



conseil-national.medecin.fr

Médecins

• LE BULLETIN DE L'ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS •

NUMÉRO
SPÉCIAL
Mai 2023



**Offre de soins et parcours
de santé territorial :**
**place incontournable des médecins
et enjeux de la coordination
interprofessionnelle organisée**



D^r François Arnault

Président du Conseil national
de l'Ordre des médecins



'est une grande satisfaction pour moi d'accompagner la publication de ce Médecins spécial consacré à « l'offre de soins et parcours de santé territorial ».

Il est l'aboutissement de plusieurs mois de travail institutionnel et je souhaite en priorité remercier René-Pierre Labarrière, Stéphane Oustric, Catherine Guintoli et Leïla Ouraci qui ont été les artisans de ce collectif ordinal pour lequel tous les échelons de l'Institution ont été consultés.

Cette contribution de l'Ordre des médecins vient en conclusion d'une longue séquence parlementaire, syndicale, interprofessionnelle et gouvernementale qui s'est concrétisée par le vote au parlement de la loi Rist II.

Je tiens à remercier tous ceux qui y ont contribué et ainsi ont permis de créer un cadre législatif permettant de construire une offre de soins garante de sécurité et de qualité des soins pour la population. Une offre de soins qui doit sanctuariser le rôle fondamental du médecin auprès du patient pour le diagnostic et les choix thérapeutiques. Une offre de soins qui doit permettre à toutes les professions de santé de trouver leur espace et, au-delà, une juste utilisation de leurs incontestables compétences.

Notre objectif est de permettre à l'équipe de soin pluriprofessionnelle d'assumer la prise en charge médicale de tous les patients et en priorité celle des patients en ALD n'ayant pas de médecin traitant.

Notre objectif, enfin, et surtout, est que ce collectif trouve sa cohésion dans une harmonie professionnelle apaisée. Nous devons à la population de trouver cet équilibre par la confiance mais aussi par le respect mutuel de toutes les professions de santé.



**D^r René-Pierre
Labarrière**



**D^r Catherine
Quintoli-Centuri**



**D^r Anne-Marie
De Montera**

Lédito du président et des vice-présidentes
de la section Exercice professionnel du Cnom

É

voquer dans ce numéro spécial l'offre de soins de proximité et le parcours en santé des patients dans leur territoire revient à affirmer clairement le rôle central du médecin, de toutes spécialités et de tous exercices, dans notre système de santé au service des patients.

En cette période, l'actualité professionnelle « particulière » et le contexte porté par l'expression politique rendent encore plus légitime la parution de ce bulletin.

Nous avons décidé d'ouvrir encore plus le débat à vous tous médecins et la réflexion partagée, en portant à votre connaissance des prises de parole, des reportages, des décryptages et infographies. Tous les médecins pourront prolonger cette dynamique dans chaque territoire en collaboration avec les conseils départementaux et régionaux de l'Ordre.

Nous aborderons successivement :

- **Les médecins présents à chaque étape du parcours de santé (p. 6) ;**
- **Le médecin généraliste au cœur du parcours de soins coordonnés, au bénéfice de la population (p. 10) ;**
- **Territoires : acteurs et organisation (p. 20) ;**
- **Nouvelles technologies en santé : des outils au service du parcours de santé (p. 29).**

Avec force, nous réaffirmons que le médecin assure la responsabilité sociétale de l'accès aux soins et de la coordination du parcours de santé de chaque Français sur l'intégralité de notre territoire.

Nous vous souhaitons une bonne lecture de ce numéro spécial.

Garantir un accès aux soins de qualité et en toute sécurité

Pour garantir la qualité et la sécurité des soins aux patients, les médecins doivent être présents à chaque étape du parcours de santé. Un objectif complexe dans un contexte de forte tension sur l'offre de soins, qui affecte toutes les professions de santé et qui aujourd'hui pénalise notamment les patients en ALD.

Depuis les années 1980, les politiques de santé sont largement responsables des décisions qui ont conduit à cette situation. C'est pourquoi le Conseil national de l'Ordre des médecins a mené une large concertation des élus ordinaires nationaux, départementaux et régionaux de septembre 2022 à mars 2023. En voici la synthèse.

Avec...



DR STÉPHANE
OUSTRIC,
conseiller national
et rédacteur en chef



Le médecin traitant généraliste

Le médecin est le garant de la réponse médicale adaptée, sécurisée et attendue par le patient à une problématique médicale.

Spécialistes de médecine générale dans 90 % des cas, les médecins traitants sont des acteurs :

- **de santé publique**, qui assurent l'éducation en santé, la prévention et le dépistage;

- **du parcours de soins** : ils élaborent le diagnostic étiologique et différentiel, instituent et surveillent le traitement, et orientent le patient dans le système de soins en assurant le suivi médical;

- **de la coordination** avec les autres professionnels de santé et les organisations territoriales, dont il assure la responsabilité.

Le médecin traitant doit donc pouvoir dégager du temps médical.

Comment ?

- Grâce à des coopérations interdisciplinaires et interprofessionnelles renforcées. Si ces équipes ne sont pas toujours structurées en MSP, centre de santé, elles doivent toutefois être reconnues et aidées financièrement.
- Grâce à une orientation facilitée des patients vers le secteur social et médico-social.
- Grâce à un allègement de ses tâches administratives (secrétaires médicales, assistants médicaux). Il est possible d'envisager des modalités d'organisations facilitantes, comme la mise à disposition de locaux par les collectivités territoriales, l'aide à l'acquisition ou au développement de cabinets « clé en main »... Tout cela au plus proche des besoins des médecins, et dans le respect de leur indépendance.

De telles dispositions devraient permettre de faciliter l'accès aux soins des patients, notamment ceux en ALD, tout en améliorant les conditions de travail des médecins... ce qui ne peut qu'être bénéfique pour les patients.

Le service d'accès aux soins (SAS) et la régulation médicale permettent l'orientation du patient,

tout en apportant au patient la réponse médicale ou médico-sociale la plus adaptée à son état de santé.

La régulation médicale du SAS devrait permettre de limiter le recours direct aux urgences hospitalières.

Les autres médecins spécialistes

Comme pour le médecin traitant, le spécialiste a au cœur de son métier : le diagnostic, le diagnostic différentiel, le diagnostic étiologique, le parcours de soins et de santé, ainsi que la prévention.

Et comme le médecin traitant, il doit pouvoir dégager du temps médical, notamment pour les disciplines en tension démographique.

Les mêmes préconisations peuvent être formulées et adaptées :

- Le médecin spécialiste doit pouvoir renforcer ses coopérations interdisciplinaires, notamment avec le médecin traitant, à l'issue des soins experts ou pour la prise en charge de ceux-ci.
- Autre aspect qu'il doit pouvoir renforcer : les coopérations interprofessionnelles, en s'appuyant sur les professionnels de santé dans le cadre de protocoles.
- Se dégager des tâches administratives est également un enjeu, auquel peuvent répondre la généralisation et la pérennisation des assistants médicaux.
- Il peut recourir aux nouvelles technologies et outils numériques pour développer la mise en œuvre d'actions de télémédecine.
- Enfin, les consultations avancées dans les territoires en tension démographique de médecins spécialistes exerçant en cabinet ou en établissement de santé doivent être encouragées et valorisées.



L'attractivité de l'exercice

Rémunération.

Indépendamment des incitations spécifiques qui existent déjà, la rémunération sociale du médecin doit être fortement revalorisée et ce, dans tous les modes d'exercice (libéraux, salariés, hospitaliers).

Cumul emploi/retraite.

Le Cnom avait demandé l'exonération des cotisations retraites pour les médecins retraités qui reprennent une activité libérale. Cette disposition a été votée dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2023, ce dont le Cnom se félicite.

Carrières.

Les réorientations professionnelles vers des spécialités proches doivent être facilitées.

Conditions d'exercice.

Elles doivent être facilitées, grâce à plusieurs dispositions.

- Interpréter de façon souple l'article 88 du code de déontologie médicale (sur l'assistance par un autre médecin ou un étudiant en médecine).
- Modifier l'article 87 pour rendre possible le recours à plusieurs collaborateurs libéraux et/ou salariés.

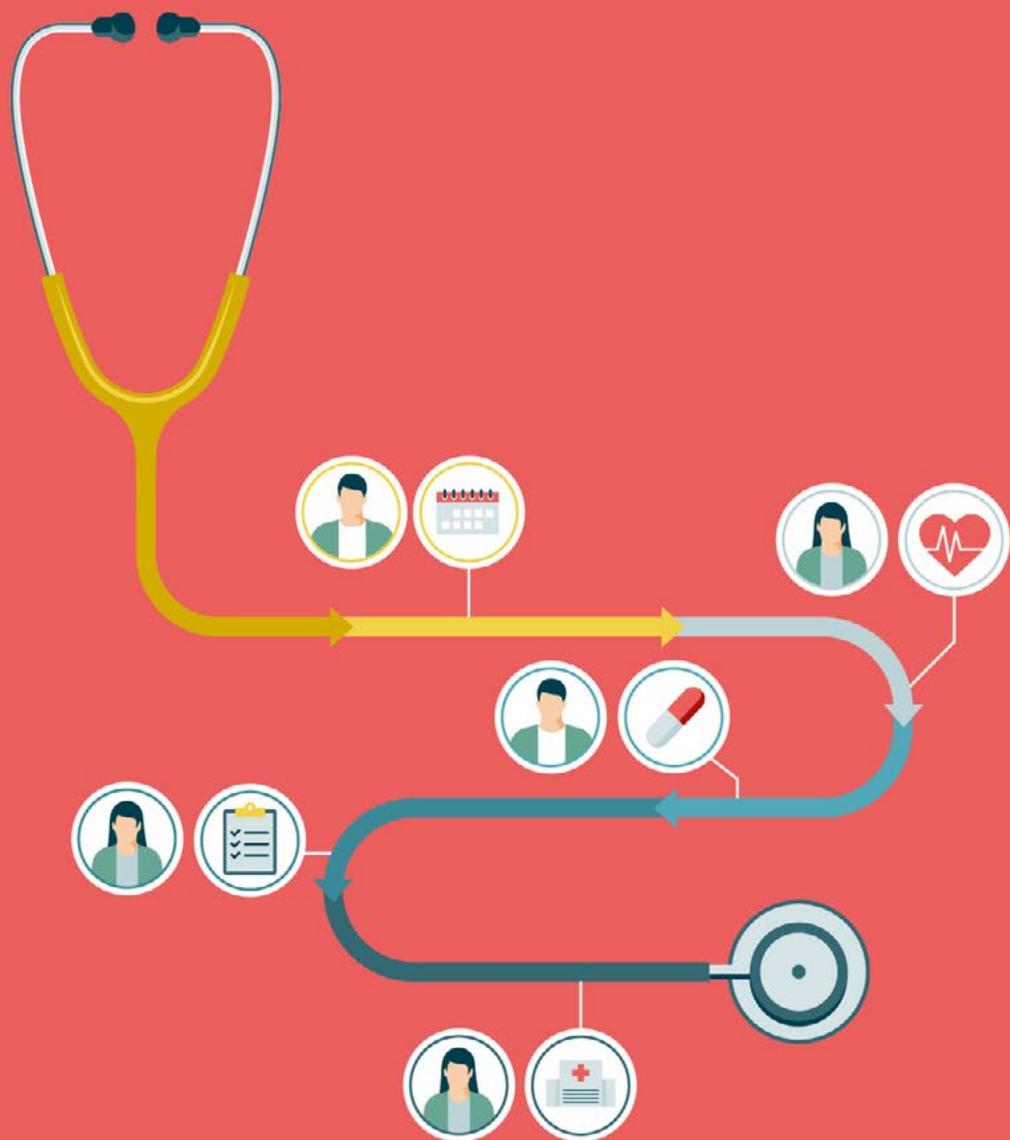
- Trouver des solutions pour inciter le passage du statut de remplaçant à celui de collaborateur libéral.
- Veiller au respect de la rétrocession des honoraires tenant compte des charges du cabinet.
- Encourager les médecins à la maîtrise de stage (art. 68.1 du CDM).
- Ne plus limiter les horaires et les zones d'intervention pour l'établissement des certificats de décès.
- Optimiser l'ensemble des procédures médico-administratives auprès des CPAM.

L'éducation de la population

Lorsqu'un patient ne respecte pas un rendez-vous, de façon injustifiée, il doit être **sanctionné**, afin de libérer du temps de soin pour de nouveaux patients.

De façon générale, il est important de **lutter contre le consumérisme** : l'acte médical n'est pas un bien de consommation immédiate.

Des affiches dans les cabinets peuvent alerter sur les demandes de certificats médicaux injustifiés. Des actions peuvent être menées auprès des ministères concernés et des collectivités locales pour un rappel de la réglementation auprès de leurs différentes structures. ■



**LES MÉDECINS
PRÉSENTS À CHAQUE
ÉTAPE DU PARCOURS
DE SANTÉ**

L'accès du patient aux différentes filières de soins

Il y a de nombreuses façons d'entrer dans le système de santé. Quels que soient la situation et le « niveau » des soins auxquels accède le patient, les médecins occupent une place centrale dans son parcours.

Une personne peut avoir accès aux soins de diverses manières. Cela dépend du moment et de la raison pour laquelle elle sollicite le système de santé : en prévention d'un problème redouté, en raison de symptômes ressentis, à l'occasion du suivi d'une pathologie, d'un traumatisme ou accident de la vie courante, d'un trouble psychologique fonctionnel ou organique...

Le code de la santé publique distingue deux types de soins, de premier ou de second recours. Cette classification, limitative de nos jours, a pour objectif final l'optimisation de l'organisation des soins, et donc de l'utilisation la plus juste des équipements et des ressources humaines.

Soins de premiers recours : une définition large

Définis par l'article L1411-11 du code de la santé publique, les soins de premiers recours recouvrent une réalité assez large :

« Ces soins comprennent :

1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients;

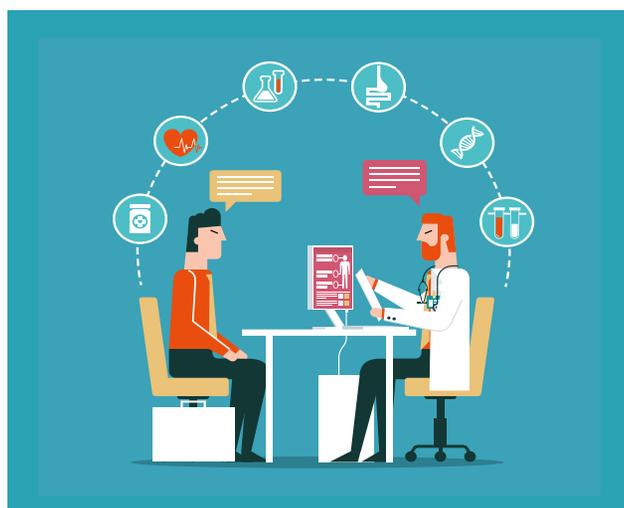
2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique;

3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social;

4° L'éducation pour la santé. »

Le dictionnaire de l'Académie de médecine précise : « En France, les soins de premiers recours sont le plus souvent donnés par les médecins généralistes ou, selon les circonstances, par les services d'aide médicale urgente (SAMU), les pharmaciens, etc. »

Ces soins de premiers recours sont la principale entrée des patients dans le système de santé. Le médecin traitant y tient une place essentielle, car il est au cœur du parcours de soins coordonnés (voir infographie), institué par la loi du 13 août 2004.



Soins de deuxième recours : une définition floue et à réviser

Si la loi définit de façon précise les soins de premiers recours, elle donne une délimitation assez floue des soins de deuxième recours. Ils sont ainsi décrits comme ceux « non couverts par l'offre de premier recours ». Généralement, ils correspondent à « un deuxième niveau où intervient la médecine spécialisée requérant une expertise approfondie sur un champ plus étroit que ne peut pas prendre en charge le premier niveau », expliquait le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie en 2017.

Le texte évoque « un troisième niveau pour les soins nécessitant un plateau technique important ou le recours à la médecine de pointe » – un niveau qui n'existe pas dans le code de la santé publique.

Il est donc possible de définir les soins de deuxième recours comme ceux délivrés par des médecins spécialistes (hors spécialité de médecine générale de premier recours). L'ARS Guadeloupe définit ainsi les acteurs de ces soins comme les « médecins spécialistes, les autres professions de santé et établissements de santé publics ou privés intervenant à la demande du médecin traitant ». Ce dernier ayant un rôle de coordination entre tous ces intervenants du parcours de soins des patients. ■

Le parcours de soins coordonnés

Les patients suivis dans le cadre du parcours de soins coordonnés sont à la fois mieux pris en charge et mieux remboursés par l'Assurance maladie.

**ZOOM
SUR LES
SITUATIONS
D'ACCÈS DIRECT
OU INDIRECT.**



LE PATIENT



MÉDECIN TRAITANT

- Généralistes (97 %)
- Spécialistes (3 %)
- pédiatres, psychiatres...

SPÉCIALISTE À ACCÈS DIRECT

- Pédiatre
- Gynécologue
- Ophtalmo
- Psychiatre ou neuropsychiatre
- Stomatologue
- Sage-femme
- Chirurgien dentiste
- Laboratoire

EXCEPTION

- Protocole ALD
- Suivi spécialiste en cas de maladie chronique
- Consultation de contrôle
- Séquence de soins en concertation avec le MT
- Consultation hospitalière d'addictologie

URGENCES



MÉDECIN CORRESPONDANT

- Spécialiste

HOSPITALISATION

- De jour
- À domicile
- En service gériatrique



▶ Accès direct

◀ Accès indirect

« Les SMR font partie intégrante du parcours de soins »

Avec...



DR FRÉDÉRIC SANGUIGNOL, président de la Fédération hospitalière privée - Syndicat des soins de suite et de réadaptation

Quelle est la place des SSR/SMR dans le parcours de soins ?

Si l'on s'appelle désormais **SMR (soins médicaux et de réadaptation)**, c'est pour mieux faire comprendre que nos établissements prennent en charge des patients qui nécessitent, bien sûr, de la réadaptation mais aussi des soins médicaux. Il ne s'agit pas seulement de recevoir des patients après des séjours en secteur MCO (médecine chirurgie obstétrique). On reçoit de plus en plus de patients qui étaient à leur domicile. Les SMR font donc partie intégrante du parcours de soins des patients.

Quel est le lien entre l'établissement et le médecin du patient ?

C'est le médecin, généraliste ou spécialisé, qui fait une demande d'entrée en SMR pour son patient.

Tout patient présentant une (ou plusieurs) maladie(s) chronique(s) va pouvoir être admis directement

en SMR, avec un simple certificat de son médecin. Le type d'hospitalisation (complète ou de jour), sa durée... tout cela est défini avec le médecin du patient qui l'a adressé. Il est important que les SMR travaillent avec les soignants de premier recours.

Cette collaboration n'est pas assez forte selon vous ?

Tout dépend des établissements. Certains ne prennent quasiment que des patients après MCO.

Mais de très nombreuses expériences, sur tout le territoire, montrent aussi que des établissements ont développé ce lien direct avec les soignants du premier recours. Et on voit des impacts très positifs en termes de prise en charge des patients, de qualité de vie, de diminution des épisodes aigus... Il y a un panel de possibilités qui permet à la fois de garder le lien avec le premier recours et de travailler ensemble sur le projet de soins personnalisé de chaque patient.

Un secteur en pleine réforme

Quatre réformes sont en cours.

- La première porte sur les autorisations : elle a défini le nouveau nom, SMR, pour soins

1 820
C'est le nombre d'établissements SMR en France en 2022.

médicaux et de réadaptation, et les différents types d'établissements (polyvalents et spécialisés).

- La deuxième vise à rendre plus lisible et plus précise la classification des patients en fonction de la lourdeur de leur(s) pathologie(s).

- La troisième concerne le financement des établissements, qui se fera à 50 % sur l'activité, le reste dépendant d'autres critères, comme les plateaux techniques ou la dotation populationnelle.

- Enfin, il y a la réforme du ticket modérateur, qui sera fixé selon le type d'établissement. ■





**LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE
AU CŒUR DU PARCOURS
DE SOINS COORDONNÉS,
AU BÉNÉFICE DE LA
POPULATION**



« Le médecin traitant, a un rôle de pilote »

La coordination entre les différents professionnels autour du patient doit être menée par le médecin traitant. Le D^r René-Pierre Labarrière explique pourquoi c'est à ce dernier que revient ce rôle crucial.

Avec...



D^r RENÉ-PIERRE LABARRIÈRE,
président de la section
Exercice professionnel
du Conseil national de
l'Ordre des médecins

Quelle est la place du médecin traitant dans le parcours de soins du patient ?

Sa place est centrale car il est présent à toutes les étapes du parcours de soins du patient.

Il va l'accueillir, l'écouter, l'examiner, lui prescrire les examens complémentaires et, si besoin, les demandes d'avis spécialisés adaptés. Il assure le suivi et la surveillance du patient.

Il a donc un rôle de « pilote », car il coordonne l'équipe de soins du parcours du patient.

Pourquoi est-ce au médecin généraliste que revient ce rôle ?

Le médecin généraliste est un clinicien spécialisé dans la prise en charge des patients en premier recours dans son territoire et dans une démarche globale dite bio-psycho-sociale.

Ce n'est pas une question de prétention ou de corporatisme, mais de formation et de compétences. Cela lui permet d'analyser les motifs de consultation, d'assurer la démarche diagnostic étiologique et la démarche thérapeutique, d'éliminer un diagnostic différentiel.

Lors de ses années d'études, un médecin apprend toutes ces démarches scientifiques avec, comme base, l'apprentissage d'un examen clinique rigoureux et fiable conduisant à la décision médicale et à la prise en charge la plus adaptée possible du malade.

C'est la force de cette spécialité en soins primaires. Et celle-ci va au-delà du pur aspect médical. En effet, le médecin généraliste prend impérativement en compte la situation sociale et environnementale du patient. « *Est-il seul chez lui ? A-t-il une famille qui peut l'aider ? Dispose-t-il de suffisamment de ressources pour avoir accès à tel ou tel soin ?* »

Le médecin généraliste n'est pas substituable par les autres professionnels de santé.

Des personnes ont pourtant un spécialiste comme médecin traitant...

Effectivement, et ce n'est pas un problème. Des personnes souffrant de pathologies spécifiques sont suivies directement par le médecin spécialiste d'organe. Ainsi, une personne souffrant d'insuffisance rénale va être vue plusieurs fois par semaine, en dialyse par exemple, par son néphrologue. C'est lui qui est le plus en contact avec le patient et qui est le plus compétent pour prendre en charge sa pathologie. Cela ne l'empêchera d'ailleurs pas de l'envoyer vers un généraliste pour une pathologie autre, qu'il n'est pas en mesure de traiter.

Comment se traduit concrètement le rôle central du médecin traitant dans le parcours de soins ?

Le médecin traitant est le coordinateur des soins. Cette responsabilité tant professionnelle que médico-légale est un engagement majeur pour lui et lui impose la collecte des données de santé. Celles-ci doivent être transcrites dans un logiciel métier permettant objectivement la construction de la décision médicale. C'est donc bien au médecin qu'incombe la structuration du dossier médical et de sa synthèse. À l'issue, il peut partager les données pertinentes et nécessaires avec les autres professionnels de santé qui, dans le cadre de la coordination, pourront exprimer au bénéfice des patients leurs compétences métier.

Il est donc le pivot de l'équipe de soins qui doit se mettre en place dans le respect des compétences de chacun des professionnels qui la compose.

En quoi cette collaboration entre professionnels est essentielle ?

C'est ce qui permet la meilleure prise en charge du patient. Un médecin généraliste peut ainsi dire à l'infirmier : « *Je souhaiterais telle prise en charge.* » Et l'infirmier qui voit le patient tous les jours peut faire remonter une information, en lui indiquant, par exemple, que tel traitement ne fonctionne pas aussi bien que prévu. Autrement dit, il y a des professionnels de santé qui sont dans l'expression de leurs compétences et dans leur proximité avec le patient qui vont transmettre des informations au médecin.

Quel est le lien du médecin traitant avec les spécialités à accès direct ?

Certaines spécialités sont toujours à accès direct parce qu'il a été considéré que le malade est capable de s'orienter dans le parcours. Mais même dans ces cas-là, il est important qu'il y ait un retour vers le médecin traitant, pour qu'il ait une information partagée.

Il est capital qu'il y ait une confiance réciproque entre le médecin et son patient pour que ce dernier ait envie de lui dire ce qui perturbe sa vie, son équilibre, sa santé mentale et physique, son bien-être... Là, c'est à nous, médecins, d'être dans un relationnel respectueux avec le patient pour que celui-ci ait pleinement conscience que le médecin qu'il consulte est là pour l'accompagner et l'aider.

Pour que cette confiance soit accordée, il faut qu'il y ait, notamment, un temps suffisant consacré à chaque patient. ■

2 millions

de consultations de médecine générale sont réalisées par jour, soit 700 millions par an.



Maladies chroniques et multimorbidité : la coordination, clé d'une prise en charge de qualité

Soigner des personnes atteintes de maladies chroniques multiples est souvent complexe et pose des défis particuliers à l'ensemble des professionnels impliqués. Une prise en charge de qualité exige d'organiser les soins de façon coordonnée et de tenir compte des besoins des patients.

Avec...



D^{re} CATHERINE GUINTOLI-CENTURI,
élue à la section
Exercice professionnel



P^r PAUL FRAPPÉ,
président du Collège
de médecine générale

Diabète, maladies cardiovasculaires, dépression, Parkinson... Dans les cabinets médicaux, le nombre de patients présentant simultanément deux, trois (voire plus) pathologies chroniques progresse inexorablement. On parle de multimorbidité. Le vieillissement de la population française est foncièrement un facteur important. « La prise en charge des personnes multimorbides est lourde, elle nécessite de nombreuses consultations. Il arrive que des informations manquent, des données ne soient pas transmises ou des examens soient réalisés en double », témoigne le D^r Catherine Quintoli-Centuri. Autre écueil : choisir le bon traitement est compliqué

car les médicaments qui marchent sur un symptôme ont potentiellement des effets délétères sur un autre.

Éviter la frénésie de soins

Pourtant, la fluidité du parcours de soins est primordiale pour ces patients atteints de plusieurs maladies chroniques. Il en va de leur qualité de vie, mais aussi de leur chance de survie.

Face à ce défi, le médecin généraliste a une responsabilité particulière de coordination des soins et des prescriptions. « Nous sommes la porte d'entrée dans le parcours de soins, le garant d'une prise en charge adaptée. Notre rôle est de planifier et suivre chaque étape, et si besoin d'orienter vers le bon spécialiste, au bon moment », confirme le P^r Paul Frappé.

Encore faut-il savoir par où commencer la prise en charge : « Le risque est de tomber dans la frénésie d'actes médicaux. Nous devons au contraire faire preuve de logique, prioriser les soins, déterminer quel spécialiste consulter en premier. Pour cela, il ne faut pas avoir peur de prendre des décisions. » Le médecin, qui exerce à Saint-Étienne, regrette en revanche le manque de référentiels dédiés aux patients multimorbides, la plupart des recommandations pour la pratique clinique étant construites selon une approche de « maladie unique ».

Une approche globale

Pour le D^r Catherine Quintoli-Centuri,

les regroupements des professionnels de santé apportent une réponse adaptée au parcours de soins coordonnés des patients multimorbides : « Elles favorisent la pratique collégiale, l'orientation, le suivi entre les professionnels de santé qui travaillent sous le même toit. Par exemple, à la MSP de Foix, nous avons mis en place des protocoles de coopération de soins primaires entre les infirmières Asalée* et les médecins généralistes afin d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques. » Paul Frappé avance quant à lui l'idée d'un logiciel, sorte de tableau de bord, qui guiderait le médecin dans la coordination du parcours au regard des pathologies du patient. « Aujourd'hui, on le fait de façon un peu artisanale, avec notre propre réseau professionnel. »

Les deux praticiens s'accordent pour affirmer que la réponse à la multimorbidité ne doit pas être centrée uniquement sur les moyens pour ralentir la symptomatologie. Elle doit au contraire intégrer d'autres paramètres comme :

- le maintien de la qualité de vie des patients ;
- la réduction des déficits fonctionnels et des troubles sensoriels ;
- la prise en compte des aspects humains et financiers de la dépendance ;
- le risque de dépression...

Pour l'une comme pour l'autre : « C'est la seule façon d'obtenir l'adhésion et la confiance du patient. » ■

* Action de santé libérale en équipe.

« Les futurs médecins ont bien compris que l'avenir est à la coopération »

Le Pr Olivier Saint-Lary, médecin et professeur, revient sur la place de la coopération dans la formation des étudiants en médecine, et les attentes de ceux-ci.

Avec...



Pr OLIVIER SAINT-LARY, médecin généraliste, professeur à l'Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, président du Collège national des généralistes enseignants

Quel regard portez-vous sur l'évolution et la place des coopérations interprofessionnelles dans la formation des futurs médecins ?

Il y a encore 20 ans la seule image que les étudiants avaient de la médecine était celle de la médecine

hospitalière où la collaboration pluridisciplinaire s'établissait dans un cadre hiérarchique très strict. L'état d'esprit vis-à-vis des coopérations a commencé à changer avec l'ouverture des stages au secteur ambulatoire et plus encore avec la création du DES de médecine générale en 2004. À l'heure actuelle le deuxième cycle comporte quelques éléments sur cette question, mais encore très peu. En ce qui concerne le troisième cycle, le niveau de maturité des UFR est assez disparate, mais je constate qu'il y a beaucoup d'initiatives intéressantes. Dans ma faculté, par exemple, les étudiants se voient proposer un séminaire sur la pluriprofessionnalité avec plusieurs acteurs de soins primaires du territoire qui viennent apporter leur éclairage sur leurs missions et sur la perception qu'ils ont de la place des médecins.

Quelles sont les attentes, côté étudiants ?

Aujourd'hui, les étudiants sont de plus en plus attentifs à ces questions-là. À l'heure où le rôle de chef d'orchestre du parcours de soin est plus que jamais revendiqué, les futurs médecins ont bien compris que l'avenir est à la coopération. Il est donc nécessaire de faire évoluer la formation dans ce sens.

Comment répondre à ces attentes ?

Dans le cadre de la réforme du DES, les ministères de la Santé et de la prévention et de l'enseignement supérieur et de la recherche ont lancé une mission sur les conditions du succès pour l'instauration, pour le DES de médecine générale, d'une phase de consolidation à laquelle je participe. Parmi les pistes que nous souhaitons proposer figure notamment l'intégration obligatoire d'une formation aux coopérations pluriprofessionnelles dans le socle national du troisième cycle. Nous aimerions également que la question de la pluridisciplinarité soit plus systématiquement abordée lors des stages en incitant par exemple les stagiaires à s'impliquer encore davantage dans le fonctionnement des structures collectives (MSP, CDS, CPTS...). ■

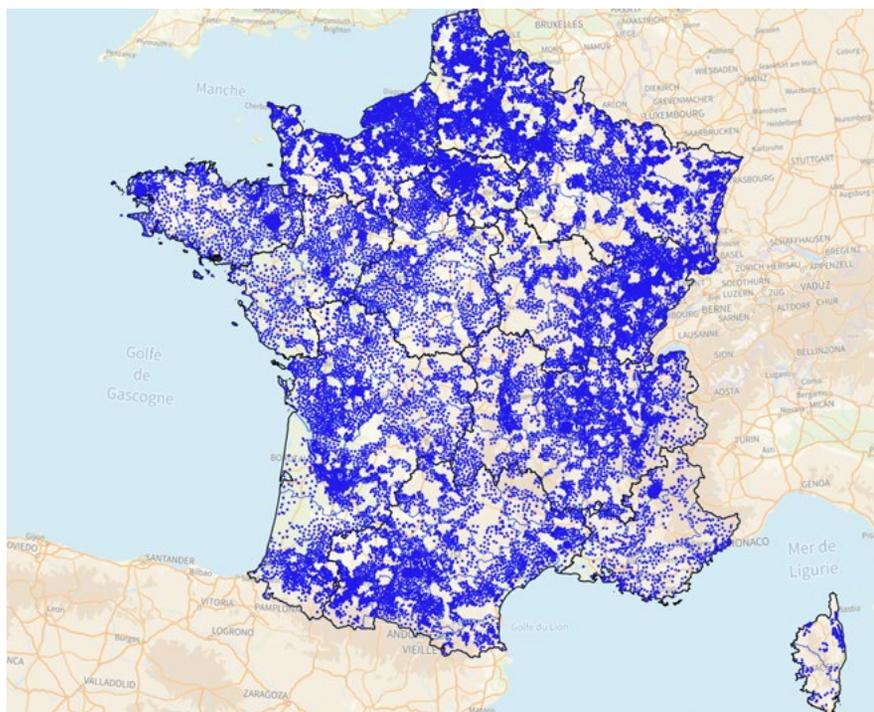


Recommandations pour la 4^e année

La réforme du 3^e cycle des études médicales (R3C) impose à toutes les spécialités médicales (44 au total) une formation professionnalisante de nos futurs confrères en trois phases pédagogiques (Socle, Apprentissage et Consolidation). C'est un enjeu majeur de formation visant à garantir la qualité et la sécurité des soins que nous devons à tous les patients en connexion étroite avec leur lieu et territoire d'exercice. Concernant la médecine générale, des dispositions transitoires et discriminatoires interdisaient jusqu'à présent la phase de consolidation dite 4^e année.

Voici les principales recommandations, qui devraient être publiées, pour la 4^e année de la Mission ministérielle confiée par les ministres Sylvie Retailleau et François Braun aux personnalités suivantes : la Doyenne Pham, Mme Mathilde Renker, le Pr Saint-Lary et le Pr Oustric.

1. Améliorer la qualité de la formation des futurs médecins généralistes : modifier de la maquette du DES de Médecine Générale et ajouter une **phase de consolidation**. Pendant cette phase : possibilité de réaliser **2 stages de 6 mois en ambulatoire** ; la participation à la **permanence des soins ambulatoires**.
2. Donner à la quatrième année du DES de médecine générale un **caractère professionnalisant** à travers un **statut adapté de docteur junior de médecine générale** (rémunération particulière tenant compte de la spécificité de l'exercice ambulatoire libéral).
3. **Inciter les futurs praticiens, sans les contraindre, à découvrir le territoire et son organisation professionnelle.**
4. **Renforcer l'encadrement de la formation** en médecine générale selon un plan médecine générale pluri-annuel :
 - En accroissant le nombre de **maîtres de stage universitaires**, en veillant à leur formation régulière au travers de la certification périodique, en augmentant le montant de leur indemnisation, en veillant à la qualité de l'encadrement du docteur junior
 - En valorisant les départements de Médecine Générale (augmenter le nombre d'enseignants et en promouvant la carrière universitaire en MG)
5. **Rendre le territoire attractif** avec de vraies mesures d'accompagnement (notamment de la part des collectivités territoriales et des ARS). ■



Répartition des maîtres de stage universitaire en France métropolitaine

- Source : Atlasanté, ARS -

« Le lien entre l'hôpital public et le médecin traitant est primordial »

Avec...



ARNAUD ROBINET,
président de la
Fédération
hospitalière de France
(FHF)

Quelle est la place des établissements publics dans le parcours de soins du patient ?

Les hôpitaux publics accueillent l'ensemble des patients, quels que soient leur niveau de revenus et leur couverture sociale, 24h sur 24 et 7j sur 7, et donnent accès à chacun à la même excellence et sécurité des soins. C'est un acquis historique assez récent, et qu'il faut défendre. La place des établissements publics de santé est essentielle dans le parcours de soins du patient, car ils offrent l'ensemble des activités hospitalières et de la gradation des soins, qu'ils soient de proximité, de référence ou de recours, programmés, non programmés ou urgents. Ils assurent également un maillage de l'ensemble du territoire, en lien avec les autres acteurs de santé. Les hôpitaux de proximité, présents sur tout le territoire, sont également un pivot essentiel avec les acteurs du premier recours. La FHF a ainsi défendu l'idée d'ouvrir la gouvernance de ces hôpitaux de proximité aux professionnels libéraux.

Depuis plusieurs années, la FHF coordonne aussi sur cinq territoires une expérimentation sur la « responsabilité populationnelle » associant l'ensemble des acteurs de santé autour de la prise en charge graduée de deux pathologies, le diabète de type 2 et l'insuffisance cardiaque, intégrant les soins et la prévention auprès des personnes à risques. Cette démarche implique l'hôpital public mais également les établissements privés, les professionnels libéraux, le tissu associatif et les collectivités territoriales.

Quel est le lien entre les établissements publics et le médecin traitant ?

Le lien entre l'hôpital public et le médecin traitant est primordial afin d'orienter le patient vers la structure la plus adaptée à sa prise en charge et d'assurer la continuité de celle-ci. L'évolution des modes de prise en charge, la réduction des durées moyennes de séjour, le transfert vers l'ambulatorio, avec ou sans hospitalisation, renforcent encore cette nécessité de coordination des parcours en amont et en aval des épisodes d'hospitalisation. Le financement des établissements publics de santé est d'ailleurs en partie basé sur l'évaluation de l'interaction avec les médecins traitants (lettre de liaison, comptes rendus d'hospitalisation et de consultation, comptes rendus opératoires...). L'optimisation et la fluidité des parcours impliquent un partage sécurisé des données dans le cadre d'un système d'information territorial interopérable entre les acteurs. De ce point de vue, les hôpitaux de proximité, qui doivent obligatoirement signer une

convention avec les médecins traitants et la CPTS lorsqu'elle existe, sont une innovation prometteuse pour rapprocher la ville et l'hôpital et porter des projets en commun.

Quel est l'intérêt populationnel du GHT ?

Les GHT ont été et sont toujours un levier de structuration et de gradation de l'offre publique de soins au sein des territoires. Il ne faut jamais oublier que, ce qui fonde l'action des GHT, c'est un projet médico-soignant partagé entre les établissements d'un territoire. Ils ont d'ailleurs montré leur rôle primordial au plus fort de la crise. La possibilité du portage des autorisations par les GHT est toujours une question d'actualité portée par la FHF. Les GHT doivent s'articuler, dans le cadre des projets territoriaux de santé, avec l'ensemble des acteurs de santé, les établissements privés, lucratifs ou non et les professionnels de ville.

Que retiennent les médecins de vos établissements du Ségur de la santé ?

Le Ségur de la santé a apporté de premières réponses en matière de revalorisation des rémunérations des personnels médicaux et non médicaux des hôpitaux. Il n'a cependant pas permis de traiter la question de la revalorisation des sujétions liées à la permanence des soins, au travail de nuit, aux gardes et aux astreintes. Or, la lourdeur de ces sujétions est la première cause des départs des médecins de l'hôpital public. Leur revalorisation est donc un enjeu majeur d'attractivité et les attentes sont fortes en la matière. ■

Coopérations interprofessionnelles, de la théorie à la pratique

Face à l'augmentation des besoins en santé et à l'inégale répartition des ressources sur le territoire, l'offre de soins évolue vers un exercice coordonné et pluriprofessionnel. Cette mutation, inscrite dans la loi, s'est accélérée en 2022.

« Proposer une offre de soins élargie, réduire les délais d'accès à une prise en charge en optimisant les parcours de soins, et ainsi apporter une réponse aux attentes des patients comme des professionnels. »

Tels sont les objectifs des coopérations interprofessionnelles, définis par le ministère de la Prévention et de la Santé. Le médecin généraliste, pierre angulaire de cette organisation, doit retrouver du temps médical en déléguant certaines activités à d'autres professionnels médicaux ou paramédicaux, à la faveur de la création de nouveaux métiers (infirmières en pratique avancée, assistants médicaux) et de nouveaux actes (télé-assistance médicale). La mise en place des différents dispositifs s'inscrit dans le temps (lire « Repères juridiques »).

Une réponse aux soins non programmés

Certains de ces dispositifs ont rencontré le succès, comme les MSP, au nombre de 2 127 en septembre dernier. D'autres, comme les PTA, ont été boudés par les professionnels, rebutés par la complexité administrative, l'absence de cadre conventionnel et/ou de rémunération. L'évolution se poursuit toutefois,

afin notamment de répondre à la demande de soins non programmés des patients. En 2022 a été signé l'**avenant 1** à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) de 2017 sur les structures de santé pluriprofessionnelles, qui valorise leur participation au service d'accès aux soins (SAS). L'**avenant 2** à l'ACI CPTS renforce le dispositif d'accompagnement à la constitution de ces organisations, augmente les aides financières et cible une amélioration de la prise en charge des soins non programmés.

Un arrêté paru au Journal officiel du 10 décembre prolonge, jusqu'au 30 avril 2023, la plupart des mesures issues de la « mission flash » pour les urgences et les soins non programmés lancée à l'été.

Outre le cadre réglementaire et la rémunération, l'enjeu des coopérations reste l'acculturation des acteurs, notamment grâce à la formation. Les professionnels semblent y être prêts : en octobre, pour la première fois, le Clio, Comité de liaison des institutions ordinaires (médecins, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens, kinésithérapeutes, dentistes et pédicures-podologues), a émis des propositions communes « pour améliorer l'accès à l'offre de soins [...] grâce à l'interprofessionnalité ». ■



REPÈRES JURIDIQUES

2008

La loi de financement de la Sécurité sociale établit les maisons de santé pluriprofessionnelles

JUILLET 2009

La loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) initie les protocoles de coopération; ils sont simplifiés par la loi de juillet 2019.

JANVIER 2016

Instauration des équipes de soins primaires (ESP), des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des plateformes territoriales d'appui à l'organisation des parcours complexes (PTA); relance du dossier médical partagé (DMP).

La coopération en action

En maison de santé pluridisciplinaire (MSP) ou en communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), la coopération entre professionnels de santé se vit quotidiennement. Et ce, au bénéfice des patients. Le P^r Cédric Rat et le D^r Marielle Puech racontent leur expérience.

Avec...



D^r MARIELLE PUECH,
membre de la Maison
de santé
pluridisciplinaire de
Décazeville

**D^r Marielle
Puech**

« Notre MSP, présente sur deux sites (Décazeville et Aubin), a ouvert ses portes en 2014, mais le projet a été lancé vers 2009. Tout est parti d'un constat assez simple : on était dans une zone où les médecins étaient isolés, sans infrastructures et sans secrétariat. L'objectif était de préserver au maximum l'accès aux soins des patients.

La réflexion est partie des médecins, puis nous nous sommes tournés vers les autres professionnels de santé en nous demandant comment la coopération avec eux pouvait être un levier supplémentaire d'efficacité.

Nous avons travaillé avec des infirmières, mais aussi avec des orthoptistes, qui appartenaient à un cabinet d'ophtalmologie voué à fermer. L'une des infirmières est entrée dans le dispositif Asalée (protocole de coopération entre médecins géné-

ralistes et infirmiers), puis elle est devenue infirmière de pratique avancée. C'est un changement de culture, mais nous sommes en train de construire avec elle un modèle pertinent, centré sur une coopération avec chaque médecin. Elle nous épaula beaucoup sur les parcours de soins : elle nous aide à orienter les gens, à leur trouver des rendez-vous, à leur rappeler la date et l'heure... C'est un travail énorme tout à fait en adéquation avec le profil de notre population, plutôt âgée et précaire.

En fait, les coopérations se sont affinées en fonction des besoins du territoire, car c'est cela qui nous guide. Par exemple, il y a beaucoup de mères célibataires avec des enfants en difficultés d'apprentissage. Nous sommes donc allés chercher une psychomotricienne, qui s'est saisie de cette question. Elle travaille à mi-temps à la MSP et à mi-temps en CMPP, et elle organise des réunions trimestrielles autour des enfants les

plus fragiles, rassemblant le CMPP, la PMI, la médecine scolaire et la MSP. De façon générale, nous avons construit un lien fort avec le CMP, que nous rencontrons tous les trois à six mois pour échanger sur les dossiers les plus complexes.

Une autre problématique, c'est l'accès aux soins ophtalmologiques. En effet, l'ophtalmo est à 45 km et ne prend presque plus de nouveaux patients. En plus de cela, beaucoup de personnes n'ont pas de véhicule. Nous avons donc mis en place un protocole hors les murs de coopération avec les orthoptistes et l'ophtalmo (le protocole Muraine), le premier du département. Et ça fonctionne!

Toute cette coopération, c'est aussi des relations humaines, et celles-ci sont essentielles pour nous permettre de nous soutenir entre nous et de conserver le sens de ce que l'on fait. » ■



Avec...



Pr CÉDRIC RAT,
coprésident de la
CPTS du pays de Retz
(Loire-Atlantique)

Pr Cédric
Rat

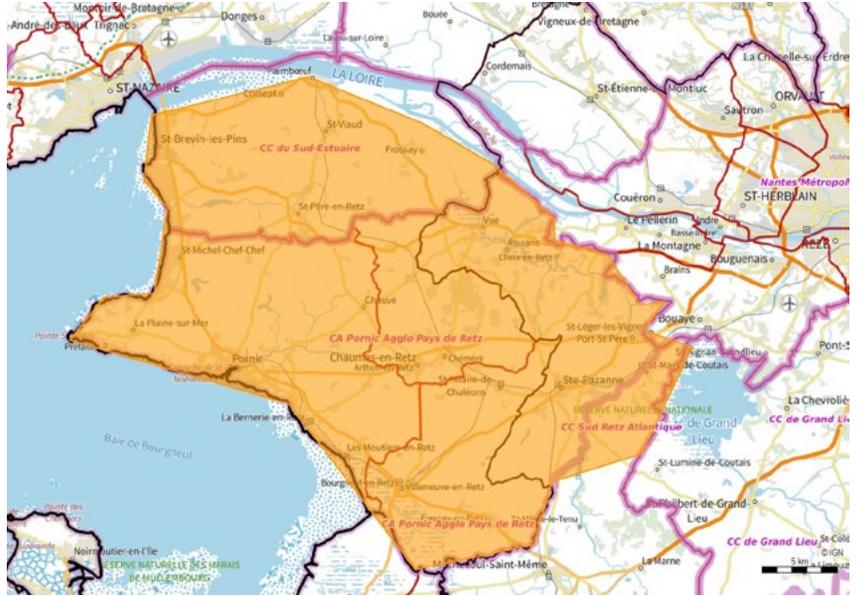
« Notre CPTS couvre un bassin de population d'environ 100 000 personnes. C'est un territoire où

il y avait déjà des modes d'exercice coordonnés, avec des médecins exerçant en MSP ou en centres de santé. Il existait aussi depuis longtemps des fonctionnements informels de coopération, même s'ils n'étaient pas explicitement coordonnés jusque-là.



Aujourd'hui, la CPTS est une association financée sur fonds publics qui favorise les interactions et qui aide les professionnels à s'organiser autour de quatre axes. C'est un outil mis à notre disposition : les médecins doivent s'en saisir ! Les priorités sont définies par les adhérents.

Le premier axe de travail concerne l'accès aux soins, avec deux priorités : l'accès à un médecin traitant, et l'organisation des soins non programmés avec la collaboration des pharmaciens et infirmiers libéraux. Par exemple, 25 médecins généra-



listes ont accepté de réserver deux créneaux dans la semaine pour des patients qui ont besoin de consulter mais qui n'ont pas de médecin traitant, ou pour des patients dont le médecin est absent.

Nous travaillons également sur un axe parcours. L'objectif est d'améliorer les parcours de soins de nos patients, notamment lorsqu'ils relèvent de prises en charge complexes. Nous avons mis en place deux petites équipes qui viennent en appui et aident à la coordination pour les enfants ayant des troubles des apprentissages et pour les patients ayant des douleurs chroniques. L'organisation de la CPTS nous permet de fluidifier ces parcours.

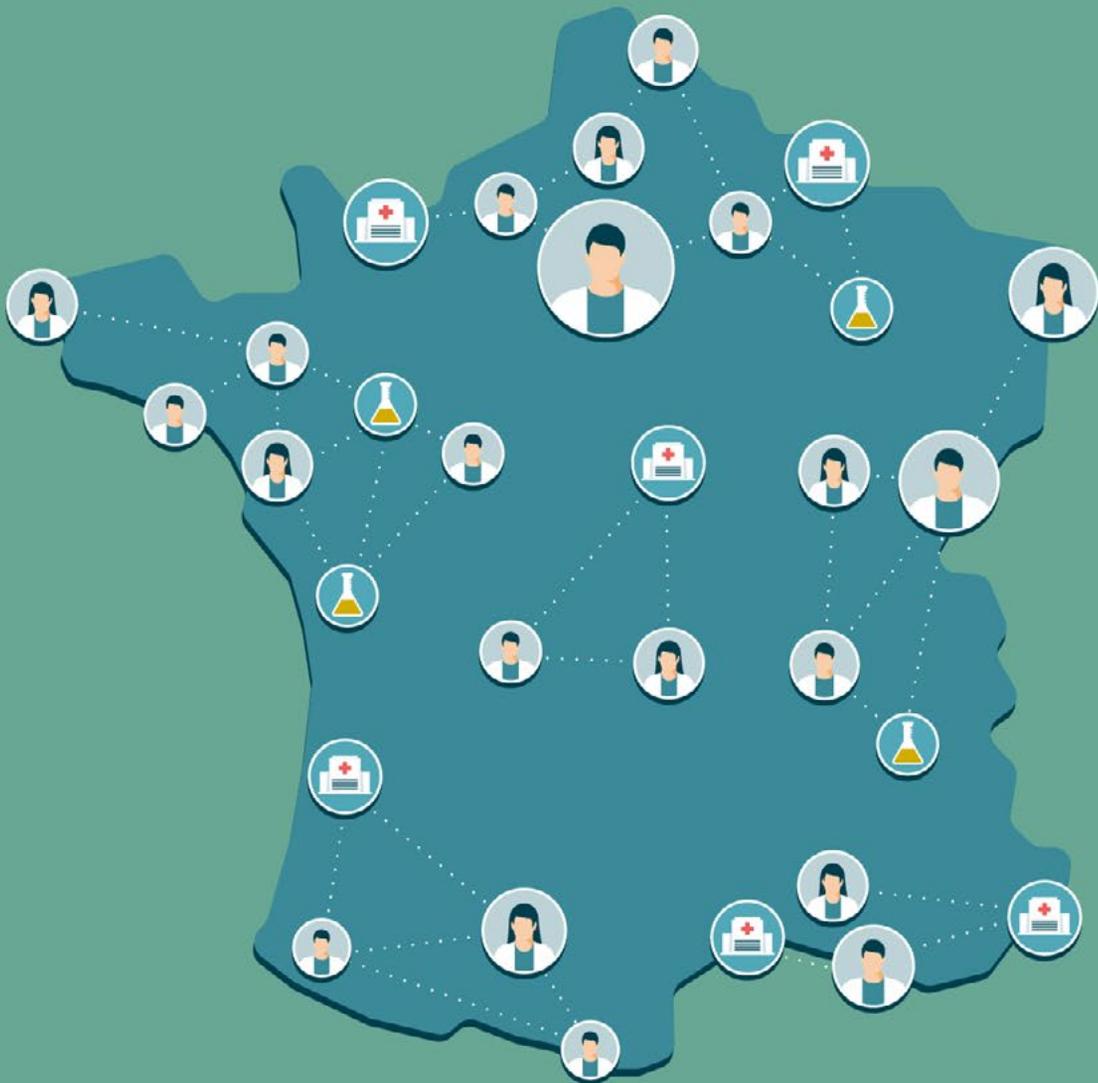
Le troisième axe consiste à développer la prévention. Sur le terrain, le métier des professionnels de santé les amène à se concentrer sur les situations pathologiques, alors même qu'ils sont tous conscients de la nécessité de développer la prévention, en abordant la nutrition, l'activité physique, etc. Le financement de la prévention n'est pas encore structuré du côté de l'Assurance maladie. L'appui de la CPTS

est donc indispensable, car les professionnels de santé n'ont pas tous les leviers dans leurs cabinets.

Le quatrième axe porte sur la formation et la communication entre les professionnels. Ceci permet d'une part de lutter contre l'isolement et, d'autre part, de partager une culture commune en se basant sur les mêmes recommandations et données scientifiques.

Concrètement, la population a pu identifier certaines actions de la CPTS. Par exemple, le centre de vaccination contre la Covid-19. La CPTS a aussi recontacté l'ensemble des patients sans médecin traitant dès lors qu'ils étaient en ALD ou particulièrement âgés.

La CPTS amène une dynamique qui participe à l'attractivité du territoire. Elle est une interlocutrice reconnue par les pouvoirs publics et l'hôpital local. Elle participe au contrat local de santé. Elle a vocation à venir en appui, à apporter des solutions et à faciliter la vie des médecins en exercice sur le territoire. En effet, dans un contexte démographique difficile, les professionnels qui continuent de travailler ont besoin d'être soutenus, d'être reconnus dans leur engagement, car beaucoup ressentent un effet de saturation, parfois de burn-out, et sont exposés à la perte de sens. ■



TERRITOIRES : ACTEURS ET ORGANISATION

Démographie médicale et accès aux soins

Si le nombre de médecins en exercice ne diminue pas, il ne parvient pas à combler les besoins de la population. Une réalité commune à tout le pays, qui connaît toutefois des situations contrastées selon les territoires.

Avec...



D^r JEAN-MARCEL MOURGUES,
vice-président du
Conseil national de
l'Ordre des médecins

Au 1^{er} janvier 2023, **234 028** médecins actifs étaient inscrits au tableau de l'Ordre des médecins soit **8,5 % de plus par rapport à 2010**. Derrière cette

augmentation, on retrouve des situations contrastées.

Alors que le nombre de médecins en activité régulière est quasi stable depuis 2010, avec 197 411 professionnels en 2023, l'activité intermittente, principalement assurée par les médecins remplaçants, a augmenté de **64,4 %** depuis 2010, et celle des médecins retraités ayant conservé une activité, de **259,2 %**.

Érosion de l'activité libérale

L'une des grandes tendances de la profession est la baisse de l'activité libérale et concerne aussi bien la médecine générale que les autres spécialités. Au 1^{er} janvier 2023,

41,5 % des médecins exerçaient en activité libérale exclusive. Pour la médecine générale, ce mode d'exercice a chuté de 17 % en 10 ans, passant de 56 170 praticiens en 2010 à 46 701 aujourd'hui. La dermatologie et vénérologie, la rhumatologie et l'ORL sont les spécialités présentant une baisse importante d'activité libérale. Si l'on s'intéresse à l'installation libérale, on constate que seuls 8,7 % des primo-inscrits de 2009 avaient choisi l'exercice libéral; 14 ans plus tard, ils n'étaient encore que 36,9 %.

En comparaison, ils sont, pour la médecine générale, respectivement de 16,5 % et 46 %. Cela montre une certaine frilosité des jeunes médecins à l'activité libérale à la suite de leurs études, et confirme ainsi la nécessité de mieux anticiper les besoins de formation et de profes-

sionnalisation de leurs études vis-à-vis des soins primaires.

Une autre grande tendance de la profession a été son vieillissement, pour atteindre aujourd'hui un âge moyen des médecins en activité régulière de 48,6 ans. La pyramide des âges est néanmoins contrastée d'un département à l'autre, avec un âge moyen métropolitain de 53,8 ans pour le Lot et 45,8 ans pour le Puy-de-Dôme. Cet écart remarquable de 8 ans témoigne des difficultés d'attractivité de certains territoires.

Entre 2010 et 2023, parmi les 20 spécialités présentant des balances négatives figurent la médecine générale, la chirurgie générale, l'ophtalmologie. Mais là encore, de grandes disparités territoriales existent.



« L'accès aux soins n'est plus un problème rural. 75 à 87 % des territoires sont désormais en tension médicale. »

Inégalités territoriales

Avec 258,8 médecins pour 100 000 habitants en 2023, contre 276,3 en 2010, la densité moyenne métropolitaine est en baisse. Les inégalités territoriales de densité concernent l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales.

Ces disparités n'opposent plus la ruralité aux agglomérations urbaines. Et ce, depuis longtemps. « L'accès aux soins n'est plus un problème rural. 75 à 87 % des territoires sont désormais en tension médicale », affirme Jean-Marcel Mourgues. En France métropolitaine, les écarts de densité en médecine générale entre les départements les plus défavorisés et les départements les mieux dotés sont de l'ordre de 1 à 3.

Ainsi, en Eure-et-Loire, la densité est de 71,4 médecins en exercice régulier, tous modes d'exercice confondus, pour 100 000 habitants, contre... 235,8 dans les Hautes-Alpes. Les médecins ophtalmologues en

exercice régulier ont des écarts de densité très supérieurs, avec, par exemple, 1,3 ophtalmologue pour 100 000 habitants en Haute-Saône, et 23,6 pour 100 000 habitants à Paris.

Des changements nécessaires

« La pénurie de médecins des vingt dernières années est due au numerus clausus très restrictif des années 80-90. Grâce à des politiques publiques plus ouvertes, nous formons à présent de 11 000 à 12 000 médecins par an. Ainsi, nous sommes dans le temps de latence des médecins dû à la longueur des études médicales. »

D'après la DREES, après une stagnation des effectifs médicaux

jusqu'en 2030, la profession connaîtra une hausse assez importante jusqu'en 2050.

« Pour répondre au mieux aux carences futures, les formations doivent prendre en compte les besoins de santé de la population, la place des nouveaux métiers, mais aussi celle des différents professionnels au sein du parcours de santé. » Une réflexion globale avec une meilleure prise en charge du grand âge et de la précarité, l'accent sur la prévention mais aussi sur l'aménagement de l'ensemble du territoire en termes de services publics (école, hôpitaux, transports) sont indispensables pour répondre aux besoins de santé de notre territoire. ■

PRÉCARITÉ ET ACCÈS AUX NOUVELLES TECHNOLOGIES, LES AUTRES FREINS DE L'ACCÈS AUX SOINS

Outre le manque de médecins, la précarité, le réseau de transports, ou encore l'accès à Internet sont d'autres barrières à l'accès aux soins. Les populations les plus démunies renoncent à se faire soigner en raison d'une connaissance insuffisante de leurs droits, de difficultés financières lorsqu'il existe un reste à charge pour les soins, ou encore de la complexité des démarches pour ouvrir des droits. Ainsi, fin 2017, 10 % des bénéficiaires du RSA connaissaient la CMU-C (transformée depuis en complémentaire santé solidaire) mais n'étaient pas couverts par celle-ci et n'en avaient pas non plus fait la demande, selon la DRESS. Certains parmi les plus démunis renoncent ainsi aux soins. Les dispositifs d'aller-vers développés par certaines agences régionales de santé avec des équipes mobiles médico-sociales se rendant dans les structures d'hébergement, dans les habitats très dégradés ou auprès des per-

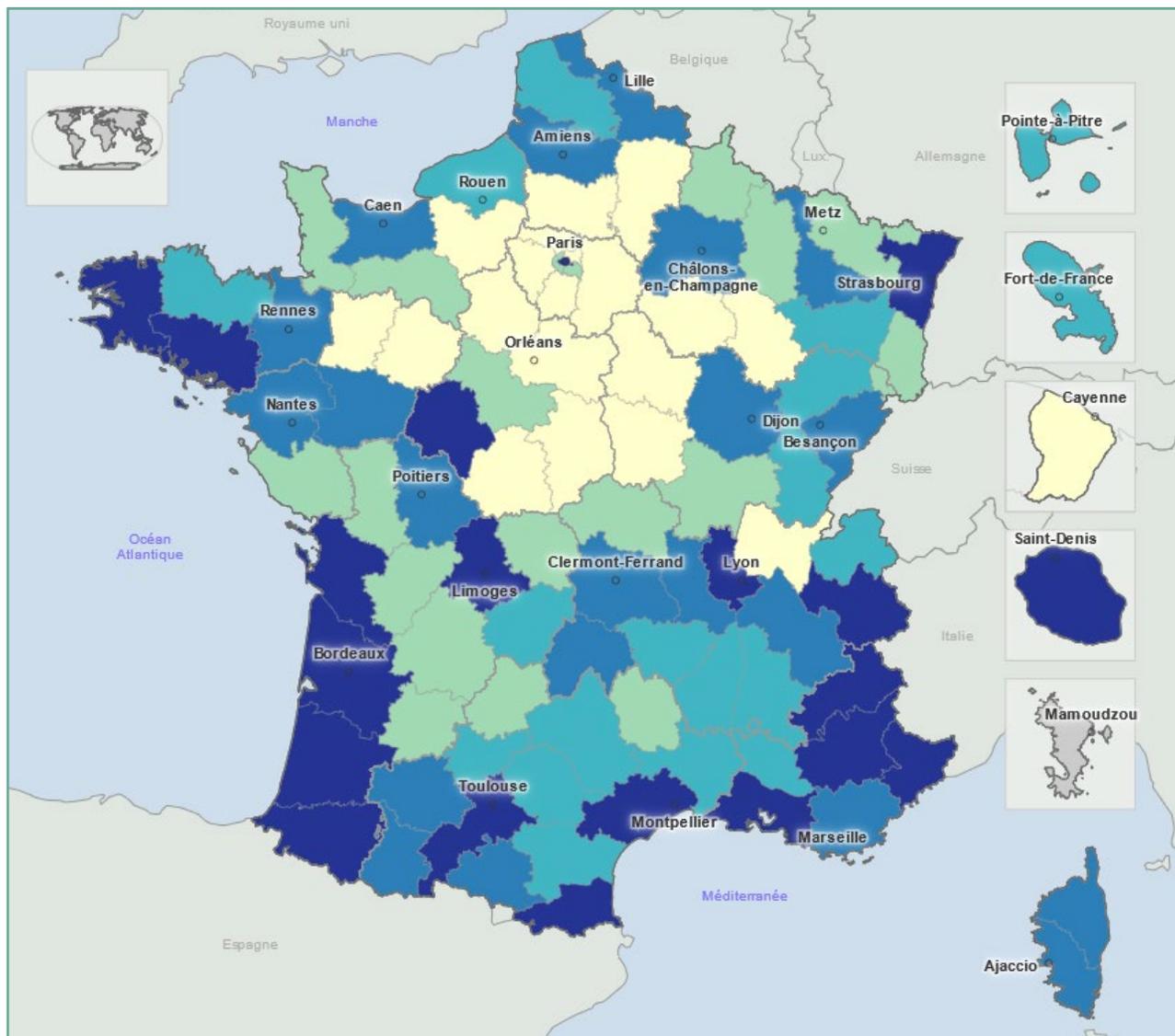
sonnes en situation de rue ont pour objectif de répondre aux besoins de ces populations. Par ailleurs, depuis le 1^{er} janvier 2022, la demande d'accès à la complémentaire santé solidaire est automatique lors d'une demande de RSA.

Selon Jean-Marcel Mourgues, l'accès à la télé-médecine est aujourd'hui une nouvelle source d'inégalités d'accès aux soins. En 2021, 9,4 millions de téléconsultations de médecine générale ont été réalisées chez un praticien libéral. Mais sur toutes les consultations à distance, seuls 17,9 % concernent des patients vivant dans des territoires ruraux (hors outre-mer), où réside pourtant 27,6 % de la population. La mauvaise couverture mobile ou Internet, l'absence de médecin utilisant la télémédecine ou l'illectronisme d'une partie de la population creusent ainsi les inégalités territoriales déjà existantes.

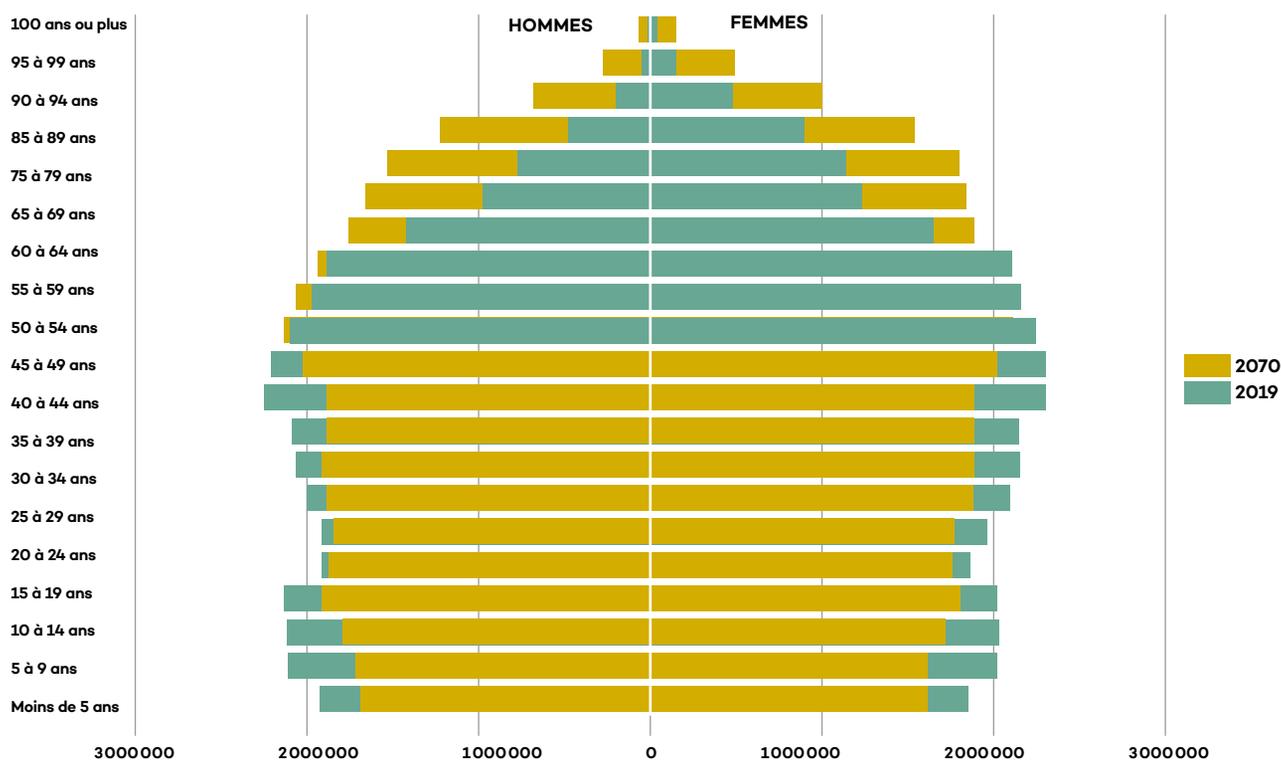
Densité de médecins généralistes actifs réguliers au 1^{er} janvier 2023

(pour 100 000 habitants de 65 ans ou plus)

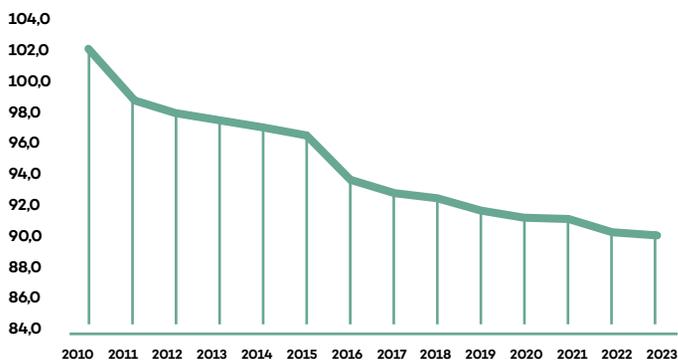
- Source : Cnom, 2023 -



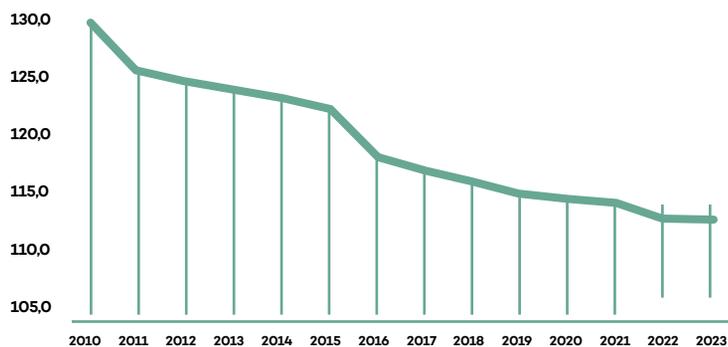
Pyramide des âges comparées 2019 - 2070 de la population française



Densité moyenne MG premier recours tous modes d'exercice



Densité moyenne premier recours tous modes d'exercice



Le défi de l'attractivité des territoires

Certains territoires français sont très peu pourvus en professionnels de santé, ce qui occasionne une pression pour ceux qui exercent et un risque pour la santé des habitants. Mais comment « repeupler » ces zones en médecins ?

En l'absence de toute mesure politique, la densité médicale ne sera rétablie qu'en 2033, indiquait, l'année dernière, un rapport du Sénat. D'ici là, la perte de chance pour les patients est très importante. Pour favoriser l'installation de médecins, les pouvoirs publics ont mis en place des dispositifs, avec plus ou moins de succès.

Des aides à l'installation

Des incitations financières visent ainsi à attirer les étudiants vers les territoires en tension. Créé en 2009, et réformé 10 ans plus tard, le contrat d'engagement de service public accorde par exemple une bourse de 1 200 euros par mois à ceux qui le signent. En échange, les étudiants s'engagent à exercer, après leur formation, dans une zone où la densité médicale est très faible, pour une durée au moins égale au temps de perception de la bourse. Entre 2010 et 2021, un peu plus de 4 000 contrats de ce type ont été signés.

Autre exemple : le contrat de praticien territorial de médecine générale, mis en place par le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013. D'une durée d'un an, et renouvelable une fois, il est signé entre une ARS et un médecin généraliste qui souhaite s'installer dans une zone en tension, ou l'est depuis moins d'un an.

Ce contrat assure, à partir d'au moins 165 consultations par mois,

un complément de rémunération au médecin permettant d'atteindre 6 900 euros bruts par mois. Près de 200 praticiens sont concernés par ce contrat.

Parfois ce sont les collectivités qui tentent d'attirer les professionnels de santé grâce à des avantages financiers ou matériels.

D'autres leviers

« Les politiques visant l'amélioration de la répartition territoriale ne peuvent pas se fonder sur le seul levier des incitations financières », soulignait toutefois, en 2021, un rapport de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, en se basant sur une comparaison internationale.

Les auteurs indiquent qu'il est par exemple essentiel « de fournir des conditions de vie et de travail satisfaisantes aux professionnels qui s'installent dans des zones moins bien couvertes, pour qu'ils s'épanouissent et souhaitent y rester ». L'organisation du travail de façon collective et coordonnée peut faciliter l'exercice. C'est ce que permettent par exemple les équipes de soins primaires, les communautés professionnelles territoriales de santé, les maisons de santé ou encore les centres de santé. Chacune à leur manière, ces organisations soutiennent le travail des médecins. Un atout essentiel dans des territoires où ils sont isolés. ■



La position de l'Ordre national des médecins

La coercition n'est pas une solution, rappelait l'Ordre dans un communiqué fin octobre 2021. Les mesures visant à contraindre les médecins à s'installer dans une région sont non seulement injustes pour le praticien, mais inefficaces pour les patients.



À SAINT-GAUDENS, UNE MSP AU CHEVET DES PATIENTS SANS MÉDECIN TRAITANT

Depuis trois ans à Saint-Gaudens, en Haute-Garonne, une maison de santé pluridisciplinaire accueille des patients sans médecin traitant pour les remettre sur le chemin du soin. Cette organisation collective est aussi une tentative d'attirer de nouveaux médecins dans la commune.

Un doux soleil d'hiver accompagne, en ce début janvier, les premiers patients qui arrivent à la Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). Au premier étage d'un immeuble du centre-ville de Saint-Gaudens, la salle d'attente se remplit, les consultations s'enchaînent. « *Depuis combien de jours êtes-vous malade ?* » demande d'une voix calme Aude Girma-Masclary, interne en stage à la MSP. Face à elle, Arielle, la quarantaine, se plaint de ce qui ressemble à une infection urinaire. Elle n'habite pas à Saint-Gaudens, mais son médecin traitant est parti à la retraite il y a un an. « *Impossible de trouver un généraliste qui accepte de nouveaux patients* », regrette-t-elle.

Dans une autre salle de consultation, Rolland Massot, blouse blanche et stéthoscope autour du cou, mesure, pèse, ausculte la petite Inès, 2 ans. « *Est-elle à jour de ses vaccins ?* » interroge le médecin retraité de 70 ans, qui consacre une journée par semaine à la MSP. La mère d'Inès reconnaît qu'elle « *n'aime pas voir le médecin, mais pour ma fille c'est différent. À sa naissance, j'ai cherché un docteur pendant plusieurs semaines, sans succès. Ici, c'est rapide, j'ai eu un rendez-vous en quelques jours.* »

Ouverte en janvier 2020, la MSP de Saint-Gaudens accueille plus de 800 personnes chaque mois. Leur point commun ? « *Nous recevons en priorité les patients qui n'ont pas de médecin traitant. Cela représente 25 % des Saint-gaudinois* », répond Marie-Agnès Faye-Pichon, médecin généraliste à l'origine de la création de la MSP. Les urgences de l'hôpital ont aussi pris l'habitude d'orienter vers la structure les patients qui nécessitent des soins non vitaux, ponctuels.

Contre la désertification médicale

La genèse du projet remonte à 2018. « *Depuis 2014, 10 médecins sont partis, et pas un seul n'est arrivé à Saint-Gaudens. Aujourd'hui, on compte 12 généralistes, dont trois ont plus de 70 ans. Nous devons agir pour contrer cette désertification médicale* », souligne le Dr Faye-Pichon, installée à Saint-Gaudens depuis 1997, et conseillère ordinaire au CDOM de Haute-Garonne.

Au total, 74 professionnels de santé composent la MSP : une dizaine de généralistes, des cardiologues, des infirmières, des psychologues, des néphrologues, des pharmaciens, des kinésithérapeutes, des diététiciens, etc. Pas de dermatologue ni d'ophtalmologue. Mais contrairement à la majorité des maisons de santé (qui accueillent dans un même lieu divers professionnels de santé), sur le site, seuls les généralistes se relaient pour assurer les consultations. « *La MSP est avant tout une organisation, explique Vincent Bonnet, cardiologue, lui aussi présent dès le lancement de cette structure. Chaque professionnel a gardé son lieu d'exercice habituel. Nous formons un réseau, disposons d'un outil informatique commun pour partager les dossiers médicaux. Nous organisons des actions de prévention coordonnées entre plusieurs professionnels. Entre nous, l'information circule vite et bien. Quand on se connaît, c'est plus facile de travailler ensemble, d'orienter efficacement les patients.* »



Pas (encore) de nouveaux généralistes

La MSP répond à un double défi. D'abord, améliorer le parcours de soins coordonnés de patients. « *Certains d'entre eux n'ont pas vu de médecins depuis deux ou trois ans, présentent des retards de prise en charge. Nous apportons une réponse immédiate à un besoin de santé non programmé* », martèle le Dr Faye-Pichon. Dans la salle d'attente, problèmes de santé riment souvent avec précarité. Des difficultés sociales, psychologiques,



← Les professionnels de santé de la MSP mènent aussi des actions de prévention en ville.

« Réintégrer des patients dans le système de santé. » C'est l'ambition d'Aude Girma-Masclary, interne en stage à la MSP.



Chaque matin, la salle d'attente se remplit de patients qui n'ont pas de médecin traitant.



administratives et financières s'entremêlent, freinant l'accès aux soins. « Nous arrivons à inverser des situations complexes, à réintégrer des publics dans le système de santé. Nous les guidons vers des spécialistes, rappelons l'importance d'un suivi régulier. Les patients reprennent parfois l'habitude de se soigner », se réjouit l'interne Aude Girma-Masclary.

Le second défi s'avère plus difficile à relever : en trois ans, aucun nouveau médecin ne s'est installé à Saint-Gaudens. Mais pas de quoi décourager les membres de la MSP.

Ils accompagnent ainsi les deux lycées de la commune pour ouvrir une option « Préparation des métiers de la

santé » et renforcer les chances de succès des jeunes en PACES.

Surtout, la Maison de Santé pourrait évoluer et accueillir, cette fois-ci sur le même site, plusieurs professionnels de santé (médecins, infirmières, psychologues, etc.). « Notre ambition est de renforcer le travail en équipe, rapprocher les professionnels. Les jeunes médecins plébiscitent de plus en plus ce genre d'exercice collectif plutôt que le cabinet isolé », estime Dr Marie-Agnès Faye-Pichon, avant de se diriger vers la salle d'attente. C'est à son tour d'assurer les consultations. ■

EN VIDÉO : youtube.com/watch?v=B16lFbcvYqA

« Nous devons renforcer les coopérations »

Face aux difficultés croissantes d'accès aux soins, il est essentiel de pouvoir dégager du temps médical. Le Dr Leïla Ouraci revient sur cet enjeu crucial.

Avec...



DR LEÏLA OURACI,
secrétaire générale
adjointe du Conseil
national de l'Ordre
des médecins

Quelle définition peut-on donner du temps médical ?

C'est le temps que l'on consacre véritablement à soigner le patient. Il comporte un temps de soin avec un interrogatoire, un examen clinique, afin d'établir un diagnostic et proposer une thérapeutique. À cela s'ajoute un autre aspect du temps médical : la prévention.

Et à ce temps médical s'ajoute un temps administratif...

Tout à fait ! Mais il y a également un temps social – ou socio-administratif – que l'on n'évoque pas toujours. Parfois, les patients présentent des problèmes sociaux qui les empêchent d'avoir accès aux soins. Il nous arrive donc d'avoir à dénouer des situations complexes, ce qui, bien sûr, empiète sur le temps que l'on aurait consacré au soin et à la prévention.

En quoi la coopération interprofessionnelle peut-elle permettre de dégager du temps médical ?

Nous devons pouvoir renforcer les coopérations interdisciplinaires et interprofessionnelles en nous appuyant sur les professionnels de santé de notre territoire (avec lesquels d'ailleurs nous prenons déjà en charge les patients) dans le cadre de protocoles

d'équipes de soins primaires, protocoles qui doivent absolument être validés par nous, médecins. Cela peut s'appliquer, par exemple, à la prise en charge d'un patient souffrant de pathologie chronique stabilisée.

Les infirmières Asalées, qui travaillent avec les médecins pour alléger leur charge de travail médicale sont également une alternative pour se dégager du temps et sont encore peu connues. Par ailleurs, si les médecins généralistes et les spécialistes parvenaient à mieux se coordonner, on perdrait moins de temps à chercher des rendez-vous, à téléphoner aux urgences pour que les patients soient pris en charge... nous aurions une meilleure qualité des soins pour le malade, et un gain de temps pour les médecins.

Et pour la partie administrative ?

Ce que l'on attend, c'est que la présence d'assistants médicaux soit généralisée et pérennisée. Avec mes confrères, nous avons une assistante médicale depuis trois ans. Elle nous soulage des tâches administratives, en s'occupant de la gestion des rendez-vous, de la tenue administrative des dossiers... C'est un réel soulagement !

Mais cela ne suffit pas à nous décharger des nombreux documents administratifs, qui sont très chronophages.

Par exemple, des parents consultent pour leur enfant uniquement car ils ont besoin d'un justificatif d'absence pour la crèche, l'école ou leur employeur. On considère que ces documents sont inutiles : nous aimerions que ce système soit allégé et que l'on fasse un peu plus confiance aux parents.

Est-ce qu'il y a des actions à mener auprès des patients ?

Oui, il y a tout un chantier qui va être mis en œuvre. Il faudrait trouver un levier pour lutter contre les rendez-vous non honorés, ce dont nous ne disposons pas actuellement. Il y a plusieurs pistes (sanction, compensation financière...). ■



**NOUVELLES
TECHNOLOGIES EN
SANTÉ : DES OUTILS
AU SERVICE DU
PARCOURS DE SANTÉ**

« La téléexpertise est un outil efficace et vertueux »

Intégrée dans les pratiques de médecins, la téléexpertise permet une meilleure collaboration entre les professionnels de santé. Le Dr Jean-Michel Béral revient sur ses principaux enjeux.

Avec...



DR JEAN-MICHEL BÉRAL,
conseiller national,
chargé de mission au
Conseil national de
l'Ordre des médecins
sur les Nouveaux Modes
d'Exercice - DGDSN

Quels sont les avantages de la téléexpertise ?

C'est une pratique qui facilite la coopération entre les médecins, et l'accès à un avis d'expert dans des zones qui en sont parfois largement privées.

La téléexpertise nous semble être un très bon outil, efficace et vertueux, puisqu'il concourt à l'amélioration de la prise en charge du patient, tant du point de vue de la qualité des soins proposés que de l'organisation.

Elle permet de limiter, par exemple, des déplacements (parfois sur de grandes distances) rendus difficiles par l'état du patient, et leurs coûts.

En quoi consistent les évolutions réglementaires récentes concernant la téléexpertise ?

L'avenant 9 à la convention médicale, dont les mesures sont

entrées en vigueur en avril 2022, élargit à d'autres professionnels de santé la possibilité d'être demandeur de l'avis en téléexpertise d'un spécialiste.

Ce qui risque de poser problème, c'est qu'il existe une limite de quatre téléexpertises par an et par patient, quel que soit le professionnel de santé qui l'a initiée.

Dans cette situation, est-ce que le médecin traitant en est informé ?

Actuellement, les coopérations entre professionnels de santé ne sont pas à un niveau de

développement comparable partout en France. Ainsi, au sein d'une équipe de soins primaires structurée, au sein de protocoles de délégation ou de prises en charge pluriprofessionnelles (sous l'égide de protocoles validés par l'ARS ou au sein de CPTS), le retour d'information vers le médecin traitant est expressément prévu.

Mais dans les situations encore balbutiantes que connaissent de nombreux territoires, on peut s'inquiéter de la systématisation et de la qualité de ce retour d'information pourtant essentiel à la continuité et à la sécurité des soins. ■



La téléconsultation, à manier avec précaution



REPÈRES
JURIDIQUES

Parfois présentée comme un remède miracle pour l'accès aux soins, la téléconsultation doit plutôt être vue comme un outil pratique, qu'il est nécessaire de réguler.

Entrée dans la loi en 2009, la téléconsultation a réellement pris son essor à la faveur de la crise sanitaire. Pertinente dans un certain nombre de cas, cette pratique peut donner lieu à certaines dérives. Un danger à ne pas négliger.

Les avantages de la pratique

« La téléconsultation n'est pas une façon d'exercer la médecine, rappelle le D^r Jean-Michel Béral. Ce n'est qu'un outil. » Il peut s'exercer dans des cadres vertueux, par exemple lorsque la téléconsultation prolonge l'exercice du médecin vis-à-vis de ses patients ou de patients qu'il connaît déjà.

Elle peut être également utile et pratique pour les soins de premiers recours dans les zones sous-dotées. « Mais il faut que le médecin téléconsultant soit implanté dans le territoire de soins du patient concerné, ou qu'il maîtrise le maillage territorial de l'offre de soins dans le territoire », précise le D^r Jean Michel Béral.

La téléconsultation est pertinente lorsqu'elle est assistée, c'est-à-dire quand un professionnel de santé est présent avec le patient. Généralement réalisée au domicile du patient, cette « téléconsultation assistée » n'est pas superposable aux situations dans lesquelles le professionnel de santé est remplacé par des outils connectés mis à disposition dans une cabine de téléconsultation.

Une régulation nécessaire

La téléconsultation ne peut pour autant être la seule prise en charge

proposée à un patient. « L'Ordre estime contraire à la déontologie d'avoir un exercice exclusif en télé-médecine, car le médecin qui s'orienterait vers cette seule pratique se couperait de la pratique clinique », indique le D^r Jean Michel Béral. Or, l'examen clinique est indispensable à la qualité et la sécurité des soins de premier recours.

De plus, dans un contexte démographique tendu, les médecins qui se tournent vers la téléconsultation ne peuvent alors plus être aussi disponibles pour répondre aux besoins de soins émanant de leur patientèle.

Le D^r Jean Michel Béral dénonce, par ailleurs, deux types de dérives. « La première est consumériste : certains patients utilisent la téléconsultation pour obtenir une réponse immédiate à un besoin ressenti. La seconde, c'est une dérive commerciale. Des entreprises se placent sur le "marché" de la téléconsultation par le biais de plateformes commerciales. Ce modèle nous interroge sur sa légalité (notamment du fait que l'acte doit être payé avant que celui-ci ne soit dispensé par le médecin), sur son respect de la déontologie (en particulier par l'utilisation de moyens publicitaires), et sur son apport effectif à l'offre de soins dans les territoires les plus fragilisés (là où elle pourrait être la plus utile). »

L'Ordre n'est pas opposé à l'exercice de la télé-médecine. « Mais l'institution souhaite son encadrement afin que ce moyen concoure à l'amélioration de l'offre de soins dans les territoires, et non qu'elle l'affaiblisse. » ■

21 JUILLET 2009

► La loi « Hôpital, patients, santé, territoire » pose le cadre juridique de la télé-médecine. Son article 78 modifie le code de la santé publique pour intégrer la définition de la télé-médecine avec l'article L. 6316-1.

19 OCTOBRE 2010

► Le décret n° 2010-1229 définit cinq actes de télé-médecine : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale, la réponse médicale.

13 SEPTEMBRE 2018

► Le décret relatif aux modalités de mise en œuvre des activités de télé-médecine libéralise et généralise le développement de la télé-médecine.

22 SEPTEMBRE 2021

► Un arrêté fixe une limite de 20 % de téléconsultation et téléexpertise pour les médecins.

1^{ER} OCTOBRE 2022

► Les actes de téléconsultation ne sont plus pris en charge à 100 % mais : à 70 %, une mesure qui avait été mise en place pendant la crise sanitaire.

Des outils à disposition des médecins et des patients

De l'application de prise de rendez-vous au tensiomètre connecté, en passant par une messagerie sécurisée pour échanger entre professionnels de santé, les outils numériques sont nombreux et variés. Et ils aident à la fois les patients et les médecins.

Le champ des outils numériques est d'une « extraordinaire hétérogénéité » soulignait début 2021 la Haute Autorité de santé, à l'occasion de la publication d'une classification de 11 de ces solutions en quatre niveaux.

Des outils de communication

De nombreuses plateformes numériques permettent de prendre rendez-vous en ligne avec un professionnel de santé. C'est bien souvent un confort pour le patient : il opte pour un créneau en quelques clics, n'a pas à se précipiter de l'heure qu'il est... Une étude de 2017 montrait ainsi que 40 % des rendez-vous étaient pris hors des horaires d'ouverture. Côté cabinet, c'est un gain de temps pour le médecin ou son secrétariat. Des outils existent également pour faciliter les échanges entre professionnels. Ainsi l'application Direct AP-HP donne aux médecins partenaires un accès à une liste de numéros spécifiques leur permettant de contacter un médecin senior de l'hôpital afin d'obtenir un avis médical rapidement. Elle permet également de prendre rendez-vous pour l'un de ses patients. Instauré par la loi du 13 août 2004, avec le parcours de soins coordonnés, le dossier médical partagé (DMP) est un outil de partage d'informations pour faciliter la prise en charge d'un malade. Il contient des données relatives à son suivi médical, social et médico-social, à la dispensation de médicaments ou encore la liste des professionnels autorisés à accéder au DMP.

Le patient, acteur de sa santé

Depuis juillet 2021, le DMP est intégré à Mon espace santé (MES). Ce carnet de santé numérique doit permettre au patient d'être davantage acteur de sa santé. En plus du DMP et d'informations administratives, il contient une messagerie pour échanger avec des professionnels et des établissements de santé, ainsi que les données relatives au remboursement de ses dépenses de santé. Chaque personne peut, si elle décide d'activer son MES, y ajouter des informations telles que ses maladies ou

sujets de santé, ses traitements, ses allergies... En outre, un catalogue de services est censé faciliter la gestion de sa santé.

D'autres outils numériques aident les patients au quotidien. Certaines permettent ainsi de s'assurer de la bonne prise d'un traitement, en notant les prises et grâce à des notifications de rappel. D'autres sont spécialisées dans le suivi de maladies chroniques, telles que le diabète ou l'asthme. Les informations recueillies grâce à ces applications peuvent être partagées avec les professionnels de santé.

Qu'ils soient à destination des patients ou des médecins, ces outils doivent concourir à de meilleures prises en charge. ■

URGENCE ET DMP

Un accès exceptionnel au DMP d'une personne est prévu dans deux situations :

- Si la santé du titulaire est immédiatement en danger et qu'il n'est pas en état d'exprimer sa volonté.
- En cas d'appel d'urgence au Samu-Centre 15 concernant le titulaire.

Ces accès doivent avoir été indiqués par le titulaire dans les paramètres de son DMP.



Directeur de la publication : Dr Pierre Maurice - **Ordre des Médecins**, 4, rue Léon-Jost, 75 855 Paris Cedex 17. Tél. : 01 53 89 32 00. E-mail : conseil.national@ordre.medecin.fr - **Rédacteur en chef :** Dr Stéphane Oustric - **Rédacteur en chef adjoint :** Dr Jean-Marcel Mourgues - **Coordination :** Isabelle Marinier - **Conception et réalisation :** CITIZENPRESS - 30, rue Notre-Dame-des-Victoires, 75002 Paris - **Responsable d'édition :** Hortense Lasbleis - **Rédaction :** Éric Allermoz, Dominique Fidel, Hortense Lasbleis, Muriel Pulicani, Sevin Rey-Sahin - **Direction artistique :** David Corvaisier - **Maquette :** Morgane Salvaggio - **Secrétariat de rédaction :** Blandine Pouzin - **Fabrication :** Sylvie Esquer - **Illustrations :** Laurent Duvoux - Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.