consultation externe.

Spécialités de recours de proximité	Spécialités ayant une activité prépondérante en consultation (y.c. consultations externes)	Cardiologie, gastro-entéro-hépatologie, dermatologie, pneumologie, oto-rhino-laryngologie (ORL), diabétologie/endocrinologie, rhumatologie et médecine physique ainsi que neurologie et néphrologie, deux spécialités peu nombreuses dont l'accès est difficile
	Spécialités prescrites	Biologie, radiologie, anatomie et cyto pathologie
	Spécialités de 1er recours en accès direct	Ophthalmologie, gynécologie, pédiatrie, psychiatrie, stomatologie

*Encadré 8 - Organisation de la prévention proposée dans les Avis du Hcaam de 2017 et 2018
Prévention et promotion de la santé*

Le patient est pris en charge en fonction de ses besoins, de ses préférences et des spécificités des organisations locales. Le modèle repose sur la gradation des soins, avec un premier niveau de recours en proximité autour du médecin traitant pour le risque fréquent et de faible intensité, un deuxième niveau de prise en charge spécialisée de proximité, en lien avec le médecin traitant, et un troisième niveau pour les risques les plus sévères, relevant de structures très spécialisées.

Des dépenses de prévention en ambulatoire entreraient dans le panier de soins, pour financer plusieurs fonctions et métiers mal ou pas pris en compte à l'heure actuelle. Le financement des professionnels et structures⁵⁰ serait conditionné à l'insertion dans un

⁴⁹ *Organiser la médecine spécialisée et le second recours : une pièce essentielle de la transformation de notre système de santé*, Avis du Hcaam, 2020

⁵⁰ La prise en charge peut s'organiser au sein d'une même équipe ou entre entités différentes : équipes de soins ambulatoires, maisons et centres de santé, voire équipes hospitalières en fonction du degré de sévérité.

programme structuré et coordonné : les organisations devant être pluri-professionnelles et conventionner avec l'Assurance maladie pour garantir un fonctionnement répondant aux bonnes pratiques. De nouvelles modalités de financement seraient à mettre en place car une tarification classique à l'acte ne paraît pas adaptée à une telle prise en charge au long cours, comprenant l'intervention de plusieurs catégories de professionnels.

En pratique, le dispositif pourrait fonctionner ainsi :

- Repérage, proposition faite au patient d'entrer dans un programme : en principe médecin traitant, ou médecin spécialiste : financement d'une consultation de bilan
- Choix d'un référent par le patient à cette occasion : soit son médecin traitant, soit un professionnel travaillant en collaboration avec celui-ci, soit un autre professionnel, soit une structure de type MSP ou réseau⁵¹ ; le référent est financé *via* un forfait annuel
- Définition par ce référent du programme de prise en charge personnalisé, en accord avec le médecin traitant (si ce n'est pas lui-même) et le patient
- Recours du patient aux différents services et prestations prévus dans le plan (avec une intensité croissante selon la sévérité de la pathologie) : consultations de diététique, de psychologue, éducation thérapeutique, activité physique adaptée, accompagnement téléphonique éventuel... Pour le programme d'éducation thérapeutique, un financement forfaitaire est à estimer pour un nombre de séances moyen. En ce qui concerne les psychologues et les diététiciennes, une tarification à l'acte serait établie.

2.1.2. Aller vers les personnes en manque de soins, réguler la demande

Fournir partout l'intégralité des services ainsi définis n'est pas possible aujourd'hui en l'état des pratiques et des capacités d'offre de soins, dans le contexte de crise rappelé précédemment. Une priorisation des services à rendre, et des modalités de régulation de la demande, sont donc nécessaires. En effet, si cette priorisation restait, comme c'est le cas aujourd'hui, implicite, elle bénéficierait alors aux patients déjà les mieux lotis, accroissant ainsi les inégalités. Ainsi par exemple, les nouvelles formes d'accès aux soins non programmés mentionnées dans la partie 1 (plateformes de téléconsultation notamment), de même que les activités d'homéopathie, d'esthétique... risquent de répondre avant tout aux besoins ponctuels de patients qui sont en bonne santé ou bénéficient par ailleurs d'un bon suivi, détournant la ressource médicale des patients qui en ont le plus besoin.

Le Hcaam recommande que cette priorisation des services à rendre soit explicite, pour gérer au mieux, au bénéfice de tous, les moyens disponibles. L'essor des nouvelles formes d'exercice et du numérique présenté dans la partie 1 permet de nouvelles modalités de réponse à la demande de soins, plus économes du temps médical. Ainsi, et contrairement aux habitudes issues de la période de pléthore de médecins, le recours aux soins ne devrait plus être systématiquement synonyme, comme il l'est encore souvent, de consultation d'un médecin. Dans de nombreux cas, des contacts plus informels qu'une consultation sont suffisants voire plus efficaces, et d'autres professionnels peuvent intervenir en 1^{ère}

⁵¹ Dans un cadre d'exercice regroupé, cette fonction peut être organisée au sein de la structure (exemple des infirmières Asalée) ; dans un cadre d'une organisation spécifique (notamment les Réseaux de prise en charge et de prévention de l'obésité pédiatrique (RéPPOP)), elle est assurée par l'organisation en question ; sinon elle pourrait être assurée par un professionnel de santé libéral coordonnateur (exemple du référent du programme Je t'aime mon cœur).

intention, en lien avec le médecin. Ceci dans le cadre de parcours et d'organisations structurés, dont la qualité soit garantie, avec des modalités de financement qui les supportent (cf. partie 0).

Cette priorisation doit être définie avec la population et les professionnels. Le bon usage du système de soins suppose en effet une alliance entre professionnels, régulateur et usagers. L'adhésion des patients suppose des procédures claires et perçues comme légitimes. Il faut communiquer largement sur les services que les citoyens sont en droit d'attendre et sur l'organisation des parcours, qui doit être compréhensible. La communication devrait être très concrète sur la démarche à suivre, en fonction du contexte local, dans telle ou telle situation, par exemple si son enfant a de la fièvre, ou la consigne de contacter la régulation avant de se rendre dans un service d'accueil des urgences (SAU). Cette communication doit aussi permettre aux patients de connaître leurs droits et de vérifier leur effectivité.

L'accès aux soins non programmés ou urgents constitue un exemple de besoins dont la prise en charge s'est souvent faite de façon non coordonnée voire concurrente, entre hospitaliers, libéraux, services spécifiques, pompiers... Les SAU des établissements de santé étant jusqu'à ce jour les prestataires de soins en dernier ressort, ils se retrouvent débordés par les multiples demandes qui s'adressent à eux. Comme l'indiquait Bernadette Devictor, « *Les situations vécues par les usagers font souvent apparaître (...) un mésusage du système de santé car dans l'ignorance ou l'incompréhension du rôle des uns et des autres, ou en l'absence de disponibilité d'une offre adaptée, il peut être rassurant d'aller toujours vers celui « qui fait le plus, qui est censé être le plus compétent »*⁵². S'ajoute à cela l'accessibilité financière des SAU (tiers payant, absence de dépassements).

Ce fonctionnement atteint aujourd'hui sa limite. Ce rapport ne traite pas des SAU, qui font l'objet de travaux par ailleurs. Toutefois, la crise de l'accès aux soins non programmés et urgents illustre l'importance de l'objet de ce rapport, structurer les soins de proximité, pour qu'ils puissent fournir les services ne nécessitant pas un recours aux SAU⁵³ et permettre à ces derniers de se recentrer sur leur cœur de métier : « *On doit protéger les services d'accueil des urgences et ces services doivent répondre avec fluidité à nos demandes.* » (Encadré 9). De nombreux passages aux urgences pourraient être évités car ils relèvent des soins de ville.

Encadré 9 - Exemple d'organisation mise en place par les professionnels face à la pénurie médicale

Dans une zone semi-rurale de 32 000 habitants, 10 000 patients se sont retrouvés sans médecin traitant suite au départ à la retraite de plusieurs MG. Le territoire est organisé en CPTS.

Pour les professionnels de santé du territoire, la gestion du temps médical disponible s'est avérée cruciale après le départ de leurs confrères. Il s'agissait de bâtir une solution permettant à la fois de réguler la demande de soins des habitants du territoire et d'organiser « l'aller vers » la partie de la population dorénavant éloignée du système de soins. Cette population très fragile sur les plans médical (patients âgés, ALD multiples, maladies chroniques mal équilibrées) et économique se caractérise par un non-recours important du fait de son éloignement géographique ou pour des raisons financières.

⁵³ Services accessibles, y compris financièrement, avec possibilité de bilan intégré (biologie, radiologie...), de prise en charge des problèmes psycho-sociaux...

⁵³ Services accessibles, y compris financièrement, avec possibilité de bilan intégré (biologie, radiologie...), de prise en charge des problèmes psycho-sociaux...

« On peut résister, faire avec moins de médecins traitants mais il faut optimiser en infirmières [...] Pour 10 000 patients MT aujourd'hui dans un dispositif libéral classique ou un centre de santé, il faut 9 MG alors qu'avec notre dispositif, on peut faire face pour des patients avec des maladies chroniques avec 2,5 ETP de médecin mais il faut 6 ETP infirmiers. »

A partir d'une MSP principale très dynamique (4 MG, 2 infirmières Asalée, des paramédicaux (orthophoniste, psychomotricienne...), 3 secrétaires, 2 assistants médicaux de profil administratif (1,3 ETP) + 4 internes de médecine générale) ont été développés :

- un dispositif de régulation de la demande locale, alors que le SAS n'est pas encore opérationnel dans cette zone : régulation des appels (numéro unique) par 2 infirmières d'accueil et d'orientation à mi-temps. Elles ont été formées à la régulation par le SAMU, sur lequel elles peuvent orienter en cas d'urgence. Leur profil de soignant permet d'emblée de répondre à un certain nombre de problématiques et permet d'éviter une consultation 3 à 4 fois sur 5. Les infirmières sont salariées de la CPTS. L'ensemble des médecins de la CPTS participe au dispositif. Cette régulation a été bien vécue par tout le monde et en particulier par les politiques qui ont vu qu'ils pouvaient s'appuyer sur les professionnels

« J'ai toujours pensé qu'on répond à la demande des patients, avec une augmentation du consumérisme. C'est les patients qui pilotent nos rendez-vous. La régulation des appels H24 est un élément majeur. »

« Il faut reprendre la maîtrise des flux. C'est nous professionnels qui décidons si le patient doit aller à l'hôpital ou pas et on est prioritaires quand le patient doit rentrer à l'hôpital. On doit protéger les services d'accueil des urgences et ces services doivent répondre avec fluidité à nos demandes. »

- un cabinet secondaire ouvert 2 jours par semaine à 15 km de la MSP permettant d'aller vers des populations fragiles nécessitant des soins complexes. Ce dispositif permet d'organiser des parcours de soins sécurisés avec 2 à 3 consultations médicales par an pour les patients souffrant de pathologies chroniques, en s'appuyant sur des infirmières pour le suivi des patients. Les ressources sont pour le moment mises à disposition par la MSP : mi-temps d'assistant médical (recueil des infos administratives, des dossiers médicaux antérieurs, prises de rendez-vous...) et ressource infirmière - infirmière Asalée à 60%, le recrutement d'une IPA par la CPTS est prévu - pour élaborer les plans de soins, organiser le suivi et des séances d'éducation thérapeutique en tant que de besoin. La ressource médicale est encore très fragile car si elle est en partie assurée par les médecins de la MSP principale elle repose largement sur la bonne volonté d'autres professionnels exerçant dans le département : jeunes internes SASPAS, retraités, remplaçants... La ressource médicale est ainsi variable, ce sont les ressources infirmière et d'assistant médical qui constituent le socle de l'organisation. Ce dispositif est construit comme intérimaire : il a vocation à se retirer si une autre offre émerge.

L'ensemble des professionnels partage des outils numériques qui contiennent toute l'information pertinente pour la prise en charge des patients.

Cette organisation est en cours d'évolution. L'objectif est une ouverture du centre 5 jours par semaine. Une demande d'expérimentation dans le cadre de l'article 51 a été déposée.

2.2. Agir à court terme tout en menant les transformations de long terme

Si des solutions doivent être trouvées de manière urgente, il faut en même temps garder l'objectif plus structurel qui est de construire, dans la durée (à horizon d'une dizaine ou quinzaine d'années), un premier niveau de soins renforcé, organisé, capable de rendre à

l'ensemble de la population une plus large palette de services avec un haut niveau de qualité.

Ces deux objectifs ne sont pas contradictoires : au contraire, de nombreux exemples montrent que là où des dynamiques professionnelles permettent d'exercer en équipe, de s'organiser collectivement autour de projets communs, de travailler avec l'environnement, elles favorisent l'installation et le maintien des praticiens même dans des territoires qui ne sont pas forcément *a priori* attractifs⁵⁴.

Mais le risque existe que les mesures prises dans l'urgence, à différents niveaux, pour pallier le déficit de médecins freinent les évolutions structurelles que l'on cherche à promouvoir. Ce sera le cas si ces mesures alimentent le sentiment de concurrence entre les différents acteurs, à rebours de l'objectif de progresser vers une vision partagée du système de santé, dans laquelle chacun puisse se projeter et que chacun puisse porter.

On assiste d'abord, chacun cherchant à résoudre ses difficultés propres, à des phénomènes de surenchère et de concurrence entre territoires : surenchères autour de l'interim, du financement de structure, d'avantages monétaires ou autres. Ces surenchères sont parfois mal vécues par les professionnels des territoires voisins :

« Il y a un maire (...) qui a misé sur les centres de santé (...). Il a embauché des médecins salariés, en général soit des retraités ou des jeunes (...). Ce sont des médecins qui ne font pas de gardes. D'ailleurs, ils faisaient la promotion « venez vous installer dans le centre de santé à xxx, vous ne ferez pas de garde ». Dans un département déficitaire comme le mien, on fait des gardes, donc je trouve ça lamentable. »

Médecin généraliste en cabinet

Ce qui est en cause dans cet exemple, ce n'est pas nécessairement la solution proposée⁵⁵. On peut considérer que créer les conditions pour que les médecins âgés puissent continuer à travailler, offrir une variété de statuts pour répondre aux aspirations des jeunes, font partie de la palette des solutions pour maximiser la ressource médicale. Le problème réside dans l'équité de traitement avec le territoire voisin et l'absence de solidarité ressentie. Il est important que cette solidarité s'organise, ce qui suppose une concertation et une réflexion sur les solutions à mettre en place dans un cadre territorial plus large que celui des communes ou communautés de communes.

Concurrence entre territoires, mais aussi entre professions : les mesures visant à élargir les champs de compétence, dont l'un des objectifs est d'alléger la charge de travail des médecins en partageant certaines activités, conduisent à des réflexes de défense, voire des affrontements, qui vont à l'inverse de la logique de collaboration et de complémentarité qu'on souhaite promouvoir au service des patients.

Au sein de la profession médicale est aussi ressentie parfois une forme de concurrence entre les générations. Les médecins plus âgés, qui sont souvent dans une situation difficile, avec une charge de travail lourde (parfois héritée d'un mode d'organisation et de recours aux soins anciens), des risques de *burn-out*, parfois avec l'angoisse d'abandonner une

⁵⁴ Il est d'ailleurs intéressant de noter que la proportion de population sans médecin traitant n'est pas totalement corrélée à la densité médicale dans les départements (Cf. Annexe 2)

⁵⁵ Il ne faut d'ailleurs pas déduire de ce verbatim, qui vise une situation particulière, l'idée selon laquelle les médecins salariés ne participeraient pas à la permanence des soins de manière générale.

patientèle sans avoir pu trouver de successeur, peuvent avoir l'impression d'une absence de reconnaissance, alors qu'à l'inverse les jeunes sont beaucoup aidés :

« Si quelqu'un s'installe dans mon coin, un jeune, il a 50 000 euros de la CNAM, il a 15 000 euros du Conseil départemental, il a s'il le souhaite une assistante médicale payée par la CNAM, comme je suis en zone de revitalisation rurale, il ne paye pas d'impôt sur le revenu pendant cinq ans, donc je ne sais pas si on peut faire mieux au niveau financier. En revanche, moi qui ai 59 ans, qui fais les gardes de régulation, qui fais les gardes fixes, je n'ai rien. J'ai ma consultation à 25 euros et je paye mes impôts plein pot depuis 28 ans. »

Médecin généraliste en cabinet

Encourager l'installation des jeunes dans les zones géographiques où l'on a besoin d'eux est légitime, mais il est essentiel aussi, dans les prochaines années, de s'appuyer sur les médecins senior qui sont encore nombreux aujourd'hui, de reconnaître leur contribution et de faciliter leur maintien même partiel en exercice.

Enfin la concurrence peut s'opérer aussi entre les solutions techniques et humaines.

Dans la situation où nous nous trouvons de tension sur l'offre médicale, la télémédecine peut apporter une valeur ajoutée évidente au patient et faire gagner du temps au médecin. Elle est de plus en plus utilisée, pour une coordination en temps réel des professionnels (par exemple avec des infirmiers à domicile ou en Ehpad en liaison avec le médecin), ou pour des téléconsultations assistées. Et l'on voit des initiatives intéressantes de pharmaciens qui, en accord avec le ou les médecins de la commune, ont installé une cabine de téléconsultation pour les soulager et leur permettre de se consacrer à la patientèle qui a le plus besoin d'eux, en dérivant certaines demandes sur ce canal de consultation⁵⁶. De façon générale, les dispositifs médicaux (DM) innovants et DM numériques peuvent également constituer des outils indispensables pour aider les soignants dans leur pratique et améliorer l'efficacité du système de santé.

Mais l'on peut craindre aussi, et c'est le constat fait dans un certain nombre de territoires, que face à l'urgence ressentie, ces solutions numériques soient installées de manière unilatérale et désordonnée, avec une absence de concertation et de recherche de complémentarité avec les professionnels locaux⁵⁷.

« tout le problème des territoires désertifiés, c'est que cela va très vite. Ça incite aussi certains professionnels à s'installer mais ce sont des mercenaires et c'est n'importe quoi. Il n'examinent même plus les gens. C'est affolant ! [...] Toutes les pharma se sont équipées en cabine de téléconsultation. On récupère aussi les bavures des téléconsultations avec des patients qui ont des insuffisances rénales... c'est catastrophique ! On essaie

⁵⁶ Il est aujourd'hui possible pour les patients d'effectuer des téléconsultations en pharmacie, avec l'aide d'un pharmacien. Les modalités sont définies dans l'avenant 15 à la convention des pharmaciens d'officine. [avenant15 convention nationale pharmacien.pdf \(ameli.fr\)](#)

⁵⁷ C'est pourquoi certains proposent que pour les cabines de télémédecine en officine, actuellement non régulées, toute aide publique soit conditionnée à la conclusion d'un accord avec la CPTS territoriale (lorsqu'elle existe).

en lien avec les CPAM et le Conseil de l'Ordre de mettre un dispositif plus cadré, plus qualitatif – des téléconsultations assistées avec des infirmières. »

MG, présidente CPTS

Toutes ces concurrences et surenchères peuvent conduire, si l'on n'y prend garde, à creuser les inégalités et à renforcer encore l'absence d'organisation et de structuration des soins de proximité. S'il est nécessaire de trouver des solutions rapides pour faire face à la situation de crise que vivent aujourd'hui un certain nombre de territoires, il faut aussi que ces solutions n'aient pas pour résultat de freiner les adaptations de long terme qui sont nécessaires.

Car il est essentiel, même en étant mobilisé sur les problèmes immédiats, de se projeter sur ce temps long. Les décennies passées nous ont montré l'impact délétère d'une forme de myopie collective qui a amené, en matière de démographie médicale, à une politique de *stop and go* aujourd'hui unanimement regrettée. Se doter d'une réelle capacité prospective est une condition pour ne pas réitérer cette expérience négative.

2.3. Reconnaître et organiser la responsabilité collective de l'accès aux soins dans les territoires

Pour assurer le service à la population, deux niveaux sont essentiels, qu'il est important de distinguer :

- celui de l'organisation des soignants, les effecteurs de soins qui fournissent concrètement les services au patient et à la patientèle, tels qu'ils ont été décrits ci-dessus ;
- celui de l'organisation collective sur un territoire plus large, au service de l'ensemble de la population.

Ces deux niveaux (que l'on qualifie souvent de « micro » et « meso » respectivement) opèrent de façon différente.

Le niveau micro (aujourd'hui un cabinet médical, infirmier, un cabinet de groupe, une maison de santé, un centre de santé...) est directement en contact avec le patient et organise son activité autour de sa patientèle.

Au niveau meso, les organisations ne sont pas des effecteurs de soins. Elles ont vocation à établir, avec les professionnels et les structures présents sur le territoire, des modes de fonctionnement collectifs permettant d'assurer que les services soient rendus à l'ensemble de la population (cf. partie 2.1.1.).

2.3.1. Installer une table de concertation départementale pour organiser la responsabilité collective de l'accès aux soins

La partie précédente a pointé les risques de concurrence entre territoires face à la crise, chacun cherchant à régler ses propres problèmes sans toujours y réussir (comme en témoignent des investissements dans des maisons de santé qui ne trouvent pas de médecins pour fonctionner). Dans la crise Covid, on a su organiser la solidarité en accueillant des malades venus de zones fortement touchées. Il convient de faire de même pour la crise de l'accès aux soins. Ceci impose de construire des solutions dans un cadre

territorial défini a priori⁵⁸ : le département apparaît de de point de vue le meilleur niveau. L'échelon géographique supérieur, la région, est trop éloigné du terrain pour cela. A l'échelon inférieur, celui des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) et des communes, les risques de surenchères et de concurrence sont plus importants : il est important d'organiser des réponses dans un cadre territorial suffisamment large, même si les solutions sont à trouver pour chaque territoire de vie-santé, de manière pragmatique et en impliquant les acteurs locaux qui apportent parfois de nombreuses solutions notamment par le biais des contrats locaux de santé ou des ateliers santé ville⁵⁹.

Le Hccam recommande de mettre en œuvre très rapidement, dans chaque département, une table de concertation départementale rassemblant les différents acteurs et devant définir, sur la base d'une identification fine des situations et de l'anticipation de l'évolution de l'offre sur les prochaines années, un plan d'action à court terme par territoire de vie-santé.

Le niveau départemental apparaît comme le meilleur niveau pour que les institutions et les parties prenantes :

- les élus (Départements et communes), ainsi que d'autres représentants des usagers et des assurés sociaux,
- la Délégation territoriale de l'Agence régionale de santé,
- la caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) et la Mutualité Sociale Agricole (MSA)
- les représentants des professionnels des secteurs sanitaire (CPTS, établissements, équipes de soins, Union régionales des professionnels de santé (URPS), syndicats, Ordres...), médico-social et social
- les représentants des universités,

puissent construire ensemble un panel de solutions localement adaptées, sur la base de diagnostics territoriaux, dans le cadre des orientations et des outils définis notamment par les conventions nationales entre l'Assurance Maladie et les organisations syndicales. On pourra s'appuyer sur les conseils territoriaux de santé (CTS) dont les missions de démocratie sanitaire et d'organisation du système seraient renouvelées, et auxquels un rôle plus actif serait confié.

S'il faut laisser les acteurs des territoires construire leurs solutions en fonction des ressources et de la disponibilité des acteurs locaux, il est aussi indispensable de mutualiser les expériences qui fonctionnent et d'avoir un retour sur les possibilités de transposabilité. Il s'agit de donner aux différentes parties prenantes autour de la table de concertation de la visibilité sur ce qu'il est possible de faire en se fondant sur les expériences mises en place dans les autres territoires⁶⁰. A cette fin, des dispositifs d'observation et d'évaluation permettant de capitaliser sur l'expérience acquise paraissent indispensables (cf. partie 4).

⁵⁸ Une possibilité serait de ne pas définir d'échelon géographique a priori, avec l'argument que les situations sont trop variables selon les territoires, en termes de densité de population, de milieu naturel... Le Hcaam considère au contraire qu'il est nécessaire de définir a priori le collectif responsable d'organiser la responsabilité de l'accès aux soins, si on ne veut pas qu'elle soit soumise aux aléas des mobilisations locales.

⁵⁹ Kendir C, Breton E, Le Bodo Y, Bourgueil Y., "Collaboration of primary care and public health at the local level: observational descriptive study of French local health contracts" *Primary Health Care Research & Development*, 2020, 21(e61): 1–11. doi: 10.1017/ S1463423620000559

⁶⁰ Dans l'esprit de « l'Observatoire des initiatives des territoires » mis en place par l'Ordre national des médecins pour référencer les dispositifs efficaces pour lutter contre la désertification médicale.

Il s'agit ici de co-construire des modalités d'organisation de la solidarité et de responsabilité collective pour garantir l'accès aux soins pour tous et partout et de définir collectivement les priorités en matière d'allocation des ressources, tous secteurs confondus (ville, établissements de santé et médico-social). L'ARS (plus précisément sa délégation départementale dont les moyens et les responsabilités devront être substantiellement élargis⁶¹) serait chef de file et garante de cette responsabilité collective avec la possibilité de la déléguer au département, à la Cnam ou à la MSA. Un fonds spécifique (qui pourrait être le Fonds d'intervention régional (FIR)) permettrait de mettre à disposition, dans des délais rapides et avec des procédures simplifiées, les moyens financiers nécessaires à la mise en œuvre de ces solutions, en assurant la péréquation entre territoires.

2.3.2. Aider les professionnels en place à s'organiser face à l'urgence

Dans beaucoup d'endroits, les professionnels s'organisent face à l'urgence : parfois pour mobiliser un groupe de médecins retraités depuis peu, qui accepte de reprendre du service dans une formule allégée, quelques jours par mois, dans des locaux mis à disposition par l'hôpital ; parfois pour soulager le seul médecin généraliste encore en fonction en installant une borne de téléconsultation dans la pharmacie du village ; parfois en organisant une solidarité territoriale entre deux maisons de santé pluriprofessionnelles, l'une venant aider l'autre, qui n'a plus de médecins généralistes, en envoyant des médecins consulter chacun une demi-journée ou une journée par semaine (alors qu'eux-mêmes sont surchargés de travail)⁶².

Des professionnels libéraux s'organisent également pour répondre à la demande de soins. Ainsi la fédération nationale des orthophonistes et les URPS orthophonistes proposent une mutualisation des listes d'attentes en mettant à disposition un site internet qui permet aux patients d'effectuer une demande unique de rendez-vous auprès des orthophonistes de leur secteur⁶³.

On pourrait citer nombre d'autres exemples⁶⁴, qui témoignent de la capacité d'initiative et de mobilisation des acteurs locaux pour faire face aux situations de pénurie et de surcharge de certains professionnels. Des manifestations de solidarité entre territoires se mettent en

⁶¹ Leurs missions doivent être précisées par décret en application de la loi 3DS du 21 février 2022

⁶² « À Hayange, les « papys docteurs » reprennent du service contre les déserts médicaux », *Le Parisien*, 1^{er} mars 2022. « Grand Villeneuvois : la téléconsultation, possible « palliatif » à la désertification médicale », *Sud-Ouest*, 22 mars 2022. « Casseneuil : des libéraux villeneuvois vont résorber le désert médical », *Sud-Ouest*, 25 mars 2022.

⁶³ Ce dispositif organisé par la profession elle-même est financé par les URPS orthophonistes.

[Accès aux soins – Fédération Nationale des Orthophonistes \(fno.fr\)](https://www.fno.fr/)

⁶⁴ Notamment :

- les groupes qualité, nés en Bretagne au début des années 2000 et diffusés dans plusieurs autres régions ; s'ils n'ont pas de caractère interprofessionnel, ils ont néanmoins constitué une forme novatrice d'échange de pratique entre médecins généralistes d'une même zone géographique, pour développer une démarche réflexive sur leur pratique et rompre l'isolement ;
- l'expérimentation Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), qui a outillé et financé l'évaluation par deux ou trois professionnels du risque de perte d'autonomie des patients âgés, et l'élaboration conjointe d'un plan personnalisé de santé formalisé. Un des apports de cette expérimentation a aussi été de permettre la rencontre entre les professionnels de santé sur un territoire à l'occasion de formations interprofessionnelles qui ont, de l'avis des participants, été un levier majeur pour renforcer la coordination.

place parfois spontanément, pour apporter de l'aide aux populations en grande difficulté, comme le montre l'exemple de la maison de santé ci-dessus (cf. Encadré 9).

Partout où c'est possible, il est souhaitable de s'appuyer sur le tissu d'offre existant et d'aider les professionnels en place à s'organiser, de les accompagner dans cette recherche active de solutions.

Les solutions opérationnelles qui peuvent être mises en œuvre, territoire par territoire, en concertation avec les acteurs locaux, peuvent puiser dans la palette de mesures présentée dans ce rapport. Il faut faire en sorte qu'elles puissent être mises en œuvre de façon très réactive, en mobilisant rapidement les moyens nécessaires et en fournissant des solutions clés en main.

Les CPTS, si elles sont suffisamment installées, peuvent être des facilitateurs. Dans le prolongement de l'avenant 2 à l'ACI signé le 20 décembre 2021, qui confie aux CPTS une nouvelle mission, de réponse aux crises sanitaires graves, le Hcaam recommande de donner aux CPTS déjà constituées une mission prioritaire : mission de crise sur l'accès aux soins. Dans les zones en difficultés, les CPTS pourraient, en fonction de leur degré de maturité, être l'interlocuteur actif des institutions (élus, ARS, Cnam, Université) pour trouver, avec les professionnels de terrain, les solutions opérationnelles pour garantir l'accès aux soins, conformément à leur rôle d'animation et de support auprès de ces professionnels de terrain. Il faut réfléchir aux ressources qui devraient leur être allouées pour qu'elles puissent jouer leur rôle de manière efficace, selon des modalités dont les principes auront été adoptés collégialement dans le cadre de la concertation départementale. A terme, en fonction de l'expérience, cette mission pourrait évoluer vers des missions de régulation de l'offre sur le territoire (cf. partie 3.3.2.).

Des opérateurs peuvent être également mobilisés. Ainsi parmi les solutions envisageables, des organisations comme l'association Asalée, qui est déjà opérationnelle, pourrait être utilisées pour recruter et former éventuellement des infirmiers qui pourraient venir rapidement exercer de façon conjointe avec les médecins en place (proposition d'un directeur d'ARS rapportée ci-dessous). Pour que ces solutions puissent être mises en place rapidement, un quota de postes serait à financer, sans contrepartie, dans les zones les plus en difficulté.

« Il faudrait créer un Asalée-bis pour déployer le modèle du binôme médecin-infirmier »

Directeur général d'Agence régionale de santé

Concernant plus particulièrement l'accès aux soins non programmés ou urgents, là encore des professionnels ont mis en place des solutions qui fonctionnent. Par exemple, un dispositif de régulation des appels (numéro unique) par des infirmières d'accueil et d'orientation au sein d'une MSP (cf. Encadré 9) ou des organisations dédiées. Ainsi, la MSP Faidherbe dans le 11^e arrondissement est organisée en 3 unités distinctes de médecine générale : (i) une unité « de la continuité des soins » qui fonctionne sur RDV les jours ouvrés ; (ii) une unité de soins non programmés qui fonctionne sans RDV chaque jour ouvré de 9h à 20h ; cette unité est couplée aux téléconsultations non programmées qui sont possibles de 9h à minuit 7/7j et (iii) une unité de permanence des soins ambulatoires qui fonctionne le soir de 20h à 23h30, les week-end et les jours fériés. Des téléconsultations sont également organisées au domicile des patients ou en EHPAD avec des infirmières équipées d'objets connectés⁶⁵. On peut également citer l'ouverture d'une

⁶⁵ La MSP comprend 8 employés et 31 professionnels. [Médecin De Garde | Maison De Santé Faidherbe | Paris \(maisondesantefaidherbe.fr\)](#).

Maison Médicale de l'Adulte au sein de la clinique du Val d'Ouest, dans la région Auvergne Rhône Alpes. Au sein de cette structure, des médecins généralistes reçoivent, sans rendez-vous, sur une plage horaire déterminée, des patients dont l'état nécessite des soins immédiats sans urgence vitale. Des actes de premier recours y sont pratiqués grâce à un plateau technique léger. Les patients peuvent avoir accès rapidement à des examens complémentaires, biologiques, de radiologie. L'établissement n'étant pas agréé service d'urgence, le médecin peut réorienter le patient vers une autre structure hospitalière où le plateau médico-chirurgical sera adapté à son état de santé.

Il convient d'organiser la responsabilité collective de l'accès aux soins dans les territoires en soutenant en priorité les solutions mises en place par les professionnels pour répondre à l'urgence. C'est l'objectif poursuivi par le Service d'accès aux soins (SAS), en cours de déploiement (cf. partie 1.2). Dans le cadre de la mission socle sur l'amélioration de la prise en charge des soins non programmés médicaux en ville, la CPTS, lorsqu'elle existe, participe au SAS en tant qu'effecteur privilégié, aux côtés des autres acteurs du territoire. La régulation médicale des demandes de soins non programmés est réalisée par le SAS dès lors qu'il en existe un sur le territoire. La CPTS organise ensuite à son échelle l'accès aux professionnels de santé pour les soins non programmés. Elle doit alors se coordonner avec le SAS pour définir les modalités de leur collaboration afin d'organiser la réponse aux demandes de soins en provenance du SAS (personnes contacts, modalités des réponses à apporter, liste de professionnels, structures organisées, etc.)⁶⁶. Il convient bien entendu de travailler ces procédures avec les patients pour qu'elles soient claires et bien acceptées (cf. partie 0).

D'autres initiatives des professionnels visant à améliorer la coordination des soins sont aujourd'hui en projet, en particulier l'Equipe de soins coordonnées avec le patient (ESCAP). Il s'agit d'un modèle de coordination ponctuelle, entre des professionnels qui ne s'engagent pas dans une relation suivie de coopération, pour un patient donné. Pour ce patient, le besoin de coordination est évalué par un professionnel sur la base d'une grille de critères, *via* une application mobile à laquelle il se connecte ; il prend alors contact avec les autres professionnels de santé (qui peuvent être désignés par le patient et peuvent inclure le médecin hospitalier), les échanges se faisant au travers d'un outil de communication numérique. Il n'y a donc pas d'équipe structurée et pérenne, la coordination se faisant au cas par cas, pour les patients qui le nécessitent, entre des professionnels qui peuvent exercer selon différentes modalités, y compris de manière isolée. Ce projet mobilise des outils numériques interopérables et facilitant la communication qui sont, de manière générale, une voie de progrès pour le système de santé, et peuvent effectivement constituer, pour le patient, un élément de fluidification de son parcours de soins qui peut être tout-à-fait bénéfique. Ce modèle, qui n'exige pas de transformation des modalités d'exercice ni de charge administrative importante, est en outre susceptible d'attirer rapidement, par sa simplicité et sa souplesse, un grand nombre de professionnels qui hésitent à s'engager dans des modalités plus exigeantes. Il peut ainsi leur donner le goût du travail en équipe, favoriser la connaissance mutuelle et inciter ces professionnels à développer entre eux des protocoles et des procédures de prise en charge partagées, s'engageant ainsi dans des relations plus étroites ; ce modèle peut dès lors constituer une étape vers des formes plus structurées offrant de plus larges possibilités de partages de compétences. Il convient ainsi de se donner les moyens d'objectiver l'apport de cette innovation organisationnelle à l'efficacité des parcours.

⁶⁶ L'avenant 2 à l'ACI CPTS précise l'articulation de la CPTS avec le SAS dans la prise en charge des soins non programmés médicaux.

Les Equipes de Soins Primaires Coordonnées Localement Autour du Patient (ESP-CLAP), qui sont également des modalités de coordination simples ne supposant pas de procédures administratives, rencontrent un important succès auprès de professionnels confrontés à des situations complexes notamment au domicile. Les ESP-CLAP sont développées de façon expérimentale en application de la loi du 26 janvier de 2016 en Pays de Loire, dans le cadre d'un partenariat entre les URPS et l'ARS⁶⁷, en s'appuyant sur une association régionale créée à cet effet. Elles sont désormais également déployées en région Centre Val de Loire (ESP-CVL) et en région Grand Est (ESP-CLIP) Elles s'adressent aux professionnels qui ne sont pas en MSP mais qui souhaitent formaliser et voir reconnaître leurs efforts de coordination. Sur la base d'un projet de santé, les professionnels sont rémunérés pour l'élaboration de plans personnalisés de santé, la tenue de réunions de concertation pluri-professionnelles (en présence du patient ou pour améliorer globalement leurs pratiques) ou l'élaboration de protocoles pluri-professionnels. L'évaluation de ce dispositif montre le développement de d'échanges plus structurés et plus réguliers entre professionnels, qui déclarent également mieux se connaître, travailler dans un climat de confiance renforcé. Ils témoignent d'une prise en charge plus rapide et du sentiment d'une meilleure qualité des soins pour les patients. L'évaluation du vécu et de l'impact pour les patients comme sur les parcours de soins reste à mener.

2.3.3. Mettre en place, en cas de constat de carence, une offre organisée

S'il faut en priorité mobiliser les professionnels ambulatoires, les soutenir dans leur recherche de solutions, ces dynamiques professionnelles ne sont pas partout présentes, et on ne peut pas laisser les populations sans solution ou laisser les services d'accueil d'urgence des établissements de santé garantir à eux seuls le principe d'égal accès aux soins pour tous et le droit à la protection de la santé. Sur le terrain, beaucoup d'initiatives sont prises.

C'est ce constat de carence qui a conduit le Conseil départemental de Saône et Loire à créer le centre départemental de santé, décrit plus haut : le Conseil départemental a réussi, avec un portage politique très fort qui a donné de l'élan à l'initiative et un portage administratif efficace, à impulser la création rapide d'une offre supplémentaire, qui se positionne en subsidiarité par rapport à la médecine libérale, et avec une réversibilité si cette dernière se développe. 24 000 patients (soit près de 5 % de la population) ont un médecin traitant dans ce centre.

Cette expérience est riche d'enseignements. Elle montre que des actions peuvent être réalisées à relativement court terme, dès lors que tous les acteurs du territoire sont associés dans une démarche commune (ici l'ARS, la Cnam, les collectivités locales du département) ; elle montre aussi qu'un cadre de travail qui décharge les professionnels des aspects administratifs et logistiques est attractif ; enfin elle est intéressante par son approche complémentaire de la médecine libérale, venant en substitution là où elle fait défaut, mais aussi réversible.

Cette voie est également empruntée par des régions, comme l'Occitanie qui crée un groupement d'intérêt public dédié pour mailler de centres de santé les territoires déficitaires, en recrutant des médecins et infirmières en pratique avancée. En région Centre-Val de Loire, un groupement d'intérêt public, Pro Santé, a été créé entre le Conseil régional, des collectivités territoriales et des associations ou structures liées à la santé, avec le même objectif.

⁶⁷ <https://www.esp-clap.org/le-dispositif-esp-clap/>

En Rhône-Alpes, avec l'aide de l'ARS, la transformation du service d'accueil des urgences du Centre hospitalier (CH) de Rumilly en service de soins non programmés a permis de déployer une offre médicale de proximité adaptée au territoire. Ce service a l'appui d'un plateau technique de diagnostic (radiologie, échographie, laboratoire, salle de plâtres...), accueille sans rendez-vous du lundi au vendredi, de 8h à 20h. Trois médecins généralistes prennent en charge les patients et travaillent avec un infirmier pour réaliser des actes techniques, comme la pose de plâtres, des prises de sang ou des points de suture. C'est le même constat de carence qui a conduit l'ARS Nouvelle Aquitaine à proposer d'organiser une offre de soins dans les territoires déficitaires à partir des hôpitaux publics (cf. Annexe 5 – Cahier des charges pour des centres de santé publics en Nouvelle Aquitaine).

Mais d'autres opérateurs peuvent aussi être mobilisés : en Mayenne, c'est un groupe mutualiste qui ouvre des « centres médicaux de proximité » avec des médecins retraités qui reprennent une activité sous forme de vacations, des médecins qui souhaitent diversifier leur activité et des internes.

Développer une offre de soins itinérante, notamment dans les territoires ruraux, fait aussi partie du panel de solutions possibles. Le dispositif « *Médicobus* », cabinet de consultation itinérant afin d'aller à la rencontre de personnes isolées a ainsi été mis en place dans l'Orne, en coopération avec la préfecture, l'ARS et les acteurs de la santé du département⁶⁸.

Les solutions peuvent donc être diverses. Là encore, il est essentiel de ne pas opposer les formes juridiques, l'exercice libéral ou salarié, et d'accepter différents modèles pourvu que le service à la population soit rendu. Fournir une palette de modes d'exercice possible permet d'ailleurs de répondre à la variabilité des aspirations des professionnels, qu'il faut reconnaître.

« Un territoire qui tire son épingle du jeu est celui qui offre toute la gamme d'exercices possibles »

Directeur général d'Agence régionale de santé

Dans tous les cas, ces organisations doivent aussi permettre à chaque profession de tirer le meilleur parti de ses compétences, *via* le partage des tâches et la mobilisation de profils administratifs pour décharger les soignants de ces activités, afin d'optimiser le temps de chacun.

Face à un constat de carence, il est donc indispensable d'identifier ou de constituer, de façon concertée, un ou des opérateurs structurés, pour prendre la responsabilité d'organiser les soins dans les territoires déficitaires et de déployer ces solutions opérationnelles, qui peuvent être transitoires et durer le temps que les autres acteurs s'organisent pour répondre au besoin. L'opérateur peut être public ou privé. Il peut être une des institutions impliquées dans la concertation (cf. partie 2.3.3.), celle qui paraît la

⁶⁸ Cité dans le rapport du Sénat « Les collectivités à l'épreuve des déserts médicaux : l'innovation territoriale en action » – octobre 2021. Le développement de la médecine foraine ou itinérante est également une proposition préconisée par le député Jean-Pierre Cubertaon dans un rapport remis au premier ministre en septembre 2021 « Action publique & ruralité à l'ère de la différenciation » (mesure 27) ainsi que dans le rapport d'information « Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard » du 29 mars 2022 (proposition 22). L'article R.4127-74 du code de la santé publique (Article 74 du code de déontologie) a été modifié pour permettre aux conseils départementaux de l'ordre d'accorder des dérogations au principe d'interdiction de la médecine foraine, dans l'intérêt de la santé publique.

plus capable de mettre en œuvre les actions concrètes envisagées. Il peut intervenir sur la base d'une contractualisation sur des objectifs.

Cet opérateur pourrait agir en support aux professionnels de santé pour les aider à s'organiser et / ou en substitution (comme les centres de santé du département de Saône-et-Loire ou du Groupement d'intérêt Public (GIP) Pro-santé du Centre - Val de Loire). Support et substitution sont complémentaires, par exemple dans les cas où l'offre de soins par l'opérateur accroît l'attractivité du territoire pour les professionnels libéraux, qui risquent moins d'être débordés par les demandes des patients, cette attractivité retrouvée pouvant conduire *in fine* au retrait de l'opérateur.

2.4. Les acteurs qui se mobilisent montrent qu'il est possible d'agir localement et rapidement

2.4.1. Garder en exercice le maximum de médecins possible et accueillir les jeunes professionnels

Pour franchir le cap des dix prochaines années, en attendant que l'augmentation des capacités de formation produise ses effets, il faut maintenir les médecins en activité le plus possible. En particulier, dans les zones en difficulté, maintenir les médecins en activité au-delà de 65 ans est un enjeu majeur, compte tenu de l'effectif qu'ils représentent aujourd'hui. Ceci suppose de créer des conditions favorables au maintien en activité, ainsi qu'au le cumul emploi retraite.

Il faut en parallèle mettre en place des conditions d'exercice qui préparent le relais par les jeunes professionnels, le lien avec l'université, la possibilité d'être terrain de stage, d'accueillir des étudiants et des internes. Par exemple, il faut inciter les praticiens à franchir le pas avant la retraite pour créer des MSP, pour accueillir des internes qui pourraient ensuite continuer à exercer dans la structure. En effet, les modes d'exercice collectif correspondent aux aspirations des jeunes médecins et sont susceptibles de favoriser leur installation (cf. partie 3.2.1.), de même que les possibilités de diversifier les formes d'exercice, i.e. d'allier consultations au cabinet, emploi ou vacations en établissements de santé ou médico-sociaux, enseignement, recherche, missions de santé publique, activités au niveau « méso » de l'organisation des soins... (cf. partie 4). Il convient par ailleurs de lever, dans les zones sous-denses, les obstacles matériels pour les internes, notamment en leur fournissant un logement.

On voit aujourd'hui se multiplier des initiatives locales. Certaines reposent sur la bonne volonté de quelques médecins désireux d'apporter une aide, et qui organisent des dispositifs pour accueillir des médecins retraités à temps partiel, en collaboration avec l'hôpital qui peut fournir des locaux et des contrats. D'autres sont à l'initiative de groupes mutualistes, ou parfois de CPTS :

Aujourd'hui, franchement, il faut créer de nouveaux modèles, et je crois que le nouveau modèle, (...), c'est un centre de santé avec une bonne participation d'infirmières IPA à l'intérieur, un accompagnement et un panachage vieux et jeunes médecins. (...) Je suis en train de recruter à la fois des vieux et des jeunes médecins pour le centre de santé. (...) Dans ma commune, j'ai 45 médecins, j'en ai 20 qui partent dans les deux trois ans. La solution, c'est que les 20 qui partent continuent à

travailler un petit peu, mais qu'ils continuent à travailler sur un mode salarié. »

Médecin généraliste, secrétaire de CPTS

En acceptant de rester en activité dans un moment où on a plus que jamais besoin d'eux, ces médecins en fin de carrière ou retraités témoignent de leur solidarité vis-à-vis de la population et de leurs confrères.

Dans toutes ces expériences, ce qui permet d'envisager un maintien en exercice des médecins seniors (quelle que soit la modalité, report de l'âge de la retraite ou cumul emploi – retraite), ce sont des formules allégées qui sont proposées : engagement de temps limité, choix de son organisation horaire, salariat qui libère des charges de gestion, pas de participation à la permanence des soins, etc. Là aussi, il faut des conditions attractives, y compris ne pas être isolé, contribuer à un projet motivant, etc.

Ces initiatives sont à soutenir dans le cadre de l'organisation départementale évoquée plus haut, mais aussi au niveau national. Il faut encourager, y compris avec des aides financières, les initiatives locales prises pour accueillir des médecins en fin de carrière qui souhaitent des modalités de travail allégées, ou des médecins retraités qui acceptent de continuer à travailler à temps partiel. Le maintien en exercice libéral ou salarié à temps partiel et le cumul emploi retraite doivent être facilités en compensant une part de la perte de revenus liée aux charges fixes ou par des allègements de charges.

Ces mesures avaient déjà été proposées par le rapport d'Elisabeth Hubert en 2010⁶⁹. Certaines d'entre elles seraient des mesures exceptionnelles, temporaires, pour passer le cap des prochaines années et éviter d'amplifier encore la crise démographique que nous connaissons⁷⁰.

Il faut poursuivre les efforts pour permettre l'accès à une formation continue de qualité pour l'ensemble des médecins, quel que soit leur mode d'exercice, en mobilisant notamment le Développement Professionnel Continu (DPC) et demain la certification périodique. Cette formation devrait pouvoir se réaliser en complémentarité avec l'université afin de permettre aux jeunes professionnels d'acquérir une compétence supplémentaire s'ils le souhaitent pour s'adapter à la demande du territoire où ils exercent. Les formations sont aujourd'hui en silo, avec d'un côté des médecins hospitaliers qui se forment sur leur lieu de travail ou par des staffs pluridisciplinaires, et de l'autre des médecins libéraux recourant très ponctuellement au développement professionnel continu, malgré un souhait exprimé de pouvoir se former plus.

Un autre aspect, peu étudié, est celui de l'inadéquation entre la demande de soins sur certains territoires et l'offre proposée, qui place souvent les jeunes médecins dans des situations très complexes à gérer en début de carrière. Comment proposer de nouvelles modalités de travail à des collectivités qui ont le souvenir d'une pratique médicale ancienne, avec des horaires très extensifs, pratiquée par des hommes, pour lesquels l'investissement dans la vie du ménage était plus secondaire. Aujourd'hui, et c'était un rattrapage nécessaire, la médecine se féminise, les rôles s'équilibrent dans les familles, entraînant naturellement des disponibilités moins importantes pour les médecins en poste, position malgré tout difficile à tenir pour beaucoup d'entre eux, par déontologie. Cela

⁶⁹ E. Hubert, Mission de concertation sur la médecine de proximité, 2010

⁷⁰ Le rapport de la Mission flash sur les urgences et les soins non programmés indique : « nombre de ces nouveaux retraités se disent prêts à exercer à temps partiel, pour peu que les conditions soient simples, souples et incitatives. La voie du salariat est souvent privilégiée à ce titre pour des raisons de commodité, mais une mesure pour ouvrir le champ de l'exercice libéral des retraités de juillet à fin septembre apparaît nécessaire ». Il recommande ainsi de permettre cet été « l'exercice libéral des médecins retraités sans assujettissement CARMF ni URSSAF, dans la limite d'un plafond et sur le modèle mis en place durant la crise sanitaire Covid-19. ».

entraîne des conséquences en chaîne, risques psychosociaux, épuisement professionnel, jusqu'au « retrait de plaque ».

Il faut de façon générale proposer une simplification administrative drastique, un médecin doit pouvoir s'installer en remplissant le minimum de documents, et sans doubler entre les différentes instances : ordre professionnel, ARS, URPS, etc...

2.4.2. Optimiser l'utilisation du temps médical disponible et tirer le meilleur parti des compétences de chaque professionnel

C'est là l'enjeu majeur dans les années qui viennent : il faut tirer le meilleur parti des compétences de chaque profession, accroître la productivité du système de façon à soigner plus de patients avec des effectifs de médecins en diminution.

Cela ne semble pas impossible si nous regardons ce qui se passe autour de nous. En France, un médecin généraliste aurait à suivre, si toute la population était inscrite auprès de l'un d'entre eux, une patientèle de 1 300 personnes en moyenne⁷¹. C'est sensiblement moins que ce que l'on peut observer dans d'autres pays où pourtant, les soins primaires jouent un rôle pivot très important, comme le Danemark (1 600 patients en moyenne), l'Angleterre (plus de 2 000) ou les Pays-Bas (2 200 patients)⁷².

Il faut décharger les praticiens des tâches administratives et de coordination⁷³ pour qu'ils puissent se centrer sur les soins aux patients. Mais au-delà, les activités de soins peuvent également être organisées différemment avec d'autres professionnels, pour que chacun se concentre sur les activités correspondant à son niveau d'expertise.

Pour optimiser le temps de chacun, un levier puissant réside en effet dans l'organisation du travail et la répartition des tâches, en s'appuyant également sur les outils numériques, l'interopérabilité des systèmes d'information entre l'ensemble des acteurs, y compris entre les soins ambulatoires et les établissements de santé. C'est le cœur des propositions de moyen terme détaillées dans la partie 3, qui évoquent également les questions de rémunération.

⁷¹ Cet effectif de 1 300 patients par médecin résulte simplement du rapport entre la population française totale (67,8 millions de personnes au 1^{er} janvier 2022) et le nombre de médecins généralistes en exercice ; la CNAM en dénombre aujourd'hui 52 000, qui ne déclarent pas de modes d'exercice particulier tels qu'acupuncteur, homéopathe... Ce chiffre est très inférieur à l'effectif total des médecins qualifiés en médecine générale tel que dénombré dans le répertoire partagé des professionnels de santé. En effet, beaucoup exercent dans d'autres secteurs.

Ce n'est pas le nombre moyen de patients réellement inscrits auprès d'un généraliste comme médecin traitant : celui-ci est d'environ aujourd'hui environ 1 050 patients, dont 940 adultes et 110 enfants.

⁷² E. Hubert notait ainsi : « dans deux domaines souvent cités comme étant les parents pauvres de notre système de santé, et dans lesquels il est vrai, la France peine à trouver ses marques, la prévention primaire et l'éducation thérapeutique des malades chroniques, les tâches exercées relèvent des médecins alors que d'autres professions de santé seraient en mesure d'en prendre en charge une partie significative, avec au moins autant d'efficacité. Certaines expériences étrangères ont montré que certaines d'entre elles, les infirmières notamment, assument ce type d'activité. » *Mission de concertation sur la médecine de proximité*, 2010

⁷³ Sur les 54 heures de travail moyennes par semaine des médecins généralistes libéraux, 5 heures et 30 minutes sont consacrées aux tâches de gestion et de coordination : H. Chaput, M. Monziols, L. Fressard, P. Verger, B. Ventelou, A. Zaytseva, « Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine », Drees, Etudes et résultats, 2019

Certaines de ces mesures sont déployables à très court terme notamment le développement des protocoles de coopération nationaux autorisés pour les structures d'exercice coordonnées et en libéral (cf. Encadré 10)⁷⁴.

Encadré 10 – Exemples de protocoles de coopération y compris les soins non programmés⁷⁵

- Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ;
- Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ;
- Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ;
- Réalisation du frottis cervico-utérin (FCU) de dépistage du cancer du col de l'utérus par l'infirmière du centre de santé ;
- Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ;
- Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ;
- Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ;
- Prise en charge des plaies chroniques des membres inférieurs et du pied diabétique par un(e) IDE ;
- Evaluation et suivi de plaies complexes et/ou à retard de cicatrisation par un(e) infirmier(e) expert(e) en plaies et cicatrisation dans le cadre d'un réseau pouvant fonctionner en télé-médecine ;
- Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé.

Des protocoles locaux à l'initiative des professionnels peuvent également être proposés. On peut citer l'expérimentation OSyS (financée dans le cadre de l'article 51⁷⁶) en Bretagne qui vise à apporter par des pharmaciens d'officine localisés en zone de sous-densité

⁷⁴ Le rapport de la Mission flash sur les urgences et les soins non programmés recommande de permettre, dans les zones rurales et semi rurales les plus sous dotées en médecin généraliste traitant, « à titre dérogatoire et temporaire pour les 3 mois d'été, une mise en place simplifiée des 6 protocoles soins non programmés, consistant en un engagement signé du protocole par les professionnels désireux de s'y inscrire ensemble, quel que soit leur mode d'exercice. Cet accord formel devra être signé entre un professionnel de santé (pharmacien, infirmier ou kinésithérapeute) et un médecin généraliste traitant du territoire. La transmission du protocole à l'ARS permettant ensuite de facturer à celle-ci les actes effectués payables via le FIR). Au besoin, les collectivités locales peuvent être appelées à fournir des locaux, équipements et moyens humains de nature à faciliter cette activité. ». L'instruction ministérielle du 10 juillet 2022 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la Mission flash pour les soins urgents et non programmés pour l'été 2022 autorise une mise en place simplifiée des protocoles de soins non programmés non plus dans le seul périmètre des MSP et CDS mais dans celui, plus large, des CPTS ayant signé un ACI avec l'assurance maladie ou dont le projet de santé a été validé par l'ARS. Le rapport recommande d'« atterrir rapidement, notamment si l'expérimentation de la simplification de l'été sur les protocoles de coopération s'avère concluante, sur les délégations de gestes, d'actes, de compétences entre les professionnels de santé, sous la coordination du médecin traitant, en compensant une éventuelle perte de revenus ».

⁷⁵ Les protocoles nationaux de coopération - Ministère des Solidarités et de la Santé

⁷⁶ Cf L'Atlas du 51

médicale, une réponse aux patients pour des situations de premier recours, de manière à décharger les médecins généralistes situés dans ces zones. Il s'agit de détecter les situations à risque, d'orienter rapidement le patient, de faciliter l'accès à un professionnel de santé et d'éviter un passage inutile aux urgences. Après un entretien avec le patient, le pharmacien, arbres décisionnels à l'appui, peut conseiller au patient un médicament adapté (hors prescription médicale obligatoire), l'adresser vers un médecin généraliste ou l'envoyer vers un service d'urgence. Cette stratégie est proposée pour treize symptômes appelés « situations de triage » : rhinite, douleur pharyngée, douleur lombaire, diarrhée, vulvo-vaginite, céphalée, constipation, douleur mictionnelle, conjonctivite, piqûre de tique, plaie simple, brûlure au 1er degré, dyspepsie fonctionnelle. De façon générale, le développement de la pharmacie clinique en ville⁷⁷ constitue un des leviers pour libérer du temps médical. Cette mission existe (bilan de médication, pharmacien référent) et des outils technologiques sont disponibles mais elle est insuffisamment déployée.

Le rapport de l'Igas⁷⁸ indique, concernant les protocoles de coopération : *« Tels qu'ils avaient été présentés à l'origine, ces protocoles devaient constituer des expérimentations pouvant déboucher sur l'intégration de nouvelles compétences dans la formation initiale et la révision des décrets d'actes des professions faisant l'objet de la délégation. On constate que les protocoles existants n'ont conduit à aucune modification pérenne des décrets d'acte ou de compétence des professions socles concernées. Ces protocoles restent donc dans un exercice dérogatoire, sans élargir les compétences du métier socle. Dans la pratique, de nombreux protocoles ont une portée trop contextualisée pour faire l'objet d'une généralisation et, à l'exception du protocole Asalée, les protocoles nationaux qui concernent les infirmiers impliquent une proportion trop faible de professionnels ou demandent une formation trop spécifique pour qu'on puisse vraiment envisager de les inclure dans la profession socle sans prévoir, en plus d'une évolution de la formation initiale, des formations complémentaires pour que les infirmiers déjà diplômés puissent les exercer. Dans certains cas, la pérennisation des protocoles débouche plus naturellement sur l'émergence d'une nouvelle forme d'exercice que sur l'évolution des compétences socles. La création de certaines mentions IPA s'inspire ainsi de protocoles préexistants. La mission considère qu'il serait pertinent que le Comité national des coopérations interprofessionnelles (CNCI) établisse une grille de critères permettant d'identifier les protocoles les plus susceptibles de sortir d'un cadre dérogatoire pour être pérennisés, soit dans les compétences de la profession socle, soit dans le cadre d'une pratique avancée. »*

Toutes les initiatives permettant le développement des coopérations et le partage d'activités entre professionnels doivent être accélérées et diffusées plus rapidement dans le système, tout en restant attentif à l'égalité de prise en charge des patients selon la structure d'accès aux soins. Le cadre de droit commun fournit d'ores et déjà de nombreuses possibilités. Par ailleurs, les cahiers des charges des expérimentations étant publics, il est

⁷⁷ « les actes de pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé. Le pharmacien exerce en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et ses aidants » (Société française de pharmacie clinique). Des actions se sont développées depuis la loi HPST : bilan de médication, suivi des patients atteints de certaines pathologies (asthmes) ou prenant certaines thérapeutiques (AVK), vaccination, prévention de la iatrogénie médicamenteuse, lutte contre les addictions, réalisation de TROD... Le dispositif de pharmacien correspondant permet au pharmacien, avec l'accord du médecin et dans le cadre d'une structure d'exercice coordonné, de renouveler périodiquement des traitements chroniques (sur un an maximum), et d'ajuster, au besoin, leur posologie.

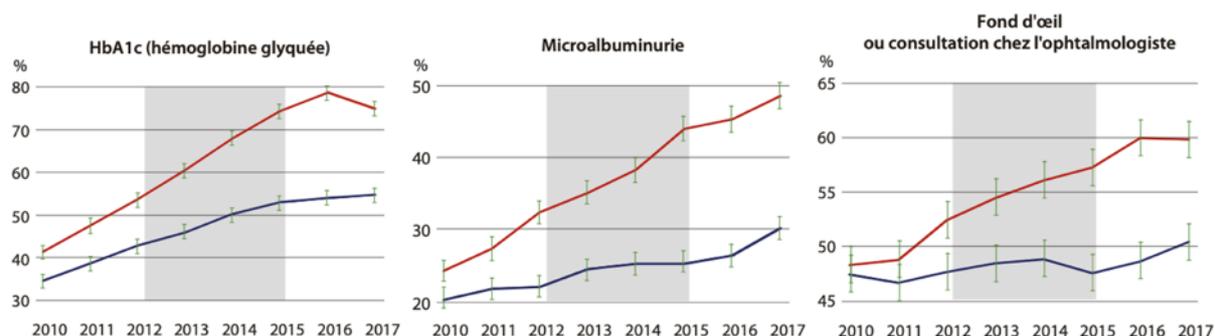
⁷⁸ Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé, op cit.

possible de mobiliser localement les différents modèles pour lesquels il n'existe pas d'obstacle légal (i.e. qui n'impliquent pas de dérogation organisationnelle), avec un financement du Fonds d'intervention régional (FIR) sous forme de dotation, en fonction des contextes locaux et des capacités des professionnels à s'organiser.

Pour accroître les services rendus à la population et gagner du temps médical, il faut améliorer l'organisation de la consultation, le suivi des malades chroniques, des parcours de soins, etc. ; c'est ce que montrent les exemples dans lesquels des médecins travaillent quotidiennement, d'une part avec des infirmières Asalée (cf. Encadré 2) ou des IPA, ou encore en exercice conjoint avec des infirmières (cf. Encadré 11), d'autre part avec des assistants médicaux⁷⁹.

Ainsi, on dispose maintenant de plusieurs évaluations de la coopération médecin-infirmière dans le cadre d'Asalée. Les plus récentes montrent que le suivi conjoint des patients par le médecin et l'infirmière améliore les résultats de soins pour les malades chroniques (ce qu'on observe par exemple pour les patients diabétiques sur un ensemble d'indicateurs, dont seulement quelques-uns sont rapportés ci-dessous). Les infirmières Asalée, en assurant une partie du suivi des malades chroniques, permettent également aux médecins de suivre un plus grand nombre de patients⁸⁰.

Figure 6 - Tendances sur la période 2010-2017 pour trois indicateurs de suivi



⁷⁹ Exemples de témoignages :

« Je divise la durée de certaines consultations par deux grâce à mon assistante médicale (...) Elle travaille avec moi le matin jusqu'en début d'après-midi. Je constate que le matin je vois 4,5 voire 5 patients à l'heure alors que l'après-midi je n'en vois que 3,8. » Source : <https://www.egora.fr/actus-pro/conditions-d-exercice/61659-je-divise-la-duree-de-certaines-consultations-par-deux-grace-a?nopaging=1>

« Les assistants médicaux ont plusieurs profils (...) j'avais choisi une infirmière qui avait déjà vingt ans d'ancienneté (...). Et donc, ça m'a changé la vie, je me demande pourquoi je n'ai pas fait ça quand j'avais mes enfants qui étaient petits. (...) Elle me fait gagner cinq à dix minutes par consultation : par exemple, pour les renouvellements qu'ont les personnes âgées, qu'on voit deux ou quatre fois par an, elle les prend en premier et regarde le dossier médical. Pour les diabétiques, elle vérifie s'ils ont bien fait leur prise de sang, leur fond d'œil. (...) Elle prend la tension, elle les pèse, les interroge (...) ça me permet de voir cinq ou six patients de plus par jour, sans travailler plus, sans que mon amplitude horaire soit augmentée. Ensuite, elle peut faire des électrocardiogrammes (...), elle fait tous les papiers comme les arrêts de travail, les bons de transport par internet. Elle fait aussi des bilans mémoire. » Propos recueillis lors des entretiens (Médecin généraliste exerçant conjointement avec une infirmière).

⁸⁰ : Loussouarn C., Franc C., Videau Y., Mousquès J., « Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins », *Revue d'économie politique*, 2019

Au-delà de ces expériences limitées, il faut donc diffuser plus largement ce que l'on peut appeler un premier niveau d'équipe, équipe de médecins traitants, infirmiers et assistants collaborant étroitement au quotidien au service d'une patientèle commune, pour utiliser de manière optimale les compétences de chaque professionnel, assurer à la population des services aujourd'hui insuffisamment développés en ambulatoire tels que la prévention, l'éducation thérapeutique, et répondre avec un nombre moindre de médecins généralistes à la demande croissante des patients.

Ceci suppose :

- d'accélérer le développement des assistants médicaux administratifs ; ce nouveau métier permet, l'expérience des 3 000 premiers contrats le confirme, de faciliter l'exercice du médecin et d'optimiser le temps médical, en prenant en charge des tâches administratives, de gestion du dossier du patient, de préparation de la consultation, d'organisation...
- de renforcer et diversifier les rôles infirmiers, en s'appuyant sur l'expérience des infirmiers Asalée et des IPAs⁸².

Pour les infirmières, l'exercice conjoint avec le médecin correspond essentiellement à des missions nouvelles par rapport à celles qu'exercent les infirmières aujourd'hui et constitue un élargissement de la palette des activités infirmières en ambulatoire⁸³ : participation à la consultation au cabinet, éducation thérapeutique, suivi et coordination du parcours du patient (notamment lien avec l'hôpital pour l'entrée et la sortie d'hospitalisation), prévention, analyse des dossiers patients pour repérer les écarts aux soins recommandés, pour évaluer la qualité des soins, etc. Selon l'organisation choisie par l'équipe et les compétences disponibles, elle peut inclure une intervention en première ligne et une gestion complète de certaines situations.

Les visites au domicile des patients et la réalisation de soins n'entrent pas dans le cadre de l'exercice conjoint avec le médecin, mais les infirmières peuvent bien-sûr partager leur temps entre ces différentes activités. Rappelons que le Hcaam a par ailleurs proposé d'inscrire à la nomenclature des prestations nouvelles, notamment de la prévention et de l'éducation thérapeutique en ambulatoire, à condition qu'elles s'inscrivent dans des protocoles issus de référentiels, mis en œuvre par des équipes qui conventionneraient avec l'Assurance maladie (cf. Encadré 8).

Cette fonction est distincte de celle de l'assistant médical administratif ; les deux fonctions sont nécessaires, la présence d'un assistant administratif permettant à l'infirmière de se concentrer sur son cœur de métier. Aujourd'hui, quelques infirmiers ont été recrutés dans des cabinets médicaux grâce aux financements accordés au titre des assistants médicaux, mais le contenu des métiers est évidemment très différent et une clarification serait souhaitable de ce point de vue.

⁸¹ J. Gilles de La Londe, A. Afrite. J. Mousquès, « La coopération entre médecins généralistes et infirmières améliore le suivi des patients diabétiques. L'impact du dispositif Asalée », *Questions d'économie de la santé*, 2021

⁸² Le rapport de la Mission flash sur les urgences et les soins non programmés indique, concernant les infirmiers en pratique avancée sur le suivi des maladies chroniques : « Les IPA sont une mesure à moyen terme nécessitant une adaptation simultanée des conventions infirmière et médicale. L'existence d'un cadre de travail commun et concerté sera elle aussi déterminante. Ces mesures, pourtant essentielles pour redonner du temps médical, peinent à se déployer. Elles doivent être promues et certainement élargies et accélérées ».

⁸³ Des infirmières libérales pourraient d'ailleurs exercer à temps partiel ce type de fonction, comme c'est le cas dans certaines MSP pour la coordination des parcours.

Une réflexion est à mener sur le statut et le mode de rémunération de ces professionnels.

Une première option est celle du salariat, les modalités de recrutement pouvant être diverses. Dans les maisons de santé déjà bien structurées, la SISA peut être l'employeur. Les groupes de médecins pourraient aussi contractualiser collectivement avec l'Assurance maladie pour bénéficier de ressources partagées. Cependant, ils sont souvent réticents à embaucher du fait des responsabilités et risques supplémentaires associés à la gestion de ressources humaines, et la relation hiérarchique directe peut également être ressentie comme un frein pour les infirmiers.

De ce point de vue, une solution qui a fait ses preuves est celle d'une organisation tierce, sur le modèle d'Asalée : organisation qui non seulement décharge les médecins de la gestion financière et des ressources humaines, mais anime une communauté professionnelle, assure la formation continue, les échanges de pratique, etc. Un déploiement beaucoup plus large d'un tel modèle doit être privilégié.

L'option d'un statut libéral peut être aussi envisagée ; une réflexion plus approfondie serait dans ce cas nécessaire pour concevoir un mode de rémunération adapté à ces nouveaux rôles, qu'il faudra définir plus précisément et qui pourrait inclure une partie forfaitaire (cf. Encadré 8). On pourra notamment s'appuyer sur les bilans des expérimentations dans le cadre de l'article 51.

Ce premier niveau d'équipe peut être une étape vers des équipes structurées, si elle rejoint ultérieurement des équipes pluriprofessionnelles plus larges (cf. partie 3).

Il faudrait par ailleurs favoriser les recrutements de médecins généralistes remplaçants ou retraités par les équipes.

Encadré 11 – Expérience d'exercice conjoint médecin - infirmière décrit par le Dr Françoise Guillemot⁸⁴

« Le bilan de la mise en place de la nouvelle organisation (comparaison avant-après) apparaît très positif [...] Globalement le temps de consultation est passé de 2 640 heures en 2012 (temps médical uniquement) à 3 336 heures en 2016 (temps pour le binôme dont 936 heures IDE) [...] Les recettes nettes ont augmenté de 45% et le bénéfice net comptable de 25%). L'organisation en binôme permet de recevoir davantage de patients dans la journée et de répondre à davantage de soins non programmés et aux urgences qu'il n'était pas possible de traiter auparavant (sutures, plaies...). Le nombre de patients reçus par jour est passé de 35-40 patients à 45-50 patients. Cette organisation a également eu un impact positif sur la qualité de vie du médecin et de l'infirmière même si le temps de travail journalier n'a pas varié. Pour le médecin, la durée des congés est passée de 5 à 9 semaines et la charge mentale s'est améliorée en réduisant le poids de la charge administrative quotidienne. ».

« Comme il n'y a plus de médecins scolaires à 50 km à la ronde, on se rend compte qu'il y a plein de gamins en état de précarité scolaire et on insiste pour les voir une fois par an et on se rend compte de retards scolaires. Donc on les teste pour évaluer. Marie est une ancienne infirmière scolaire et je lui laisse du temps pour qu'elle examine les gamins et les teste... On repère plein de pathologies de l'enfant (troubles du spectre). Elle peut passer 30 à 40 mn pour évaluer l'enfant et ensuite je reste 10mn avec Marie, les parents et

⁸⁴ Françoise Guillemot, « Le binôme médical, concept d'unité fonctionnelle médicale », in *Les ressources humaines, levier de la transformation du système de santé*, Actes des séminaires Hcaam 2019-2020, pp. 53-55

l'enfant et je fais mon job pour repérer les troubles somatiques. Marie fait les lettres pour tous les acteurs (psychomot, etc.). Tout ce travail, qu'un MG ne peut pas faire. »

Encadré 12 - Proposition de l'Igas pour l'IPA praticien⁸⁵

Profil	Exercice préalable conférant une expérience approfondie de la relation patient et une très bonne connaissance du système de soin
Formation	Formation en sémiologie et analyse clinique Formation plus théorique centrée sur l'analyse diagnostique et la définition du traitement
Complémentarité apportée par rapport à l'intervention médicale	Rôle d'orientation initiale (appréciation de la nécessité du recours au médecin) Suivi approfondi au long cours de patients diagnostiqués dont la prise en charge nécessite un accompagnement spécifique Détection des situations justifiant le retour vers le médecin
Définition	Praticiens autonomes capables de diagnostiquer et de traiter des affections en fonction de directives reposant sur des données probantes (ex. : référentiels HAS)
Domaine de pratique Description du poste	Pratique de soins de santé complète, examen et évaluation autonomes des patients, y compris la mise en place d'un traitement La gestion des patients comprend l'autorisation de prescrire des médicaments et des produits thérapeutiques, d'orienter les patients vers d'autres services, de surveiller l'état général du patient et de détecter et traiter de nouveaux problèmes de santé aigus et chroniques, principalement dans les services de soins de santé directs Cette pratique inclut l'intégration de la formation, des recherches et du leadership, tout en mettant l'accent sur les soins cliniques directs
Champ d'intervention	Limité à des motifs de consultation simples ou un type de patientèle
Environnements de travail	Intervention de « première ligne » Plutôt basé en soins primaires ou à la frontière ville-hôpital et dans d'autres milieux pouvant inclure des soins de premiers recours (ex. : services d'urgences hospitaliers)
Exemple de répartition des mentions (actuelles et potentielles)	Urgences Soins primaires

⁸⁵ N. Bohic et al., *op cit*

Le travail en équipe resserrée avec d'autres professionnels (assistants, aides-soignantes, infirmières...) concerne évidemment aussi d'autres spécialités que la médecine générale. On peut citer :

- les ophtalmologues qui l'ont beaucoup développé (cf. partie 1.2). Le Syndicat national des ophtalmologistes (SNOF) fait état d'enquêtes montrant une diminution des délais de rendez-vous grâce au développement du travail aidé⁸⁶

- les hépato-gastro-entérologues, qui ont beaucoup de collaborateurs, en dehors même du personnel de bloc endoscopique, et qui souhaiteraient une formalisation de ces collaborations aujourd'hui informelles, à travers des postes dédiés d'assistant(e)s techniques, d'aides-soignantes ou d'IDE ainsi que d'IPA pour assurer le suivi et l'éducation thérapeutique des pathologies complexes

- les cardiologues, qui ont une demande de formation de professionnels (secrétaires, aides-soignantes ou IDE) pour les assister dans la réalisation d'examens complémentaires (ECG, Holter...) et d'IPA pour le suivi de l'insuffisance cardiaque, la gestion des anticoagulants, l'accompagnement thérapeutique de la prévention secondaire ou l'aide à la télésurveillance

Les chirurgiens-dentistes portent également un projet « d'assistant dentaire de niveau 2 » permettant à certains assistants dentaires de se voir reconnaître des compétences nouvelles (par exemple les détartrages) en principe dévolues aux dentistes, moyennant une exigence de formation complémentaire.

D'ores et déjà, 21% des assistants médicaux (soit 643 contrats) ont été recrutés par des spécialistes, principalement des cardiologues, des ophtalmologues et des pédiatres (cf. Encadré 3).

2.4.3. Améliorer la répartition géographique pour assurer une présence médicale sur tout le territoire

Si l'on peut estimer qu'en optimisant l'emploi du temps médical, les effectifs globaux de médecins généralistes pourraient être suffisants au niveau national, il reste néanmoins la question de la *répartition de ces effectifs sur le territoire*.

Concernant ce troisième objectif, il n'est pas certain qu'une solution souvent mise en avant et consistant à limiter l'installation dans des zones suffisamment pourvues soit de nature, à elle seule, à faire venir les professionnels dans les territoires les moins attractifs. En effet, aujourd'hui peu de zones sont réellement surdotées : en Ile de France par exemple, 62 % de la population réside en zone d'intervention prioritaire (7,6 millions d'habitants)⁸⁷.

Si d'autres leviers peuvent être mobilisés à plus long terme, à très courte échéance, il s'agit avant tout de favoriser la venue de professionnels dans des zones qui se désertifient, en proposant des conditions d'exercice attractives (même si ce n'est pas le seul facteur, car les conditions de vie plus globales, l'aménagement du territoire, les services disponibles

⁸⁶ <https://www.snof.org/public/defendre/les-d%C3%A9lais-dattente#:~:text=En%202021%2C%20dans%20le%20cas,un%20d%C3%A9lai%20de%208%20jours.>

⁸⁷ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/zonage-medecins-2022-carte-des-zones-concernees-par-les-aides-linstallation-et-au-maintien-des>

sont aussi déterminants ; ils le sont d'ailleurs plus, toute l'expérience internationale et les enquêtes le montrent, que les seules incitations financières)⁸⁸.

L'exercice multisites des médecins libéraux pourrait être favorisé en s'appuyant sur une coordination avec les professionnels de santé libéraux présents sur le territoire en tension. Les collectivités participeraient à la mise à disposition des locaux permettant cet exercice ponctuel dans leur territoire. Il en est de même pour les autres professionnels de santé, lorsque leur exercice s'y prête.

Ces conditions peuvent être créées par les professionnels eux-mêmes, et les maisons de santé sont de ce point de vue des pôles d'attractivité⁸⁹. Parfois même des médecins généralistes qui exercent isolément se regroupent, à l'approche de la retraite, pour créer une MSP universitaire afin de faciliter leur succession et d'attirer de jeunes professionnels. Mais ces cas de figure restent rares, car il est difficile, pour des praticiens déjà surchargés de travail, de s'investir dans ces transformations.

C'est aussi un cadre attractif que cherchent à créer les collectivités locales dans leur démarche de création de centres de santé. Ce mode d'exercice salarié peut en effet répondre aux aspirations d'une partie des professionnels, qui souhaitent exercer leur métier de soignant sans avoir à investir dans la création de leur outil de travail, en étant déchargés des responsabilités de gestion, des tâches administratives, en travaillant en équipe et en maîtrisant leur temps de travail.

La partie 2.3.2. a montré des exemples de solidarité entre territoires mis en place spontanément pour apporter de l'aide aux populations en grande difficulté. Cette solidarité, essentielle, doit être organisée à plus large échelle. La mission de service à la population doit être une responsabilité partagée par l'ensemble des professionnels, et il faut imaginer de nouveaux mécanismes qui permettent de concrétiser cet engagement collectif de la communauté des professionnels à contribuer, sous des formes qui restent à définir de façon concertée, à la couverture des besoins de soins partout et pour tous (engagement qui concerne les soins primaires mais aussi les soins spécialisés). Il pourrait s'agir de donner une partie de son temps, quand on exerce dans une zone qui n'est pas déficitaire, pour garantir le service dans les territoires insuffisamment couverts. Ce pourrait être en début de carrière ou au cours de l'exercice, à temps plein pendant une courte période ou à temps partiel sur une période plus longue, et les modalités pratiques seraient bien sûr à définir. Certaines existent déjà aujourd'hui (consultations avancées).

En tout état de cause, cet engagement suppose trois conditions :

- une valorisation significative, y compris en termes de déroulement de carrière, et des conditions matérielles facilitées, en particulier sur le plan de l'immobilier : mise à disposition des professionnels de lieux de soins, mais aussi de logements personnels (les collectivités locales ont ici un rôle important à jouer),
- une équité inter-générationnelle (cet engagement ne peut pas reposer uniquement sur les jeunes),
- que les universités soient engagées dans cette responsabilité collective. Car elles ont, elles aussi, une responsabilité sociale et une contribution à apporter à l'objectif d'une répartition équitable de l'offre de soins.

⁸⁸ D. Polton, H. Chaput, M. Portela, en collaboration avec Q. Laffeter et C. Millien, « Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques - Les leçons de la littérature internationale », *Les Dossiers de la Drees*, 2021

⁸⁹ « Les maisons de santé, une condition pour attirer de nouveaux médecins dans la Nièvre ». *Le journal du Centre*, 15/12/2021.

Au-delà de l'aide à court terme qu'elle peut apporter (si des dispositifs sont mis en place suffisamment rapidement), cette responsabilité collective constitue aussi une transformation structurelle, dessinant une mission de service public à laquelle l'ensemble des professionnels contribue.

2.5. Recruter et former à travailler ensemble à l'échelon des territoires de proximité

Certaines mesures relatives à la formation peuvent avoir un effet de court terme, d'ici trois ans. Il faut pour cela s'appuyer sur la réforme en cours des études en santé (cf. Annexe 6 - Les réformes des études de santé : état des lieux et perspectives au regard de la réponse aux besoins de santé des populations sur les territoires), qui vise à recruter et former les professionnels de santé pour mieux répondre aux besoins de santé.

Concernant les médecins, l'augmentation des effectifs assurant des soins de proximité est possible à court terme (à l'horizon de trois ans) en augmentant la proportion de places à l'Examen Classant National pour la médecine générale, voire d'autres spécialités de proximité considérées comme prioritaires. Cette mesure ne peut néanmoins se faire qu'en limitant le nombre de places aux ECN pour les autres spécialités. Une diminution du nombre de spécialités, accompagnée de possibilités de se spécialiser en cours d'exercice, devrait également être envisagée⁹⁰. En contrepartie, on pourrait considérer la création d'options en médecine générale, comme la santé mentale, la pédiatrie, la gériatrie, la médecine d'urgence... Ces médecins pourraient jouer le rôle de référents au sein des équipes.

Elle ne sera efficace que si l'augmentation du nombre d'internes de médecine générale conduit effectivement à un nombre accru de médecins généralistes exerçant la médecine générale. Elle doit donc s'accompagner de mesures destinées à renforcer l'attractivité de la médecine générale pour les étudiants. Le rapport d'Elisabeth Hubert indiquait en effet : « *La formation des médecins n'est pas conçue pour orienter les jeunes étudiants en médecine vers la spécialité de médecine générale, les études s'effectuant quasiment intégralement au sein des seuls CHU. Par méconnaissance, les étudiants s'orientent vers d'autres spécialités découvertes durant leur formation et, pour ceux qui néanmoins font le choix de la médecine générale, la plupart retardent le moment de leur installation, s'estimant mal préparés à leur future pratique. Il est donc urgent et fondamental de réformer les études médicales.* »⁹¹. Il proposait plusieurs mesures en ce sens, notamment d'initier les étudiants à la médecine générale et à l'exercice pluriprofessionnel, particulièrement en milieu sous-dense, à la gestion de projet, en facilitant les conditions matérielles pour les étudiants et en particulier en les logeant⁹².

Le déploiement de la formation pratique des professionnels de santé sur des lieux de stages en lien avec les exercices futurs est un levier d'action déjà mobilisé par la formation des médecins généralistes, même s'il convient de le développer beaucoup plus. Pour les spécialités médicales de proximité, le déploiement des stages sur les territoires en exercice

⁹⁰ Le 2^e DES devrait notamment permettre des réorientations dans des proportions qui dépendront de l'évaluation des besoins pour les différentes spécialités et des modalités pratiques de mise en œuvre de la mesure (mais qui resteront vraisemblablement dans tous les cas limitées).

⁹¹ E. Hubert, *Mission de concertation sur la médecine de proximité*, 2010.

⁹² Si une quatrième année devait être ajoutée au DES de médecine générale (qui en comporte actuellement trois) elle devrait être dédiée à ce type de formation professionnalisante, articulé avec le déploiement d'équipes structurées de soins de proximité (cf. partie 3.2) dans les zones prioritaires, ajoutant ainsi deux stages cliniques en soins primaires aux deux actuellement prévus dans la maquette du DES de médecine générale. Le suivi et l'accompagnement des internes en quatrième année pourrait être organisé collectivement en lien notamment avec les CPTS auxquelles serait attribuée une fonction académique d'enseignement (voir partie 3.3.4).

libéral est peu développé et pourrait être renforcé. Les internes de spécialités de proximité réaliseraient une partie de leur stages cliniques au sein de MSP, CDS, d'hôpitaux de proximité, d'HAD, de structures libérales spécialisées, d'Equipes de Soins Spécialisées, selon les configurations. Ces stages pourraient inclure des consultations avancées sous la supervision d'un médecin spécialiste senior dans le cas où les structures précitées ne disposeraient pas du personnel nécessaire pour l'encadrement de ces stages. Dans les territoires considérés comme prioritaires, un nombre défini de postes d'internes de spécialités pourrait être affecté à cette mission et ferait l'objet d'un partenariat entre les différentes organisations de soins impliquées et l'université.

Concernant les infirmiers et les aides-soignants, les acteurs régionaux sont désormais en situation d'accroître à court terme les effectifs⁹³, comme le prévoit le Protocole Etat-Régions en faveur des formations sanitaires adopté en 2022 (cf. Annexe 6 - Les réformes des études de santé : état des lieux et perspectives au regard de la réponse aux besoins de santé des populations sur les territoires) ; ceci peut se faire notamment par le recours à l'apprentissage. Le déploiement territorial du protocole s'effectue en lieu avec les besoins de ressources humaines en proximité.

Le développement des passerelles est également une voie d'action à court terme pour augmenter les effectifs infirmiers, qui doit être beaucoup plus utilisée :

- pour les étudiants ayant achevé leur licence santé, qui peuvent intégrer la formation infirmière dès la deuxième année, ce qui permet de réduire leur durée de formation à deux ans
- pour les aides-soignantes titulaires d'un baccalauréat, qui peuvent après plusieurs années de travail comme aide-soignante intégrer la formation infirmière en deuxième année par la Validation des acquis de l'expérience (VAE), ce qui permet également de réduire la formation à deux ans.

Ces passerelles nécessitent, pour produire tous leurs effets, des financements pour rémunérer les professionnels en formation qui exerçaient précédemment une activité professionnelle, ainsi que leurs remplaçants ; ces besoins de financement peuvent être allégés par la formation en alternance, encore peu développée aujourd'hui.

Pour tous ces professionnels, une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences au niveau territorial devrait être mise en place. Un de ses objectifs de court terme serait d'accompagner les professionnels qui souhaitent changer d'activité, pour éviter qu'ils ne quittent complètement le monde de la santé faute de perspectives susceptibles de leur convenir. Ainsi, une plateforme aurait vocation à les accompagner, à leur demande, pour faciliter individuellement les mobilités, les réorientations de carrière et les reconversions. Elle leur ouvrirait l'accès à des formations, à des missions de découverte dans un autre domaine, à la participation à des missions de santé publique, de service public. Elle pourrait les accompagner dans la mise en œuvre des projets innovants (cf. partie 4).

Il convient également de former aux métiers de la santé des étudiants et des jeunes professionnels qui ne sont pas des professionnels de santé, mais qui sont susceptibles d'exercer les fonctions support qui se développent actuellement : accueil, coordination, gestion, comptabilité, assistants médicaux de profil administratif... Ceci afin que l'exercice de ces fonctions ne vienne pas puiser dans le vivier des soignants, mais au contraire amène des acteurs supplémentaires au secteur du soin.

⁹³ trois années de formation sont nécessaires pour une IDE

Enfin, concernant l'ensemble des professionnels, la collaboration interprofessionnelle nécessite l'apprentissage de compétences spécifiques⁹⁴. L'OMS préconise le développement de formations inter professionnelles sur les territoires pour améliorer les résultats de santé des populations en amenant à des pratiques collaboratives⁹⁵. Il convient donc de développer la formation initiale et continue pluriprofessionnelle à l'échelon territorial sur des thématiques en lien avec l'organisation des soins⁹⁶. La formation est en effet régulièrement identifiée comme un moyen de contextualiser et de s'approprier les bonnes pratiques de prises en charge. Des promoteurs maisons de santé pluriprofessionnelles qui ont été engagés dans les expérimentations Paerpa témoignent d'ailleurs de l'importance des formations multiprofessionnelles organisées dans ce cadre, qui ont constitué des événements fondateurs constitutifs de leurs organisations collectives. Les dispositifs de formation initiale et continue aujourd'hui trop peu mobilisés doivent pour partie être conçus et mis au service de ces processus de transformations.

« Les formations ont bien marché. (...) Au lieu que la formation soit en silo, on essaie de la diffuser, que les médecins, les infirmiers, les pharmaciens aient la connaissance qui permet la prise en charge. (...) On va inviter toutes les secrétaires du territoire à dîner ensemble. C'est la CPTS qui va prendre en charge le repas. Parce que les secrétaires coordonnent les prises en charge ».

Médecin généraliste, secrétaire général CPTS

Il convient également de développer la formation initiale et continue à la gestion des soins de proximité, dans toutes ses dimensions : conduite de projet, organisation et gestion d'une structure d'exercice collectif, management, numérique en santé, droit et finances, montage d'actions de santé publique et de programmes d'éducation thérapeutique...

⁹⁴ D'Amour Danièle, Sicotte Claude, Lévy Ron. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. Sciences sociales et santé. Volume 17, n°3, 1999. pp. 67-94. https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1999_num_17_3_1468

San Martín-Rodríguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. J Interprof Care. 2005;19 Suppl 1:132-147. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16096151/>

⁹⁵ WHO Framework for action on interprofessional education and collaborative practice 2010.

⁹⁶ Pour un exemple de formation initiale, cf. Fiquet L., « Apprendre à travailler ensemble : l'enjeu des formations interprofessionnelles » in *Les ressources humaines, levier de la transformation du système de santé*, Actes des séminaires Hcaam 2019-2020

3. Une cible à moyen – long terme

S'il est essentiel de trouver des solutions immédiates à la situation de crise vécue dans de nombreux territoires, elles ne peuvent pas tenir lieu de stratégie pour construire l'organisation des soins de proximité de demain.

3.1. Faire de la liste des services à rendre en proximité un cahier des charges des organisations qui fournissent ou organisent ces services

Les services à rendre en proximité à toute la population (cf. partie 2) pourraient constituer un cahier des charges pour les organisations et professionnels qui fournissent ou organisent ces services, comme c'est le cas en Suède par exemple (Encadré 13). Tout n'est pas possible aujourd'hui en l'état des pratiques et des capacités d'offre de soins, mais cela permet de fixer un cap, des objectifs à atteindre, et de mesurer les progrès accomplis. Cette explicitation constitue une étape importante dans une démarche d'organisation des soins de proximité. Il s'agit de se doter d'un outil pratique partagé par tous à partir des ressources et des dynamiques existantes selon les territoires, pouvant se traduire en indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

Encadré 13 - Extrait d'un cahier des charges suédois

Une telle description des soins à rendre en proximité existe dans d'autres pays. Ainsi par exemple en Suède, lorsque des opérateurs sont candidats à gérer un centre de santé (qui est la modalité d'organisation des soins de premier recours dans ce pays), ils doivent s'engager sur un cahier des charges précis, qui détaille les missions (y compris les examens qui doivent pouvoir être réalisés par le cabinet, la prévention, les soins à domicile, les soins de santé mentale...) ⁹⁷.

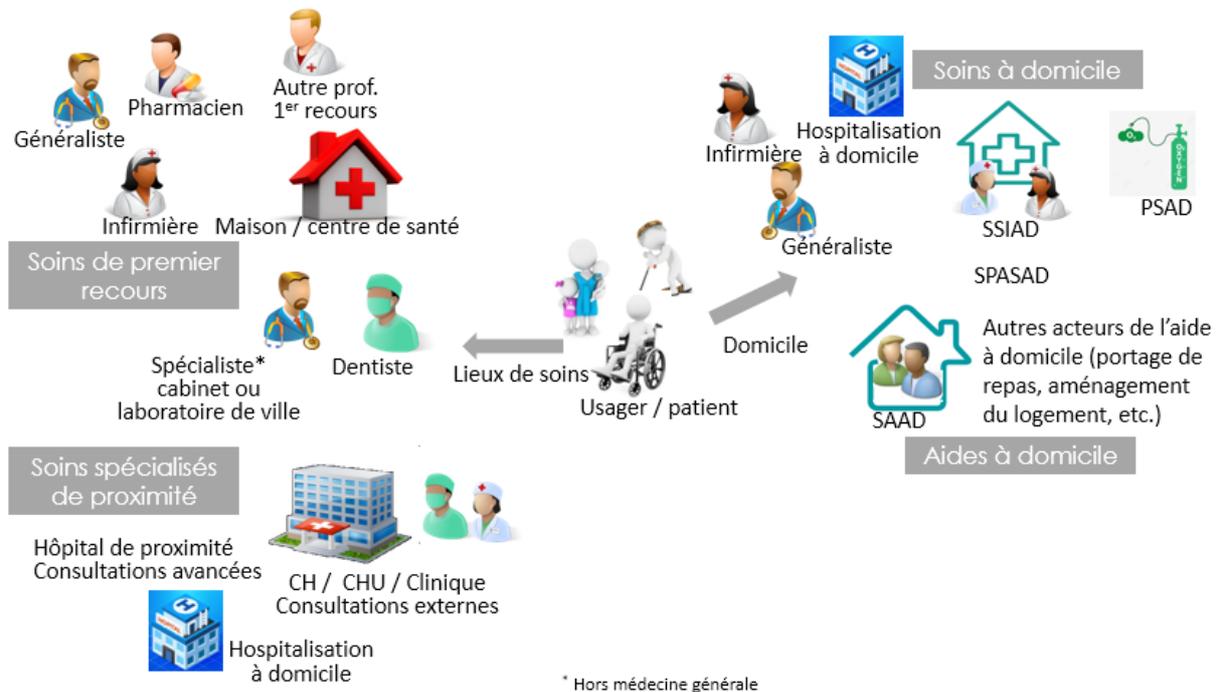
Ainsi, en santé mentale, le cabinet doit prendre en charge les patients atteints d'addictions ou de maladies mentales légères à modérées ne nécessitant pas une expertise psychiatrique spécialisée. Les soins visent à réduire les symptômes et améliorer le fonctionnement, dans une perspective holistique (aspects médicaux, psychologiques et sociaux). Le cabinet doit œuvrer pour la promotion de la santé, la détection précoce, traiter les comorbidités somatiques, les problèmes sociaux. Les prises en charge doivent être collectives et coordonnées, associant différentes catégories de professionnels (et si nécessaire des professions non présentes dans le cabinet telles que physiothérapeutes, ergothérapeutes). Le soignant doit participer aux séances de concertation avec la psychiatrie spécialisée. Les soins incluent : cartographie des symptômes, évaluation psychiatrique (y compris addictions et risque suicidaire), soutien du patient et de ses proches (y compris de crise et psychopédagogique), traitement psychologique et pharmacologique.

⁹⁷ <https://vardgivarguiden.se/avtal/vardavtal/avtal-varldal-lov/lov-varldal-stockholm/huslakarverksamhet/>

3.2. Transformer l'organisation des soins au patient et à la patientèle en proximité

La fourniture de soins en proximité implique de nombreux offreurs de soins. En première approche, on peut distinguer trois sous-ensembles, schématisés dans la Figure 7, qui en dresse une cartographie non exhaustive.

Figure 7 – Cartographie des offreurs de soins impliqués dans les soins de proximité



Le premier regroupe les soins de premier recours, assurés par les professionnels de ville là où ils exercent (cabinet, officine...) : médecins généralistes, pharmaciens d'officine, chirurgiens-dentistes, infirmières, autres professionnels paramédicaux... C'est le socle essentiel en termes de proximité et de continuité des soins, avec le médecin traitant et l'équipe de soins habituelle du patient, qui le suivent dans la durée et sont en charge de la coordination des soins en ambulatoire et au domicile le plus souvent.

Les soins spécialisés de proximité constituent un deuxième niveau : spécialités avec une fréquence de recours importante, qu'elles soient ou non en accès direct, et qui devraient pouvoir être accessibles à une distance raisonnable du domicile (ces spécialités sont listées dans l'Encadré 7). Ces soins spécialisés de proximité peuvent être assurés en cabinet de ville, notre système de santé ayant l'avantage de disposer d'une offre spécialisée en ambulatoire. Ils peuvent aussi être réalisés dans le cadre hospitalier, avec les consultations externes qui constituent aussi une offre de proximité pour la population environnante de l'établissement de santé, quelle que soit la taille de cet établissement.

Un troisième volet concerne les soins à domicile, qui sont assurés par des organisations fournissant des soins plus ou moins lourds, complexes et techniques. Les professionnels de premier recours - médecin généraliste, infirmiers - réalisent une partie de leur activité

(majoritaire pour les infirmiers⁹⁸) au domicile du patient, notamment pour les patients âgés, handicapés, ayant des problèmes d'autonomie et/ou des difficultés à se déplacer. Les soins infirmiers peuvent également être assurés dans le cadre des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), qui emploient très majoritairement des aides-soignantes, mais aussi des infirmières, et ont souvent recours à des infirmières libérales qui travaillent en convention sous seing privé pour réaliser ces soins. Les Prestataires de service et distributeurs de matériels (PSDM) appelés communément Prestataire de santé à domicile (PSAD) mettent à disposition de malades, de personnes âgées ou de personnes en situation de handicap, sur prescription médicale, des dispositifs médicaux et des prestations médico-techniques associées sur leur lieu de vie (domicile ou Ehpad). Les PSAD les accompagnent notamment dans leur utilisation (pression positive continue pour les patients souffrant d'apnée du sommeil, oxygénothérapie à domicile, insulinothérapie, perfusion...) ⁹⁹ en lien avec les professionnels de ville, et hospitaliers. L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue la modalité de prise en charge la plus complexe : comme son nom l'indique, elle a pour fonction de soigner à domicile des personnes atteintes de pathologies qui nécessiteraient, en son absence, un séjour à l'hôpital. Elle assure, sous la responsabilité du médecin traitant du patient, des soins médicaux et paramédicaux continus 24 h / 24 et 7 j / 7, et coordonnés entre les différents professionnels qui interviennent. Plus de 150 000 patients ont bénéficié en 2020 de cette modalité de prise en charge ; les soins palliatifs, les pansements complexes, les suivis de grossesses et les chimiothérapies ou surveillances post-chimiothérapie sont les motifs d'admissions les plus fréquents¹⁰⁰.

Au-delà des intervenants du domaine sanitaire, les personnes qui vivent à domicile et qui ont perdu une partie de leur autonomie du fait de la maladie, de l'âge ou d'un handicap, ont aussi besoin de d'aides et d'accompagnements qui ne ressortent pas de la sphère soignante. Ces services sont évoqués de façon très incomplète dans le schéma ci-dessus, car ils sont en dehors du périmètre traité dans ce rapport. Le récent rapport de Dominique Libault¹⁰¹, qui en fait une cartographie complète et actualisée, revient sur la difficulté, connue de longue date, de coordonner ces services entre eux et avec les services de soins, car ils relèvent de responsabilités administratives et d'opérateurs différents. Des formes

⁹⁸ Le rapport de l'Igas *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé*, *op cit* indique : « la mission insiste fortement sur la place centrale à préserver de l'infirmier libéral assurant les visites quotidiennes à domicile qui garantissent le suivi quotidien et l'entretien d'un lien relationnel de proximité avec les patients nécessitant ce type de soins ».

⁹⁹ On peut également citer, parmi les personnes accompagnées au long cours, les patients stomisés, certains traitements du cancer (chimiothérapie 5FU), les traitements immunoglobulines. Les PSDM assurent également des besoins ponctuels d'accompagnement : oxygénothérapie de court terme, perfusions telles que les antibiothérapies post-opératoires, prise en charge de la douleur, nutrition entérale ou parentérale... La Fédération des Prestataires de santé à domicile estime à 2,5 millions le nombre de patients accompagnés sur l'année de façon ponctuelle ou plus régulière, dont 1,4 ayant une apnée du sommeil, 530 000 personnes âgées dépendantes ou souffrant d'un handicap qui ont eu recours à des aides techniques, 380 000 ayant besoin d'une oxygénothérapie, d'une perfusion, d'une nutrition artificielle ou d'une insulinothérapie. 20% des salariés des PSDM sont des professionnels de santé (pharmacien spécialisé en oxygénothérapie, infirmier coordinateur spécialiste des dispositifs de perfusion, infirmier spécialisé en insulinothérapie par pompe, diététicien, ergothérapeute), mais pour certaines activités ce taux peut augmenter jusqu'à 60% (perfusion, nutrition et insulinothérapie). Les autres professionnels sont des intervenants médico-techniques. Les PSDM ont été impliqués dans les Expérimentations de Télémedecine pour l'Amélioration des Parcours en Santé (Etapes).

¹⁰⁰ Sur les 154 000 patients hospitalisés en HAD en 2020, représentant 6,6 millions de journées, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a dénombré 52 000 patients en soins palliatifs, 26 000 patients ayant des pansements complexes et soins spécifiques, 12 000 suivis de grossesses, 12 000 chimiothérapies, 6 700 soins de nursing lourds.

¹⁰¹ *Vers un service public territorial de l'autonomie*, 2022

d'intégration ont été promues dans la période récente, par exemple avec les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) qui regroupent dans une même organisation les missions d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les missions d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD).

Cette nécessité de coordination entre des intervenants multiples augmente avec la complexité de la situation du patient, or, ces situations complexes sont de plus en plus fréquentes avec le vieillissement de la population et la montée corrélative des pathologies chroniques et des pertes d'autonomie. Mais les modalités historiques d'organisation de notre système de santé, avec des professionnels exerçant en silo, souvent de façon isolée, ne leur permettent pas d'exercer pleinement cette mission d'organisation et de suivi des parcours de soins, en bonne articulation avec les aides et accompagnements sociaux et médico-sociaux. Les soins primaires ne pourront assurer ce rôle pivot que s'ils se structurent et s'organisent en équipe. Ce n'est pas une idée nouvelle, mais l'enjeu reste de la mettre en pratique à l'échelle du système, comme l'exprime l'accord cadre interprofessionnel entre l'assurance maladie et les organisations professionnelles : *« les parties signataires s'accordent sur le fait que le développement d'organisations structurées et coordonnées, capables d'assurer le suivi et l'accompagnement des patients, dont un nombre croissant présente un profil de polypathologies, de pathologies chroniques, voire de dépendance, est un objectif majeur pour notre système de santé »*.

Si la généralisation de l'exercice coordonné comme norme de l'organisation future des soins de proximité fait consensus, la question est de savoir quelles sont les formes de coordination les plus aptes à relever les défis auxquels nous sommes confrontés, et comment arriver à les déployer, pour atteindre l'ambition qui sous-tend l'ensemble de ce rapport : en faire un socle solide pour fournir à la population, sur l'ensemble du territoire, une gamme de services large, à même de répondre à des situations diverses dont certaines très complexes, avec un haut niveau de qualité.

Les propositions de cette partie sont centrées sur cet objectif, et donc sur l'organisation des soins de proximité à partir du premier recours (que l'on désigne par « soins de proximité », cf. le préambule).

Concernant les soins spécialisés de proximité, le défi est précisément d'assurer cette proximité. Elle devient en effet de plus en plus théorique pour une fraction de la population, car à la baisse démographique (qui est sensible dans certaines spécialités, même si elle est globalement moins prononcée que pour les généralistes) s'ajoute un phénomène de concentration des spécialistes dans les centres urbains et souvent d'une surspécialisation des exercices. Cette concentration est logique pour les établissements de santé¹⁰², et elle a pu être accentuée par les restructurations hospitalières ; mais c'est également le cas pour les spécialistes de ville, pour qui la tendance au regroupement, par ailleurs souhaitable, notamment pour partager des plateaux techniques, contribue aussi à éloigner l'expertise spécialisée des populations.

Dès lors, c'est moins à l'échelle des effecteurs de soins (les cabinets de spécialistes, plus ou moins regroupés) que les solutions peuvent être trouvées qu'à un niveau territorial plus large, par une organisation collective de la spécialité grâce à laquelle cette expertise spécialisée peut se projeter sur les territoires pour atteindre toutes les populations qui en ont besoin : par le maillage en consultations avancées, au sein des maisons ou centres de santé ou des hôpitaux de proximité, par la téléexpertise, qui doit se diffuser plus largement, par la mise en place d'accès privilégiés pour les médecins généralistes, etc.

¹⁰² Répondant à des exigences de qualité et de sécurité des soins, d'optimisation et de bonne répartition des ressources

En revanche la téléconsultation permet le suivi à distance, soit pour des pathologies chroniques pour lesquelles un examen physique n'est pas requis (diabète, neurologie, néphrologie...), soit avec une aide technique à distance pratiquée par un paramédical formé et en relation synchrone avec le médecin spécialiste, notamment en dermatologie, pour les plaies chroniques, l'ophtalmologie.

Le déploiement des équipes de soins spécialisés, support de ces organisations, est traité dans la partie 3.3.2. , dans la mesure où il s'agit d'organisations collectives au service de la population d'un territoire, au-delà de l'organisation des services à une patientèle. C'est également cette partie qui abordera les perspectives concernant les CPTS.

Concernant la biologie médicale de proximité, l'élargissement du cadre de la pratique de la biologie délocalisée répond à une mesure prévue dans le cadre du pacte de refondation des urgences, traduite dans la LFSS 2020 visant à élargir le cadre de la pratique des examens de biologie délocalisée en ville pour des examens de biologie de « routine », en favorisant comme alternative aux passages aux urgences l'accès des patients à des examens de biologie dans le cadre d'explorations non programmées. Elle ouvre la possibilité de réaliser de la biologie délocalisée dans d'autres lieux et d'autres circonstances que ceux qui étaient réglementairement prévus. Une modification de l'arrêté listant les professionnels et lieux de réalisation de cette biologie délocalisée est en cours et devrait permettre de répondre aux urgences et aux soins non programmés et d'éviter des hospitalisations inutiles, en particulier dans les zones désertifiées.

L'organisation des soins à domicile ne fait pas l'objet d'une analyse complète dans le cadre de ce rapport. Les propositions sont centrées sur les missions des équipes de soins de proximité qui ont, dans ce domaine, un rôle à la fois d'effecteurs et de coordination des parcours de soins.

3.2.1. Accélérer l'évolution vers des équipes de soins de proximité structurées

Pour prendre en charge les patients atteints de maladies chroniques, les patients polyopathologiques, les situations complexes, de plus en plus fréquentes, les professionnels doivent associer leurs compétences et se coordonner pour optimiser le parcours de soins. Il y a un large consensus pour estimer que la coordination informelle, telle qu'elle a existé dans le passé, ne suffit plus aujourd'hui, et que des formes de coordination interprofessionnelles plus organisées et outillées sont nécessaires.

Au-delà de modalités qui ont pu être testées de manière expérimentale ou locale¹⁰³, les modèles proposés aujourd'hui au niveau national se distinguent par le degré d'intégration et de structuration de l'équipe de soins de proximité.

¹⁰³ On peut citer notamment :

- les groupes qualité, nés en Bretagne au début des années 2000 et diffusés dans plusieurs autres régions ; s'ils n'ont pas de caractère interprofessionnel, ils ont néanmoins constitué une forme novatrice d'échange de pratique entre médecins généralistes d'une même zone géographique, pour développer une démarche réflexive sur leur pratique et rompre l'isolement ;
- l'expérimentation Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), qui a outillé et financé l'évaluation par deux ou trois professionnels du risque de perte d'autonomie des patients âgés, et l'élaboration conjointe d'un plan personnalisé de santé formalisé. Un des apports de cette expérimentation a aussi été de permettre la rencontre entre les professionnels de santé sur un territoire à l'occasion de formations interprofessionnelles qui ont, de l'avis des participants, été un levier majeur pour renforcer la coordination ;
- les ESP-CLAP (cf. Partie 2).

Les maisons de santé et les centres de santé pluriprofessionnels constituent la forme la plus intégrée d'exercice en équipe pluriprofessionnelle. Les centres de santé sont des structures anciennes, historiquement implantés en milieu urbain et souvent, notamment pour les centres municipaux, dans des zones périurbaines défavorisées. Ils offrent souvent une large gamme de services dont des consultations de médecine spécialisée (hors médecine générale) ainsi qu'un plateau technique. Les MSP sont de création plus récente (la forme juridique de la SISA a été mise en place en 2011) et elles sont nombreuses en zone rurale.

On voit également émerger aujourd'hui, de façon encore limitée, une forme intermédiaire entre l'exercice isolé (ou l'exercice en groupe monoprofessionnel) et la MSP ou le centre de santé : un exercice conjoint médecin - infirmier, au cabinet médical. C'est déjà le cas depuis quelques années avec Asalée, dans le cadre d'un périmètre limité et protocolisé des activités infirmières, mais des médecins ont aussi mis en place des organisations de consultation à deux au cabinet, en recrutant une infirmière à plein temps avec laquelle ils travaillent au quotidien. Certains l'ont fait à la faveur du dispositif de financement de l'assistant médical, mais quelques-uns en ont pris l'initiative avant même que cette possibilité leur soit offerte, pour pouvoir augmenter leur capacité de réponse à la demande de soins dans des zones en forte tension (cf. Partie 2 et notamment Encadré 2, Encadré 3 et Encadré 11).

Au-delà du bénéfice individuel pour le patient, on attend de l'exercice coordonné une transformation systémique, que le Hcaam a appelée de ses vœux : faire réellement de cette ligne de soins de proximité le pivot du système de santé et la renforcer pour qu'elle soit capable, beaucoup plus qu'aujourd'hui :

- de développer des actions de prévention, primaire, secondaire et tertiaire (éducation thérapeutique)
- de mettre en œuvre des protocoles partagés pour assurer aux patients une qualité des soins homogène
- de prendre en charge des situations complexes, y compris au domicile
- de faciliter l'accès aux soins (« aller vers », démarches proactives vis-à-vis des publics vulnérables ou en défaut de soins)
- de coordonner les parcours des patients dans la durée
- d'associer la population (citoyens, patients, représentants des usagers et des assurés sociaux)
- de s'engager dans des démarches d'évaluation des pratiques, pour l'ensemble de la patientèle, au-delà du patient individuel
- d'innover dans l'organisation des soins en utilisant de manière optimale les compétences de chaque professionnel, avec l'enjeu aujourd'hui notamment de dégager du temps médical
- de constituer, pour les acteurs du territoire et en particulier les établissements de santé, un interlocuteur structuré, avec lequel il est possible de se coordonner et de contractualiser sur des actions communes, notamment organiser les admissions directes dans les établissements de santé sans passer par les urgences, les sorties d'hospitalisation...

Réaliser cette ambition suppose d'aller plus loin que des procédures *ad hoc* de coordination individuelle autour du patient, en évoluant à terme vers des formes de regroupements et de travail en équipe plus intégrées.

On voit, d'ores et déjà, que celles qui existent aujourd'hui permettent :

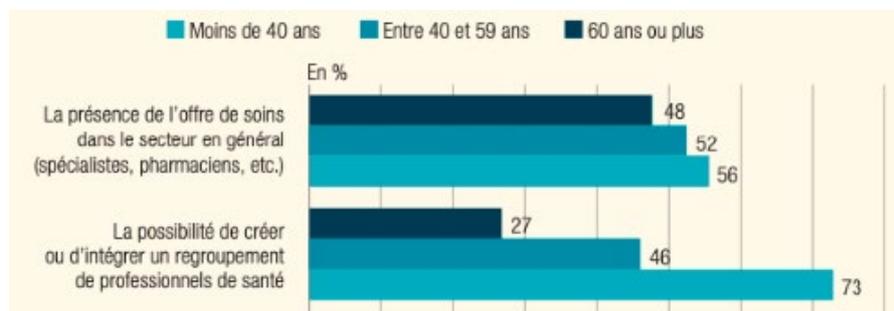
- de suivre plus de patients : le nombre de patients inscrits et la file active par médecin ont par exemple augmenté plus rapidement dans les maisons de santé pluriprofessionnelles, entre 2008 et 2014, que pour les médecins avec des

caractéristiques comparables et ayant un autre mode d'exercice (différence de 90 patients, soit environ 10 % par rapport à une patientèle moyenne inscrite)¹⁰⁴. Dans les expériences d'exercice conjoint médecin – infirmier, on peut constater des augmentations de patientèle très importantes (cf. Encadré 11), même s'il ne s'agit que de témoignages isolés qui demanderaient à être corroborés par des études plus approfondies. Il est certain en tout cas qu'augmenter la productivité du temps médical et mobiliser au mieux les compétences des infirmières est un enjeu majeur pour pouvoir répondre aux besoins de soins, et c'est aussi cet objectif qui doit guider le choix d'une organisation ;

- d'améliorer la qualité des soins (cf. exemple de la coopération médecin-infirmière dans le cadre d'Asalée dans la partie 2.4.2.) ;
- d'enrichir la gamme des services qui peuvent être proposés aux patients. Le retour d'expérience pendant la première phase de confinement a montré par exemple que les infirmières Asalée ont été redéployées en urgence pour rappeler les patients fragiles ou faire de la prévention en population¹⁰⁵. De nombreux centres de santé ou maisons de santé pluriprofessionnelles développent des actions de prévention et de santé publique, pour des populations ou des problèmes de santé particuliers, qui sont impossibles à envisager pour des médecins généralistes travaillant seuls, sans autre professionnel (par exemple dépistage des troubles du langage chez les enfants, dépistage et prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile, dépistage de la fragilité chez les personnes vieillissantes, ateliers d'accompagnement à la parentalité, pour ne prendre ici que quelques exemples).

En outre, il faut le souligner, ce mode d'exercice correspond aux aspirations des jeunes médecins. Les enquêtes montrent de ce point de vue un changement générationnel très net (cf. Figure 8).

Figure 8 - Motivations du choix du lieu d'installation actuel, selon l'âge du médecin



Source : Chaput, *et al.*, Drees, 2020

Pour répondre aux défis de la santé publique, des pathologies chroniques, du grand âge, des populations vulnérables, des inégalités de santé, le travail en équipe pluriprofessionnelle organisée devra se diffuser plus largement. En se fondant sur les premiers acquis observés aujourd'hui, il est possible de donner à ces équipes des ambitions plus larges et un réel pouvoir de transformation du système.

¹⁰⁴ M. Cassou, J. Mousquès, C. Franc, « Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes », Drees, *Etudes et résultats*, 2021

¹⁰⁵ Soins primaires et covid-19 en France : Apports d'un réseau de recherche associant praticiens et chercheurs – Santé Publique 2021/6 Vol. 33, p923 – 934. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-6-page-923.html>

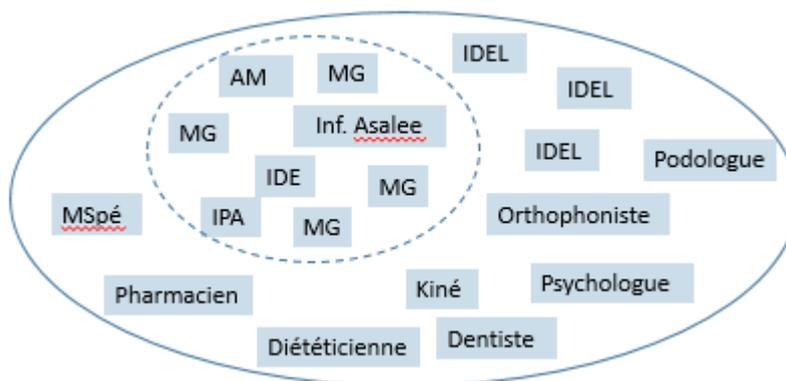
L'objectif est de développer des équipes structurées (quelle qu'en soit la forme juridique et le mode d'exercice des professionnels) au sein desquelles les professionnels se connaissent, travaillent quotidiennement ensemble, partagent un projet de santé et les données utiles à leur activité *via* l'interopérabilité des systèmes d'information. Il faut pour cela officialiser une cible qui est qu'elles maillent réellement le territoire. L'avis du Hcaam de 2018¹⁰⁶ peut être réaffirmé ici : « *En ambulatoire, le regroupement doit devenir la règle, sous des formes variables qui n'impliquent pas toutes un regroupement physique* ». Les procédures de création pourraient être simplifiées. Ces équipes ont pour mission, en relation avec leur environnement, d'assurer la gamme de services qui aura été définie (cf. partie 3.1). L'objectif pourrait être qu'à horizon de 10 ans, ce mode d'exercice soit majoritaire. La réflexion collective sur le cahier des charges de ces équipes doit être accompagnée d'une réflexion sur les ressources dont elles devront en conséquence être dotées.

Ces équipes peuvent être organisées selon une modalité libérale ou une modalité salariée. Ces formes juridiques ont été longtemps opposées, mais il est important de dépasser ces clivages et de considérer que l'une et l'autre peuvent être appropriées, en fonction des territoires, des aspirations des professionnels, et qu'elles doivent être traitées de manière équitable, pourvu qu'elles rendent le service de façon efficiente. Il est peut-être temps d'ailleurs aujourd'hui d'envisager une mixité de statuts. Les évolutions récentes vont dans ce sens, d'une part en permettant aux SISA de salarier des professionnels de santé, d'autre part en favorisant l'embauche auprès des médecins d'assistants médicaux qui peuvent être des soignants (même s'ils sont minoritaires dans la situation actuelle)¹⁰⁷.

La Figure 9 permet de visualiser une cible d'organisation pour les équipes structurées permettant d'assurer une large gamme de service, avec :

- le premier niveau d'équipe constitué de médecins généralistes (ils partagent le même système d'information, peuvent se remplacer et ont accès aux dossiers de leurs patients), assistants médicaux et infirmiers collaborant étroitement au quotidien au service d'une patientèle commune présenté dans la partie 2.4.2. ,
- au sein d'une équipe comprenant l'éventail des professions que l'on trouve aujourd'hui dans les structures d'exercice coordonné (bien sûr toutes les professions mentionnées ici ne sont pas forcément présentes dans toutes les équipes, il ne s'agit que d'un exemple).

Figure 9 – Schéma d'une équipe structurée



¹⁰⁶ Contribution à la stratégie de transformation du système de santé

¹⁰⁷ Un décret publié au Journal Officiel du 11 juin 2021 en application de l'ordonnance du 12 mai 2021, fixe les conditions de constitution d'un groupement d'employeurs au sein d'une SISA. Il permet aux SISA de salarier les assistants médicaux et « *tout professionnel de santé ou non pour favoriser leur développement dans des zones connaissant des difficultés de démographie médicale et la prise en charge globale* ».

MG = médecin généraliste - MSpé = médecin spécialiste - IDE = infirmière diplômée d'Etat
IDEL = infirmière libérale

3.2.2. Des équipes structurées assurant les soins de proximité

Au-delà du noyau dur que constitue le premier niveau d'équipe, la cible est bien de développer des équipes structurées offrant une palette de compétences plus large.

Il ne s'agit pas d'avoir une approche normative et de proposer un modèle unique qui fixerait le statut, la taille, la composition, le fonctionnement de ces équipes. Il faut au contraire laisser une grande souplesse et les configurations peuvent être variables selon l'environnement et le territoire (milieu urbain ou rural, densité de professionnels, présence d'un hôpital de proximité ou non, etc.), et les aspirations des professionnels qui s'engageront dans le travail d'équipe.

Mais quels que soient leur statut et leur organisation, ces équipes doivent pouvoir assurer la gamme de services attendus (cf partie 3.1), et pour cela un certain nombre de fonctions-clé et de ressources sont nécessaires. Certaines doivent être présentes en interne, mais pour d'autres, différentes modalités d'acquisition sont envisageables (sous-traitance, mutualisation avec d'autres équipes ou à un niveau territorial, mobilisation de l'environnement...).

Six « fonctions socles » ont été identifiées (Figure 10). Quatre sont des types de services à rendre, deux des fonctions transversales nécessaires au fonctionnement d'équipe.

Le fait de distinguer ces quatre ensembles de services est uniquement une commodité de raisonnement. Cette présentation ne doit en aucun cas être interprétée comme une proposition de séparation fonctionnelle, car dans la pratique quotidienne, ces services sont bien sûr intégrés dans une démarche unique de l'équipe auprès du patient. L'intérêt de distinguer ces quatre blocs est de préciser, pour chacun d'entre eux, les compétences spécifiques qu'ils peuvent requérir et les problématiques particulières qui s'y attachent.

Figure 10 - Six « fonctions socles » pour les équipes structurées assurant les soins de proximité



Soins somatiques, prévention, accompagnement et éducation thérapeutique

Dans le schéma cible, les médecins traitants de l'équipe assurent le suivi de la patientèle inscrite auprès d'eux, de plus en plus avec le support d'assistants et/ou conjointement

avec des infirmières, dont l'activité dépendra de l'organisation choisie par l'équipe en fonction des compétences disponibles (consultation à deux, suivi au long cours de patients chroniques, intervention en première ligne, gestion complète de certaines situations...). Au-delà, toute l'équipe est susceptible de se coordonner au service du patient, en fonction de ses besoins. L'organisation collective permet d'assurer la continuité des soins avec un partage d'information. Des compétences additionnelles à celles des professionnels de santé peuvent être nécessaires dans certaines situations (par exemple diététicienne, psychologue...). Un certain nombre de MSP et de CDS s'en sont dotés, avec des financements conventionnels ou des ressources autres (Incitation à une prise en charge partagée (IPEP, article 51), financements sur appels d'offres...). Il serait nécessaire d'évaluer les besoins dans ce domaine, en fonction des caractéristiques de la patientèle, et d'estimer le coût que représenterait un accès plus large à ces services (aujourd'hui offerts à une petite minorité de patients – cf. Encadré 8).

Soins et accompagnement en santé mentale

La dimension de la santé mentale doit être pleinement intégrée aux soins de proximité, qui sont en première ligne dans ce champ. Selon des études épidémiologiques, 15 % des adultes souffrent de troubles anxieux¹⁰⁸ et 10 % d'un épisode dépressif caractérisé¹⁰⁹. « *Entre 20 et 30 % des consultations de médecine générale concernent des personnes ayant des troubles psychiques et 60 % des consultations liées à la santé mentale se font auprès des professionnels du premier recours (médecin généraliste et pédiatre). Les médecins généralistes sont également les principaux prescripteurs de traitements psychotropes en France* »¹¹⁰.

Pourtant tous les rapports successifs pointent nos insuffisances collectives dans ce domaine. « *Les médecins généralistes, qui sont le premier recours pour le patient, peinent à diagnostiquer les troubles psychiques et à orienter le patient vers le bon professionnel dans le labyrinthe que constitue l'offre de soin en santé mentale* »¹¹¹.

Pour répondre à ce besoin, les équipes de soins primaires ont besoin de travailler avec des psychiatres et les centres médicopsychologiques (CMP) ; l'articulation avec les soins spécialisés est traitée dans la partie 0

Ces équipes de soins primaires font de plus en plus appel à des psychologues, qui commencent à être reconnues. C'est le cas aujourd'hui de 40 % des maisons de santé pluriprofessionnelles. Au niveau national, un premier pas, encore modeste, a été fait avec 200 ETP prévus dans les structures d'exercice coordonné dans le cadre du Ségur, et le remboursement de psychothérapies sur adressage du médecin généraliste ouvre sur un accès généralisé à ce type de traitement, après les expérimentations menées par la Cnam sur quelques départements¹¹².

¹⁰⁸ HAS, *Affections psychiatriques de longue durée - Troubles anxieux graves*, 2007

¹⁰⁹ A. Leduc, T. Deroyon, T. Rochereau, A. Renaud, *Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019*, 2021

¹¹⁰ M. Coldefy, avec la collaboration de P. Maugiron, *Approche population-centrée et partenariale en santé mentale*, 2022 (<https://www.strategie.gouv.fr/publications/rapport-qualification-dune-approche-population-centree-partenariale-sante-mentale>)

¹¹¹ C. Fiat et M. Wonner, *Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information relative à l'organisation de la santé mentale*, Assemblée nationale, 2019

¹¹² Notons que d'autres soins de support ne sont pas pris en charge en ambulatoire : diététique, activité physique adaptée notamment, alors qu'ils font partie des stratégies thérapeutiques promues par les référentiels de la HAS

Le fait d'avoir, en proximité, au sein des équipes de soins primaires, une compétence spécialisée en santé mentale apparaît aujourd'hui souhaitable. Il faut mener une réflexion sur les profils de compétences, (psychologues, IPAs en santé mentale), les contenus d'activité et le volume de ressources nécessaires en fonction de la patientèle. Les expérimentations en cours aujourd'hui (dispositifs de soins partagés en psychiatre ou de soins collaboratifs) peuvent être mises à profit pour mener cette réflexion¹¹³.

Des éléments pourraient sans doute être tirés aussi des expériences internationales (par exemple les Pays-Bas où l'intégration de professionnels de santé mentale aux côtés des médecins généralistes s'est diffusée depuis 2008). L'intégration de la santé mentale dans les soins de premier recours est en effet une problématique dans de nombreux systèmes de santé.

La proximité géographique entre MSP et centres de santé d'une part, CMP d'autre part favoriserait la convergence entre santé somatique et santé mentale et contribuerait à déstigmatiser cette dernière.

Orientation et gestion des parcours des patients, soins à domicile

Au-delà des soins qu'elle effectue elle-même, ce que l'on attend de l'équipe de soins de proximité, c'est aussi qu'elle accompagne le patient dans l'ensemble de son parcours de soins. Qu'elle l'aide s'orienter dans un système souvent difficilement lisible ; qu'elle s'assure que ce parcours soit fluide, bien coordonné entre les différents intervenants, professionnels ou structures ; et finalement, qu'elle demeure pour le patient, tout au long des épisodes et séquences de soins qu'il traverse, un point fixe, un support fondé sur une relation humaine de proximité et continue.

Cette mission est explicitement formulée par le Ministère de la santé et de la prévention : « Notre système de santé, organisé autour de l'hôpital, est remarquable pour traiter les épisodes aigus d'une pathologie : en revanche, il devient trop complexe, trop cloisonné au moment de soigner dans la durée des personnes vieillissantes ou atteintes de maladies chroniques, par exemple. D'où la nécessité d'investir sur les « soins primaires » – dits aussi de proximité ou de 1er recours – et d'accompagner le « virage ambulatoire » annoncé dans la loi de modernisation de notre système de santé. Ce virage ambulatoire représente le passage d'un système centré sur l'hôpital à un système qui fait des médecins et des équipes de soins primaires constituées autour d'eux, à la fois les pivots et les coordinateurs des parcours entre les structures de ville – cabinets libéraux, maisons et centres de santé – et les établissements hospitaliers, médico-sociaux et sociaux. »¹¹⁴

Pour assurer ce rôle essentiel, on voit de plus en plus émerger, dans les équipes de soins primaires les plus développées, une fonction de « coordinateur de parcours »¹¹⁵. Cette fonction est souvent (mais pas toujours¹¹⁶) assurée par des infirmières libérales qui ont dégagé une partie de leur temps, et sont financées (dans les MSP) par l'accord conventionnel interprofessionnel. Elles sont en lien avec les hôpitaux, les services sociaux, pour coordonner les soins en sortie d'hospitalisation, prévenir les recours évitables à l'hospitalisation... Là encore, il y a une réflexion à mener sur l'intérêt de disposer plus

¹¹³ A titre d'exemple, dans une expérimentation de soins collaboratifs pilotée aujourd'hui par l'Institut Montaigne sur trois terrains et visant à tester un modèle de soins collaboratifs, un plein temps d'infirmière psychiatrique est prévu pour une file active de 20 000 patients.

¹¹⁴ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

¹¹⁵ la fonction de coordinateur de parcours est à distinguer de la fonction de coordination d'équipe, fonction essentielle qui sera abordée plus loin.

¹¹⁶ Dans certaines maisons de santé travaillant en collaboration très étroite avec un hôpital de proximité, ces infirmières de parcours peuvent être salariées par l'hôpital et mises à disposition de la MSP.

largement de cette ressource dans les équipes de soins de proximité, soit à l'intérieur de ces équipes, soit en étant très facilement et rapidement mobilisable, en lien avec les dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

Dans ces parcours de santé et de soins, la question de la coordination des soins et des aides à domicile est de plus en plus prégnante. Les besoins augmentent, notamment pour nos aînés de plus en plus nombreux qui veulent pouvoir faire le choix de vieillir chez eux, et le champ des réponses et des intervenants possibles s'élargit avec les technologies : on peut aujourd'hui soigner à domicile des malades atteints de pathologies lourdes qui antérieurement n'auraient pu éviter d'être hospitalisés, notamment en hospitalisation à domicile.

Continuer à suivre le patient à son domicile fait partie intégrante, il faut le réaffirmer, des missions des équipes de soins de proximité. En revanche, cette mission devient de plus en plus difficile à assurer par les généralistes. Les patientes âgées sont celles des médecins eux-mêmes âgés, dont le départ en retraite est difficilement compensé par les praticiens en place, qui n'ont pas toujours la capacité d'absorber ce suivi médical de leurs patients à domicile. Et ce manque de suivi médical est particulièrement criant en EHPAD et dans les établissements médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap, de précarité, ou toute autre vulnérabilité. Pour pallier cette difficulté, diverses initiatives se développent sur la base d'une coopération médecin – infirmier, avec des dispositifs de télévisite, des protocoles expérimentaux permettant de rémunérer ce suivi commun¹¹⁷... Il y a urgence à diffuser ces modèles dans un contexte de raréfaction de la ressource médicale.

Outre son rôle d'effecteur, l'équipe qui a accompagné le patient dans la durée et en qui il a placé sa confiance doit rester son point d'ancrage lorsque des intervenants plus techniques, à même de réaliser des soins plus complexes, se succèdent au domicile. L'équipe structurée de soins de proximité, si elle est suffisamment structurée et organisée, doit pouvoir assurer ce rôle de coordination et de réassurance du patient en termes de continuité des soins. Différents professionnels peuvent l'assumer, en fonction de l'organisation choisie par l'équipe et de la situation des patients. Les infirmières libérales peuvent notamment jouer ce rôle de coordination pour les patients en situation de perte d'autonomie et dont le domicile est le lieu régulier de soins.

Accompagnement social

Le Hcaam indiquait dans son avis de 2018 Contribution à la stratégie de transformation de notre système de santé : *« C'est le réseau de proximité qui doit à terme assumer la responsabilité sociale aujourd'hui confiée, en dernier recours, à l'hôpital (accès aux droits, gestion des relations avec les tutelles éventuelles, prise en compte de l'isolement...). Ce point est un élément déterminant dans le changement de système. »*

Cet accompagnement social est une autre fonction qui se développe aujourd'hui dans les équipes et qui est reconnue et formalisée sous la dénomination de médiation en santé par l'HAS¹¹⁸. Le besoin est très variable selon les territoires, mais il est essentiel pour certains types de population. Diverses compétences peuvent être mobilisées : assistants sociaux,

¹¹⁷ Par exemple, dans le cadre du dispositif de l'article 51, l'expérimentation RSMO (Réseau de santé Le Mans Ouest) vise à répondre aux besoins des personnes invalides et/ou âgées qui ne peuvent plus se rendre au cabinet de leur médecin en organisant un suivi à domicile conjoint par les médecins traitants et les infirmiers. L'infirmier réalise un suivi mensuel à domicile, avec une grille de suivi, et transmet les informations au médecin.

¹¹⁸ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf

médiateurs sociaux, coursiers sociaux, mais aussi interprétariat professionnel. Les associations d'usagers ont également un rôle très important à jouer.

Le lien avec les services sociaux mobilisables au cas par cas dans l'environnement suffit dans certains territoires ; dans d'autres, très défavorisés sur le plan socio-économique, la dimension sociale accompagne nécessairement celle du soin, et des ressources internes à la structure peuvent être nécessaires comme l'illustre le développement des Permanences d'Accès aux Soins de Santé ambulatoires (PASS) dans certains centres de santé. Dans le centre de santé de Montreuil une travailleuse sociale est présente à plein temps pour l'ouverture des droits lorsque c'est nécessaire. Une convention avec l'hôpital permet d'accéder à un plateau technique en tant que de besoin. Malgré le service rendu cette structure fonctionne toujours sur un mode expérimental avec des financements hétérogènes (appel d'offre annuel) qui fragilisent les actions et les équipes.

« La question du parcours de soins et santé, c'est d'abord du travail d'équipe et quand on identifie une problématique qui vient effectivement contrarier le déroulement du parcours, il faut identifier de quelle ressource ça relève. Par exemple, les médiatrices nous ont alertés sur l'importance de savoir comment s'organise la pension de réversion et les revenus en général quand le conjoint décède, étant donné les conséquences sur le suivi de la maladie. (...) C'est tout ça le rôle de la médiation. »

MG, CDS associatif

Il convient également de noter qu'un service social est présent dans chaque HAD.

L'expérimentation sur les structures d'exercice coordonnées participatives, menée dans le cadre de l'article 51 par la Délégation à la prévention et à la lutte contre la pauvreté, cherche précisément à modéliser ces besoins en travailleurs sociaux et médiateurs en santé pour l'accueil et l'accompagnement social des personnes vulnérables, dans les quartiers de politique de la ville. Elle devrait permettre de dimensionner, dans des territoires ciblés, les ressources nécessaires, en tenant compte des services fournis par ailleurs par les DAC (cf. partie 3.3.1.).

Accueil, secrétariat, coordination, gestion, systèmes d'information

Il est aujourd'hui admis qu'une équipe de soins de proximité a besoin pour assurer ses missions de fonctions qui ne contribuent pas directement aux soins, mais qui apportent un support essentiel à l'équipe.

L'accueil et le secrétariat font partie de ces fonctions majeures ; l'importance du secrétariat physique, et de la formation spécifique pour la fonction d'accueil, est souvent soulignée.

Un métier se développe aujourd'hui autour des activités de coordination au service de ces structures (il s'agit ici de la coordination au service de l'équipe (gestion de la SISA, des ressources humaines, montage de projets, fonctionnement de l'équipe...), et non pas de la coordination des parcours des patients qui a été abordée plus haut.). Là encore, il serait important, en capitalisant sur l'expérience acquise, de mener une réflexion sur les besoins, qualitatifs et quantitatifs, sur les modèles possibles pour exercer cette fonction - présence au sein de l'équipe ou sous-traitance -, sur les avantages et inconvénients et sur l'efficacité des différentes solutions.

Les équipes les plus matures ont aussi une demande forte pour pouvoir utiliser leur système d'information, au-delà du suivi du dossier individuel du patient, afin d'analyser la population qu'ils desservent, évaluer leurs pratiques, identifier les domaines d'amélioration de la qualité, les patientèles ayant des besoins non couverts, etc. Ceci requiert aussi des

compétences, qui ont été développées il y a plus de 20 ans dans les hôpitaux avec les départements d'information médicale. Un temps de technicien d'information médicale, ou de « DIM ambulatoire » est un appui nécessaire pour diffuser cette pratique d'évaluation et de pilotage par des données, dont on sait qu'elle est source d'amélioration de la qualité des soins. Cette compétence devrait pouvoir être mutualisée entre plusieurs équipes structurées de soins de proximité, voire au niveau des CPTS, et outillée par les ARS et l'Assurance maladie (cf. *infra*).

La réflexion qui vient d'être esquissée sur la modélisation d'une équipe structurée de soins de proximité serait à poursuivre et à approfondir, dans le cadre d'un travail collectif associant les structures d'exercice coordonné déjà en fonctionnement ; il ne s'agit pas d'avoir une vision normative, mais d'évaluer les ressources cibles (quantité et qualité) permettant d'assurer les fonctions socles et de fournir l'ensemble des services requis. Ce travail devra aussi comporter un volet de modélisation économique (coûts, gains d'efficacité possibles, modalités de financement envisageables).

Sur la base de ce travail de modélisation, il serait possible de construire un programme à moyen et long terme pour étoffer progressivement les équipes.

Locaux / équipements

L'absence de locaux adaptés est un frein majeur au développement des équipes.

Le schéma traditionnel « un bureau – un médecin » ne sera plus adapté aux modes d'exercice qui se profilent. Le modèle de l'investissement personnel du praticien, propriétaire de son cabinet et de son équipement, évolue aussi avec le développement du travail en équipe. On voit d'ailleurs se développer un marché pour des investisseurs, qui louent les locaux aux professionnels ; ce sont aussi souvent les collectivités locales qui proposent des locaux, et même parfois font construire des bâtiments pour y attirer des professionnels, mais ces initiatives (pas toujours adaptées sur le plan architectural) se font en désordre et il n'y a pas de politique globale d'investissement.

Cette question architecturale est peu travaillée aujourd'hui. Il n'existe pas, par exemple, de document de référence largement accessible sur la conception d'une maison de santé ou d'un centre de santé, comme cela existe pour les établissements de santé ou médico-sociaux. Pour ces derniers, l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) fournit diverses ressources (outils de simulation et d'aide à la décision, d'estimation des coûts, bibliothèque de solutions architecturales, base de données des coûts d'opérations d'investissements, etc.) pour aider les promoteurs de projets des établissements de santé. Il faudrait mettre à disposition une expertise et des outils similaires pour les équipes structurées de soins de proximité, à partir d'une réflexion sur la conception architecturale de ces structures, comme cela se fait dans d'autres pays¹¹⁹.

Cette conception doit évidemment intégrer l'exigence de normes environnementales. Si les achats de consommables (notamment médicaments et dispositifs médicaux) représentent la plus grande part de l'empreinte carbone du secteur de la santé dans son ensemble¹²⁰, l'organisation des bâtiments et leur performance énergétique sont également en cause. Les soins de proximité sont aussi concernés, et des travaux commencent à être

¹¹⁹ En Angleterre, des recommandations sont publiées non seulement sur la conception des établissements, mais aussi des structures de premier recours.

¹²⁰ The Shift project. Décarboner la santé pour soigner durablement. Rapport final, novembre 2021. <https://theshiftproject.org/article/decarboner-sante-rapport-2021/>

menés sur l’empreinte carbone des cabinets de soins primaires¹²¹. Une étude suisse récente évalue par exemple à 30 % la part du chauffage des bâtiments, et à 33 % la part liée aux transports de patients (ce second aspect renvoyant à la nécessité de diversifier les modes de contacts en développant beaucoup les interactions à distance – cf. partie 0). Limiter l’impact sur l’environnement implique également d’anticiper des usages des locaux flexibles en fonction de l’évolution des besoins de la population ; avec par exemple la possibilité de passer, avec le temps, d’un usage lié aux soins à d’autres usages (sociaux, éducatifs...). Ainsi, le Conseil départemental de Saône et Loire demande aux communes intéressées par l’implantation d’une antenne du centre de santé départemental de mettre à disposition des locaux existants, qui sont ensuite aménagés en cabinet, et de ne pas construire de locaux neufs.

Pour lever le frein massif des locaux, aujourd’hui insuffisamment pris en compte, investir de manière organisée dans des locaux adaptés est une priorité. Une action résolue est à mener dans ce domaine, avec un plan d’investissement qui pourrait associer les collectivités locales et l’État. Ces investissements doivent intégrer les préoccupations environnementales et les recommandations pour réduire les gaz à effet de serre (sources d’énergie bas-carbone, bio-climatisation, usage de matériaux bio-sourcés, sobriété énergétique des usages...).

Dans ce cadre, il est important de constituer une expertise sur l’architecture souhaitable des structures d’exercice en ambulatoire, comme cela se fait pour les établissements. Elle pourrait être mise à disposition de tous les promoteurs de projets, sous la forme de documents de référence, et tenant compte des fonctions à assurer et de l’évolution des pratiques (exemple : plusieurs box de consultation permettant le travail conjoint de plusieurs professionnels, etc.)

3.2.3. Les équipes de soins de proximité de demain : innovantes, impliquant les usagers, engagées dans la santé publique

Si la gamme des services à rendre en proximité et les fonctions-socle peuvent être considérées comme des invariants, il ne s’agit pas d’imposer une norme d’organisation qui viserait à un modèle uniforme. Au contraire, l’objectif est de libérer l’innovation de terrain, de permettre aux équipes de tester des formes d’organisation nouvelles, d’inventer les soins de proximité de demain.

C’est d’ailleurs cet aspect d’innovation que mettent en avant des opérateurs récemment arrivés dans ce secteur. « *Un centre de soins primaires nouvelle génération* », « *combinant soins de proximité et lien digital (téléconsultations, compte patient en ligne et application digitale) entre patients et médecins* », c’est ainsi qu’Elsan (groupe d’hospitalisation privée) et Livi (un des acteurs de la téléconsultation en Europe, filiale du suédois Kry) décrivent le projet de centre de santé qu’ils développent en Seine-Saint-Denis. Cette valeur d’innovation est aussi fortement présente dans le réseau de cabinets IPSO Santé : « *Nous*

¹²¹ En Angleterre, des chercheurs ont évalué l’empreinte carbone par consultation de médecine générale à 66 kg de CO₂eq, en incluant l’impact des prescriptions de médicaments et dispositifs médicaux, qui représentent plus de 60 % du total (Tennison *et al.* Health care’s response to climate change: a carbon footprint assessment of the NHS in England. *Lancet Planet Health* 2021; 5: e84–92). En excluant ces prescriptions, des estimations réalisées en Suisse sur un échantillon d’une dizaine de cabinets aboutissent à un montant plus faible, de l’ordre de 5 kg de CO₂eq, provenant pour 30 % du chauffage et 33 % des transports de patients (Nicolet *et al.* What is the carbon footprint of primary care practices? A retrospective life-cycle analysis in Switzerland. *Environmental Health* (2022) 21:3).

imaginons et donnons vie au cabinet médical de demain », « nous repensons la médecine de proximité, pour un système de santé bienveillant et accessible à tous ». Le projet associe à des valeurs partagées (approche collective, centrée sur une offre de soins primaires accessible) un fonctionnement moderne, avec une forte utilisation de services interactifs et dématérialisés (téléconsultation, téléexpertise, outils collaboratifs, d'optimisation des agendas, avec notamment un système de prise de RDV en ligne qui adapte la durée du rendez-vous en fonction du profil des patients...). Le dispositif de l'article 51 a permis par ailleurs de libérer une certaine créativité organisationnelle au sein des structures d'exercice coordonné qui testent les possibilités offertes par de nouvelles modalités de rémunération (Paiement forfaitaire en équipe de professionnels de santé (PEPS), IPEP), ou proposent des projets spécifiques.

Cette créativité devrait pouvoir se diffuser plus largement, et l'ambition pourrait être de faire du secteur des soins de proximité une locomotive de l'innovation dans le système de santé.

Le recours accru au digital en est un des éléments, même s'il faut se garder d'une vision « enchanteresse » du numérique¹²² comme solution à tous les problèmes.

La télémédecine est entrée dans le quotidien de nombreux médecins et patients lors de la crise sanitaire par la téléconsultation, mise en place par les trois quarts des médecins, et qui représente aujourd'hui environ 5 % du total des consultations. Dans les équipes de soins, l'usage de la télémédecine pourrait être beaucoup plus développé, par exemple pour le suivi à domicile ou en EHPAD de patients qui ont des difficultés à se déplacer : le suivi peut être réalisé dans le cadre d'une coopération médecin traitant – infirmier, l'infirmier à domicile pouvant se connecter avec le médecin qui est au cabinet. Diverses applications existent sur le marché, le contenu de certaines étant intégré au dossier patient, permettant une traçabilité totale des interventions. Elles sont largement utilisées dans certains HAD, à la grande satisfaction de tous les acteurs. Certaines maisons de santé s'en sont également saisies.

« L'autre élément qui est majeur pour la coordination, c'est la messagerie instantanée sécurisée en santé. Il y en a plusieurs maintenant, il y a XXX qu'on utilise sur notre maison de santé et que je suis en train d'étendre ; je viens de faire intégrer deux infirmières de l'EHPAD, plutôt qu'elles m'envoient des textos ou qu'elles appellent la secrétaire, on va pouvoir faire des suivis de plaies au moment où elles font les plaies directement par messagerie sécurisée, ou des adaptations d'antalgiques ou de traitements pour les troubles du comportement, et là on a besoin d'une réactivité ; on va intégrer aussi bientôt des infirmières de communes avoisinantes qui ne sont pas dans la maison de santé mais avec qui je partage des patients, puisqu'on a un rayon d'action d'une vingtaine de kilomètres »

Médecin généraliste en maison de santé.

De même le télésuivi des maladies chroniques est un champ d'exploitation de la télémédecine d'autant plus pertinent que la ressource d'expertise est éloignée dans le temps et l'espace.

¹²² HAS, « Numérique : quelle (R)évolution ? » Rapport d'analyse prospective 2019

Il faut également anticiper les évolutions, très rapides, des comportements vis-à-vis des outils numériques, qui seront largement déployés à un horizon de 10-15 ans et semblent particulièrement adaptés à l'évolution des besoins : usages d'internet pour s'informer, surveillance des maladies chroniques, éducation thérapeutique ...

Par exemple, un patient diabétique peut, dès à présent, surveiller sa glycémie avec un capteur : en complément, si l'on est dans un processus de soins moderne, il transmet ses résultats à un serveur consultable par son équipe de soins qui peut ainsi le suivre à distance et lui apporter l'appui nécessaire en cas de besoin. Si jusqu'à présent les dispositifs de télésuivi ont surtout été organisés à partir des plateaux techniques spécialisés des établissements de santé¹²³, ils ont vocation à se diffuser en médecine de ville, et les équipes structurées de soins primaires, grâce à la continuité des soins qu'elles sont en mesure d'organiser, sont un cadre favorable à ces nouvelles pratiques.

Plus globalement, un des enjeux est de diversifier les modes de contact entre les patients et le système de soins. Il faut changer de paradigme et arrêter de considérer que la consultation médicale en présentiel est la modalité obligatoire et unique de la relation avec le patient¹²⁴. L'exigence incontournable est que le patient ait une réponse à son besoin, au moment où il s'exprime, mais les modalités de cette réponse peuvent être très variables. Il y a beaucoup de situations où un coup de téléphone, un mail ou un SMS seraient plus pratiques et moins coûteux pour le professionnel comme pour le patient¹²⁵, et aussi productifs en termes de résultats de santé. La consultation téléphonique, y compris programmée, est pratiquée dans d'autres pays depuis longtemps¹²⁶, le recours régulier au mail également. Ces modalités ne requièrent pas de technologie sophistiquée et sont par ailleurs d'usage courant dans la vie quotidienne, mais elles ne sont pas conçues comme des contacts à part entière en France ; au-delà des aspects tarifaires (le mode de paiement actuel freine le développement de tout ce qui n'est pas spécifiquement rémunéré), il est difficile de sortir du modèle traditionnel qui a été la norme pendant des décennies. C'est également valable pour l'accueil par d'autres professionnels de santé que les médecins dans les équipes structurées de soins de proximité¹²⁷ : dans les centres de santé suédois, les patients peuvent être accueillis par une infirmière et ne verront pas nécessairement le médecin si elle peut traiter leur problème de santé. C'est d'ailleurs le sens de la proposition

¹²³ Des expérimentations ont lieu cependant en cabinet de ville, par exemple des cabinets de gynécologues pour le suivi du diabète gestationnel (expérimentation MyDiabby dans le cadre de l'article 51). La HAD gère également à domicile des pompes connectées qui permettent de suivre l'administration de produits y compris les plus délicats. De même, les PSDM réalisent le télésuivi du traitement de l'apnée du sommeil et garantissent la bonne transmission des données issues des pompes à insuline en boucle fermée.

¹²⁴ Berwick D. M., *Escape fire – Lessons for the future of health care*, The Commonwealth Fund, 1999

¹²⁵ A fortiori, mais pas uniquement, quand les temps de trajet pour se rendre chez le professionnel de santé sont importants.

¹²⁶ Au sein du Veterans Health Administration, organisation reconnue aux Etats-Unis pour ses performances sur la qualité de soins, elle est en place depuis plus de dix ans (Sperber *et al.* Scheduled Telephone Visits in the Veterans Health Administration Patient-Centered Medical Home. *BMC Health Services Research* 2014, 14:145). En 2015, en moyenne, un Suédois avait 1,7 consultations téléphoniques en soins primaires (dont 0,5 avec un médecin et 1,2 avec un infirmier), et 2,8 consultations au cabinet, dont 1,5 en soins primaires.

¹²⁷ D'après le baromètre santé 360° Odoxa-MNH de mai 2022, pour la Mutualité Nationale Hospitalière (MNH) et Le Figaro Santé, avec le concours scientifique de la Chaire Santé de Sciences Po, 66% des Français répondent favorablement à la question : « *Seriez-vous prêt(e) à consulter auprès d'une infirmière plutôt qu'un médecin, si cela permettait de garantir la permanence des soins ?* ». Cette proportion est en hausse de 10 points depuis février 2017.

faite par l'IGAS « d'IPA praticiens »¹²⁸. Il serait ainsi notamment possible de développer des antennes de MSP en supprimant l'obligation d'une présence médicale constante.

Sur tous ces aspects, le système de soins a besoin d'évoluer vers plus de souplesse et de modernité, et les équipes structurées sont un cadre favorable pour déployer des organisations innovantes, fondées à la fois sur un usage plus systématique des outils numériques et sur des nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé, que facilitent la confiance créée par le travail en équipe au quotidien, la coordination, les protocoles qui sécurisent la prise en charge¹²⁹. Les équipes structurées sont aussi un gage de qualité pour les patients qui s'ils ne peuvent pas bénéficier systématiquement d'une consultation médicale savent que les professionnels non médecins avec qui il sont en contact peuvent à tout moment, si besoin, faire intervenir le médecin avec lequel ils travaillent en équipe. Cette notion d'équipe autour du patient est essentielle, car le risque existe de voir se développer des plateformes de téléconsultation recherchant la rentabilité économique hors des procédures garantissant la qualité des soins.

Mais l'innovation n'est pas que technologique ou organisationnelle, elle concerne aussi la démarche de soin, la participation des patients, l'implication de la population dans les problématiques de santé publique du territoire. Un certain nombre de centres et de maisons de santé, notamment dans les quartiers défavorisés, ont innové en développant la médiation sociale, en mettant en place des actions originales de prévention et de promotion de la santé, en proposant des approches de santé communautaire¹³⁰. Celles-ci sont reconnues au travers de l'expérimentation des centres et maisons de santé « participatifs », qui vise à les inscrire dans un modèle économique pérenne et soutenable, permettant de financer des missions essentielles compte tenu des populations desservies (accueil et accompagnement social des personnes vulnérables, médiation en santé, démarches « d'aller vers », soutien psychologique, interprétariat professionnel...).

Au demeurant, la démarche participative vis-à-vis de la population ne doit pas se limiter aux quartiers de la politique de la ville, même si elle y est particulièrement nécessaire. Partout, les organisations structurées de soins de proximité ont vocation à impliquer et associer les usagers. Certaines le font déjà, et des Fédérations régionales de maisons de santé ont produit des guides¹³¹ et développé des formations pour accompagner ces démarches. L'accord conventionnel interprofessionnel prévoit d'ailleurs un indicateur de « satisfaction du patient » fondé sur un recueil des besoins des usagers. Les démarches innovantes dans ce domaine mériteraient d'être mieux connues et encouragées, pour

¹²⁸ « Au vu des besoins existants dans certains territoires, la mission juge opportun d'envisager à terme l'intervention d'IPA praticiens en première ligne sur des pathologies courantes identifiées comme bénignes en soins primaires et en population générale. Ce type d'intervention ne serait possible que dans le cadre d'un exercice coordonné, gage d'une étroite collaboration et confiance préétablies avec les autres professionnels intervenant auprès du patient, en prévoyant une obligation mutuelle d'information, et en réaffirmant le rôle central du médecin traitant dans le parcours de soins et la définition de la stratégie thérapeutique », N. Bohic et al., *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé*, Rapport Igas, 2021.

¹²⁹ Par exemple, le rapport Igas *Expérimentation de l'accès direct aux actes de masso-kinésithérapie* (A. Bruant-Bisson, P. Laffon, M. Marty, 2022) indique : « les représentants des structures d'exercice coordonné se sont montrés davantage favorables à la perspective d'une ouverture d'un accès direct, dès lors que celle-ci se met en oeuvre dans le cadre d'équipes coordonnées structurées, utilisant des systèmes d'information partagés, ces prérequis étant partagés par l'ensemble des représentants du corps médical auditionnés ».

¹³⁰ Denantes M. « Exemple d'une coordination sanitaire et sociale : le pôle de santé des Envierges et la maison de santé Pyrénées-Belleville », Séminaire RH – Hcaam : [ouvrage_rh - hcaam - mel.pdf \(strategie.gouv.fr\)](https://www.avecsante.fr/wp-content/uploads/2018/11/le-petit-guide-de-la-participation-en-sante-de-proximite-ffmps.pdf)

¹³¹ Exemple : Fédération des maisons de santé comtoises (FéMaSaC). Petit guide de la participation en santé de proximité. <https://www.avecsante.fr/wp-content/uploads/2018/11/le-petit-guide-de-la-participation-en-sante-de-proximite-ffmps.pdf>

capitaliser sur les expériences de terrain et pour donner corps à cet « impératif démocratique » que le récent « manifeste pour refonder les soins primaires » porté par AvecSanté et France Asso Santé appelle de ses vœux¹³².

Encadré 14 - Des exemples de modalités de participation des usagers

Une recherche en santé publique publiée récemment¹³³ a analysé les démarches participatives menées dans une dizaine de maisons de santé et a mis en évidence plusieurs types d'activités :

- la participation au diagnostic des besoins des habitants du territoire (réunions organisées par la MSP pour débattre des problèmes locaux, interrogation des habitants à l'occasion d'évènements publics...);
- l'implication des habitants ou des patients dans des actions de prévention (portes ouvertes, groupes de travail incluant des patients...);
- la participation à la gouvernance de la maison de santé (usagers ou associations adhérents administrateurs de la MSP, comités d'usagers...).

Quelques exemples¹³⁴ :

L'Association Communautaire Santé Bien-Être (ACBSE), créée en 1992 à Saint-Denis, dans le quartier du Franc-Moisin, porte depuis 2011 un centre de santé associatif appelé la Place santé qui a mis en place plusieurs formes de participation :

- un comité habitants usagers citoyens (CHUC), mis en place à l'ouverture du centre de santé pour permettre aux habitants de discuter des problématiques de santé, de donner leur avis sur les projets et de faire des propositions ; il a été transformé en 2020 en Assemblée des habitants ;
- des cafés santé organisés pour créer un moment d'échange hebdomadaire sur la vie du quartier ;
- des ateliers collectifs qui participent à la construction de parcours de santé adaptés (parmi lesquels bien être et relaxation, activité physique adaptée, « mieux manger » adapté à différents publics, amélioration de l'estime de soi...).

Des ateliers collectifs sont également organisés par le pôle santé des Envierges (Paris 20^{ème}) qui rassemble la maison de santé Pyrénées – Belleville et d'autres professionnels de santé du quartier, et qui travaille en partenariat étroit avec un centre socio-culturel. Le pôle de santé s'est doté d'un conseil consultatif des usagers, qui est beaucoup intervenu au moment du Covid.

Le pôle santé de Chambéry regroupe des professionnels intervenant dans la santé et des représentants d'habitants et d'associations ; il est composé d'une association de santé publique locale et d'une maison de santé pluriprofessionnelle et multisite. Parmi les ateliers proposés (activité physique adaptée, éducation thérapeutique, thérapies psycho-

¹³² *Manifeste pour refonder les soins primaires : passer de l'exercice solitaire à l'exercice solidaire*, France Assos Santé et AvecSanté, 2021

¹³³ Cachard J., « Développer des démarches participatives dans les maisons de santé pluriprofessionnelles : quels enseignements tirer des expériences menées en quartiers populaires ? » *Revue française des affaires sociales*, 2020, n°1. 143-166.

¹³⁴ Source : Rapports d'activité de l'ACBSE, Entretien avec le Dr Mady Denantes, du pôle de santé des Envierges, Actes des rencontres nationales santé en quartiers populaires 2017.

corporelles), certains ont fait l'objet d'une démarche participative d'élaboration avec des usagers (par exemple un programme d'ETP « douleurs chroniques »).

Les soins de proximité ont aussi un rôle à jouer dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, bien au-delà des seuls quartiers défavorisés. De nombreux travaux scientifiques montrent en effet que les soins primaires, qui sont proches de l'ensemble de la population, dans tous les groupes sociaux, peuvent agir pour les réduire¹³⁵ : à condition d'être plus proactifs dans le repérage des risques au sein de leur patientèle, « d'aller vers » les personnes qui ne font pas spontanément les examens ou soins recommandés (suivi des pathologies chroniques, vaccinations...), de s'appuyer sur l'éducation thérapeutique, de travailler avec d'autres professionnels, notamment les travailleurs sociaux, pour une prise en charge plus large et plus adaptée du patient... Ce type d'intervention est difficile à réaliser dans le système tel qu'il est encore majoritairement organisé aujourd'hui, dans le cadre d'un exercice solo ou en petit groupe, avec peu de moyens en secrétariat, peu d'exploitation des dossiers médicaux et d'outils numériques pour repérer les patients en manque de suivi, une prise en charge pluriprofessionnelle limitée. Mais ces obstacles peuvent être levés dans les équipes structurées, qui dès lors pourraient se donner des objectifs et mettre en œuvre des actions concrètes au sein de leur patientèle. Car il s'agit bien, au-delà de la responsabilité de l'acte de soin fourni à chaque patient individuel, de faire une place à une forme de responsabilité collective sur la population qui est desservie.

Il est nécessaire pour développer ces services de capitaliser sur les connaissances acquises grâce aux interventions de terrain. Ce qui implique aussi qu'elles soient évaluées, et que leurs résultats soient partagés.

Cette démarche d'évaluation ne concerne d'ailleurs pas uniquement la question des inégalités de santé : elle a vocation à s'inscrire plus globalement dans les pratiques. Dans ce champ, beaucoup de chemin reste à parcourir, mais il est frappant de voir que les équipes les plus matures expriment un fort besoin de retour d'information sur leurs pratiques ; elles souhaitent obtenir plus de données de l'assurance maladie, et être mieux outillées pour exploiter plus leurs propres données. On peut espérer que la normalisation des socles et référentiels qui est à l'œuvre dans le cadre de la stratégie sur le numérique fasse progresser l'utilisation des logiciels métiers, y compris dans des fonctionnalités d'aide à la décision, d'aller-vers les patients¹³⁶, et d'évaluation des pratiques¹³⁷.

Les organisations structurées de soins de proximité participent à la formation, en tant que terrains de stage pour des étudiants et les internes. Elles ont vocation aussi, dans le prolongement de ce qui vient d'être évoqué sur l'évaluation, à contribuer au développement de la recherche en soins primaires, et en particulier à s'inscrire dans une

¹³⁵ Falcoff H., « Le dilemme de la médecine générale face aux inégalités : faire partie du problème ou contribuer à la solution ? » In : Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.) *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010.

¹³⁶ Pour leur signaler des examens, rendez-vous, vaccinations utiles, en fonction des données dans leur DMP. Les outils numériques devraient permettre de rendre une partie de ces informations aux patients très peu coûteuse en temps pour les professionnels.

¹³⁷ Parmi les initiatives récentes dans ce domaine, on peut citer EBM-France : cet outil, développé par le collège de la médecine générale à partir d'un logiciel finlandais adapté ultérieurement en Belgique, vise à mettre à disposition des médecins généralistes une base de connaissances et de recommandations, actualisées régulièrement, sous une forme facile à appréhender et qui répond aux questions de la pratique quotidienne. Dans une version plus élaborée, cette base de connaissance pourrait être reliée aux dossiers patients et constituer une aide à la décision.

recherche pluriprofessionnelle, en réseau, faisant une large part à la recherche action¹³⁸. Car c'est aussi ce qui est de nature à nourrir la créativité des acteurs de terrain pour faire évoluer les pratiques et les organisations de soins.

L'ambition, au total, est bien de faire des équipes de soins de proximité un levier d'innovation et d'amélioration continue des soins. Il faut leur en donner progressivement les moyens et la légitimité, pour qu'en partenariat et en complémentarité avec les autres acteurs de soins du territoire, elles contribuent pleinement à apporter à la population les services qu'elle attend d'un système de santé performant.

Pour libérer cette capacité d'innovation et la créativité des équipes, des leviers pourraient être mobilisés rapidement :

- déployer un programme d'expérimentations axé sur l'objectif de tester, au sein des équipes de soins de proximité, des usages spécifiques du numérique, des formes d'organisation innovantes, des modalités nouvelles de coopération avec les associations d'usagers, des interventions orientées sur la réduction des inégalités. Ces expérimentations doivent être envisagées comme des prototypes, ayant vocation à être diffusés ensuite. Le dispositif de l'article 51, qui est d'ailleurs conçu en ce sens, peut être un véhicule possible ;

- sanctuariser des crédits de recherche pour les soins de proximité et y impliquer de plus en plus d'équipes de terrain.

A terme, il faudra lever des freins plus structurels, financiers et juridiques, qui rigidifient les pratiques et sont source d'immobilisme. Diversifier les modes de contacts ne peut pas s'envisager dans un cadre où l'on rémunérerait chaque mail ou échange téléphonique. Ceci suppose une part plus importante de rémunérations forfaitisées et de rémunérations collectives, qui donnent des marges de manœuvre aux équipes pour s'organiser différemment. Il s'agit ainsi de poursuivre le mouvement engagé vers une mixité des modes de financement (paiement à l'acte, forfaits et rémunérations collectives, salariat), afin de tirer parti des avantages de chacun de ces modes tout en limitant ses inconvénients. De ce point de vue, il sera intéressant de tirer les enseignements des expérimentations de modes de rémunération alternatifs qui ont été lancées au niveau national (notamment, pour les soins de proximité, PEPS et IPEP). L'expérimentation IPEP (incitation à une prise en charge partagée) permet notamment à des groupements de professionnels de santé volontaires de s'engager collectivement pour améliorer la qualité des soins et l'efficacité des dépenses d'assurance maladie, et de bénéficier d'un intéressement collectif en fonction des résultats obtenus. Ce type de modèle de financement incite à la coopération professionnelle pour accroître la performance de l'équipe.

Ces évolutions ne peuvent se produire à grande échelle que de manière progressive ; elles n'emportent pas l'adhésion de l'ensemble des professionnels. Elles pourraient être proposées comme une option à des équipes volontaires, qui se considèrent comme suffisamment structurées et matures pour bénéficier des opportunités offertes par ces modes de financement. Ces équipes auraient plus de marges de manœuvre pour s'organiser, s'accorder sur des partages de compétences évolutifs, faire évoluer les modes de relations avec les patients et la population. En échange d'une plus grande liberté

¹³⁸ *Développer la recherche en soins primaires quelles questions ? Quelles approches ?* Actes du séminaire de travail multidisciplinaire et interprofessionnel, 2019 <http://ijfr.fr/wp-content/uploads/2019/03/Actes-SPPIR-02-2019-min.pdf>

d'organisation, elles auraient à rendre des comptes sur l'usage des ressources et l'atteinte d'objectifs de résultats¹³⁹.

3.2.4. Renforcer les leviers identifiés pour accélérer le développement d'équipes structurées

Si le développement de l'exercice coordonné est promu par les pouvoirs publics et encouragé par des accords conventionnels spécifiques, les démarches nécessaires pour constituer les cadres d'exercice de ces collectifs, mais aussi pour les faire vivre au quotidien, sont souvent jugées trop lourdes. Monter une MSP suppose un travail d'ingénierie de projet complexe, avec des aspects juridiques, logistiques, financiers, managériaux, auxquels les professionnels de santé ne sont pas formés, et une prise de risque qu'accroît encore le recrutement de personnel salarié. Pour financer la structure et les projets d'équipe, l'obtention de ressources complémentaires – via les accords conventionnels, mais aussi la participation à des expérimentations, l'inscription dans des appels à projet, etc. – suppose à chaque fois une charge administrative importante, et la multiplication de ces démarches mobilise un temps important des professionnels. La lourdeur bureaucratique des processus contractuels (y compris dans des cadres expérimentaux, avec l'élaboration des cahiers de charges, les réunions nombreuses...) est fortement ressentie.

Il est d'ailleurs intéressant de noter qu'une fraction des maisons de santé n'a pas signé l'accord conventionnel interprofessionnel avec l'assurance maladie. Ce choix de ne pas contractualiser (donc de renoncer aux financements correspondants) a été analysé par une équipe de sociologues qui a enquêté auprès d'un échantillon de ces MSP : dans beaucoup d'entre elles, les professionnels sont rebutés par un formalisme et des obligations de conformité et de reddition de comptes qu'ils estiment trop lourdes et chronophages¹⁴⁰. Cette proportion de MSP hors ACI diminue cependant, elle est estimée aujourd'hui à un peu plus d'un quart¹⁴¹, contre un peu moins de la moitié en 2018. Mais il est clair que ces obligations contractuelles mobilisent une partie du temps des coordinateurs et contribuent,

¹³⁹ Cette progressivité a été mise en œuvre dans des réformes conduites au Royaume-Uni dans les années 2000 ; en fonction de leur degré de maturité organisationnelle et de leur capacité à remplir les missions qui leur étaient dévolues, les organisations de soins (groupes de soins primaires, hôpitaux) ont pu acquérir un nouveau statut leur donnant plus d'autonomie.

¹⁴⁰ I. Bourgeois, C. Fournier, « Contractualiser avec l'Assurance maladie : un chantier parmi d'autres pour les équipes des maisons de santé pluri-professionnelles », Revue française des affaires sociales, 2020

Exemple de propos recueillis dans deux de ces MSP :

« Nous n'avons pas pu répondre aux objectifs de concertation pluridisciplinaire [...], trop chronophages, et trop de formalités dans un contexte de vague de départ des médecins des alentours. Nous travaillons en bonne intelligence pour le bien des patients mais organiser des réunions et rédiger des rapports s'avère trop lourd. Nous avons organisé des réunions avec les professionnels de santé de A. [commune] qui sont en dehors de la MSP. Le simple fait de définir une date qui convienne à tous est compliqué. Nous ne pouvons solliciter nos secrétaires pour la préparation des réunions, elles ont déjà suffisamment à faire pour l'accueil des patients, les prises de rendez-vous et le rangement des dossiers ! »

« Ce qui nous amène aujourd'hui à dissoudre la SISA : on a été victimes de changements. Tous les ans, ça changeait, il y avait des critères différents. En 2012, il n'y avait pas de SISA, en 2014, c'est devenu obligatoire pour quelques membres, puis pour tous... Tous les ans, il fallait changer le statut de la SISA et sa composition... C'est un peu usant de réécrire chaque année. J'ai été porteuse, j'y ai passé beaucoup d'énergie depuis cinq ans. »

¹⁴¹ Rapport de propositions de l'Assurance maladie – Juillet 2021

d'une certaine manière, à une forme de bureaucratisation de ces structures, qui sont en général de taille modeste.

C'est d'ailleurs un des risques que l'on peut entrevoir dans la multiplication de ces organisations (maisons de santé, centres de santé, mais aussi CPTS) qui se retrouvent en situation de gérer des budgets qu'il faut parfois redistribuer, du personnel qu'il faut recruter, former et encadrer, des systèmes d'information (dont il est reconnu qu'ils sont très mal adaptés à l'exercice pluriprofessionnel¹⁴²), des dispositifs de reddition de compte... Il faut prendre garde à ce que les tâches de gestion n'absorbent pas les ressources humaines de ces organisations – et notamment les professionnels de santé, peu préparés à exercer les fonctions précitées – au détriment des fonctions d'animation, de mise en lien et de gestion de projet pour améliorer les soins.

Pour éviter ce risque de dispersion et d'embolisation dans ces fonctions support (telles que systèmes d'information, gestion des ressources humaines, gestion financière et facturation, management, conduite de projets...), et aussi pour les assurer de façon professionnelle et efficiente, il y a un enjeu de mutualisation à organiser. Cette mutualisation peut s'opérer entre plusieurs équipes structurées de soins de proximité, ou au niveau des CPTS, ou encore *via* des organisations intermédiaires (*cf infra*).

Outre ces mutualisations, si l'on veut attirer dans des formes d'exercice en équipe une part significative des professionnels de santé, il faut essayer de rendre moins complexes et moins lourdes les démarches pour créer ces collectifs et pour les faire vivre dans la durée.

Un accompagnement soutenu est nécessaire au moment de la création, pour aider l'équipe qui se constitue sur les aspects juridiques, logistiques, managériaux. Le financement rapide de la fonction de coordination d'équipe (qui actuellement ne peut intervenir qu'après signature de l'ACI) pourrait être aussi un levier, pour alléger la charge administrative des professionnels qui s'engagent dans un projet d'équipe structurée et leur permettre de rester concentrés sur leur cœur de métier.

La demande d'accompagnement et de support est très forte non seulement au démarrage, mais au fur et à mesure que l'équipe se développe, qu'elle entreprend des projets nouveaux. Cela suppose, de la part des caisses, services de l'Etat (ARS notamment) et collectivités territoriales, un renforcement de la posture d'aide et de co-construction – même si cette orientation est déjà très présente. Certaines Cpm mettent ainsi à disposition une partie de leur personnel en tant que consultants auprès des professionnels, qui font à la fois de l'accompagnement de projet et assurent l'ingénierie immobilière des projets de MSP. Développer ces compétences est essentiel, car un fort mouvement de création d'équipes structurées va se produire dans les prochaines années. Cette massification doit être anticipée par tous les acteurs (caisses, collectivités territoriales, services de l'Etat).

Il faut également mieux préparer et armer les professionnels, en développant la formation (initiale et continue) autour du management, de même que les formations inter-professionnelles, car tous ceux qui en ont l'expérience témoignent que c'est un levier puissant pour se connaître et donner envie de travailler ensemble.

Il est aussi logique, si l'on souhaite que l'exercice coordonné devienne la pratique courante, que celui-ci fasse l'objet d'une priorité y compris financière, et que les financements d'équipe d'une part, et les financements des infirmières exerçant conjointement avec les médecins, ainsi que des assistants (*cf. partie 2.4.2.*) d'autre part, prennent

¹⁴² M. Naiditch « Difficultés d'usage des logiciels pluriprofessionnels au sein des MSP et mode de régulation du marché des logiciels médicaux : quels liens ? », *Revue française des affaires sociales*, 2020

progressivement une part plus importante dans les ressources globales allouées. Il faut également développer des campagnes d'information auprès des professionnels installés et des étudiants afin de communiquer largement sur la cible, la variété des solutions proposées et les modalités d'accompagnement disponibles localement.

Au-delà, pour rendre plus simple la formation d'équipes, plusieurs pistes sont possibles :

Simplifier la contractualisation

Celle-ci qui s'est sophistiquée au cours du temps, en s'appuyant de plus en plus sur des indicateurs multiples ; elle est vécue comme complexe, parfois un peu « boîte noire » aux mains du régulateur. Il est normal qu'il y ait une contrepartie à des financements supplémentaires, mais peut-être faut-il renouveler la conception de ces engagements réciproques, pour qu'il y ait de la transparence mais aussi de la confiance¹⁴³.

Dans le même esprit, le montage des SISA est aujourd'hui ressenti comme lourd par beaucoup de professionnels – même si d'autres qui ont passé ce cap relativisent les difficultés. Peut-être faut-il continuer à réfléchir aux formes juridiques qu'il pourrait être intéressant de promouvoir.

Confier des fonctions de gestion à des organisations tierces

Aujourd'hui déjà des groupements d'employeurs se développent, pour décharger les praticiens individuels des responsabilités liées à la gestion des ressources humaines. Au-delà, on peut imaginer qu'un certain nombre de fonctions soient assurées par des organisations intermédiaires, au service des structures « micro », comme c'est le cas par exemple avec l'association Asalée, qui gère le budget de rémunération des infirmières mais assure également des fonctions de recrutement, de formation, de facilitation, d'animation. On voit d'ailleurs émerger d'autres opérateurs qui, de la même manière, assurent des fonctions d'ingénierie au service d'un ensemble de professionnels, avec un engagement sur des valeurs communes (Equilibres, IPSO) – cf. partie 1.

Proposer des cadres de travail clés en main

C'est l'option proposée par le modèle des centres de santé, dans lesquels les professionnels de soins n'ont pas à s'impliquer dans la gestion. On voit se développer, à côté des gestionnaires historiques (municipalités, association, mutualité), de nouveaux opérateurs (Conseil départemental de Saône et Loire, Ramsay, associations de libéraux...) – cf. partie 1.

Un autre schéma peut être, comme la possibilité en est ouverte aujourd'hui¹⁴⁴, de proposer des postes salariés dans des équipes libérales.

Car, comme on l'a déjà souligné, les aspirations sont diverses ; s'il faut faciliter et soutenir le caractère entrepreneurial des professionnels quand il s'exprime (former et préparer à la gestion, aider à la création de structures), il faut reconnaître également le souhait d'une partie des professionnels de se concentrer sur la pratique et de ne pas investir dans la création d'équipe, tout en souhaitant pouvoir exercer dans un cadre collectif ; il faut donc

¹⁴³ Dans un article paru dans le JAMA en 2016, D. Berwick, ancien président de l'Institute for healthcare improvement (IHI), considérait que pendant toute une période la profession médicale avait été seule juge de sa pratique, ce qui s'était révélé insuffisant ; mais qu'à cette période avait succédé la période actuelle, caractérisée à l'inverse par un développement jusqu'à l'excès du contrôle externe et de la reddition de comptes. « *Exponents of era 1 believe in professional trust and prerogative; those of era 2 believe in accountability, scrutiny, measurement, incentives, and markets. The machinery of era 2 is the manipulation of contingencies: rewards, punishments, and pay for performance* ». Il appelait à l'avènement d'une troisième ère qui réduirait cet excès pour instaurer un dialogue équilibrant la transparence et la confiance.

¹⁴⁴ Depuis le décret n°2006-1585 du 13 décembre 2006, un médecin libéral peut légalement salarier un collaborateur. Le contrat, son exercice et sa rupture sont régis par les dispositions du code du travail.

fournir une palette de modes d'exercice, en facilitant l'intégration dans des structures déjà constituées.

Pour faciliter la transformation vers des équipes de soins de proximité plus structurées, il conviendrait donc de mobiliser conjointement plusieurs leviers :

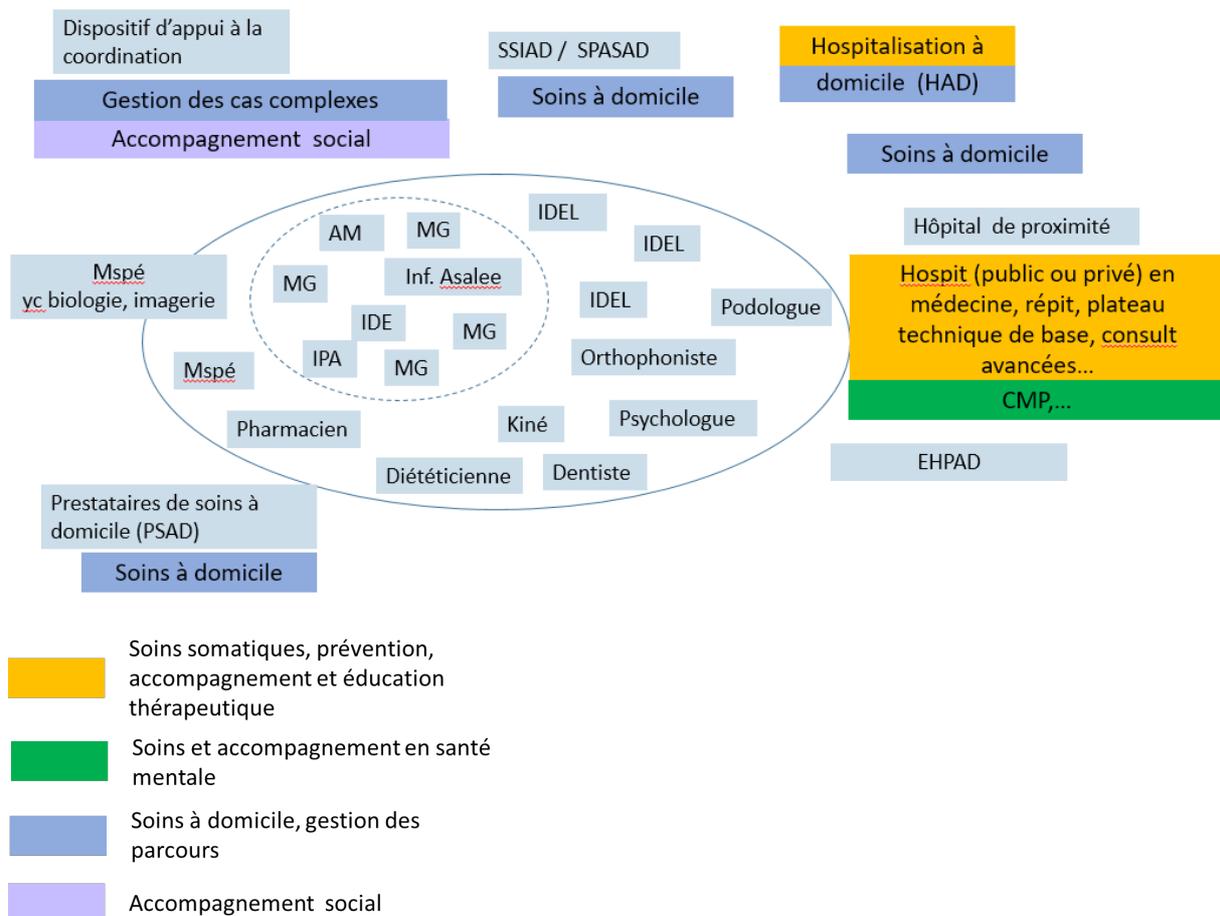
- la formation, avec deux axes majeurs : développer la formation initiale et continue des professionnels de santé au management et à l'action en santé publique, et multiplier les formations interprofessionnelles, initiale et continue ;
- l'accompagnement des professionnels (en mettant à disposition des ressources méthodologiques, d'ingénierie et de conduite de projet, mais aussi en facilitant l'usage des données par les équipes) ;
- la rémunération, qu'il faudra faire évoluer pour poursuivre le mouvement engagé vers une mixité des modes de financement et favoriser le partage d'activité ; notamment développement des rémunérations d'équipe, des modèles d'intéressement collectif à la performance (de type IPEP) pour inciter aux coopérations professionnelles, des possibilités de salariat (y compris dans les structures libérales) ;
- la professionnalisation, en développant les métiers du management et de la gestion en soins primaires, et la mutualisation des fonctions support (des modalités de mutualisation efficaces sont à faire émerger et à tester) ;
- la simplification des procédures pour construire, contractualiser et faire fonctionner des équipes.

3.3. Bâtir une organisation collective sur un territoire au service de la population

3.3.1. Les acteurs des soins de proximité sur le territoire

Pour pouvoir assurer les services en proximité, les équipes de soins de proximité doivent être structurées de façon à pouvoir s'appuyer sur l'ensemble des acteurs présents sur le territoire (cf. Partie 3.2).

Figure 11 - Les acteurs des soins de proximité



Le Hcaam avait notamment souligné, dans son avis de 2018, l'importance de pouvoir disposer d'« une ligne d'hospitalisation de premier recours, au service des médecins de ville, bien intégrée dans son environnement, principalement axée sur la médecine polyvalente et la filière gériatrique notamment (court séjour, Soins de suite et de réadaptation (SSR), HAD, Unités de soins de longue durée (USLD), EHPAD, équipes mobiles...). Ils ont vocation à développer diverses activités en fonction des spécificités territoriales : activités de prévention, consultations avancées, etc. ». Les hôpitaux de proximité sont aujourd'hui reconnus et en cours de labellisation par les ARS : « En lien étroit avec les acteurs de leur territoire et en prenant en compte les projets des CPTS, les hôpitaux de proximité :

- apportent un appui aux professionnels de santé libéraux et aux autres acteurs impliqués pour répondre aux besoins de soins de la population

- favorisent la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et leur maintien dans leur lieu de vie, en relation avec les médecins traitants
- participent à la prévention et à la mise en place d'actions de promotion de la santé dans leur territoire
- contribuent, en fonction de l'offre existante, à la permanence des soins et à la continuité des prises en charge »¹⁴⁵

Leurs modalités de gouvernance prévoient que « l'établissement sera tenu de formaliser une convention avec les acteurs du territoire (CPTS, structures d'exercice coordonné, acteurs du domicile, du médico-social...) décrivant les modalités d'organisation des partenaires pour favoriser l'émergence de projets co-construits »¹⁴⁶. Pour les établissements publics de santé, une contractualisation est également prévue avec le GHT.

Un peu plus de 240 établissements sont aujourd'hui labellisés.

3.3.2. Les CPTS : un levier pour l'organisation territoriale « à taille humaine » des soins de proximité à soutenir et renforcer

Un grand nombre de situations qui se présentent aujourd'hui en soins primaires nécessitent des ressources spécialisées (équipe mobile de soins palliatifs, équipe mobile de gériatrie, recours aux médecins spécialistes, gestionnaire de cas complexe), la définition de règles pour l'organisation des admissions et des sorties des hôpitaux, ou le recours aux expertises sociales et médico-sociales, qui ne peuvent être portées par les seules équipes de soins de proximité et les professionnels isolés. De même, les actions préventives orientées vers la population comme le relais d'un programme de dépistage, l'élaboration et le fonctionnement d'un centre de vaccination ou la mise en œuvre d'actions visant à favoriser l'accès aux soins (trouver un médecin traitant pour les patients qui en cherchent, répondre aux soins non programmés pour des situations comme une cystite ou une entorse) reposent sur la définition, la communication et l'application d'un minimum de règles collectives entre les nombreux acteurs professionnels impliqués mais également leur communication à la population et aux patients. Développer et appliquer ces règles nécessite d'élargir l'horizon de son action au-delà de la seule relation entre le soignant et « son » patient dans le cadre du colloque singulier à celui des autres acteurs impliqués dans le soin au patient sur le territoire. De même, se préoccuper des patients que l'on ne voit pas parce qu'ils ne recourent pas aux soins revient également à assumer collectivement une réponse à la population. Ainsi, pour le Hcaam, « le niveau de proximité a vocation à porter une responsabilité populationnelle en matière de santé publique, de promotion et prévention de la santé et l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé doit être clairement affiché à ce niveau »¹⁴⁷. Ces inégalités ont leur origine en dehors du système de santé, mais celui-ci tend à les accentuer, car la disponibilité de soins est souvent moindre là où les besoins sont plus importants. Pour agir efficacement dans cette perspective, la mobilisation de l'ensemble des acteurs agissant localement est un enjeu fort. A cet égard, le développement concomitant des CPTS et de contrats locaux de santé (CLS) est une opportunité pour mettre en œuvre la réduction des inégalités sociales de santé sur les territoires. La prévention est à cette intersection : « santé dans toutes les politiques » et mobilisation des professionnels de santé au plus près des besoins.

¹⁴⁵ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/min_labellisation_hopitaux_de_proximite_2021-10-05-2021.pdf

¹⁴⁶ Annexe au dossier d'inscription sur la liste régionale des hôpitaux de proximité

¹⁴⁷ Avis prévention 2018. [Prévention - Ouvrage HCAAM - 12 février 2019.pdf \(securite-sociale.fr\)](#)

Reconnaître et assumer cette mission de service collectif ou public à la population engage la nécessité de se connaître, de coopérer et formaliser un minimum de règles devant s'appliquer à tous. La formalisation et la reconnaissance de la responsabilité populationnelle des acteurs du système de soins constitue une transformation profonde pour les professionnels de santé français.

Le choix a été fait en 2016 de reconnaître en priorité la capacité des acteurs des soins de proximité à s'organiser dans le cadre de communautés professionnelles pour assumer un ensemble de missions collectives auprès de la population. L'accord conventionnel interprofessionnel a traduit de façon conséquente cette orientation dans un cadre contractuel déployé rapidement (1^{er} ACI CPTS paru au Journal officiel (JO) le 24 août 2019) en définissant trois missions socles pour faciliter l'accès aux soins, organiser les parcours de soins, développer des actions de prévention sur le territoire et deux missions complémentaires optionnelles que sont le développement de la qualité et de la pertinence des soins ainsi que l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire.

La survenue de l'épidémie de Covid a parfois ralenti mais aussi parfois accéléré le développement des CPTS notamment quand les dynamiques collectives étaient déjà enclenchées. Pour beaucoup, la crise Covid a révélé le réel potentiel d'action vers la population que constituent les CPTS.

« La crise Covid a permis de mieux travailler avec les Centres communaux d'action sociale (CCAS) (...) car la CPTS a servi d'interface entre la préfecture et l'ARS d'un côté et les mairies et les CCAS de l'autre pour les centres de vaccination. Aujourd'hui on travaille en pleine confiance alors qu'avant on ne se connaissait pas. (...) On a gagné 5 ans de travail de communication avec la crise Covid. MG Président CPTS

Des développements apparentés visant une plus grande intégration à une échelle territoriale se développent dans d'autres systèmes de santé (Family Health Network en Ontario, Clinical Commission Group en Angleterre, Eerstelijnezone zone dans la partie flamande de la Belgique). Cette reconnaissance internationale de l'importance et de la pertinence d'organiser les soins de proximité à l'échelon territorial conforte les CPTS comme levier de cette organisation.

Concernant en particulier la coordination entre la ville et l'hôpital ou les structures médico-sociales : *« la CPTS peut ainsi devenir un interlocuteur légitime pour les établissements de santé et permettre d'organiser hospitalisations en accès direct, sorties d'hospitalisation, réponses aux soins non programmés, suivi des maladies chroniques à l'échelle d'un territoire. De même, une organisation coordonnée au niveau d'un territoire est plus à même de contractualiser avec les établissements médico-sociaux »*¹⁴⁸. Le développement des CPTS, s'il paraît en deçà de l'objectif envisagé de 1 000 CPTS en 2022, est néanmoins réel et significatif (243 ACI CPTS signés début 2022 couvrant près d'un tiers de la population française et de nombreux projets en cours d'élaboration¹⁴⁹).

Reposant sur les initiatives professionnelles, conformément à leur conception initiale, et se voulant adaptées aux contextes et problématiques locales, les CPTS présentent une grande diversité en termes de taille, de populations couvertes et de réalisations selon le contexte de leur émergence et leur degré de maturité, telles que présentées au 1.3.

¹⁴⁸ Cnam, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance maladie pour 2022*, Juillet 2021

¹⁴⁹ source : Assurance maladie

La plupart des CPTS développées et ayant engagé des actions significatives sont portées et animées par des leaders professionnels de santé généralement libéraux, non nécessairement médecins, qui y consacrent un temps de travail important, souvent bénévole, et témoignent que l'engagement dans le service au public est compatible avec un exercice libéral.

« Sur mon territoire, je suis là pour créer du service public, encore une fois, je suis un mouton à 5 pattes. Je suis un médecin vraiment libéral mais je suis foncièrement santé publique, et c'est cette dualité qui fait peut-être la spécificité de ce territoire. Je suis féroce ancré sur la notion de service public et de service rendu à l'utilisateur, et en même temps dans mon ADN je suis un médecin libéral. »

*Médecin
généraliste, leader CPTS*

Ces leaders sont en général repérés et soutenus par autorités sanitaires (ARS, Cnam) qui leur accordent par leur reconnaissance institutionnelle une légitimité à jouer un rôle d'intermédiaire auprès des professionnels de santé, mais également des élus locaux, pour porter des projets de création de MSP, de centres de santé, de partenariat avec les hôpitaux de proximité, voire assurer dans certains cas le portage de dispositifs d'appui.

« On va leur livrer une SISA clé en main (...). On va faire une structure temporaire qui va correspondre aux médecins jeunes retraités qui ne veulent plus travailler comme avant et vont faire du soin une ou deux journées par semaine et ne plus avoir les problèmes de cabinets. (...) Ma volonté est de livrer cette MSP clé en main. (...) Je vais leur donner une coordinatrice qui est la même que celle qui a créé la MSP (...) ma volonté, c'est de les aider à déminer tous les problèmes car c'est compliqué pour des internes de créer une MSP. »

Médecin généraliste, leader de CPTS

Ces professionnels deviennent ainsi, à l'instar des leaders de MSP multisites qui couvrent souvent des territoires équivalents aux CPTS, des animateurs, managers d'organisations complexes étendues, capables d'interagir avec des interlocuteurs institutionnels sur le territoire pour répondre à des enjeux de santé et d'engager des travaux pour formaliser à la bonne échelle les parcours de soins.

La reconnaissance de ces fonctions et compétences chez ces professionnels de santé par le biais d'une qualification et possiblement d'une fonction comme une évolution de carrière est une piste à travailler pour consolider et amplifier les changements à l'œuvre.

Plus généralement, les équipes animatrices des CPTS sont souvent constituées de professionnels de santé libéraux, plus rarement salariés, qui se retrouvent en situation de gérer la création et la croissance d'associations ayant des budgets pouvant aller de 287 000 à 580 000 euros et emploient plusieurs salariés. Les CPTS peuvent également être amenées à gérer de nombreuses procédures d'indemnisation et de gestion ainsi que de multiples projets, et plus généralement de nombreux travaux collectifs et procédures de communication. Une partie de ces tâches peut être mutualisée, externalisée ou confiée à des personnels formés à la gestion et l'administration, dont c'est le métier et qui

permettront aux professionnels de santé de se concentrer sur les activités stratégiques et d'animation. L'avenant 2 de la convention ACI CPTS annonce un soutien accru au déploiement des CPTS par le moyen d'un « accélérateur » et le support, par les services des ARS et de l'Assurance maladie, aux promoteurs, par la mise à disposition de services (ingénierie : mise à disposition de données, cartographie, liens avec les médiateurs des caisses...).

Il est important de reconnaître et de valoriser les professionnels qui contribuent par leur engagement à faire progresser les collectifs, et peuvent aider à organiser et cogérer le territoire (objectif de certification et de reconnaissance, notamment par une formation de haut niveau).

L'un des enjeux principaux auquel se confrontent très vite les promoteurs de CPTS est de susciter, au-delà du cercle des promoteurs motivés, l'adhésion et l'engagement des professionnels libéraux du territoire dans des démarches collectives. Cet engagement n'est pas spontané chez de nombreux professionnels libéraux se vivant souvent en concurrence avec leurs collègues de la même profession ou d'autres professions, notamment quand ils se sont installés à l'époque où le constat d'une pléthore médicale était partagé. Cette mobilisation est rendue d'autant plus difficile que ces professionnels sur les territoires en tension se sentent débordés et ne veulent pas perdre du temps en réunions inutiles. A ce titre, les approches très pragmatiques et pratiques déployées par les promoteurs des CPTS pour apporter des ressources communes au service des effecteurs de soins (comme l'exprime le verbatim d'une présidente de CPTS) constituent une approche à développer.

« On a fait le choix d'avoir une équipe salariée sur laquelle tout le monde peut s'appuyer, et qui vient en soutien à tout le monde. (...) une équipe CPTS qu'ils connaissent bien, et qui rend des services tous les jours. Avant de demander aux gens de s'investir eux, on leur a d'abord apporté des réponses à leur questionnement, à leurs soucis du quotidien. C'était ça l'idée. »

Infirmière, présidente CPTS

Pour développer des processus coopératifs à l'échelle des territoires et faire communauté, la première condition est la connaissance réciproque des différents acteurs. La formation pluriprofessionnelle continue à l'échelon territorial est de ce point de vue essentielle (cf. partie 2.5).

Le développement des CPTS constitue bien une voie prioritaire et un chantier à consolider et renforcer. Ces organisations sont encore jeunes, sont le lieu de développement de nouvelles pratiques et sont amenées à devoir se professionnaliser. L'atteinte de leurs missions sera déterminée par l'étendue de l'adhésion des professionnels de santé du territoire et leur engagement au respect des règles définies pour assumer la responsabilité collective vis-à-vis de la population. Les incitations à participer pour chaque professionnel de santé doivent être suffisamment fortes, le risque étant de voir se développer des comportements de passager clandestin par des pratiques de sélection de patients par exemple ou d'échappement aux contraintes.

Le développement des CPTS doit se poursuivre pour qu'elles maillent l'ensemble du territoire et matérialisent réellement l'engagement de tous les professionnels de proximité dans la mission de service public de l'accès aux soins¹⁵⁰.

La mission complémentaire optionnelle de soutien à l'installation qui est inscrite à l'avenant ACI des CPTS selon les contextes s'avère une forme d'action prioritaire dans certaines CPTS qui promeuvent l'installation de MSP ou de Centres de santé afin de maintenir une offre de soins suffisante sur le territoire. Ce faisant les CPTS se révèlent des opérateurs très conscients de la dégradation de l'offre de soins à court terme et soucieux d'organiser l'offre de soins sur le territoire.

A la suite de l'épidémie de Covid, la responsabilité populationnelle des CPTS a été reconnue en cas de situation de crise sanitaire grave, avec l'ajout, dans l'avenant 2 de l'ACI, d'une mission socle supplémentaire consistant à élaborer un plan de crise. Cette responsabilité paraît également pouvoir être étendue à la question de la régulation/répartition de l'offre de soins de proximité sur le territoire, qui pour certains territoires pourrait également être considérée comme une situation de crise.

En fonction du degré de maturité des CPTS et des évaluations de leurs actions (cf. *supra*), il serait logique d'envisager un élargissement de leurs missions, pour qu'elles contribuent au développement et à la régulation de l'offre sur le territoire.

L'action de la CPTS dans ce domaine permettrait notamment d'appuyer, sur le terrain, les professionnels qui s'organisent pour assurer le service à la population dans les territoires où les besoins ne sont pas couverts, en utilisant les leviers disponibles (consultations avancées, organisations multi-sites, télémédecine...) et en mobilisant notamment les dispositifs contractuels proposés par les conventions nationales. Il s'agit là de prolonger et d'élargir les missions qu'elle a déjà sur l'accès aux soins, par exemple concernant le médecin traitant.

3.3.3. L'articulation avec les soins spécialisés (hors médecine générale) : un échelon plus souvent interCPTS, un défi pour la médecine spécialisée

Comme l'ont montré les parties précédentes, les soins primaires ont beaucoup évolué et s'inscrivent désormais dans des modèles organisationnels encore insuffisamment développés, mais qui font l'objet d'un large consensus. Cette réflexion est moins développée pour la médecine spécialisée, comme l'ont souligné les rapports publiés par le Hcaam en 2017 et en 2020 (*op cit*), qui ont commencé à élaborer un diagnostic partagé et des propositions.

Malgré une baisse des effectifs moindre qu'en médecine générale, l'accès à la médecine spécialisée (hors médecine générale) représente un problème croissant sur les territoires, pour les patients et pour les soins primaires qui ont besoin de pouvoir recourir à cette

¹⁵⁰ Le Hcaam affirmait en 2018 : « L'adhésion des professionnels aux CPTS et leur implication dans le fonctionnement de celles-ci doivent conditionner leur accès à des conditions d'exercice améliorées. Ainsi, l'adhésion des professionnels à ce cadre conditionnera l'accès aux moyens supplémentaires mis en place, par exemple : accès à des moyens de supports administratifs ou paramédicaux, support technique à la coordination avec les autres professionnels ou structures, aide à l'installation et à la mobilité... L'accès aux formes de rémunérations nouvelles des structures regroupées doit également être conditionné à cette adhésion. Ainsi, à terme, chaque professionnel sera engagé dans une double contractualisation : au niveau national pour les conditions générales de son activité (conventionnement national des individus et des équipes), comme actuellement, et au niveau territorial dans le cadre du réseau de proximité » (contractualisation territoriale avec la CPTS).

expertise ; à l'extrême, l'impossibilité de travailler convenablement avec d'autres spécialistes et des plateaux techniques peut dissuader des généralistes de s'installer dans certaines zones. L'inégalité de répartition des médecins spécialistes, aussi bien pour l'offre libérale que publique, se double d'une spécialisation croissante, au sein même des spécialités, qui rend plus complexe encore le cheminement du patient pour accéder au bon sur-spécialiste. Elisabeth Hubert alertait ainsi dans son rapport¹⁵¹ « *sur le danger potentiel que représente une hyperspécialisation précoce en certaines spécialités. Le fait de ne plus être cardiologue mais rythmologue ou hypertensiologue ; chirurgien orthopédiste spécialiste de la main ou de l'épaule ; ophtalmologiste, spécialiste de la rétine ou de la cataracte, etc. aura des incidences sur les besoins en médecins dans les territoires, ces hyperspécialistes s'estimant incompetents pour suppléer à un de leurs confrères, lui-même hyperspécialisé en un autre domaine.* »

S'ajoute à ces difficultés d'accès, comme on l'a vu précédemment, la question des freins financiers avec les dépassements d'honoraires.

Les délais d'accès aux consultations sont parfois très longs. Les téléconsultations mais surtout la téléexpertise entre soins primaires et soins spécialisés pourrait apporter des réponses au moins partielles, notamment pour la prise en charge des maladies chroniques.

Ces problématiques nécessitent une organisation collective par les spécialistes eux-mêmes, pour que l'accès aux soins de la population soit assuré dans des conditions satisfaisantes. Ce peut être le sens des « équipes de soins spécialisés » (ESS) qui ont été inscrites dans la loi de 2019 (cf. Encadré 1), à la suite des travaux du Hcaam¹⁵².

Des organisations de ce type existent déjà dans certains territoires. L'avis du Hcaam sur la médecine spécialisée de 2020 a permis de repérer des initiatives en cardiologie (dans le Vaucluse, à Angers) souvent en partenariat avec les hôpitaux dans le cadre de groupements de coopération sanitaire (GCS), en hépato-gastro-entérologie (HGE) avec des expériences de regroupements « virtuels » d'équipes d'HGE situées sur des territoires différents et pouvant contractualiser avec les CPTS. Dans cet exemple, les HGE associés ont chacun en outre des compétences particulières (cancérologie, MICI, proctologie...) qui permettent d'enrichir la compétence globale de l'équipe plutôt que d'avoir recours à des praticiens externes au groupe. Les neurologues réfléchissent aussi à un mode d'organisation en réseau « d'équipes de neurologues » à disposition des équipes de soins primaires ou des CPTS sur de larges territoires. En Ile de France, des dermatologues ont créé une équipe de soins spécialisés dont « *l'objectif est de faciliter l'accès de la population à un avis spécialiste en dermatologie, et d'utiliser de façon pertinente la bonne ressource au bon moment grâce notamment à une coordination des soins entre les médecins de ville et les centres de références publics et privés en dermatologie, et au développement de la Télé-dermatologie* ». Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom) a été signé en décembre 2019 entre l'URPS médecins libéraux Île-de-France et l'Agence régionale de santé pour donner des moyens à cette équipe. L'ophtalmologie présente également des modèles de prises en charge à distance avec délégation de tâche et téléconsultation entre orthoptistes et ophtalmologues (par exemple le centre de téléophtalmologie de Saint Quentin - Point-Vision/CPAM).

Le Hcaam appelait de ses vœux, dans son rapport de 2020, le développement de ces ESS, s'organisant sur un vaste territoire, pouvant correspondre à une ou plusieurs CPTS, avec une responsabilité axée sur les pathologies de leur spécialité. Notons que ces équipes peuvent parfois être à l'échelle d'une CPTS : par exemple en Centre Val de Loire, certaines CPTS ont été définies à partir d'une analyse cartographique des habitudes de recours aux

¹⁵¹ Mission de concertation sur la médecine de proximité, 2010

¹⁵² Organiser la médecine spécialisée et le second recours, op cit

soins des habitants à des spécialités courantes telles que radiologie, dermatologie, gastro-entérologie, ophtalmologie, ORL... Mais le plus souvent, le niveau logique de regroupement couvre plusieurs CPTS (notamment si on veut, en zone rurale, avoir des CPTS qui ne sont pas trop étendues et où il y a la possibilité de se connaître entre professionnels). En imagerie radiologique, ces regroupements hors zone urbaine significative sont généralement de niveau départemental, permettant le cas échéant de mutualiser les équipements lourds avec les établissements hospitaliers privés ou publics (GCS).

Ces ESS pourraient coordonner l'organisation des consultations avancées et exercices multi sites, développer la télé-médecine et surtout la télé-expertise, les programmes de formation et d'échanges de pratiques entre médecins de ville de premier et de second recours, voire troisième recours selon leur spécialité, contractualiser sur des objectifs d'accès aux soins et de qualité, en prévoyant, lorsque c'est nécessaire pour raisons médicales, des modalités d'accès rapide transitant par les médecins généralistes. Dans son avis de 2018 sur la stratégie de transformation du système de santé le Hcaam indiquait : *« Le rôle des autres médecins spécialistes [par opposition aux généralistes] doit intégrer une dimension populationnelle et territoriale. Ils doivent au-delà de leurs missions d'expertise et de prise en charge spécialisées des patients, contribuer dans leur champ de compétence à la définition des conditions de mise en œuvre des référentiels de prise en charge et d'organisation des relations entre ville et hôpital ainsi qu'avec les autres professionnels. Pour un certain nombre d'entre eux ils ont un rôle à jouer dans la facilitation de l'accès des patients aux plateaux techniques et aux expertises les plus spécialisées de leur champ. ».*

« Comment garantir un accès aux soins dans les territoires en spécialité ? Je serais tenté de dire que c'est exactement le même problème qu'en médecine générale.

Nous avons aujourd'hui une mutation de nos métiers autour de deux thématiques qui sont le regroupement et la coordination. Je crois que de la même façon qu'en médecine générale, nous évoluons du cabinet balzacien vers une MSP. En médecine spécialisée, c'est pareil. Il y a des spécialités qui l'ont déjà fait. Elles n'ont pas attendu, probablement sous la contrainte du plateau technique. Ils se sont regroupés. (...)

Aujourd'hui, de nombreux médecins spécialistes font de la consultation avancée dans des cabinets multisites. De nombreux médecins spécialistes l'ont développé au départ dans un but de recrutement, pour assurer une patientèle, parce qu'ils étaient éventuellement en concurrence territoriale. Même sans concurrence territoriale, parce qu'ils étaient en situation où ils ont jugé utile de favoriser l'accès aux soins dans ces territoires et de se rapprocher des populations. »

Médecin spécialiste libéral

Il est important que les ESS englobent les spécialistes libéraux et hospitaliers, notamment en ce qui concerne l'activité de consultation externe et le recours aux plateaux techniques (imagerie, biologie, anatomie pathologique). Il serait en effet souhaitable de dépasser les approches cloisonnées et concurrentielles que peuvent générer les phénomènes d'intégration verticale, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé.

Prévues par la loi, les équipes spécialisées doivent devenir aujourd'hui une réalité dans les territoires. A l'échelon de CPTS ou d'inter CPTS, par grand domaines de spécialités, elles ont pour mission, en mobilisant les outils disponibles, de définir une organisation collective permettant d'assurer un accès satisfaisant et équitable aux soins spécialisés (en proximité, mais également en second et troisième recours), dans une optique de responsabilité populationnelle et pouvant associer de façon solidaire le secteur public et le secteur privé. Ce chantier doit être ouvert en priorité.

Il faut évaluer ce qui a déjà été fait dans certaines spécialités. Sur cette base, il convient de préciser les missions de ces équipes, de modéliser leur fonctionnement possible et les outils et moyens permettant de favoriser leur déploiement.

3.3.4 Mobiliser les acteurs au-delà des professionnels de santé pour concrétiser en proximité la priorité donnée à la prévention et contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé

L'OMS a proposé une pyramide de l'organisation optimale des services en santé mentale conforme au principe de gradation des soins (cf. Figure 11)¹⁵³. Elle s'applique bien au-delà de la santé mentale : le Hcaam a proposé pour la prévention de l'obésité un modèle reposant sur les mêmes principes, conçu pour être modélisateur de la prévention des pathologies chroniques en général (cf. Encadré 8).

Les deux premiers niveaux, qui représentent la quantité de services rendus la plus importante, ne sont pas assurés par le système de soins.

L'auto-soin, assuré par les personnes concernées et leur entourage, est présent à tous les niveaux de la pyramide. A la base il relève plutôt de la prévention. Aux autres niveaux, l'auto-soin reste essentiel et il est soutenu par les services de santé et du social, qui fournissent des outils (y compris numériques) d'aide à la gestion des troubles (gestion du stress, des relations et des conflits...) et à l'amélioration des habitudes de vie (activité physique, régime alimentaire, tabac, alcool...). Le progrès technique a considérablement accru le champ de l'auto-soin : des dispositifs très accessibles permettent de surveiller sa tension ou sa saturation d'oxygène, de faire son électrocardiogramme... ; on peut également citer les autotests Covid.

Soutenir la mise en pratique effective des compétences d'autosoin acquises nécessite un écosystème favorable. Sa mise en œuvre en équipe de soins coordonnés, associée à une organisation efficace de l'accueil des soins non programmés, constituent un environnement capacitant indispensable. Cet environnement (qui s'inscrit dans ce que l'on appelle la *Responsivité Health system*) favorise la mobilisation des compétences des individus et, en retour, l'adaptation du système de soins. Cette réactivité adaptative intègre des éducations, de littératie en santé et l'intelligibilité de l'organisation des soins. Les promoteurs peuvent être variés. Ainsi, la MSA a développé un programme d'« éducation à la santé familiale »¹⁵⁴ qui a pour but de conférer aux familles les connaissances et les compétences de base leur permettant de maintenir leur santé, de résoudre par elles-mêmes des problèmes de santé courants et de gérer des situations d'urgence à domicile.

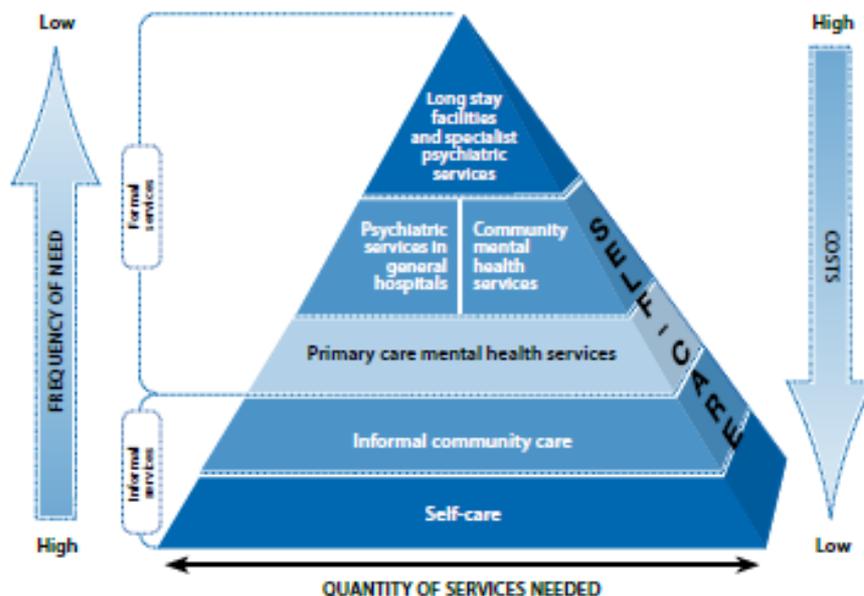
L'éducation à la santé et la formation aux premiers secours (en santé somatique et mentale) jouent également un rôle très important. Ces services, qui outillent l'auto-soin, doivent être assurés à tous les âges de la vie, dans les structures de soins comme dans les autres collectifs (école et université, travail, associations). Les soins communautaires

¹⁵³ OMS, *Improving Health Systems and Services for Mental Health*, 2009

¹⁵⁴ [MSA+-+Education+à+la+santé+en+famille](#)

informels désignent les services fournis en-dehors du système de santé : associations généralistes (sportives, artistiques...), professionnels d'autres secteurs tels que les enseignants... On pourrait ajouter les services sociaux (dont le logement social) ou médico-sociaux, l'emploi adapté... Les actions communautaires ainsi que celles de patients ou de proches permettent de toucher des publics éloignés du système de soins et contribuent au lien social ; les associations pourraient avoir un rôle important de coordination et d'effecteur avec les populations concernées notamment avec l'aide des bénévoles patients experts formés à l'Education thérapeutique du patient (ETP).

Figure 12 - La pyramide de l'organisation optimale des services en santé mentale de l'OMS



Il faut également citer les collectivités territoriales qui interviennent dans un large champ de compétences qui constituent autant de leviers importants pour améliorer l'état de santé de la population : habitat, éducation, environnement, transports, aménagement du territoire, restauration collective, petite enfance, etc.

A cet égard, le développement des CPTS en capacité de contractualiser avec les différents acteurs (CLS, Contrats locaux de santé mentale (CLSM), Ateliers santé-ville) est une opportunité pour développer la prévention et améliorer la santé globale des populations sur leur bassin de vie.

3.3.5 Mettre en place des formations cohérentes avec les orientations proposées pour l'organisation des soins

Se doter d'une capacité de déterminer les effectifs de professionnels à former pour répondre aux besoins de la population

Concernant les effectifs de professionnels de santé, la partie 2.5 et l'Annexe 6 - Les réformes des études de santé : état des lieux et perspectives au regard de la réponse aux besoins de santé des populations sur les territoires ont présenté les mesures de court terme pour augmenter les ressources humaines disponibles. Concernant l'horizon de moyen-long terme, la partie 2.2 a rappelé les effets délétères des politiques de *stop and go* et la nécessité pour ne pas réitérer ces erreurs de se doter :

- de meilleurs outils d'observation. Il convient de mieux documenter les trajectoires des étudiants et des professionnels, pour mieux connaître les choix tout au long de ces parcours (abandons, spécialisations, installations, mobilités professionnelles...) et leurs motifs. Il convient en particulier d'étudier les effets de l'universitarisation sur les parcours

- d'une réelle capacité prospective, reliant l'évolution de la démographie des professionnels de santé et les services à rendre dans le futur à la population, en tenant compte notamment des mesures destinées à optimiser l'utilisation du temps médical. Les rapports du Hcaam du 2020 et 2021 sur la régulation du système de santé indiquaient que faire le lien, en prospectif, entre démographie des professionnels et services à rendre n'est possible qu'en prenant comme point de départ des segments de soins et des grandes pathologies : c'est seulement à ce niveau, et pas à un niveau plus macro, qu'on peut analyser l'évolution des besoins et des types de prise en charge. Ceci rejoint une recommandation d'Emmanuel Touzé, Président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) : « *L'évolution du système de santé et les attentes des usagers imposeraient de repenser pour partie nos formations de façon pluri-professionnelle et d'évaluer nos besoins en professionnels à former par grandes filières de soins (ex. : soins primaires, santé bucco-dentaire, soins de recours, urgences et soins critiques, santé de la femme, santé de l'enfant, santé mentale, grand âge, ...)* »¹⁵⁵.

Ces travaux nécessitent des moyens importants et ceux des institutions qui en ont la charge doivent être renforcés.

Ouvrir les possibilités de progression de carrière

Il convient d'ouvrir les possibilités de progression de carrière, pour satisfaire les aspirations légitimes des professionnels et augmenter la disponibilité des ressources humaines les plus longues à former. Il faut en particulier faciliter, pour les infirmières souhaitant devenir IPA, la VAE et la formation en alternance¹⁵⁶, afin de diminuer les coûts de formation pour les étudiants mais également les employeurs. Quant à l'accès aux études de médecine pour des professionnels de santé (infirmière, sage-femme...) ou des étudiants d'autres secteurs (sciences de la vie, ingénieurs), il est aujourd'hui possible dans les textes mais appliqué de façon très limitée. Il convient de réfléchir aux moyens de le développer, et notamment à la possibilité de développer également la formation en alternance.

Mieux former à l'exercice des soins de proximité

Le contenu des formations initiales et continues en santé est déterminant dans la transmission et l'assimilation des pratiques et des valeurs professionnelles, comme les pratiques coopératives et la responsabilité collective et populationnelle. L'Annexe 6 - Les réformes des études de santé : état des lieux et perspectives au regard de la réponse aux besoins de santé des populations sur les territoires présente la réforme en cours des études en santé et le développement de la spécialité médecine générale à l'université.

Le processus d'universitarisation vise notamment à mutualiser les formations entre les différentes professions, généralement estimé à 20% des enseignements théoriques. La mutualisation est cependant lente à mettre en œuvre et Emmanuel Touzé (*op cit*) propose à juste titre de « *renforcer les mutualisations d'enseignements (théoriques et stages) entre les filières santé en formation initiale et continue* ».

Il convient également de renforcer et organiser la formation à l'échelon des territoires pour favoriser l'installation et l'exercice en équipe de proximité (cf. partie 2.5). Les modalités de recrutement comme la formation initiale et continue constituent en effet des moyens

¹⁵⁵ E. Touzé, « Formations en santé : 20 propositions pour parachever les transformations », *Note Lisa*, 2022

¹⁵⁶ Comme c'est déjà le cas pour les infirmières Asalée souhaitant s'engager dans une formation d'IPA, qui peuvent en général accéder directement à la deuxième année par la voie de la VAE.

bien identifiés dans la littérature¹⁵⁷ pour sélectionner des personnes intéressées par l'exercice en proximité, rendre attractif cet exercice et développer les pratiques interprofessionnelles¹⁵⁸. La partie 2.5 a évoqué la nécessité de développer les stages dans les différents lieux d'exercice en proximité pour l'ensemble des professionnels en formation (y compris les travailleurs du secteur social)¹⁵⁹, en détaillant plus particulièrement les mesures relatives aux médecins, pour lesquels existe un problème d'attractivité des soins de proximité.

Concernant les infirmières, les travaux prospectifs mentionnés ci-dessus doivent permettre de former suffisamment de professionnels pour répondre à l'ensemble des besoins, en ville et en établissement. Dans ce cadre, le contenu des formations devra être amélioré, notamment pour ce qui concerne les soins de proximité, en lien avec les propositions de ce rapport et en particulier la proposition d'augmenter le nombre d'infirmières travaillant conjointement avec les médecins, dans les équipes structurées (cf. partie 3.2.2. sur le modèle cible).

En effet, la formation des infirmières, encore principalement hospitalière, pourrait comporter des possibilités d'orientation plus prononcée vers les soins primaires. Cela passerait notamment par des stages en structures de type MSP Universitaire (MSPU), CDS Universitaire (CDSU) ou tout autre lieu de soins considéré comme formateur dans le cadre d'un partenariat avec les CPTS et l'université (voir *infra*). Les IFSI, généralement rattachés aux hôpitaux généraux ou de proximité et largement présents dans les territoires, pourraient participer, *via* ces établissements et en lien avec l'université, à un partenariat pédagogique avec les CPTS.

Augmenter les capacités d'encadrement des territoires sous-denses en professionnels de santé, en créant des « antennes » territoriales universitaires de formations en santé notamment autour des CPTS

Etant donné l'hétérogénéité et la diversité des tailles des organisations participant à l'organisation de soins de proximité sur les territoires et afin de garantir un niveau d'encadrement et de suivi des étudiants de qualité, Emmanuel Touzé propose d'« *augmenter les capacités d'encadrement des territoires sous-denses en professionnels de santé, en créant des « antennes » territoriales universitaires de formations en santé (autour des instituts paramédicaux, des établissements de santé hors CHU et des CPTS)* » et de « *créer un label universitaire pour les CPTS et renforcer l'universitarisation des établissements hors CHU* » (*op cit*).

La gestion et le suivi de ces stagiaires pourraient ainsi être gérés par les CPTS en lien avec leurs partenaires que sont les équipes de soins structurées, les hôpitaux de proximité, l'HAD, les ESS. Les CPTS passeraient alors convention avec l'université selon un cahier des charges à définir, comme les MSP doivent répondre à un cahier des charges pour devenir MSPU. Le label universitaire pourrait être associé à la création de postes d'enseignants associés ou titulaires dans les champs disciplinaires de soins de proximité (postes de maître

¹⁵⁷ D. Polton, H. Chaput, M. Portela, en collaboration avec Q. Laffeter et C. Millien, « Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques - Les leçons de la littérature internationale », *Les Dossiers de la Drees*, 2021

Taha, A., Dawidowicz, S., Orcel, V. *et al.* Relationship between training supervision and evolution of the density of GPs: a 3-year cohort study on French cities between 2018 and 2021. *Hum Resour Health* 20, 39 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00740-1>

¹⁵⁸ Blanchard A, Fiquet L, Le Gall V, Maury A, Allory E. « Collaboration interprofessionnelle et maison de santé pluriprofessionnelle », *Exercer*, 2020;165:292-8.

¹⁵⁹ Notons qu'un interne de médecine générale peut réaliser un stage dans un hôpital de proximité et être encadré par les médecins de la MSP attenante.

de conférence associé (MCA) et de professeur associé (PA) en sciences infirmières, maïeutique, kiné, médecine générale, cardiologie, dermatologie, santé publique...). C'est le sens du plan Territoires universitaires de santé pour les médecins qui a été initié par la conférence des doyens des facultés de médecine et qui est expérimenté depuis l'année 2020 par quatre facultés avec l'appui des collectivités à Angers, Caen, Tours et Reims¹⁶⁰. Le financement de postes d'enseignants associés sur les territoires de soins de proximité prioritaires contribuerait à valoriser et à renforcer l'attractivité de ces formes d'exercice.

Dans le champ de soins de proximité, ces enseignants seraient alors en situation de développer des temps d'enseignements mutualisés et des actions conjointes impliquant les professionnels en formation dans le cadre des programmes d'actions d'une ou plusieurs CPTS. Les CPTS pourraient exercer une gestion collective des différents lieux de stage en fonction des besoins et, au-delà de la formation clinique qui serait assurée dans ces lieux de stage, former les étudiants aux questions d'organisation et de qualité des soins, à des actions interprofessionnelles orientées vers les populations.

Vers une reconnaissance progressive de la responsabilité sociale et populationnelle des universités de santé ?

Si les UFR de santé sont très fortement incitées à s'inscrire dans la compétition internationale qui caractérise la recherche en santé et particulièrement la recherche biomédicale, elles ont également une responsabilité sociale dans la mesure où elles doivent aussi recruter et former les professionnels de santé pour répondre aux besoins de santé des territoires, en intégrant les progrès des savoirs et des progrès techniques dans les pratiques et les organisations de soins. Les réformes des études de santé étendent la responsabilité des universités à la plupart des professions de santé. Elles peuvent agir sur le recrutement des étudiants : certaines universités ont par exemple restreint l'accès aux études médicales aux seules licences santé et supprimé l'accès par le concours, ce qui permet de diversifier les profils d'étudiants, en le rapprochant de celui des licences et des territoires où elles sont enseignées, et ainsi favoriser leur installation à terme sur ces territoires. En effet, la diversification des origines socio-géographiques des étudiants est un des moyens les plus efficaces d'améliorer la répartition géographique des médecins¹⁶¹.

De même, plusieurs programmes visant à impliquer les patients experts et partenaires dans la formation des professionnels de santé ou à développer des formations interprofessionnelles sont aujourd'hui menées et expérimentées par certaines facultés de

¹⁶⁰ Le plan territoire universitaire de santé repose sur : 1 la création de postes de chefs de cliniques et d'assistants hospitalo-universitaires dans les centres hospitaliers non CHU, 2 – la création de postes d'enseignants associés pour des médecins seniors engagés dans la formation et la recherche dans les CH non universitaires, l'extension de statut de MSU en médecine libéral à toutes les disciplines, l'augmentation du nombre d'enseignants en médecine générale, l'utilisation de ces dispositifs pour l'odontologie dans les territoires sans faculté d'odontologie.

https://www.univ-angers.fr/_attachment/nouvel-article-920/dossier_de_presse_TUS_versionfinale.pdf?download=true

¹⁶¹ D. Polton, H. Chaput, M. Portela, en collaboration avec Q. Laffeter et C. Millien, « Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques - Les leçons de la littérature internationale », *Les Dossiers de la Drees*, 2021

médecine¹⁶² ¹⁶³ ¹⁶⁴. Ils se déploient souvent aux marges des programmes de formation traditionnels, et dans le cadre d'expérimentation que permet la réforme des études de santé.

La reconnaissance de cet engagement dans la responsabilité sociale et populationnelle des facultés de médecine et le soutien à ces initiatives innovantes, qui n'est pas spécifique aux soins de proximité mais les concerne en priorité, permettrait d'adresser un signal fort sur la valeur de ces engagements et une accélération des changements souhaités. Il pourrait se faire par le soutien financier aux programmes de formation innovants soit directement auprès des universités, soit par le financement d'un réseau pour le développement de formation interprofessionnelle orientée vers les soins de proximité. Ce réseau permettrait par exemple de recenser les expérimentations en cours dans les universités, contribuer à leur évaluation et leur diffusion et ainsi accélérer leur déploiement.

¹⁶² Gross O., et al. « Un département universitaire de médecine générale au défi de la démocratie en santé : la formation d'internes de médecine générale par des patients-enseignants », *Revue française des affaires sociales*, no. 1, 2017, pp. 61-78.

¹⁶³ Chevallier F., et al. « Plaidoyer pour l'intégration des patients formateurs dans l'enseignement des futurs médecins généralistes à partir de l'expérience de l'université Sorbonne Paris Nord et de la littérature internationale », *Revue française des affaires sociales*, no. 1, 2020, pp. 281-293.

¹⁶⁴ Fiquet L. et al., « Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé Pédagogie Médicale », *16 2 (2015) 105-11.*

4. Renforcer le pilotage pour réussir la transformation

La constitution d'une première ligne de soins de proximité organisée, capable d'assurer une large gamme de services telle qu'elle a été décrite plus haut, constitue un chantier d'envergure, à la fois de court terme (pour la gestion de la crise) et de moyen/long terme.

Cette évolution est déjà engagée grâce aux efforts des Agences régionales de santé et de l'Assurance maladie. Mais si l'on veut accélérer le déploiement, si l'on veut que le travail en équipe pluriprofessionnelle devienne un mode d'exercice majoritaire, si on veut réussir la transformation des soins de proximité il faut renforcer le pilotage de cette transformation avec une approche de conduite du changement.

Cela suppose en premier lieu de renforcer les moyens et l'expertise que l'administration consacre aux soins de proximité, à tous les niveaux (national, régional...). Aujourd'hui, alors qu'on a développé collectivement beaucoup d'expertise sur le secteur hospitalier, l'équivalent n'existe pas dans les soins primaires (la question du bâti et de l'architecture, analysée précédemment, est un exemple parmi d'autres). Peut-être faudrait-il constituer une mission de pilotage national conjointe entre l'État et l'Assurance maladie, comme cela a été le cas pour développer le dispositif d'appui aux expérimentations de l'article 51. Elle aurait vocation à mettre en œuvre les orientations et les outils déterminés notamment dans le cadre des conventions entre l'Assurance maladie et les organisations syndicales.

Au-delà des nouvelles organisations qu'il permet d'expérimenter, ce dispositif de l'article 51 renouvelle aussi la façon dont les pouvoirs publics travaillent avec les acteurs de terrain, en passant d'une posture traditionnelle d'édiction de normes à une posture de co-construction, d'appui et d'accompagnement. Des méthodes de travail ont émergé pour outiller cette démarche, comme par exemple le dispositif de « l'accélérateur ». Cet outil innovant, inspiré des méthodes d'intelligence collective, a été mis en place pour accompagner les porteurs dans l'élaboration de leur projet et dans sa mise en œuvre effective¹⁶⁵. Il a d'ores et déjà été reproduit par la CNAM pour accélérer le déploiement des CPTS sur le territoire¹⁶⁶. Ce type de démarche est amené à se diffuser plus largement pour soutenir les transformations, dans une relation de partenariat et de confiance entre les pouvoirs publics et les professionnels de terrain.

¹⁶⁵ Rapport au Parlement 2021 sur les expérimentations innovantes en santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_parlement_article_51_2021.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab20000b684663c42766c3b432a25e7c68f0dd8de621b24f68d266990253bb0c181ab008917937791430008d2ef36b1346977a0fa0328f4bdff4dc1cee3a4e48d2320ce15f471e76446ca7e1f88c2c20d24b005b1056abd48d3ee5

¹⁶⁶ L'avenant signé en décembre 2021 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les syndicats représentatifs de l'ensemble des professions de santé propose un dispositif d'accompagnement renforcé à la constitution des CPTS afin d'accélérer leur déploiement sur le territoire, dit « accélérateur ».

Ce dispositif d'accompagnement peut intervenir à différentes étapes de leur constitution, afin d'accélérer leur déploiement sur l'ensemble du territoire, que ce soit :

- dès le dépôt de la lettre d'intention pour la mise œuvre et la réalisation des missions socles ;
- au moment de la rédaction du projet de santé ;
- avant la signature de l'ACI

L'accélérateur propose un accompagnement sur mesure : aide à la formalisation de fiches actions, à la mise en place d'une gouvernance, à la co-construction d'indicateurs, à l'évaluation des leviers permettant de gagner du temps médical, etc.

<https://www.ameli.fr/medecin/actualites/aci-signature-d-un-avenant-favorisant-l-exercice-coordonne-et-la-creation-de-cpts>

Les compétences des administrations doivent aussi évoluer. Plus que des compétences d'autorisations, de réglementation, on a besoin dans ce secteur de compétences en accompagnement, en animation, en ingénierie de projet. Là aussi, cette évolution est déjà en cours. L'Assurance maladie et les ARS ont développé ces compétences depuis plusieurs années, et accompagnent les professionnels dans le montage de leurs projets. Certaines caisses primaires ont modifié leur organisation pour refléter celle des CPTS. Cette posture d'aide et de co-construction est à renforcer encore, car il y a une forte demande de la part des équipes, non seulement au démarrage, mais aussi pour se développer, monter de nouveaux projets, exploiter les systèmes d'information disponibles pour s'évaluer, etc. Il ne s'agit évidemment pas de piloter ces structures d'exercice coordonné pour le compte des professionnels, mais de les soutenir dans une autonomisation et une prise de responsabilité croissante. Cet accompagnement crée aussi de la confiance réciproque.

Un aspect essentiel est de pouvoir documenter ces transformations, de capitaliser sur les expériences en cours, d'évaluer différentes modalités possibles dans les organisations (gestion en interne ou sous-traitance pour certaines fonctions, formes de mutualisation...) et de pouvoir mettre en commun cette connaissance pour progresser. De ce point de vue, il y a clairement une carence : les dispositifs d'observation et d'analyse ne sont pas à la mesure aujourd'hui de l'ampleur des transformations qui sont en cours et que l'on souhaite impulser. Il faut donc construire des dispositifs d'observation et d'évaluation permettant de capitaliser sur l'expérience acquise.

Dans le même esprit, la réflexion prospective à moyen-long terme doit absolument être développée pour réfléchir aux besoins correspondant aux différents métiers de la santé et veiller à la cohérence avec le dispositif de formation. Aujourd'hui, par exemple, nous sommes dans le creux de la démographie médicale. L'inquiétude que génère cette raréfaction (relative) de la ressource médicale conduit à ne regarder que le très court terme ; or on sait que compte tenu de la durée des formations, les décisions prises aujourd'hui en matière d'effectifs formés auront des conséquences importantes à long terme, qu'il faut anticiper. Comment doit-on faire évoluer le nombre d'étudiants pour couvrir les besoins à long terme ? Quels seront les comportements des professionnels en termes de temps de travail offert ? Comment vont évoluer les besoins de la population ? Comment l'organisation des tâches va-t-elle modifier les besoins sur les différents métiers ? Cette réflexion de long terme est absolument nécessaire, même si l'urgence de la situation actuelle ne tend pas à la mettre au premier plan. Il faut se rappeler que jusqu'à la fin des années 1990, il y avait un large consensus pour considérer qu'on était dans une situation de pléthore médicale, avec cette même difficulté à anticiper le retournement de situation. La durée de formation rend cette prospective cruciale pour les professions médicales mais elle est également nécessaire pour l'ensemble des métiers de la santé.

La Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) au niveau national doit s'accompagner d'une GPEC territoriale. On peut citer à ce sujet un extrait de l'intervention de Véronique Billaud lors du séminaire sur les ressources humaines organisé par le Hcaam¹⁶⁷ :

« Pour renforcer l'attractivité de certains exercices et faciliter la mobilité et les parcours des professionnels, différents leviers peuvent être mobilisés mais restent largement

¹⁶⁷ « Une plateforme régionale pour favoriser les trajectoires professionnelles répondant aux besoins » in *Les ressources humaines, levier de la transformation du système de santé*, Actes des séminaires Hcaam 2019-2020. Parmi les dispositifs permettant la formation et le recrutement en Ehpad, dans le cadre d'une GPEEC territoriale, on peut citer le dispositif « Un emploi près de chez moi » imaginé par quinze Ehpad publics autonomes du Loir-et-Cher associés au sein du groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) Sepia 41 et le dispositif TransCo mobilisé notamment par Korian (<https://travail-emploi.gouv.fr/actualites/l-actualite-du-ministere/article/reconversion-professionnelle-korian-met-en-place-un-projet-de-transitions>)

insuffisants et devraient surtout être mutualisés dans un cadre prospectif commun partagé par l'ensemble des acteurs. Il est tout aussi nécessaire de reconnaître et valoriser ces mobilités, car aujourd'hui un professionnel de santé qui accepte d'exercer en zone sous-dense ou dans le secteur médico-social risque de se voir pénalisé en termes de carrière, quels que soient les incitatifs financiers ponctuels. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences au niveau territorial nécessite en préalable de disposer des données pour l'ensemble des professions à un niveau fin et par secteur (public, privé, libéral, médico-social) ainsi que des outils d'analyse prospective permettant d'estimer les besoins à 5 et 10 ans. Des plateformes d'accompagnement à l'échelon régional (par exemple sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP) ou d'un groupement de coopération sanitaire (GCS)) pourraient être créées pour mettre en place une véritable gestion prévisionnelle et d'accompagnement des RH en santé. A partir de l'expérience des « Classmo », ces plateformes « légères » auraient vocation à accompagner les établissements et les professionnels, à leur demande, par exemple au moment des réorganisations ou pour faciliter individuellement les mobilités, les réorientations de carrière et les reconversions¹⁶⁸. Sur le modèle des centres de gestion des fonctionnaires territoriaux privés d'emploi, des portages d'emploi au-delà des structures de rattachement pourraient être envisagés dans une phase transitoire. Elles pourraient également soutenir des innovations en matière de RH, par un appui à la gestion de projet, à leur financement, leur évaluation et leur modélisation. »

¹⁶⁸ Des « sas professionnels » pourraient être créés. Par exemple en cas de changement de poste : sas formation, sas découverte (missions courtes dans un autre domaine), sas santé publique, sas service public (participation à un projet) ...

ANNEXES

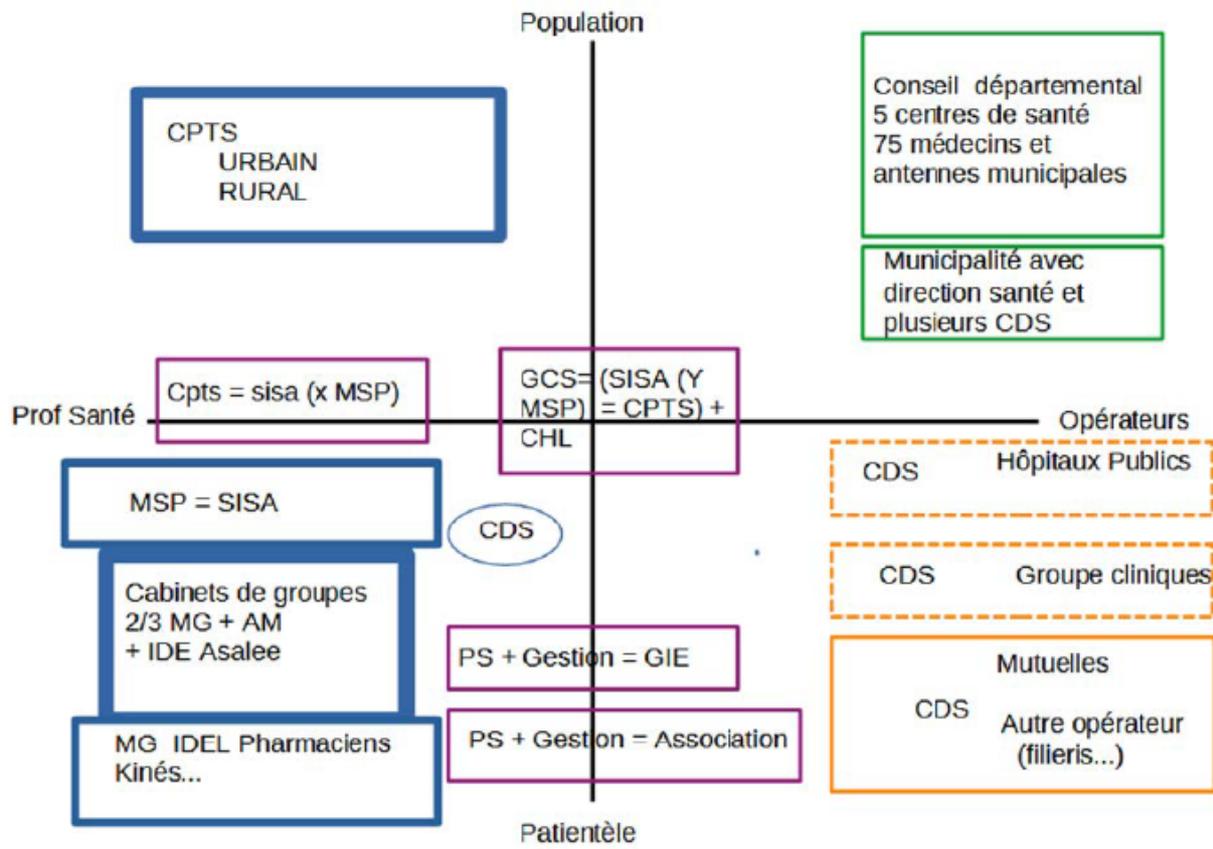
Annexe 1 - Diversité des formes d'organisations en soins primaires étudiées - Proposition de typologie

Les formes d'organisation centrées sur les soins de proximité se sont diversifiées dans la période récente : arrivée de nouveaux opérateurs, introduction, au-delà des effecteurs de soins, d'organisation ayant des missions d'organisation sur le territoire, intégration plus ou moins poussée avec des hôpitaux de proximité, etc.

La Figure 13 - Diversité des formes d'organisations en soins primaires selon la cible de leur action et l'organisation de leur gouvernance propose une représentation synthétique qualitative de ces modèles, à partir de l'échantillon d'organisations qui ont été analysées dans le cadre de cette étude.

Sur ce schéma, les organisations de soins de proximité sont positionnées dans quatre quadrants définis selon deux axes principaux. L'axe vertical qui permet de placer les structures selon qu'elles s'adressent plutôt à une patientèle ou à l'ensemble de la population sur le territoire. L'axe horizontal qui permet de positionner ces organisations selon la nature de leur gouvernance : professionnelle principalement libérale (partie gauche) ou administrative (partie droite), la gestion étant assurée par des opérateurs divers non professionnels comme les mutuelles, les municipalités, le conseil départemental, les établissements de soins, qui peuvent être publics ou privés. L'épaisseur du trait exprime l'importance numérique des formes d'organisation dans le système de santé. Un trait pointillé représente des projets en cours plutôt que des réalisations effectives. Le code couleur vise à regrouper les organisations similaires selon le type d'acteur gestionnaire (professionnels, collectivité locale, opérateur soins public ou privé) pour plus de lisibilité.

Figure 13 - Diversité des formes d'organisations en soins primaires selon la cible de leur action et l'organisation de leur gouvernance



Cette représentation simplifiée et non exhaustive permet d'illustrer la grande diversité des formes d'organisations de soins de proximité concrètes qui existent dans le système de santé français et que nous avons étudiées dans le cadre de ce rapport. Elles sont, pour une grande partie, anciennes et minoritaires, comme les centres de santé municipaux (quadrant supérieur droit), centres de santé associatifs (quadrant inférieur gauche) ou centres mutualistes (quadrant inférieur droit) ; d'autres sont majoritaires et propres à l'exercice libéral (cabinets de groupes, professionnels isolés, MSP sur le quadrant inférieur gauche) traditionnellement orientées vers les patientèles, ou émergentes et orientées vers la population (les CPTS sur le quadrant supérieur gauche).

Ce schéma permet notamment de mettre en évidence des formes « intégrées » (couleur mauve) qui sont positionnées sur l'axe vertical ou horizontal à l'intersection de plusieurs quadrants. La première à gouvernance professionnelle (partie gauche du graphique) associe simultanément une orientation vers la patientèle et la population dans une SISA multiste MSP qui est également le support d'une CPTS. Deux autres, dans la partie inférieure du graphique, associent opérateurs et professionnels dans une gouvernance de type GIE (Ipsa) ou association loi 1901 (Asalée), pour des services rendus aux patientèles. La troisième, placée au centre du graphique, qui est la forme la plus intégrée, associe une orientation vers les patientèles et la population dans une SISA multisite également support d'une CPTS, mais cette SISA est également associée avec un opérateur (en l'occurrence l'hôpital de proximité, également multisite), dans le cadre d'un Groupement de coopération sanitaire privé. Ce modèle permet de mutualiser un nombre important de services et de ressources vers la population du territoire (ici une communauté de communes couvrant environ 35 000 habitants).

Sur cette projection, l'initiative du centre départemental de la Saône et Loire, caractéristique d'une démarche menée par un opérateur public et orientée vers la

population du département, à forte dominante rurale, apparaît ainsi très proche des centres de santé municipaux gérés par les villes s'étant dotées d'une direction santé orientée vers la population. Ces centres de santé s'adressent à la fois à des patientèles et à la population du territoire de la commune ou du département, en complémentarité avec l'offre de soins libérale qui est également présente sur ces territoires.

Annexe 2 - La patientèle médecin traitant

Note : Les données de cette annexe ont été fournies par la CNAM.

Le médecin traitant est un généraliste libéral dans la plupart des cas

Rappelons qu'au sens strict, la notion de « patientèle médecin traitant » s'applique aux personnes de 16 ans et plus. La désignation d'un médecin traitant a été étendue aux enfants de moins de 16 ans en 2017, mais pour ces derniers, l'absence de déclaration de médecin traitant n'a pas d'impact sur les remboursements.

La part de la population inscrite auprès d'un médecin traitant est de fait très différente dans ces deux populations : près de 9 adultes sur 10 en ont un, mais ce n'est le cas que de la moitié des plus jeunes. Cette proportion augmente cependant régulièrement (de 17% en décembre 2017 à 51% en juin 2021).

Parmi les adultes ayant un médecin traitant, 94% ont choisi un médecin généraliste libéral, 4% un médecin d'une autre spécialité ou un médecin généraliste à mode d'exercice particulier (c'est-à-dire ayant déclaré exercer en tant qu'homéopathe, acupuncteur, angiologue, etc.), et 2% un médecin exerçant en établissement (y compris centre de santé).

Pour les enfants de moins de 16 ans avec médecin traitant (50% de la population totale concernée), il s'agit d'un médecin généraliste libéral pour 87% des cas, d'un pédiatre pour 12% et d'un médecin exerçant en établissement (y compris centre de santé) pour 1%.

Un médecin généraliste a en moyenne 1 050 patients inscrits tous âges confondus, mais cette moyenne recouvre une forte hétérogénéité

Fin 2021, la CNAM dénombrait environ 52 200 médecins généralistes (ne sont comptabilisés dans cet effectif que les médecins actifs, conventionnés et qui n'ont pas déclaré un mode d'exercice particulier).

Un médecin généraliste a en moyenne, en juin 2021, 941 patients de 16 ans et plus inscrits auprès de lui en tant que médecin traitant.

Si l'on ajoute les enfants, on peut considérer que la patientèle totale inscrite par médecin généraliste, tous âges confondus, est de l'ordre de 1 050 patients en moyenne.

Derrière ces moyennes, on constate une très grande hétérogénéité. Si l'on ne considère que la patientèle adulte (soit 940 patients en moyenne), 10% des médecins ont plus de 1 645 patients inscrits (ce qui apparaît comme un étiage moyen dans d'autres pays) ; à l'inverse, 20% ont moins de 460 patients inscrits, ce qui semble faible, même en ajoutant 10% d'enfants (cf. Figure 14).

Figure 14 - Répartition des médecins généralistes par décile en fonction de la taille de la patientèle médecin traitant

	12/2017	12/2018	12/2019	12/2020	06/2021
Patientèle MT moyenne	907	916	931	937	941
Décile 1	175	178	182	172	173
Décile 2	459	463	468	464	465
Décile 3	635	640	649	649	649
Décile 4	770	777	787	786	789
Décile 5	895	899	910	912	913
Décile 6	1 012	1 020	1 033	1 036	1 037
Décile 7	1 147	1 157	1 173	1 178	1 182
Décile 8	1 311	1 323	1 345	1 359	1 366
Décile 9	1 566	1 586	1 610	1 632	1 645

Source : Données CNAM

Lecture : Les 10% de MG avec les plus faibles patientèles MT ont moins de 173 patients MT en juin 2021

Une analyse de la CNAM sur les caractéristiques des praticiens à faible patientèle médecin traitant montre qu'il s'agit plus fréquemment de jeunes médecins récemment installés, qui exercent dans des communes plus favorisées, tant sur le plan socio-économique que sur le plan de la densité de professionnels ; ils ont aussi moins de patients médecin traitant enfants et une moindre file active.

11 % de la population adulte est sans médecin traitant à mi 2021

Le taux de patients sans médecin traitant, après être resté stable autour de 10% jusqu'à fin 2019, augmente depuis : 10,5% fin 2020, 11% à mi 2021, dont :

- 5,2% sans médecin traitant strictement (pas de numéro de professionnel dans les liquidations),
- 5,8% avec un médecin traitant en cessation d'activité, ou qui se sont vus attribuer un numéro fictif de médecin traitant¹⁶⁹. C'est cette proportion qui évolue à la hausse de manière significative.

Figure 15 – Évolution de la proportion de patients sans médecin traitant (parmi la population de 16 ans et plus)

	12/2014	12/2015	12/2016	12/2017	12/2018	12/2019	12/2020	06/2021
Taux de patients sans MT	10,2%	10,0%	9,9%	9,8%	10,0%	10,1%	10,5%	11,0%
Taux de patients sans MT strict	6,7%	6,2%	5,8%	5,4%	5,2%	5,2%	5,1%	5,2%
Taux de patients avec un MT en cessation d'activité ou un n° fictif de MT	3,5%	3,8%	4,1%	4,4%	4,7%	5,0%	5,4%	5,8%

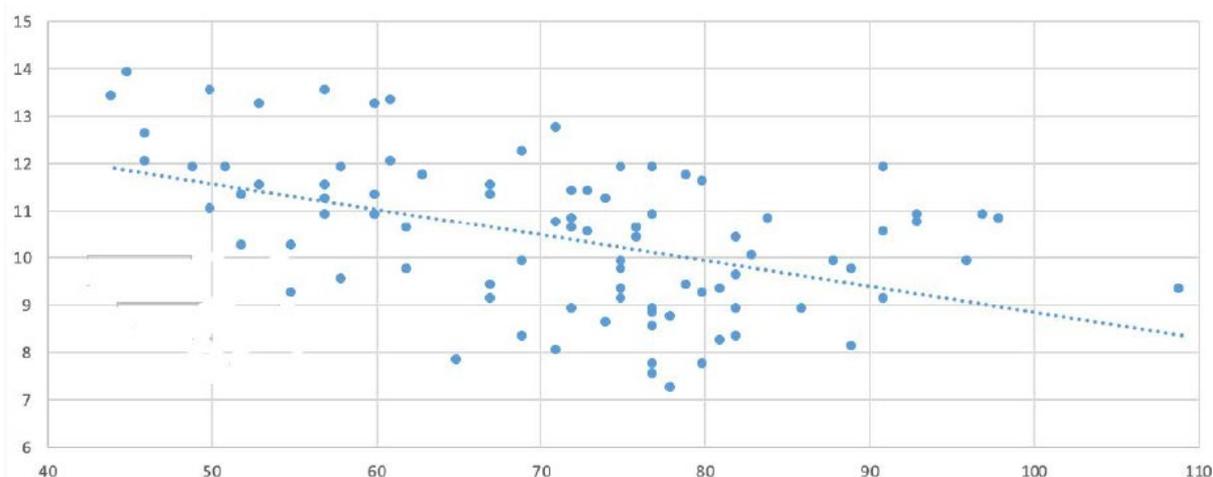
¹⁶⁹ Lorsqu'un médecin cesse son activité, ses patients restent rattachés à lui en tant que MT dans la liquidation afin qu'ils ne soient pas pénalisés dans leur remboursement. Par la suite, soit ils choisissent un nouveau MT, soit on leur attribue un numéro fictif de MT. On peut considérer que pour ces patients, l'absence de médecin traitant est subie et non choisie.

L'absence de médecin traitant est moins fréquente pour les patients en ALD (4,9 %) que pour le reste de la population (12,9 %) : cela représente néanmoins, au niveau national, 620 000 patients en ALD sans médecin traitant.

Elle est plus fréquente chez les jeunes (21 % pour les 17-29 ans, contre 5,7 % pour les plus de 80 ans), mais aussi parmi les patients à la Complémentaire santé solidaire.

Elle est également plus fréquente, ce qui est logique, dans les zones d'intervention prioritaire (cf. Encadré 6 – Les zones en difficulté pour l'accès aux soins Encadré 6). Cependant, s'il y a certes un lien avec la densité de médecins, celle-ci n'explique pas tout : comme on le voit sur la Figure 16, à densité égale, la proportion de population sans médecin traitant varie sensiblement, et certains départements faiblement pourvus ont malgré tout des taux en dessous de la moyenne.

Figure 16- Taux de patients sans médecin traitant et densité de médecins généralistes libéraux (hors MEP)



Lecture : en abscisse la densité de MG et en ordonnée le taux de patients sans MT

Annexe 3 – Données sur les maisons et centres de santé pluriprofessionnels et sur les CPTS

Maisons de santé

Le nombre de maisons de santé en fonctionnement a doublé sur les quatre dernières années, il est de plus de 2 000 aujourd’hui. Les trois quarts sont financées par l’ACI.

Une maison de santé signataire de l’ACI comportait en 2020, en moyenne, 19 professionnels (dont 15 associés)¹⁷⁰, les médecins généralistes et les professionnels paramédicaux formant la plus grande partie des effectifs, pour une patientèle médecin traitant d’environ 4 900 patients¹⁷¹ et une file active de 6 000.

Ces moyennes recouvrent des configurations variables, tant en termes de taille (un cinquième des MSP ont 10 professionnels ou moins, et à l’inverse 12 % en ont plus de 30) qu’en termes de composition des équipes.

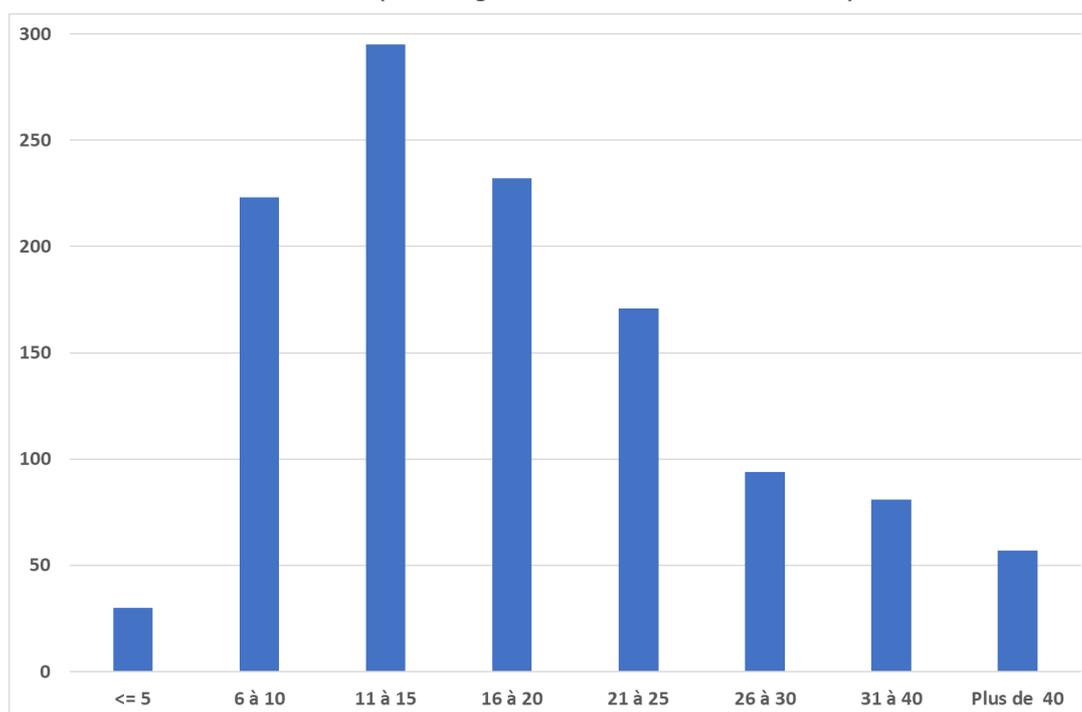
Figure 17 – Effectifs moyens des MSP

Effectif moyen	Associés	Vacataires	Total
Méd. généralistes	4,5	0,2	4,7
Méd. autres spés	0,3	0,5	0,8
Paramédicaux	8,3	2,0	10,3
Pharmaciens	0,9	0,2	1,2
Dentistes	0,4	0,1	0,5
Sages femmes	0,5	0,2	0,6
Autres professions	0,1	0,9	1,0
Total	15,0	4,1	19,1

¹⁷⁰ CNAM. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l’Assurance Maladie pour 2022. Juillet 2021.

¹⁷¹ Y compris les enfants

Figure 18 - Répartition des MSP en fonction du nombre total de professionnels, associés et vacataires (MSP éligibles à l'ACI en 2020 = 1 183)



Centres de santé

On distingue quatre catégories administratives de centres de santé : centres dentaires, infirmiers, médicaux et polyvalents. Seuls les centres de santé pluriprofessionnels, comprenant des médecins généralistes et des professionnels paramédicaux, sont décrits ici.

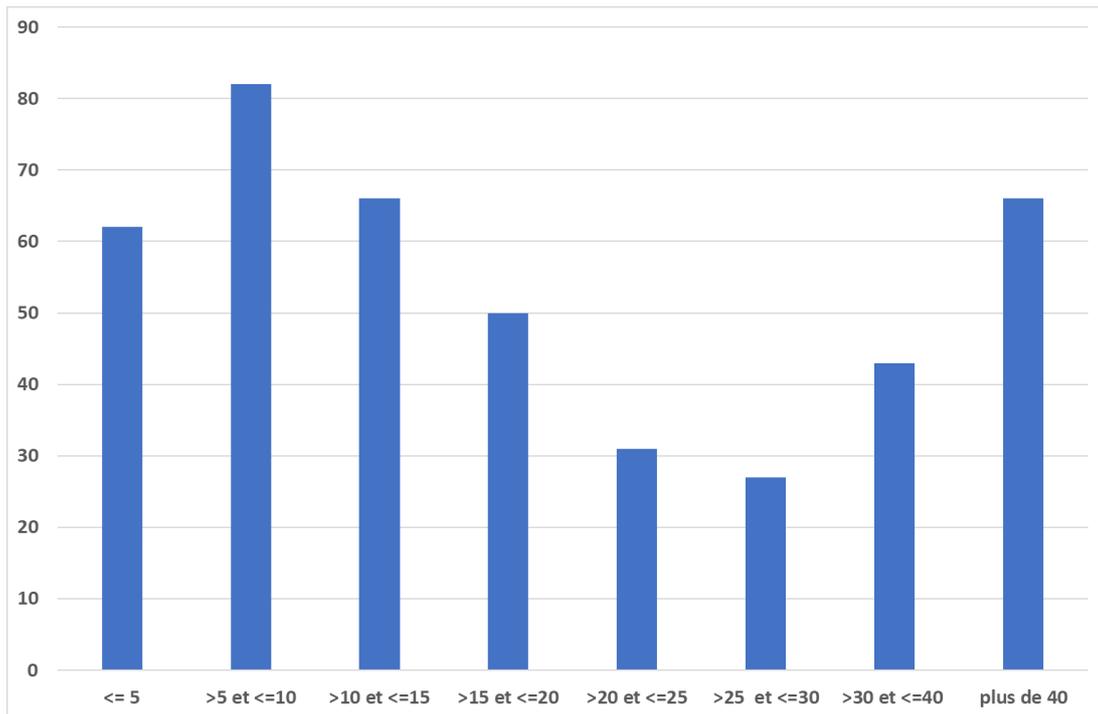
Leur effectif moyen est de 26 salariés, représentant 13 équivalents temps plein, avec, comme pour les MSP, une grande variabilité autour de cette moyenne.

Les centres de santé pluriprofessionnels desservent en moyenne une patientèle plus faible que les MSP (respectivement 2 000 patients inscrits, 4 500 en file active), mais aussi nettement plus précaire : 20 % de leurs patients ont la Complémentaire santé solidaire (C2S) ou l'Aide médicale d'Etat AME (8 % en MSP), et cette proportion peut être beaucoup plus élevée dans les centres municipaux localisés dans les quartiers périurbains défavorisés (au-delà du tiers de la patientèle pour les 10 % de centres qui en accueillent le plus).

Figure 19 - Effectifs moyens des CDS

Effectif moyen	Effectif	ETP
Méd. généralistes	5,9	2,9
Méd. autres spés	7,5	2,2
Paramédicaux	4,5	2,9
Dentistes	3,3	1,9
Sages femmes	0,3	0,1
Autres	4,7	3,5
Total	26,2	13,5

Figure 20 - Répartition des centres de santé pluriprofessionnels en fonction du nombre total de salariés



CPTS

Les données ci-dessous, arrêtées en novembre 2021, concernent les 166 premières CPTS ayant adhéré à l'accord conventionnel interprofessionnel. Ce nombre augmente rapidement (243 en février 2022).

Figure 21 - Nombre de contrats CPTS cumulés au 5 novembre 2021

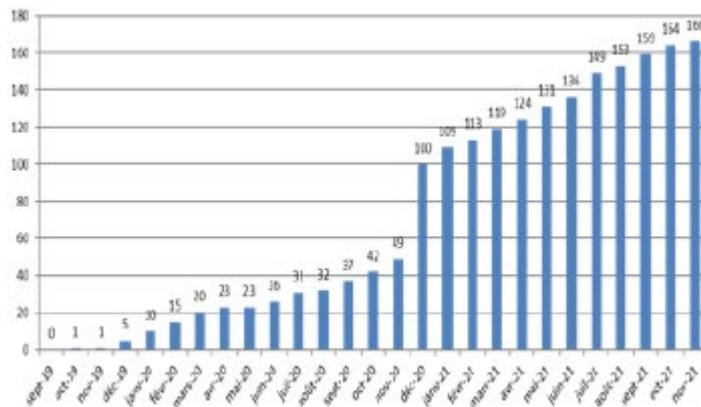


Figure 22 – Nombre de CPTS en fonction de leur taille

Taille	Nombre de CPTS
1 : < 40k ha	37
2 : entre 40 et 80k ha	52
3 : entre 80 et 175k ha	57
4 > 175 000 habitants	20
Total	166

Les professionnels qui composent la centaine de CPTS ayant signé l'ACI à mi 2021 et pour lesquelles la Cnam dispose de données complètes sont essentiellement des professionnels de soins primaires, les généralistes et infirmiers représentant plus de la moitié des adhérents. 4 CPTS sur 10 ont parmi leurs adhérents des organisations (le plus souvent des MSP ou centres de santé, mais également plus rarement des établissements sanitaires ou médico-sociaux, des associations et des collectivités locales).

Figure 23 - Part des professionnels de santé parmi les CPTS signataires de l'ACI en novembre 2021

Professionnel	% du total
Médecins généralistes	25%
Infirmiers	27%
Pharmaciens	12%
Masseurs-kinésithérapeutes	10%
Médecins spécialistes	7%
Orthophonistes	5%
Sages-femmes	3%

Annexe 4 - Quelques exemples de réalisations par des CPTS

Une préfiguration des CPTS, le pôle santé Paris 13

A la faveur de l'expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR), une dynamique professionnelle s'est créée dans le sud-est du 13^e arrondissement de Paris, avec la création d'une association pour le développement du Pôle de Santé Paris 13^e Sud-Est, rapidement désignée « Pôle santé Paris 13 », et qui est devenue la CPTS Paris 13. Les valeurs communes mises en avant par les membres de l'association étaient notamment la responsabilité collective vis-à-vis de la santé de la population du territoire, la solidarité entre professionnels, la pluriprofessionnalité. Le Pôle santé Paris 13 a mené une trentaine d'actions entre 2011 et 2018, parmi lesquelles :

- un protocole partagé entre les prescripteurs et vingt pharmacies du territoire, équipées par le Pôle en appareils d'automesure tensionnelles et qui les prêtent aux patients pour mesurer leur tension pendant trois jours ;
- une action « Pas de personne âgée dépendante sans médecin traitant » pour assurer le suivi de personnes dépendantes à domicile : sur la base de signalements reçus par une coordinatrice, les généralistes installés à une distance raisonnable du domicile de la personne sont contactés pour que l'un d'entre eux accepte le suivi ;
- un programme de dépistage et d'accès aux soins dans les foyers de migrants du 13^e arrondissement ; une fois par mois, un « parcours santé » est organisé dans un foyer, avec des dépistages (hypertension artérielle, diabète, problèmes dentaires, infections virales chroniques), la remise du test de dépistage du cancer colorectal au-delà de 50 ans ; les problèmes d'accès aux droits sont aussi repérés. À l'issue du parcours, un médiateur oriente les personnes chez qui un problème a été détecté, selon la nature de celui-ci ;
- un accompagnement des professionnels souhaitant s'installer en maison de santé sur le territoire (le Pôle a par exemple été l'interlocuteur de bailleurs sociaux qui ont identifié des locaux disponibles). Cet accompagnement a permis une dynamique d'installations dans le sud de l'arrondissement, zone qui regroupe les quartiers « Politique de la ville », où réside la population la plus défavorisée socialement.

Quelques autres exemples d'actions mises en place par des CPTS

CPTS de l'Indre et Loire : un dispositif de soins collaboratifs en santé mentale avec les médecins généralistes libéraux est porté par le collectif inter-CPTS du département et les équipes de psychiatrie du CHRU de Tours, avec pour objectifs :

- formaliser la coordination entre professionnels de santé libéraux et établissements spécialisés de santé (notamment obtention rapide d'avis psychiatriques) ;
- développer des prises en charge psychothérapeutiques de groupe animées par des binômes de professionnels hospitaliers et libéraux ;
- favoriser la diffusion et le partage d'une vision et d'une culture commune concernant les soins primaires et la santé mentale, favoriser la diffusion des bonnes pratiques et le transfert de compétences (formation).

CPTS de Vénissieux : première CPTS à avoir adhéré à l'ACI, la CPTS de Vénissieux a développé de multiples projets, parmi lesquels :

- l'inscription dans le projet Ipep pour les patients diabétiques, insuffisants rénaux et insuffisants cardiaques (actions de prévention, détection, formation) ;
- la mise en place de hotlines en gériatrie avec des numéros dédiés pour les professionnels de santé
- des projets inter-CPTS : Icope (prévention de la perte de l'autonomie), Jump (réhabilitation cancer), service d'accès aux soins, diapositif d'appui à la coordination...

CPTS dans le département de l'Essonne

- Les professionnels utilisent l'outil Entr'Actes ; par l'intermédiaire de cette plateforme de coordination, ils font appel à tous les professionnels concernés s'ils ont besoin d'une prestation pour un de leurs patients (kinésithérapie, soins à domicile, médecin généraliste...) ;
- Une organisation a été mise en place, en collaboration avec le service des urgences du centre hospitalier, pour répondre aux demandes de suivi en ville des patients Covid ayant été hospitalisés. Un travail partenarial est aussi en cours pour organiser la réorientation des patients qui arrivent aux urgences et qui pourraient être pris en charge en ville.

Annexe 5 – Cahier des charges pour des centres de santé publics en Nouvelle Aquitaine

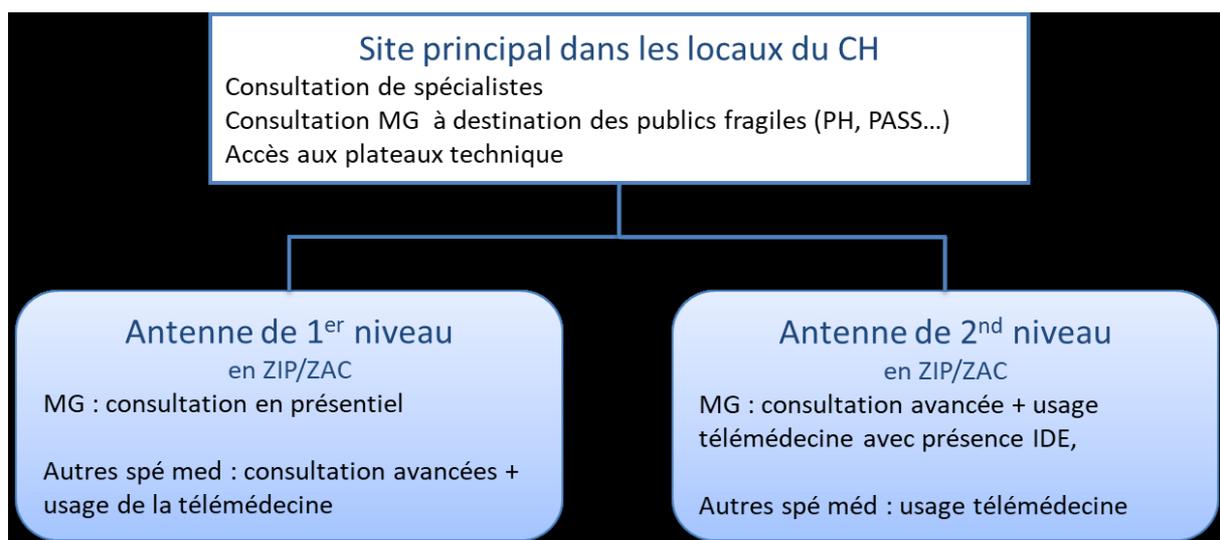
L'ARS Nouvelle Aquitaine a publié en janvier 2022 un cahier des charges à destination des établissements de santé pour la constitution de centres publics de santé. Selon ce cahier des charges, cette possibilité, prévue par les textes (article L6323-1-3 du code de la santé publique), est à encourager, pour répondre à trois enjeux majeurs :

- Améliorer l'attractivité de la médecine générale, à travers l'élargissement des structures employeuses possibles pour les médecins souhaitant être salariés, ainsi qu'un statut attractif (PH) et la possibilité, le cas échéant, de pratiquer un exercice mixte ;
- Développer l'offre de soins de premier et de second recours, en particulier dans les zones déficitaires en offre de soins (ZIP et ZAC) ;
- Renforcer les soins de proximité, rendre plus lisible et valoriser l'activité de soins de ville réalisée par les établissements hospitaliers.

Le CPDS complète l'offre de ville, notamment libérale, et organise l'accès à des soins de premiers recours et de second recours dans le cadre d'une équipe de soins pluriprofessionnelle composée de professionnels de santé médicaux et paramédicaux. Les missions spécifiques du CPDS, en plus des missions propres à tout centre de santé sont notamment de faciliter et fluidifier le recours aux examens et autres spécialités, développer la prévention primaire, secondaire et tertiaire pour les malades chroniques. Le CPDS doit également faciliter l'accès aux spécialistes à accès direct les plus rares sur le territoire d'implantation. Il doit également contribuer à répondre aux soins non programmés, et développer le repérage et l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité. La participation à la PDSA est souhaitable ainsi que l'organisation du suivi à domicile par une infirmière assistée de télé-médecine.

Les CPDS doivent en priorité être localisés dans les zones déficitaires (ZIP et ZAC) et favoriser l'accès aux publics les plus fragiles ou éloignés du soin. Un CPDS positionne son site principal dans les locaux du CH et doit déployer a minima une antenne en de 1er niveau en zone sous dotée dès son ouverture, des antennes de 2eme niveau avec présence médicale par télé-médecine pouvant être également déployées. Les localisations font l'objet de concertation préalables avec les élus et les professionnels des territoires concernés.

Figure 24 - Organisation territoriale du CPDS



L'organisation et le fonctionnement du centre reposent sur un binôme administratif et médical. Le Centre est invité à mobiliser tous les outils et ressources favorisant le travail pluriprofessionnel (RCP, Protocoles, IPA...). Afin de rendre l'exercice attractif aux médecins, les médecins peuvent y avoir le statut de PH (le centre étant considéré comme une unité

fonctionnelle du CH) sur un poste mixte (hôpital CPDS). Ils peuvent également y travailler comme praticiens contractuels, être recrutés dans le dispositif 400 MG. L'exercice mixte est possible aussi bien pour les libéraux que les PH qui peuvent développer une activité libérale en sus.

Le cahier des charges recommande l'adoption d'un système d'information conforme aux exigences de la convention des centres de santé et la constitution d'un budget annexe et d'une régie propre.

Annexe 6 - Les réformes des études de santé : état des lieux et perspectives au regard de la réponse aux besoins de santé des populations sur les territoires

Les réformes des études médicales et l'universitarisation des professions de santé : un ample processus de transformation en cours...

Lever essentiel pour agir de façon structurelle et durable pour transformer l'organisation de soins, la formation des professionnels de santé a fait l'objet de nombreuses réformes à la suite des travaux de la Grande conférence de santé de 2016¹⁷². Les 22 mesures définies à l'époque étaient regroupées en deux axes principaux :

- mieux former (modifier l'accès aux études de santé, préparer à l'exercice professionnel et mieux encadrer les étudiants tout au long de leur formation)
- agir tout au long de la carrière (améliorer les conditions d'exercice et favoriser les perspectives d'évolution de carrière).

Bon nombre de ces mesures ont été appliquées, comme la suppression du numerus clausus afin de donner une plus grande marge de manœuvre régionale sur la définition des effectifs à former, l'extension du statut d'étudiant aux professions paramédicales, la multiplication géographique des lieux d'étude donnant accès aux études de santé, l'augmentation des postes d'enseignants en médecine générale (cf. encadré), le développement des formations pour les infirmières de pratique avancées et la réformes de la Première année commune aux études de santé (PACES) (accès par la licence santé). Les textes facilitant les passerelles entre professions ou au sein d'une profession sont désormais adoptés. Ils concernent les passerelles au sein des professions médicales (par exemple de sage-femme vers médecin, ou entre spécialités avec l'accès au deuxième diplôme d'étude spécialisé en médecine) ; entre les professions paramédicale et médicale ; et d'aide-soignante à infirmière (avec l'accès à la deuxième année des études d'infirmière pour les titulaires d'un diplôme d'aide-soignante bénéficiant d'une expérience professionnelle reconnue par la VAE).

L'introduction en 2019 du service sanitaire, qui vise à regrouper à un stade précoce de leur formation l'ensemble des étudiants en santé et à les engager dans des activités concrètes de promotion de la santé¹⁷³, a constitué l'expérience la plus massive et large de formation interprofessionnelle. Fortement impacté par la crise Covid, le service sanitaire, qui a été notamment évalué par le Haut Conseil de la Santé Publique, a confirmé l'intérêt de la formation interprofessionnelle et permis de mieux appréhender les limites et les freins à son développement.

La transformation est bien à l'œuvre¹⁷⁴. Elle est progressive et diverse, associant mesures législatives, réglementaires et expérimentations. Son déploiement repose pour partie sur l'engagement des acteurs locaux (université, collectivités territoriales et principalement les régions, employeurs, organismes de formation) et le soutien national, notamment financier¹⁷⁵.

¹⁷² https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/11_02_2016_grande_conference_de_la_sante_-_feuille_de_route.pdf

¹⁷³ Chapron A., et al. « Service sanitaire des étudiants en santé : ancrer l'éducation pour la santé dans le cursus des étudiants », *Santé Publique*, vol. 33, no. 3, 2021, pp. 407-413.

¹⁷⁴ *Etudes de santé : le temps des réformes*, 2021.

¹⁷⁵ Début 2021, le Gouvernement a programmé, avec les Régions, la création, sur deux ans, de près de 12 600 places dans les formations sanitaires et sociales, dans le cadre du Ségur de la santé et de France Relance. Le

Encadré 15 - Les ressources de formation en médecine générale

Au premier janvier 2022, on dénombre en France 45 Professeurs d'Université (PU) et 46 Maîtres de Conférences des Universités (MCU) en médecine générale, 90 professeurs associés et 144 maîtres de conférence associés. Le nombre des enseignants titulaires en médecine générale a presque doublé depuis 2016 (51 PU et MCU recensés par l'IGAS https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-129R_Tome_II_.pdf contre 5 613 enseignants titulaires pour l'ensemble des autres spécialités en médecine et chirurgie). Ces enseignants titulaires et associés sont répartis dans 35 départements universitaires de médecine générale. L'accueil et l'encadrement des internes en stage clinique (2 stages de 6 mois dans la maquette du DES de médecine générale en 3 ans) est assuré par 11 837 Maîtres de stage universitaires. Ce corps enseignant a pris 14 ans à se constituer depuis la reconnaissance de la médecine générale comme une spécialité en 2007 et les premières nominations d'enseignants en 2008. Il a en charge la formation du plus gros contingent des spécialités médicales (3 400 places à l'ECN en 2020 et 3 700 estimées par an sur la période 2023-2024 pour la médecine générale). Ainsi sur un cycle de trois ans, c'est au minimum 9 000 internes qu'il faut former, suivre, encadrer et préparer à l'exercice professionnel en soins primaires.

... qui introduit une plus grande incertitude sur la prévision des effectifs formés mais également la possibilité d'une adaptation des formations locale aux besoins plus rapide

L'universitarisation des professions de santé normalise¹⁷⁶ les modalités d'entrées et de parcours pour des étudiants qui entraient auparavant souvent après une année de prépa privée dans des formations délivrant à des diplômes sans équivalence universitaire. Les étudiants sont désormais intégrés dans Parcoursup, ne paient plus pour une année de prépa et entrent alors dans des formations qui leur permettent de poursuivre leurs études vers le master ou le doctorat. La diversité des trajectoires professionnelles que permet ainsi l'universitarisation rend plus incertain le nombre attendu d'effectifs dans les lieux de soin. Certains étudiants choisissent de poursuivre leurs études et ne rentrent pas sur le marché du travail. A court terme, *a fortiori* dans une période de forte tension sur la ressource humaine, il est tentant de remettre en cause la plus grande mobilité professionnelle et de carrière ainsi introduite. Mais l'universitarisation qui est une réforme de long terme offre également des opportunités d'adaptation locales et rapides en s'appuyant sur les ressources universitaires.

L'universitarisation introduit en effet un renversement pédagogique : les universités, avec l'autonomie pédagogique dont elles disposent, peuvent proposer de façon plus rapide et

Protocole Etat-Régions en faveur des formations sanitaires adopté en 2022 comprend un financement pluriannuel pour augmenter définitivement, à compter de 2023, les capacités de formation de 13 600 places par an soit une progression de 20% : https://www.gouvernement.fr/upload/media/default/0001/01/2022_03_communique_de_presse_de_m._jean_castex_premier_ministre_-_le_gouvernement_et_les_regions_renforcent_leur_engagement_commun_en_faveur_des_formationen_sanitaires_et_sociales_-_14.03.2022.pdf

¹⁷⁶ « On compte en effet vingt-deux professions accessibles par vingt-sept formations organisées dans des établissements de statuts variés (universités, instituts de formation publics ou privés, à but lucratif ou non) et relevant de tutelles différentes (nationale ou régionale, relevant du ministère en charge de l'éducation supérieure ou de la santé ou des deux) » Richard I., « Réformer les études de santé Pourquoi ? Comment ? » in *Etudes de santé : le temps de réformes* 2021.

plus adaptée aux besoins régionaux des formations de type master. Cette liberté pédagogique est permise par les textes définissant la formation IPA (différents de ceux des IBODE – Infirmières de Bloc Opératoire ou IADE – Infirmiers Anesthésistes). Elle explique notamment que les universités aient proposé rapidement ces formations en grand nombre même s'il semble que le contenu des formations ait été largement déterminé par les ressources pédagogiques existantes qui sont encore principalement orientées vers la clinique et l'exercice hospitalier. L'accroissement des marges de manœuvre de définition des formations à l'échelon des universités doit cependant s'accompagner d'un processus d'évaluation ex-post afin d'en contrôler la qualité au regard des standards pédagogiques nationaux et internationaux.