

Table des matières

1.	Une dynamique de changement réelle mais insuffisante	3
1.1.	<i>Un puissant facteur de changement : l'évolution de la démographie médicale.....</i>	<i>3</i>
1.2.	<i>Des mesures et plans d'action en appui des transformations de terrain.....</i>	<i>5</i>
1.3.	<i>Un foisonnement d'initiatives et d'acteurs nouveaux.....</i>	<i>8</i>
1.4.	<i>Des évolutions qui n'empêchent pas des difficultés croissantes d'accès aux soins</i>	<i>12</i>
2.	Un double défi, deux temporalités.....	27
3.	Une cible à moyen – long terme.....	29
3.1.	<i>Définir des services à rendre à la population en proximité.....</i>	<i>29</i>
3.2.	<i>Transformer l'organisation des soins au patient et à la patientèle</i>	<i>32</i>
3.2.1.	<i>Des modalités de travail collectif et de coordination qui se diversifient</i>	<i>32</i>
3.2.2.	<i>Une évolution souhaitable vers des équipes structurées.....</i>	<i>35</i>
3.2.1.	<i>Renforcer les équipes avec des professionnels salariés, au service de la patientèle médecin traitant</i>	<i>37</i>
3.2.1.	<i>Le schéma cible d'une unité de soins de proximité.....</i>	<i>40</i>
3.2.2.	<i>Les leviers pour accélérer le développement de ces unités</i>	<i>44</i>
3.3.	<i>Bâtir une organisation collective sur un territoire au service de la population</i>	<i>48</i>
3.3.1.	<i>Les acteurs des soins de proximité sur le territoire.....</i>	<i>48</i>
3.3.2.	<i>Les CPTS : un levier pour l'organisation territoriale « à taille humaine » des soins de proximité à soutenir et renforcer.....</i>	<i>49</i>
3.3.3.	<i>L'articulation avec les soins spécialisés : un échelon plus souvent interCPTS, un défi pour la médecine spécialisée</i>	<i>53</i>
4.	L'urgence : des mesures immédiates pour garantir l'accès aux soins	56
5.	Renforcer le pilotage pour réussir la transformation	66
6.	Annexes (à compléter)	68
6.1.	<i>Données sur le médecin traitant.....</i>	<i>68</i>
6.2.	<i>Données sur les maisons et les centres de santé pluriprofessionnels</i>	<i>68</i>
6.3.	<i>Description juridique des professions de santé.....</i>	<i>68</i>

Préambule

Dans l'avis qu'il a rendu en 2018 sur la stratégie de transformation de notre système de santé¹, le Hcaam a affirmé son choix en faveur d'un scénario de rupture qui « *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* ».

L'avis 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 qui sont 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 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 la démographie médicale. 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.

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

1. Une dynamique de changement réelle mais insuffisante

« 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), 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. Un puissant facteur de changement : l'évolution de la démographie médicale

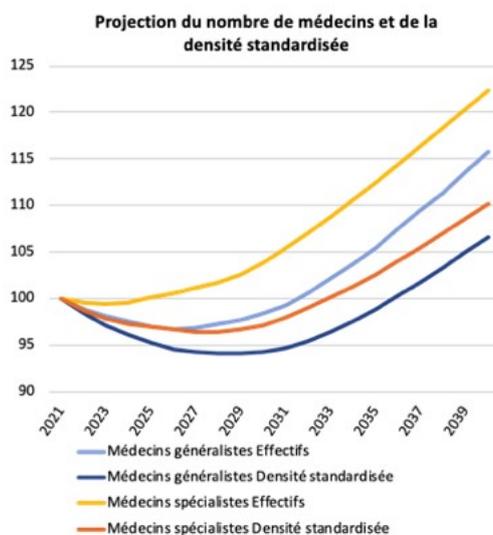
La démographie des médecins remet en cause les pratiques professionnelles ainsi que les habitudes de recours aux soins de la population et impose au système des évolutions d'organisation.

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)², nous ne retrouverons la densité actuelle de médecins généralistes qu'au milieu des années 2030³. Le système de santé va donc traverser une période de très forte tension.

² 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

³ Beaucoup de témoignages de terrain semblent 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.

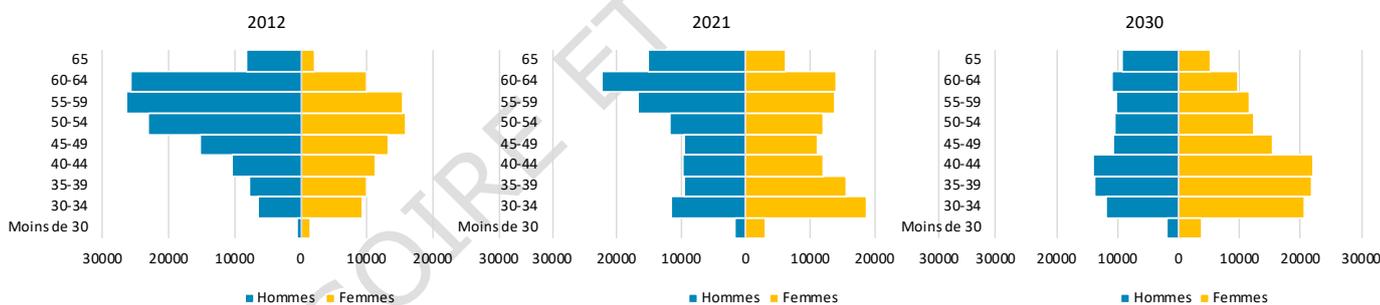
Figure 1 – Projection du nombre de médecins et de la densité standardisée à l’horizon 2040



Source : Drees, projections 2021

A cette baisse des effectifs vient s’ajouter un renouvellement générationnel majeur. 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.

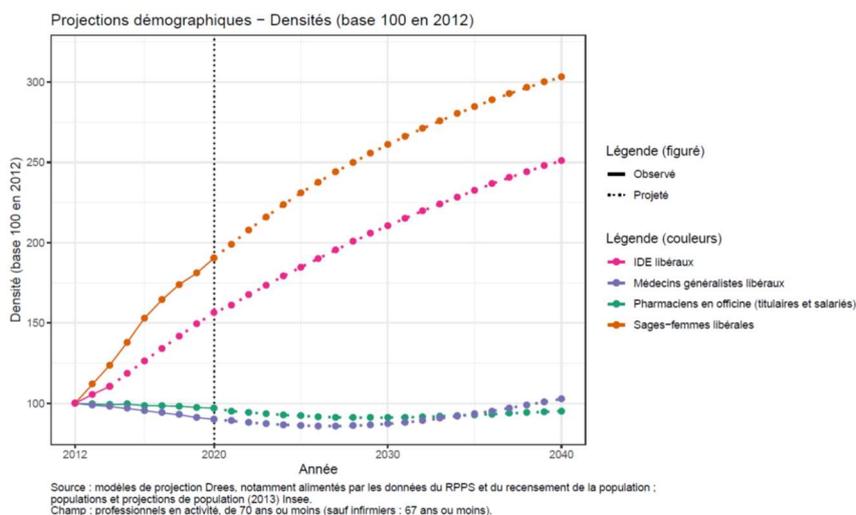
Figure 2 – Pyramides des âges des médecins en 2012 et en 2021, projection en 2030



Source Drees, projections 2021 (op. cit.)

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 pratique. 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 activités moins attractives ont plus de difficulté à être assurées (visites à domicile, patients complexes, permanence des soins...). Mais 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, dont certains suivent un mouvement démographique inverse (Figure 3) : cette aspiration est une opportunité pour accélérer un mouvement qui se dessine depuis une quinzaine d’années.

Figure 3 - Projections démographiques des densités non standardisées pour 4 professions de soins primaires⁴



1.2. Des mesures et plans d'action en appui des transformations de terrain

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 : on en compte aujourd'hui plus de 2 000, réparties sur tout le territoire. Les trois quarts sont financées par l'accord cadre interprofessionnel (ACI) (Encadré 1). 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 environ 450 centres de santé pluriprofessionnels, 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 %)⁵.

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 population⁶. Si les 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

4 M. Anguis, et al., op cit

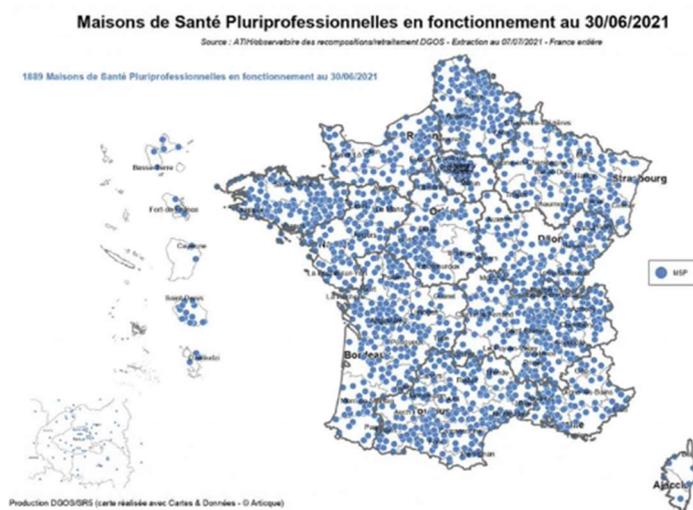
⁵Source : Saderne E. Dynamique de création des centres de santé sur le territoire français entre 2017 et 2021. Novembre 2021. https://www.fnccs.org/sites/default/files/RAPPORT-ETUDE-DYNAMIQUE-CREATION-CDS-2017-2021-IJFR102021_version_site_internet.pdf

⁶ 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).

plus importantes⁷ (Encadré 2). 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.

Figure 4 – Maisons de santé pluriprofessionnelles en fonctionnement au 30/06/2021



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 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 vaccination⁸.

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 **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**), la plupart en sont

⁷ 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.

⁸ 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

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'organisation des soins pour la population.

Les politiques menées depuis une dizaine d'années ont fait aussi **évoluer les rôles professionnels** :

- création de nouveaux métiers ou fonctions : assistants médicaux, infirmier(e)s de santé publique Asalée, infirmier(e) de pratique avancée ;
- élargissement des missions des professions existantes (sages-femmes, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers) (Encadré 4 - Les assistants médicaux) ;
- financement des psychologues en ambulatoire (financement de postes 200 ETP sous forme de contrats salariés ou de contrats de prestations pour les libéraux dans les structures d'exercice coordonné, inscription au remboursement de séances de psychothérapie sur adressage d'un médecin).

Ces évolutions, pour certaines très récentes, restent encore à une petite échelle.

2 700 postes **d'assistants médicaux** ont été créés fin janvier 2022, sur les 4 000 prévus. La Cnam indique que « *ce mécanisme revient à 500 000 patients qui trouvent un médecin traitant* »⁹, 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 un¹⁰.

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)¹¹, 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. En juillet 2022, le nombre d'IPA diplômées devrait être de l'ordre de 1 700, dont les trois quarts dans les domaines d'intervention « pathologies chroniques stabilisées » (54 %) et « santé mentale » (22 %). Au rythme actuel, l'objectif de 5 700 IPA ne devrait être atteint qu'en 2026 ou 2027.

Les réticences du corps médical, qui ressentent la pratique avancée comme une concurrence et une atteinte au monopole médical, ainsi que le cadre conventionnel des IPA expliquent largement ce difficile cheminement, même si les quelques médecins qui travaillent au quotidien avec des IPA, notamment en zone sous-dense, apportent des témoignages très positifs.

Le modèle **Asalee** associant nouvelles pratiques et un cadre organisationnel original a pourtant ouvert la voie et l'Igas souligne que pour bon nombre d'acteurs, il 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)¹². 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

9 Source : Interview de Thomas Fatome - Quotidien du médecin, 25/02/2022.

10 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.

11 N. Bohic, A. Josselin, AC Sandeau-Gruber, H. Siahmed, avec la contribution de C. d'Autume, Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé, Rapport de l'Igas, 2021.

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

pratiques ; cette expérience peut donner matière à réflexion pour envisager des schémas pour l'avenir.

L'évolution des rôles et des activités par profession est aujourd'hui largement encadrée par les protocoles de coopération dont le déploiement et la mise en œuvre rencontrent de nombreuses difficultés. Ces protocoles de coopération visent à autoriser 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 2019¹³. Il prévoit des protocoles nationaux¹⁴ et des protocoles locaux au seul usage de l'équipe promotrice. Dans son rapport de 2021, l'Igas constate que cette modalité de travail en équipe reste très peu développée et recommande d'ajuster le dispositif des protocoles de coopération¹⁵.

La reconnaissance du rôle des **psychologues** en soins primaires en est à ses tout débuts : au-delà des 200 ETP financés dans les structures d'exercice coordonné (qui s'étaient d'ailleurs, pour certaines d'entre elles, déjà dotées de ces compétences sur financement propre), un pas important va être franchi avec la création d'une prestation d'accompagnement psychologique pour les troubles d'intensité légère à modérée. C'est la généralisation d'une expérimentation que la Cnam mène depuis 2018 dans quatre départements.

1.3. Un foisonnement d'initiatives et d'acteurs nouveaux

Au-delà des politiques nationales, de multiples **initiatives locales** sont développées par les acteurs de terrain.

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, IPA, psychologues (voir Encadré 7 pour plus de détails).

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'Agence régionale de santé (ARS), la Caisse primaire d'assurance maladie (Cpam), 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.

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 psychiatrie¹⁶.

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

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

14 50 protocoles nationaux sont référencés sur le site du ministère de la santé

15 [Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé - IGAS - Inspection générale des affaires sociales.](#)

16 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.

- 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 6 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 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.

D'autres initiatives suscitent plus de débats et peuvent questionner sur l'orientation prise par le système de santé.

C'est notamment le cas pour les opérateurs privés qui développent aujourd'hui des structures de soins primaires, comme par exemple le groupe Ramsay Santé, qui 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, et qui est en négociation pour la reprise de sept établissements gérés par la Croix-Rouge en Ile de France. Ramsay Santé opère cette diversification vers les soins primaires depuis le rachat en 2018 du groupe suédois Capio, qui gère en Suède une centaine de centres de santé. Le groupe d'hospitalisation privée Elsan et l'entreprise de télémedecine 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 ». S'ils répondent à une demande de soins non programmés et peuvent contribuer au désengorgement des urgences hospitalières, ils instaurent un modèle qui peut aussi faire débat, en mobilisant 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.

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 priorités¹⁷.

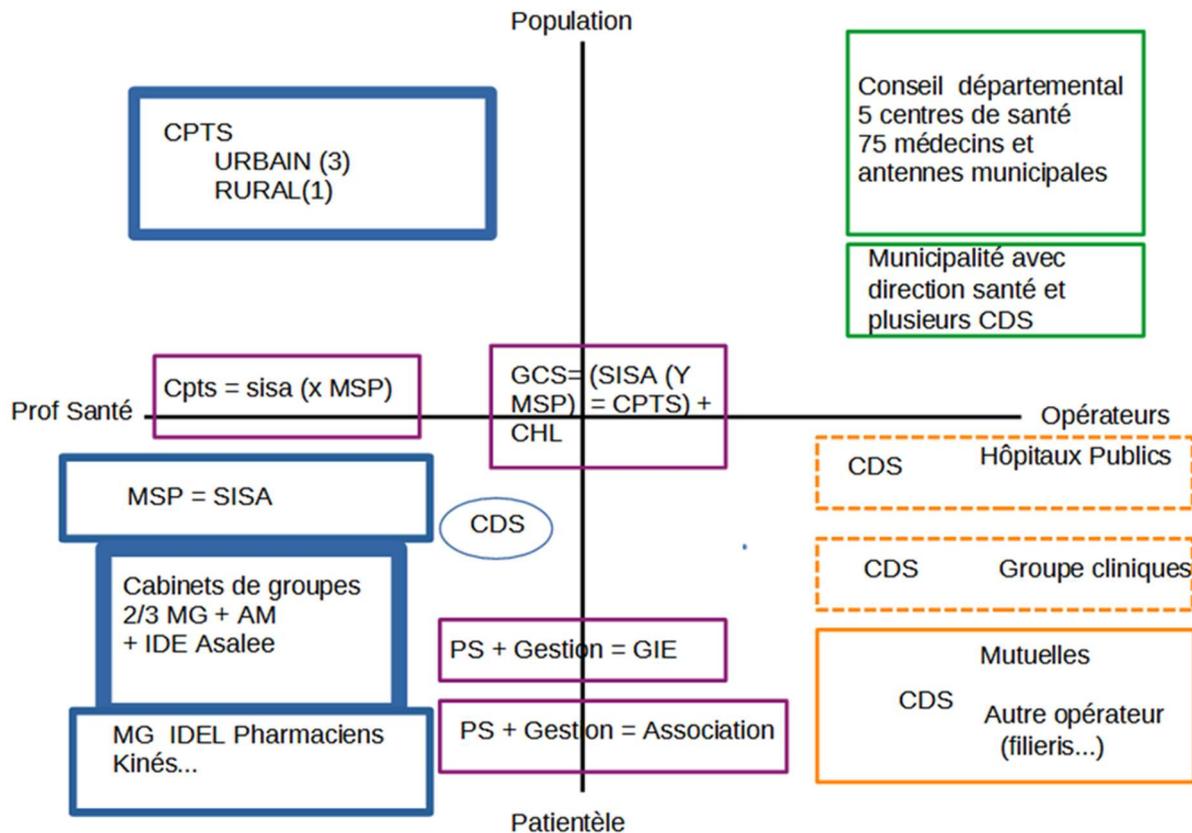
Au total, une des tendances marquantes est **la diversification des modèles et des opérateurs qui interviennent dans le champ des soins primaires**, dont plusieurs sont des nouveaux venus dans ce secteur : collectivités départementales, chaînes de cliniques, entreprises du numérique, dans certains cas hôpitaux publics... Ces opérateurs assurent un certain nombre de fonctions vis-à-vis des structures de base qui sont en charge de fournir les soins aux patients. Ils peuvent être directement gestionnaires de ces structures (Conseil départemental de Saône et Loire, Ramsay, GIE IPSO), ou bien venir en appui aux professionnels de terrain en leur fournissant des services (Asalee, Equilibres).

Un des modèles innovants que l'on voit émerger, et qui s'illustre dans ces deux dernières organisations mais aussi dans IPSO, est celui d'une forme de prestation d'ingénierie (assurée par des ingénieurs, des spécialistes en organisation, des informaticiens) au service d'une communauté de professionnels, l'ensemble de l'organisation partageant des valeurs communes.

La figure 5 propose une représentation synthétique qualitative des formes d'organisation de soins de proximité rencontrées au cours 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.

¹⁷ L'accès aux centres de vaccination Covid, notamment au début de la campagne de vaccination, a été illustratif de ce point de vue. 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 %).

Figure 5 - 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 qui existent dans le système de santé. 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 (Asalee), 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.

1.4. Des évolutions qui n'empêchent pas des difficultés croissantes d'accès aux soins

« 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 problèmes d'accès aux soins, qui sont devenus au fil des années un sujet de préoccupation majeur des Français¹⁸.

Le renforcement de l'exercice coordonné (MSP / centres de santé) peut certes apporter un élément de réponse. Ces modes d'exercice attirent les jeunes médecins, et l'on constate des dynamiques positives, y compris dans des territoires qui ne sont pas forcément attractifs a priori mais qui arrivent néanmoins à attirer et retenir des professionnels. Un élément clé de cette attractivité est l'implication de ces structures dans la formation, en lien avec les départements universitaires de médecine générale, qui leur permet d'apporter aux étudiants et internes accueillis une expérience enrichissante qui peut orienter leur choix de localisation et de pratique.

Dans des régions où la dynamique des MSP est ancienne, où un bon maillage existe, c'est donc certainement un élément qui permet de résister à l'érosion de la démographie médicale. Mais cela ne suffit pas : dans la plupart des territoires la balance est négative, les sorties sont plus importantes que les entrées.

L'enjeu majeur dans les années qui viennent est donc de gagner du temps médical, d'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 moyenne¹⁹. C'est sensiblement moins que ce que l'on peut

¹⁸ 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)

¹⁹ 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.

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).

Pour optimiser le temps médical, un levier majeur réside dans l'organisation du travail et la répartition des tâches, en dégageant les praticiens des tâches administratives, de coordination²⁰, de certaines activités de soins pouvant être réalisées par d'autres professionnels, par exemple dans le cadre de la consultation médicale. C'est ce que démontre, au-delà des exemples étrangers, l'expérience concrète de médecins généralistes qui ont recruté un assistant médical à plein temps et qui témoignent des gains que ce fonctionnement permet²¹. Dans des zones en très forte tension en termes de démographie médicale, certains n'avaient d'ailleurs pas attendu la mesure sur les assistants médicaux pour s'organiser en binôme avec une infirmière afin de pouvoir suivre plus de patients, en s'appuyant sur leur rôle propre. Les travaux d'évaluation de l'expérience Asalee ont également montré que les consultations réalisées par les infirmières orientées vers l'éducation thérapeutique permettent aux médecins de suivre un plus grand nombre de patients.

Mais ces évolutions d'organisation sont encore d'une ampleur insuffisante pour que leur effet de transformation se fasse sentir à l'échelle du système. Pour 52 000 généralistes, on compte aujourd'hui 1 000 ETP d'infirmières Asalee, 1 200 infirmières de pratique avancée dans le domaine des pathologies chroniques stabilisées. Les 2 700 assistants médicaux qui ont été recrutés ont majoritairement des profils de secrétaires et les quatre cinquièmes sont à temps partiel. Le travail en équipe structurée progresse, mais ne représente encore que 20 % des médecins généralistes. Et si ces équipes ont plus de marges de manœuvre pour s'organiser, elles restent néanmoins limitées par les cadres juridiques et financiers existants (décrets de compétences, nomenclatures, protocoles de coopération...).

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

- Pour s'organiser en équipe, le médecin 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. Les médecins 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.

²⁰ 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

²¹ 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 en binôme avec une infirmière).

« 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'examen, 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, toute évolution de compétence d'une profession est vécue comme allant contre les autres professions. Le corps médical s'est montré très opposé 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-soignants²²... 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, ce qui accroît la logique de concurrence.

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).

²² <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-queue-de-convergence-infirmiere/>

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 médicale²³ : les médecins étaient en situation de forte concurrence, et les usagers se sont habitués 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, notamment si le médecin n'est pas disponible), mais ceci suppose un travail d'explication et de dialogue. Les prises de position récentes des associations de patients vont dans ce sens.

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 : tout en accélérant 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, il faut aussi trouver des solutions d'urgence pour répondre aux besoins de soins dans les dix ans qui viennent.

²³ Ceci montre bien la nécessité de réfléchir à la perspective de long terme (cf Proposition 17).

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

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 évalué²⁴ 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)²⁵. L'avenant 1 à l'ACI-MSP signé le 10 avril 2022 prévoit des adaptations en lien avec les 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 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 professionnels de santé. 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 sens²⁶.

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 2015²⁷.

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...)²⁸.

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).

²⁴ <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>

²⁵ 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>

²⁶ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043496493>

²⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000237691>

²⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038954739>

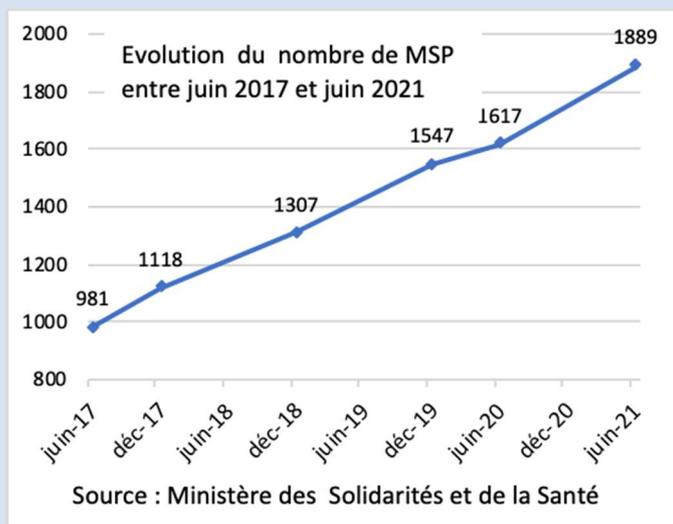
Un avenant n°2 signé le 20 décembre 2021²⁹ renforce de façon significative les aides financières accordées – de l'ordre de 30 % notamment pour les missions obligatoires : accès aux soins, organisation du parcours pluriprofessionnel autour du patient, prévention et réponse aux crises sanitaires graves. 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.

PROVISoire ET CONFIDENTIEL

²⁹ https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/aci-cpts-avenant-2-signe_20_12_2021.pdf

Encadré 2 - Données sur les maisons de santé, centres de santé, CPTS

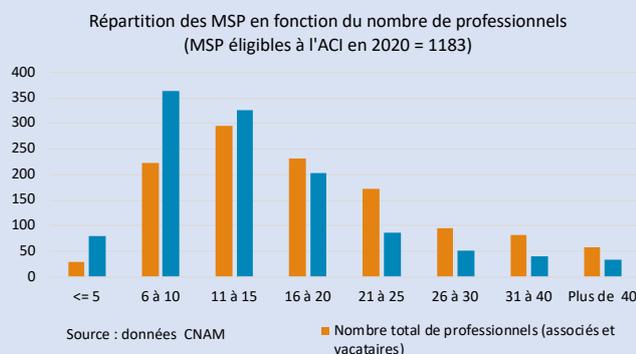
Maisons de santé Le nombre de maisons de santé en fonctionnement a doublé sur les quatre dernières années, il est de plus de 2 000 aujourd'hui. A fin 2020, 72 % des MSP étaient signataires de l'accord conventionnel interprofessionnel³⁰.



Une maison de santé signataire de l'ACI comportait en 2020, en moyenne, 19 professionnels (dont 15 associés), les médecins généralistes et les professionnels paramédicaux formant la plus grande partie des effectifs, pour une patientèle médecin traitant d'environ 4 900 patients³¹ 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.

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



³⁰ CNAM. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2022. Juillet 2021.

³¹ Y compris les enfants

Centres de santé

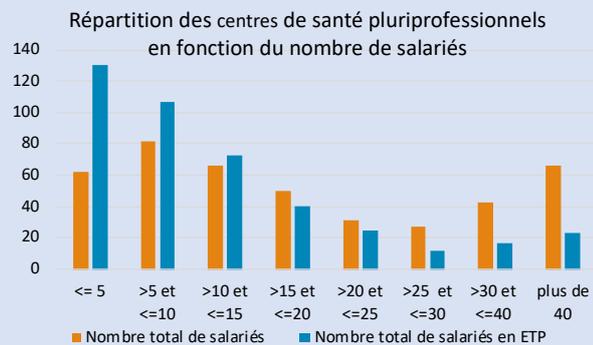
On distingue quatre catégories administratives de centres de santé : centres dentaires, infirmiers, médicaux et polyvalents. Seuls les centres de santé pluriprofessionnels, comprenant des médecins généralistes et des professionnels paramédicaux, sont décrits ici.



Leur effectif moyen est de 26 salariés, représentant 13 équivalents temps plein, avec, comme pour les MSP, une grande variabilité autour de cette moyenne.

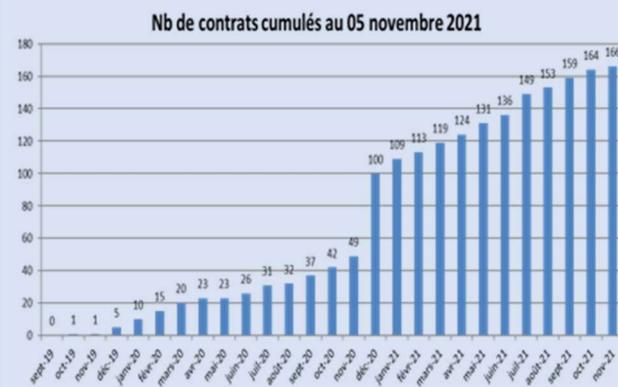
Les centres de santé pluriprofessionnels desservent en moyenne une patientèle plus faible que les MSP (respectivement 2 000 patients inscrits, 4 500 en file active), mais aussi nettement plus précaire : 20 % de leurs patients ont la Complémentaire santé solidaire (C2S) ou l'Aide médicale d'Etat AME (8 % 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).

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



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).



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).

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%

PROVISOIRE ET CONFID

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, dispositif 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.

Encadré 4 - 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.

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 novembre 2021, 2 400 contrats d'aide à l'embauche (pour 1 307 ETP) avaient été signés par des médecins libéraux, 54 par des centres de santé : 31 % à tiers temps, 49 % à mi-temps et 20 % à temps plein. 47 % sont en zone sous dense.

En dehors des médecins généralistes (79 %), ce sont les cardiologues, les ophtalmologues et les pédiatres qui ont le plus de contrats signés. 20 % 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 1729 contrats signés en mars 2021, 3% des assistants embauchés sont des aides-soignant(e)s et 8 % des infirmier(ère)s³².

³² Assistants médicaux : 1729 contrats signés, hausse de la patientèle déjà constatée. Le Quotidien du Médecin, 05/03/2021.

En France, le droit de la santé et en particulier des « professions de santé » s'est construit autour du monopole de la profession médicale ; les activités des autres professions sont définies en dérogation à ce monopole (décrets d'acte). Toutefois, on observe de plus en plus d'exceptions comme par exemple pour la vaccination.

L'évolution des textes applicables à la **profession d'infirmier** reflète à la fois l'extension progressive de son champ de compétences et l'augmentation de la technicité des actes pouvant être réalisés dans le cadre du rôle propre ou en tant qu'auxiliaire médical, notamment au domicile des patients :

- Initialement exclusivement chargées de l'exécution des prescriptions médicales, les infirmières ont peu à peu vu leurs compétences élargies en matière de prescription : possibilité de vaccination sans prescription (LFSS 2008), renouvellement de prescription de contraceptifs oraux (HPST 2009), possibilité d'adapter la posologie de certains traitements dans le cadre de protocoles d'exercice coordonné (OTSS 2019), évolution de la liste de dispositifs médicaux (DM) à prescrire aux patients lorsque les infirmières agissent sur prescription médicale (LFSS 2017), prescription de substituts nicotiniques (OTSS, 2019).

Depuis la loi HPST (article 51) les infirmières peuvent être par ailleurs nominativement habilitées à prescrire dans le cadre d'un protocole de coopération.

- L'avenant 6 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux conclu le 6 mars 2019 a vu la création de nouveaux actes pour l'accompagnement à domicile de la prise médicamenteuse, le bilan initial des plaies ou encore la prise en charge de soins post-opératoires à domicile à la suite d'une intervention chirurgicale par exemple. Ces actes devront être réalisés sur prescription avec rédaction d'un protocole écrit. L'accord prévoit également l'évolution de la prise en charge des patients dépendants avec la mise en place progressive du bilan de soins infirmiers en remplacement de la démarche de soins infirmiers. Ce dispositif s'accompagne d'une évolution de la tarification avec une forfaitisation différenciée pour tenir compte du niveau de complexité des patients et des actes réalisés.

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 habilités à réaliser des prescriptions hors du cadre d'une prescription médicale préalable (hors contraceptifs oraux, certains dispositifs médicaux, substituts nicotiniques et vaccins autorisés). 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.

La loi HPST du 21 juillet 2009 a permis une extension des missions des **pharmaciens d'officine**. Ces missions leur confient un rôle potentiellement central dans l'amélioration de la prise en charge en ville des patients, consacrant « *le glissement d'une législation fondée sur la police des produits vers une logique assise sur le service des patients*³³ ». La coopération professionnelle est restée une mission facultative. Toutefois, cette année la participation du pharmacien à une forme de coordination pluriprofessionnelle devient un prérequis pour le versement des rémunérations sur objectifs de santé publique « qualité de service ».

Parmi les nouvelles missions, on peut citer : la réalisation des bilans de médication pour les patients âgés introduite par l'avenant n° 11 à la Convention pharmaceutique entre l'Uncam et l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine ; la réalisation des tests rapides oro-pharyngés d'orientation diagnostique des angines à streptocoque du groupe A par les pharmaciens d'officine (avenant n°18). Un arrêté détaille très précisément les conditions de réalisation du test ; l'accompagnement pour les patients traités par anticancéreux oral (avenant n°21) ; la « délivrance protocolisée » qui autorise le

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

pharmacien d'officine à délivrer des médicaments sans ordonnance préalable, dans le cadre strict des protocoles de coopération et après formation préalable, pour certaines pathologies³⁴.

Plus récemment, la nouvelle convention signée le 10 mars 2022 consacre et renforce le rôle du pharmacien d'officine sur le bon usage des produits de santé et élargit ses missions en matière de prévention (vaccination, dépistage) et d'accompagnement des patients. Le pharmacien pourra dorénavant prescrire et réaliser l'ensemble des vaccinations de l'adulte, participer au dépistage organisé du cancer colorectal, faciliter le dépistage et la prise en charge des cystites aiguës chez les femmes.

La loi Rist du 26 avril 2021 a également acté des évolutions importantes pour 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, mesures de simplification pour la prescription de médicaments) mais d'autres professions notamment les **masseurs-kinésithérapeutes** voient également leurs missions évoluer. L'accès direct est ainsi prévu dans le cadre des protocoles de coopération nationaux (prises en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute et de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines).

Encadré 6 - 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

³⁴ Celle-ci a été concrétisée par la publication de premiers protocoles pour le renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans ou le traitement de la cystite de la femme.

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 7 - 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 (salarial, 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 Asalee 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 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.

PROVISoire ET CONFIDENTIEL

2. Un double défi, deux temporalités

Nous sommes aujourd'hui confrontés à un double défi :

- Construire, dans la durée (à horizon d'une dizaine ou quinzaine d'années), un premier niveau de soins renforcé, capable de rendre à l'ensemble de la population **une plus large palette de services avec un haut niveau de qualité** ;
- **A très court terme**, mettre en œuvre des solutions pour **garantir l'accès aux soins**, dans un contexte de diminution du nombre de médecins. Nous sommes aujourd'hui dans une situation de crise qui appelle, comme cela a été le cas avec la crise sanitaire, des réactions rapides, dont on peut attendre un impact immédiat, et des mesures exceptionnelles là où c'est nécessaire.

Comme cela a été souligné précédemment, ces deux objectifs ne sont pas contradictoires. Au contraire, les dynamiques professionnelles permettent dans certains territoires de pallier une situation tendue sur le plan de la démographie médicale grâce à une organisation collective efficiente³⁵ et le travail en équipe coordonnée, en attirant les jeunes professionnels, limite les difficultés dans les zones concernées.

Mais ces dynamiques n'existent pas partout, et ne sont pas forcément suffisantes. Et le risque existe que les mesures prises dans l'urgence, à différents niveaux, pour pallier le déficit de praticiens freinent les évolutions structurelles que l'on cherche à promouvoir.

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'intérim, 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 proposée. 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 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 :

³⁵ 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 1)

« 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 Etablissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes (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 consultation³⁶.

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 locaux.

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 répéter cette expérience négative.

Les propositions qui sont formulées dans ce rapport s'inscrivent donc cette double temporalité.

Elles dessinent tout d'abord un schéma cible d'organisation, qui peut constituer un cap pour une politique à mener dans la durée. Un ensemble d'actions est à déployer pour cheminer vers cette cible ; certaines d'entre elles peuvent avoir un effet immédiat d'amélioration de l'accès aux soins, mais elles doivent pouvoir être complétées par des mesures d'urgence en fonction de la situation des différents territoires. Pour qu'elles soient efficaces, à court ou à long terme, leurs modalités de pilotage doivent aussi être adaptées.

³⁶ 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 \(ameli.fr\)](#)

3. Une cible à moyen – long terme

3.1. Définir des services à rendre à la population en proximité

Les services qui devraient être accessibles en proximité pour toute la population n'ont jamais fait l'objet d'une description explicite et précise, qui pourrait constituer un cahier des charges pour les organisations et professionnels qui délivrent ces soins.

Encadré 8 : 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...)³⁷.

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.

En première approche, et sans prétention d'exhaustivité, il devrait être possible pour tout un chacun, en tout point du territoire :

- d'avoir un médecin traitant responsable de son suivi au long cours ;
- d'avoir en proximité accès à des professionnels de soins primaires en capacité de délivrer toute la gamme (diagnostic, traitements) qui ne nécessite pas une expertise de second recours, dans des délais appropriés ;
- d'accéder aux soins dentaires préventifs et curatifs ;
- d'accéder à une expertise spécialisée (y compris biologie et imagerie) lorsque c'est nécessaire (en proximité pour certaines spécialités – cf. Encadré 9), là aussi dans des délais cohérents avec le problème de santé concerné ;
- d'accéder à des soins de façon non programmée s'il en a besoin, quel que soit le moment où son problème de santé se produit ;
- d'être pris en charge, en proximité, avec des délais raisonnables, pour des troubles mentaux légers à modérés, et d'être orienté vers une expertise psychiatrique pour des troubles plus lourds ;
- d'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) ;

³⁷ <https://vardgivarguiden.se/avtal/vardavtal/avtal-varldval-lov/lov-varldval-stockholm/huslakarverksamhet/>

- de pouvoir bénéficier d'une hospitalisation en proximité si un plateau technique lourd n'est pas 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 ;
- de 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 ;
- en cas de pathologie chronique, d'être suivi par une équipe et de bénéficier d'accompagnement, de soutien, d'éducation thérapeutique si besoin ;
- d'être aidé et orienté dans son parcours de soins, de bénéficier d'une bonne coordination entre les professionnels et les structures qui délivrent des soins ;
- d'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...

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. 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 9 – Soins spécialisés de proximité

Dans son avis de 2020³⁸, 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-entérohépatologie, 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

³⁸ Organiser la médecine spécialisée et le second recours : une pièce essentielle de la transformation de notre système de santé, Avis du Hcaam, 2020

Proposition 1

Expliciter la liste des services à rendre en proximité pour en faire un cahier des charges des organisations qui délivrent ou organisent ces services. 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 est important de distinguer deux niveaux :

- celui de l'organisation des soignants, les effecteurs de soins qui délivrent 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) sont tous les deux essentiels pour assurer le service à la population, mais ils 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 (comme par exemple trouver un médecin traitant pour tout le monde, assurer la permanence des soins...).

PROVISOIRE ET CONFIDENTIEL

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

3.2.1. Des modalités de travail collectif et de coordination qui se diversifient

Les professionnels qui délivrent les soins de proximité exercent dans des configurations variées.

La majorité des médecins généralistes libéraux exerce maintenant en groupe (61 % en 2019 selon la DREES, 80 % chez les moins de 50 ans). Si les regroupements uniquement entre médecins généralistes sont encore les plus fréquents (un peu plus de la moitié), on peut noter que 27 % exercent avec au moins un professionnel paramédical³⁹.

Figure 5 – Exercice en groupe des médecins en 2019

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>		
Avec au moins un autre médecin d'une autre spécialité	6%	<i>Uniquement un ou plusieurs médecins généralistes</i>		57%
Avec au moins un autre médecin généraliste	57%	<i>Un ou plusieurs médecins généralistes et paramédicaux</i>		28%
Exercice en groupe	61%	<i>Un ou plusieurs généralistes, paramédicaux et autres spécialistes ou chirurgiens-dentistes</i>		14%
		<i>Un ou plusieurs médecins généralistes et autres spécialistes ou chirurgiens-dentistes</i>		2%
Exercice seul	39%	Exerce sans autre médecin généraliste	6%	

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

Les autres professions comme les dentistes et les infirmières présentent également les mêmes tendances d'attrait pour l'exercice collectif et la diversité des modes d'exercice en soins primaires.

Les infirmières libérales exercent majoritairement en cabinet de 3 infirmières. Les centres de soins infirmiers représentent également la majeure partie des centres de santé.

La profession de dentiste qui se féminise (48 % de femmes)⁴⁰ et rajeunit (âge moyen 46 ans) est caractérisée par une grande stabilité de ses effectifs qui est expliquée à la fois par une croissance très faible du *numerus clausus* depuis 1995 et par le fait que les départs à la retraite ont été compensés par l'arrivée de dentistes à diplômes étrangers, principalement européens. Compte tenu de l'augmentation de la population générale, il en résulte une densité inférieure à la moyenne européenne. Comme en médecine, on constate une tendance à l'hyperspécialisation aux dépens de l'omnipraticque dentaire. L'accès aux soins est considéré comme problématique, d'autant plus que les besoins devraient augmenter en lien avec le vieillissement de la population. L'exercice reste très majoritairement libéral (79 %), le regroupement est devenu majoritaire (54 %), et l'exercice mixte et salarié en centres de santé progresse. La fonction d'assistant dentaire existe depuis de nombreuses années et une réflexion a été engagée pour développer l'assistant dentaire qualifié ou dit de niveau 2 afin de dégager du temps du temps médical pour le chirurgien-dentiste.

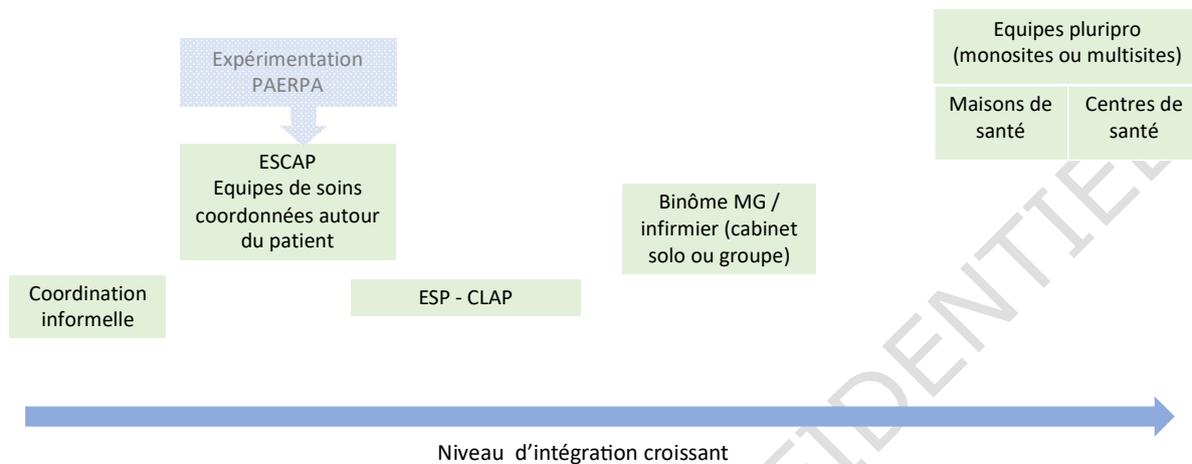
Avec la tendance au regroupement se développent également des dispositifs plus formalisés de coordination entre les différents professionnels. Tout le monde s'accorde en effet à reconnaître le besoin, face à la montée des pathologies chroniques, de la polyopathie, de situations plus complexes, de renforcer cette coordination. Si elle a toujours existé de manière informelle, l'évolution

³⁹ Cette proportion est supérieure à celle que représentent les maisons de santé pluriprofessionnelles, dont on peut estimer qu'elles représentent aujourd'hui environ 18 % des médecins généralistes (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). Si l'on inclut les centres de santé pluriprofessionnels, on arrive à 20 à 22 %.

⁴⁰ Rapport ONDPS 2021 Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgiens-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf

récente que l'on observe est le développement de formes de coordination plus organisées, éventuellement plus intégrées, et aussi plus outillées, illustrées par la Figure 6.

Figure 6 - Formes de coordination selon leur niveau d'intégration et de structuration



- ✓ Certaines sont des **coordinations au cas par cas**, qui ne nécessitent pas d'équipe structurée avec un travail commun dans la durée. Les Escap (équipes de soins coordonnées autour du patient), modèle proposé par l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS), sont des équipes composées à partir d'un besoin identifié par un professionnel de santé pour son patient, et s'appuient sur une grille d'inclusion et un outil de communication numérique. On a ici une certaine filiation avec l'expérimentation Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), qui avait outillé et financé l'évaluation coordonnée à deux ou trois professionnels du risque de perte d'autonomie des patients âgés et l'élaboration d'un plan personnalisé de santé formalisé⁴¹.
- ✓ Au-delà de ces équipes ad-hoc, **d'autres formes de coordination souple** existent, par exemple dans la région Pays de Loire avec les ESP-CLAP (équipes de soins primaires coordonnées localement autour du patient), dans lesquelles, sur la base d'un projet de santé, les professionnels peuvent être 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 et de protocoles pluriprofessionnels.

Ces formes d'action coordonnée, qui n'exigent pas de transformation des modalités d'exercice ni de charge administrative importante, sont susceptibles d'attirer un grand nombre de professionnels, comme le montre le succès des ESP-CLAP. Il est difficile d'évaluer leur impact potentiel sur la qualité des services fournis aux patients, et du reste certaines sont au stade des propositions. Elles pourraient aussi être vues comme des formes intermédiaires pour évoluer vers des équipes plus structurées : des acteurs de la région Pays de Loire ont ainsi fait valoir qu'en attirant, par leur simplicité et leur souplesse, des professionnels qui hésitent à s'engager dans des modalités plus exigeantes, elles peuvent donner le goût du travail en équipe et constituer une première marche vers des organisations plus intégrées de type MSP.
- ✓ On voit émerger aujourd'hui, de façon encore limitée, une autre forme intermédiaire entre l'exercice isolé (ou l'exercice en groupe monoprofessionnel) et la MSP ou le centre de santé : un **travail en binôme entre un médecin et un infirmier**, au cabinet médical. Ces binômes « fonctionnels » s'appuient sur le rôle propre des infirmiers. C'est déjà le cas depuis quelques années avec Asalee, 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

⁴¹ Un des apports de Paerpa a aussi été de permettre la rencontre entre les professionnels de santé sur un territoire à l'occasion des formations inter-professionnelles pour le déploiement des plans personnalisés de soins.

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.

Si elle est plus limitée que les MSP et centres de santé en termes de partage des compétences professionnelles, d'élargissement des services rendus et d'organisation collective, cette forme d'organisation apparaît, d'après l'expérience des médecins qui la mettent en œuvre, de nature à permettre à la fois une forte augmentation de la patientèle suivie, une amélioration de la qualité et la satisfaction des patients et des professionnels (cf. quelques exemples en Encadré 10).

- ✓ Les **maisons et centres de santé pluriprofessionnels** constituent la forme la plus élargie 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 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.

Encadré 10 – Expérience de binôme fonctionnel décrit par le Dr Françoise Guillemot⁴²

« 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 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. »

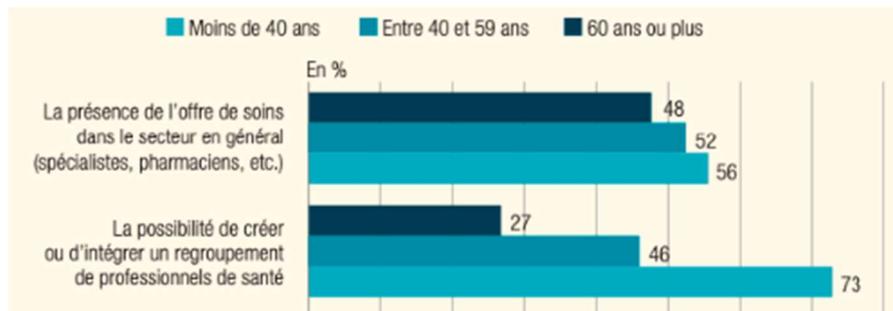
⁴² Françoise Guillemot, « Le binôme médical, concept d'unité fonctionnelle médicale », in *Les ressources humaines, levier de la transformation du système de santé*, Actes des séminaires Hcaam 2019-2020, pp. 53-55

3.2.2. Une évolution souhaitable vers des équipes structurées

Parmi les formes d'organisation vues précédemment, beaucoup de raisons poussent à aller, à terme, vers des formes de regroupements et de travail en équipe plus intégrées :

- Elles correspondent aux aspirations des jeunes professionnels. Les enquêtes montrent de ce point de vue un changement générationnel très net, qui ne concerne d'ailleurs pas que les médecins, même si c'est la profession la plus analysée.

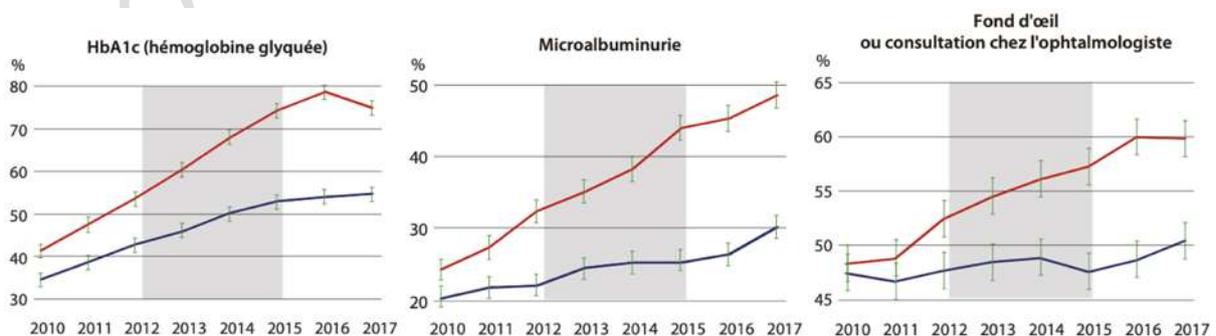
Figure 7 - Motivations du choix du lieu d'installation actuel, selon l'âge du médecin



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

- Elles 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)⁴³. Dans les expériences de binôme médecin – infirmier, on peut constater des augmentations de patientèle très importantes (cf. Encadré 10), 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 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.
- Elles permettent d'améliorer la qualité des soins. C'est ce que montrent les expériences de coordination structurée sur lesquelles on a le plus de recul, comme la coopération médecin-infirmière dans le cadre d'Asalee, pour lesquelles on dispose maintenant de plusieurs évaluations. Les plus récentes montrent que le suivi des patients par ce binôme 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).

Figure 8 - Tendances sur la période 2010-2017 pour trois indicateurs de suivi



⁴³ 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

Source : Gilles de La Londe et al., 2021⁴⁴

- Elles enrichissent 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 population⁴⁵. 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 de l'enfant, dépistage de la fragilité chez les personnes vieillissantes, ateliers d'accompagnement à la parentalité, pour ne prendre ici que quelques exemples).

Pour répondre aux défis de la santé publique, les pathologies chroniques, le grand âge, les populations vulnérables, les inégalités de santé, le travail en équipe pluriprofessionnelle devra se diffuser plus largement. C'est ce qui permettra de construire une première ligne de soins renforcée par rapport à aujourd'hui, capable de prendre en charge un plus grand nombre de situations complexes, y compris au domicile, de développer des activités de prévention, de faciliter l'accès aux soins (y compris l'aller vers et les publics fragiles), de mieux coordonner les parcours de soins avec les niveaux secondaire et tertiaire et les services sociaux et médico-sociaux.

L'objectif est de développer ces équipes structurées, ces **unités de soins de proximité**, pour qu'elles constituent à terme la modalité dominante d'exercice au service d'une patientèle.

Ces structures peuvent être organisées selon une modalité libérale avec les MSP, ou une modalité salariée avec les CDS. 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)⁴⁶.

Proposition 2

Officialiser une cible qui est de mailler progressivement le territoire avec des unités de soins de proximité

Ces unités ont pour mission, en relation avec leur environnement, d'assurer la gamme de services qui aura été définie.

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 structures (Proposition 1) doit être accompagnée d'une réflexion sur les ressources dont elles devront en conséquence être dotées.

⁴⁴ 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

⁴⁵ 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>

⁴⁶ 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 ».

3.2.1. Renforcer les équipes avec des professionnels salariés, au service de la patientèle médecin traitant

Dans ces unités de proximité, et plus largement au sein des soins primaires, une exigence est d'optimiser le temps médical disponible, de le réserver aux activités pour lesquelles l'expertise du médecin est nécessaire.

L'expérience des médecins qui travaillent au quotidien avec des assistants médicaux, des infirmières Asalee ou des IPA, ou encore en binôme fonctionnel avec des infirmières, montre bien que c'est de cette façon qu'on peut gagner du temps médical : en optimisant l'organisation de la consultation, du suivi des malades chroniques, des parcours de soins, etc.

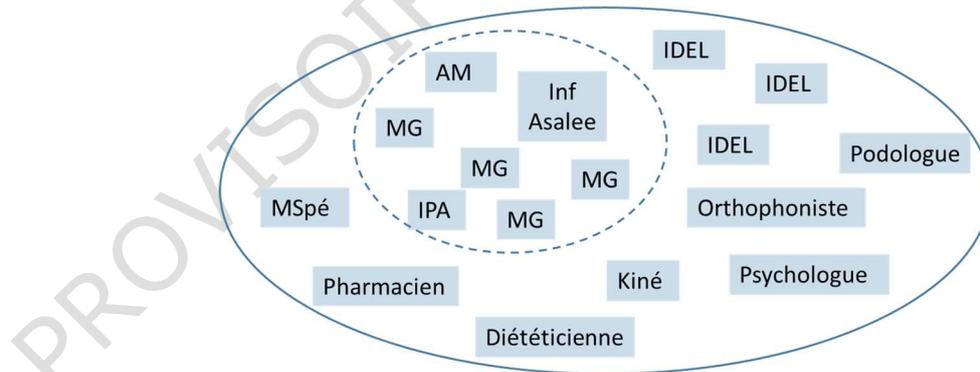
Au-delà de ces expériences limitées, il faut donc diffuser plus largement ce que l'on peut appeler un **premier niveau d'équipe**, équipe de médecins traitants, infirmiers et assistants collaborant étroitement au quotidien au service d'une patientèle commune (patientèle inscrite médecin traitant⁴⁷), pour répondre avec un nombre moindre de médecins généralistes à la demande croissante des patients.

Ceci suppose d'accélérer le recrutement des assistants, mais aussi de créer une fonction d'infirmier(e) de soins primaires qui n'existe pas aujourd'hui.

La **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** permet de visualiser une cible d'organisation de l'unité de soins de proximité, avec :

- un premier noyau 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 (ces infirmiers ayant une fonction de consultation / suivi de la patientèle médecin traitant en binôme avec le médecin, pouvant également se remplacer et travailler le cas échéant avec plusieurs médecins,
- 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 unité de soins de proximité (MSP ou CDS)



MG = médecin généraliste - MSpé = médecin spécialiste - IDEL = infirmière libérale

Ce premier niveau d'équipe peut être aussi une étape dans l'évolution du système vers des unités de soins de proximité élargies, telles qu'on les a dessinées ci-dessus.

Travailler avec des assistants, infirmiers Asalee, IPAs peut en effet concerner une large fraction des praticiens, au-delà de ceux qui exercent en structures de soins coordonnés, et qui sont aujourd'hui

⁴⁷ Cette patientèle peut recouvrir celle des autres professionnels de l'équipe ; c'est en général le cas en milieu rural, la patientèle médecin traitant correspondant à la population résidant autour de la maison de santé, mais moins en zone urbaine.

minoritaires (de l'ordre de 20 %). Notamment, les nombreux médecins généralistes exerçant en groupe monoprofessionnel pourraient ainsi faire évoluer leur organisation de travail pour optimiser le temps médical disponible.

Développer ces « groupes de médecins traitants renforcés » n'est pas contradictoire avec l'objectif que ces premières équipes s'intègrent ultérieurement dans des équipes pluriprofessionnelles plus larges, qui sont bien la cible qu'il faut avoir à moyen terme.

Dans les structures déjà constituées (MSP ou CDS), les assistants et infirmiers de soins primaires pourront être recrutés par l'équipe ; dans les groupes de médecins, ils pourront être recrutés directement par ces groupes, mais aussi, comme c'est le cas aujourd'hui, par des organisations extérieures (groupements d'employeurs, Asalee...). Ces groupes de médecins pourraient bénéficier d'une contractualisation collective avec l'Assurance maladie pour bénéficier de ressources partagées.

Aller vers ce modèle suppose :

- d'accélérer le développement des assistants médicaux, en favorisant les modalités qui sont les plus intéressantes,
- de diversifier les rôles infirmiers avec la création d'une fonction « d'infirmière de soins primaires », qui s'appuierait sur l'expérience des infirmiers Asalee et des IPAs.

Proposition 3

Accélérer le recrutement des assistants

Dans les grandes structures une diversité de recrutements est souhaitable et déjà constatée. Dans les petites structures un profil de soignant permet d'optimiser le temps médical, mais le pragmatisme sur les profils de ces personnels doit être de rigueur pendant la montée en charge.

Proposition 4

Renforcer les rôles infirmiers et mieux valoriser leur potentiel d'activités en créant une fonction « d'infirmière d'équipe de soins primaires »

Cette fonction « d'infirmière d'équipe de soins primaires », distincte de l'assistant médical, aurait un rôle complémentaire des infirmières libérales de l'équipe : présence au cabinet, suivi des patients en collaboration étroite avec le médecin (consultation, éducation thérapeutique, suivi du parcours de soins...). Elle pourrait être :

- sur le modèle proposé par l'IGAS pour les IPAs, une « infirmière praticienne » (cf. *Encadré 11*). Il faudrait sans doute en parallèle revoir leur formation, aujourd'hui insuffisamment orientée vers les soins primaires.
- une infirmière d'équipe de soins primaires non IPA, qui aurait dans cas une moindre autonomie, dans une organisation de « binôme fonctionnel » avec le médecin généraliste (participation à la consultation, éducation thérapeutique sur le modèle d'Asalee...).

Elle pourrait être rattachée à une équipe (MSP, CDS), ou bien à un groupe de médecins (étape dans une évolution vers des équipes pluriprofessionnelles), avec un statut salarié, mais avec des configurations possibles différentes en termes de recrutement (directement par la structure, par un opérateur type Asalee ou par un groupement d'employeurs).

Encadré 11 - Proposition de l'Igas pour l'IPA praticien⁴⁸

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

⁴⁸ N. Bohic et al., *op cit*

3.2.1. Le schéma cible d'une unité de soins de proximité

Au-delà du noyau dur que constitue le premier niveau d'équipe, la cible est bien de **développer des unités de soins de proximité** avec une équipe structurée 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 organisations. 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 unités 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 unités 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 unités de 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 en binôme avec des « infirmières d'équipes de soins primaires », dont l'activité dépendra du périmètre défini pour cette fonction et 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 autour du patient, en fonction de ses besoins. L'organisation collective permet d'assurer la continuité des soins avec un partage d'information. Au-delà des professionnels de soins, des compétences additionnelles 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).

➤ **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 anxieux⁴⁹ et 10 % d'un épisode dépressif caractérisé⁵⁰. « 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 »⁵¹.

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* »⁵².

Pour répondre à ce besoin, les 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 équivalents temps plein (ETP) ont été 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 départements.

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 psychiatrie ou de soins collaboratifs) peuvent être mises à profit pour mener cette réflexion⁵³.

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.

➤ **Soins à domicile, gestion des parcours**

Les soins à domicile sont assurés aujourd'hui :

par les infirmières libérales, par les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), parfois les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) qui intègrent les services d'aide et d'accompagnement à domicile et les services de soins infirmiers à domicile

pour les soins requérant un niveau de technicité plus élevé, par l'hospitalisation à domicile (HAD) et par les prestataires de soins à domicile (Psad) en lien avec les infirmières libérales.

⁴⁹ HAS, *Affections psychiatriques de longue durée - Troubles anxieux graves*, 2007

⁵⁰ A. Leduc, T. Deroyon, T. Rochereau, A. Renaud, *Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019*, 2021

⁵¹ 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>)

⁵² 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

⁵³ 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.

Si ces organisations permettent de fournir une large gamme de services, la présence du médecin traitant à domicile est en revanche de moins en moins assurée (y compris dans les Ehpad). 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 cette activité à domicile. Aujourd'hui, pour pallier cette difficulté, diverses initiatives se développent sur la base d'un suivi en binôme médecin – infirmier, avec des protocoles expérimentaux permettant de rémunérer ce suivi commun, avec des dispositifs de télévisite...⁵⁴. Il y a urgence à diffuser ces modèles dans un contexte de raréfaction de la ressource médicale.

Au-delà de la problématique du domicile, on voit émerger dans les équipes de soins primaires les plus développées une fonction de « coordinateur de parcours », qui fait le lien avec les hôpitaux, les services sociaux... Cette fonction est souvent (mais pas toujours⁵⁵) assurée par des infirmières libérales qui ont dégagé une partie de leur temps, et sont financées (dans les MSP) par l'accord conventionnel interprofessionnel. Là encore, il y a une réflexion à mener sur l'intérêt de disposer plus largement de cette ressource dans les unités de soins de proximité, soit à l'intérieur de ces unités, soit en étant très facilement et rapidement mobilisable, en tirant le bilan de ces initiatives.

➤ **Accompagnement social**

L'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'HAS⁵⁶. Le besoin est très variable selon les territoires, mais il est essentiel pour certains types de population.

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 (PASS) dans certains centres de santé. Diverses compétences peuvent être mobilisées : assistants sociaux, médiateurs sociaux, coursiers sociaux, mais aussi interprétariat professionnel.

« 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

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.

⁵⁴ Par exemple, dans le cadre du dispositif de l'article 51, l'expérimentation RSMO (Réseau de santé Le Mans Ouest) vise ainsi 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.

⁵⁵ 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.

⁵⁶ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf

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

Il est aujourd'hui admis qu'une unité 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 coordination⁵⁷ au service de ces structures. 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 de pouvoir 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 MSP ou CDS, voire au niveau des CPTS, et outillée par les ARS et l'Assurance maladie (cf. *infra*).

Une réflexion serait à mener aujourd'hui sur ces différentes fonctions, qui se développent progressivement à l'initiative des acteurs, pour modéliser (sans vision normative) une unité de soins primaires en capacité de délivrer l'ensemble des services qu'elle peut rendre à la population.

Proposition 5

Lancer un chantier pour modéliser, en s'appuyant sur l'expérience des acteurs de terrain, les ressources cibles (qualité et quantité) permettant d'assurer ces fonctions socles et les 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 modèle traditionnel « un bureau – un médecin » ne sera plus adapté aux modes d'exercice qui se profilent.

On peut souligner qu'il n'existe pas, aujourd'hui, 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. L'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) par exemple 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

⁵⁷ 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.

et des outils similaires pour les unités de soins de proximité, à partir d'une réflexion sur la conception architecturale de ces structures, comme cela se fait dans d'autres pays⁵⁸.

Le modèle qui était celui d'un investissement personnel du praticien, propriétaire de son cabinet, évolue avec le développement du travail en équipe. On voit apparaître des investisseurs qui louent les locaux aux professionnels.

Aujourd'hui, ce sont 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.

Proposition 6

Investir de manière organisée dans des locaux adaptés

Il serait important de constituer une expertise sur l'architecture souhaitable des structures d'exercice en ambulatoire, comme cela se fait dans le secteur des établissements. Elle pourrait être mise à disposition de tous les promoteurs de projets, sous la forme de documents de référence relatifs à la conception d'une maison ou d'un centre de santé, et tenant compte des fonctions à assurer et de l'évolution des pratiques (exemple : plusieurs box de consultation permettant de travailler en binôme, etc.)

Pour lever le frein massif des locaux, aujourd'hui insuffisamment pris en compte, une action résolue serait à mener, avec un plan d'investissement qui pourrait associer l'État et les collectivités locales.

3.2.2. Les leviers pour accélérer le développement de ces unités

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 chronophages⁵⁹. Cette proportion de MSP hors ACI diminue cependant, elle est

⁵⁸ En Angleterre, des recommandations sont publiées non seulement sur la conception des établissements, mais aussi des structures de premier recours.

⁵⁹ 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

estimée aujourd'hui à un peu plus d'un quart⁶⁰, 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, 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 pluriprofessionnel⁶¹), 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 unités 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.

La demande d'accompagnement et de support est très forte, pas 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 institutions, un renforcement de la posture d'aide et de co-construction – même si cette orientation est déjà très présente au sein de l'Assurance maladie et des ARS. 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 de structures coordonnées 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 prennent 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.

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. »

⁶⁰ *Rapport de propositions de l'Assurance maladie* – Juillet 2021

⁶¹ 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

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 confiance⁶².

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 Asalee, 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'hui⁶³, 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 fournir une palette de modes d'exercice, en facilitant l'intégration dans des structures déjà constituées.

⁶² 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.

⁶³ 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.

Proposition 7

Activer un ensemble de leviers d'action pour conduire le changement

Formation

- Développer la formation initiale et continue des professionnels de santé au management et à l'action en santé publique
- Multiplier les formations interprofessionnelles, initiale et continue

Accompagnement

- Mettre à disposition des ressources méthodologiques, d'ingénierie et de conduite de projet
- Faciliter l'usage des données par les équipes

Rémunération

- Renforcer les rémunérations d'équipe
- Modifier les rémunérations pour favoriser le partage d'activité

Professionalisation et mutualisation des fonctions support

- Développer les métiers du management et de la gestion en soins primaires
- Faire émerger les modalités de mutualisation efficaces

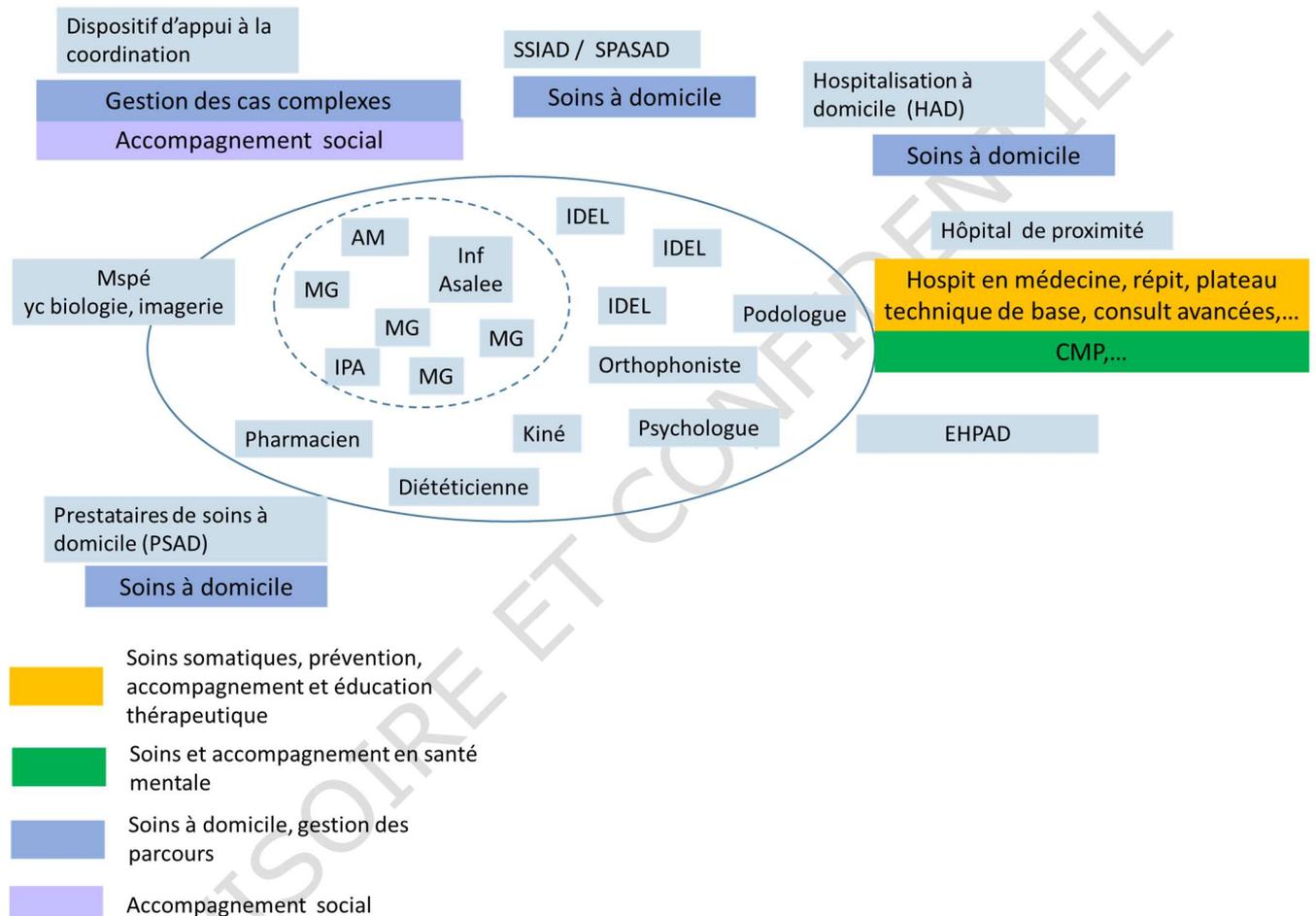
Simplification des procédures pour construire, contractualiser et faire fonctionner des équipes

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 unités de soins de proximité doivent pouvoir s'appuyer sur un ensemble d'acteurs présents sur le territoire, représentés dans la figure ci-dessous.

Figure 12 - 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), 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. ». Ces 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 »⁶⁴

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 »⁶⁵. Pour les établissements publics de santé, une contractualisation est également prévue avec le GHT.

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

Les **dispositifs d'appui à la coordination** (DAC)⁶⁶ 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). 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 47% départementaux et 48% infra-départementaux.

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 Unité 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 urgentes 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.

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

⁶⁴ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/min_labellisation_hopitaux_de_proximite_2021-10-05-2021.pdf

⁶⁵ Annexe au dossier d'inscription sur la liste régionale des hôpitaux de proximité

⁶⁶ Le décret du 18 mars 2021 relatifs aux dispositifs d'appui à la coordination et aux dispositifs spécifiques régionaux précise les dispositions de l'article 23 de la loi OTSS.

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.

« L'exemple le plus actuel et impressionnant : c'est la mise en place des centres de vaccination, pour la population des « plus de 75 ans », que nous avons mis en place au niveau de la 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 similaires lieu d'autres systèmes de santé (Family Health Network en Ontario, Primary care networks en Angleterre, Erjstelige zone dans la partie flammande 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. 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 quart de la population française et de nombreux projets en cours d'élaboration⁶⁷).

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.

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 férocement ancré sur la notion de service public et de service rendu à l'usager, 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.

⁶⁷ source : Assurance maladie

« On va leur livrer une SISA clé en main (...). On va faire une structure temporaire qui va correspondre aux jeunes médecins 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 mains. (...) 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..).

Proposition 8

Reconnaître et 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 à l'échelon territoriale sur des thématiques en lien avec l'organisation est 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

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. L'avis du Hcaam de 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 (...). L'accès aux formes de rémunérations nouvelles des structures regroupées doit également être conditionné à cette adhésion. » est à réaffirmer.

Proposition 9

Renforcer progressivement la conditionnalité des aides à l'installation et au soutien à l'exercice à l'inscription dans l'organisation territoriale via la participation aux CPTS.

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.

« 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. »

MG, secrétaire général CPTS

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.

Proposition 10

En fonction du degré de maturité des CPTS, envisager d’élargir leurs missions pour qu’elles contribuent au développement et à la régulation de l’offre sur le territoire

3.3.3. L’articulation avec les soins spécialisés : 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 représente un problème croissant sur les territoires, pour les patients et pour les soins primaires qui ont besoin de pouvoir recourir à cette expertise. 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 spécialiste. S’y ajoute, comme on l’a vu précédemment, la question des freins financiers avec les dépassements d’honoraires.

Ces problématiques nécessitent une organisation collective par les spécialistes eux même, pour que l’accès aux soins de la population soit assuré dans des conditions satisfaisantes. Ce peut être le sens des « équipes de soins spécialisées » (ESS) qui ont été inscrites dans la loi de 2019.

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. 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.

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, les CPTS ont été définies à partir d'une analyse cartographique des habitudes de recours aux 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).

Ces ESS pourraient coordonner l'organisation des consultations avancées et exercices multi sites, développer la télé-médecine, 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.

Proposition 11

Pousser à l'organisation d'équipes spécialisées à l'échelon CPTS ou inter CPTS par grand domaines de spécialités associant secteur privé et secteur public chargées d'assurer l'accès aux soins spécialisés en proximité mais également en second et troisième recours

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.

PROVISoire ET CONFIDENTIEL

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

S'il est essentiel, et c'est le sens des propositions précédentes, de se donner une cible pour l'organisation du système de santé de demain, il faut aussi trouver des solutions immédiates à ce qu'il faut bien reconnaître comme une situation de crise.

Car les problèmes d'accès aux soins deviennent aujourd'hui critiques dans un certain nombre de territoires. Trouver un médecin traitant, avoir une réponse rapide à un besoin de soins immédiat, obtenir un rendez-vous avec un spécialiste dans un délai raisonnable, bénéficier d'un suivi médical à domicile quand on ne peut pas se déplacer, ou en 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.

PROVISoire ET CONFIDENTIEL

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 2021⁶⁸.

Cette méthodologie s'appuie :

- 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
- 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 des zones d'action complémentaire (éligibles à une partie des aides).

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

Tout en gardant les grands principes (maille des territoires de vie-santé, utilisation de l'APL 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.

Les seuils régionaux de population ont également été révisés pour tenir compte de la dégradation de l'APL, liée à la démographie médicale et 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%.

Il y a urgence à agir là où l'offre médicale devient insuffisante à répondre à la demande, ou bien où l'on peut anticiper que ce sera le cas à court terme avec les départs programmés. 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 praticiens en place ne leur permettant pas de créer des conditions qui permettraient d'attirer des jeunes.

A situation de crise, mesures de crise : de même que l'on a su le faire pour la crise sanitaire, il faut aujourd'hui des actions rapides, des solutions d'urgence et des aides exceptionnelles dans certains territoires, pour enrayer la dégradation de la situation.

Sur le terrain, beaucoup d'initiatives sont prises. L'expérience du département de la Saône et Loire a déjà été décrite plus haut : le Conseil départemental a réussi, avec un portage politique très fort qui 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

⁶⁸ Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

Arrêté du 1er 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 1o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique

population) ont un médecin traitant dans ce centre. Cette voie est également empruntée par des régions, comme l'Occitanie qui crée un groupement d'intérêt public dédié pour créer un maillage de centres de santé dans 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 Centre-Val de Loire, des collectivités territoriales et des associations ou structures liées à la santé, avec le même objectif. Dans la région Pays de la Loire, 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 « *Médocobus* », 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 département.⁶⁹

Les professionnels aussi s'organisent : 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)⁷⁰.

Si on analyse les leviers d'action disponibles à très court terme (et les initiatives évoquées ci-dessus illustrent certains d'entre eux), on peut les organiser autour de **quatre axes** :

1. **optimiser l'utilisation du temps médical disponible**, en déchargeant les médecins de tâches administratives et d'activités de soins qui peuvent être assurées par d'autres professionnels, ainsi qu'en gagnant du temps avec le numérique ;
2. **maximiser la quantité d'offre médicale à court terme**, pour franchir le cap des dix prochaines années, en attendant que l'augmentation des capacités de formation produise ses effets, en maintenant les médecins en activité le plus possible et favorisant le cumul emploi retraite ;

Agir sur ces deux volets doit pouvoir aboutir à ce qu'on ait globalement, *au niveau national*, une offre de temps médical suffisante pour répondre aux besoins de la population. Car comme on l'a souligné précédemment dans ce rapport, les patientèles et files actives *moyennes* ne sont pas particulièrement élevées en France par rapport à d'autres pays : une organisation différente, avec une participation plus importante d'autres professionnels aux soins de premiers recours, pourrait permettre d'absorber la demande. Les témoignages de médecins qui ont testé ces nouvelles organisations confortent d'ailleurs cette hypothèse.

Cependant, 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, reste la question de la *répartition de ces effectifs sur le territoire*. Un troisième axe est donc :

3. favoriser une meilleure répartition de cette offre optimisée, et faire en sorte qu'il y ait **une présence médicale sur tout le territoire**, y compris dans les zones les plus déficitaires.

⁶⁹ 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 Cubertafon 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.

⁷⁰ « 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.

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)⁷¹.

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 sont aussi déterminants ; ils le sont d'ailleurs plus, toute l'expérience internationale et les enquêtes le montrent, que les seules incitations financières)⁷².

Ces conditions attractives peuvent être créées par les professionnels eux-mêmes : parfois des médecins généralistes, qui exercent isolément et sont proches de la retraite, créent une MSP, portent une maison de santé universitaire, pour faciliter leur succession et 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.

4. Quatrième levier : **mobiliser la solidarité entre les territoires.**

Dans la crise Covid, on a su organiser cette solidarité en accueillant des malades venus de zones fortement touchées. Mais cette solidarité ne va pas de soi. Au contraire, on voit aujourd'hui se développer des concurrences entre territoires et des surenchères, 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).

Ceci impose de construire des solutions dans un cadre territorial suffisamment large, et le département apparaît de ce point de vue le meilleur niveau. Mais dans ce cadre départemental, les solutions doivent être trouvées pour chaque bassin de vie, de manière pragmatique et en impliquant les acteurs locaux.

Proposition 12

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.

Pour éviter les concurrences, il est important en effet 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.

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

- les élus (Départements et communes), ainsi éventuellement que d'autres représentants des usagers
- la Délégation territoriale de l'Agence régionale de santé,

⁷¹ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/zonage-medecins-2022-carte-des-zones-concernees-par-les-aides-linstallation-et-au-maintien-des>

⁷² 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

- la caisse primaire d'assurance maladie (Cpam),
- les représentants des professionnels (CPTS, établissements...),
- les représentants des universités,

puissent construire ensemble un panel de solutions localement adaptées.

Un fonds d'urgence permettrait de mettre à disposition, dans des délais rapides, des moyens financiers nécessaires à la mise en œuvre de ces solutions. Il doit s'accompagner d'une réflexion sur les responsabilités quant à l'atteinte des objectifs d'accès aux soins.

Proposition 13

Dans ce cadre, donner une mission prioritaire aux CPTS déjà constituées : mission de crise sur l'accès aux soins

Dans les zones en difficultés, les CPTS, en fonction de leur degré de maturité, pourraient être l'interlocuteur actif des institutions (élus, ARS, Cpam, Université) pour trouver, avec les professionnels de terrain, les solutions opérationnelles pour garantir l'accès aux soins.

Une mission d'urgence pourrait leur être confiée pour une période de quelques années, pour que dans leur rôle d'animation et de support auprès des professionnels de terrain, elles puissent contribuer activement à la recherche de solutions.

Cette mission devrait être une mission prioritaire, et il faut réfléchir aux ressources qui devraient leur être allouées pour qu'elles puissent jouer leur rôle de manière efficace.

A terme, en fonction de l'expérience, cette mission pourrait évoluer vers des missions de régulation de l'offre sur le territoire (cf. Proposition 10).

Les solutions opérationnelles qui peuvent être mises en œuvre, territoire par territoire, en concertation avec les acteurs locaux, peuvent puiser dans une palette de mesures.

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. 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. Il faut pouvoir, là où c'est nécessaire, fournir une solution clés en main, avec :

- des locaux adaptés, équipés, gérés (les collectivités locales contribuent souvent sur ce plan),
- du personnel mis à disposition, financé, avec une gestion des ressources humaines assurée (secrétaires, assistants médicaux, infirmiers Asalee, infirmiers de soins primaires si cette option est retenue)
- un lien avec l'université (internes, autres professionnels en formation, formation continue).

Les CPTS, si elles sont suffisamment installées, peuvent être des facilitateurs. Des opérateurs peuvent être également mobilisés. Ainsi parmi les solutions envisageables, des organisations comme l'association Asalee, qui est déjà opérationnelle, pourrait être utilisées pour recruter et former éventuellement des assistants et infirmiers qui pourraient venir rapidement épauler 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 Asalee-bis pour déployer le modèle du binôme médecin-infirmier »

Directeur général d'Agence régionale de santé

Dans la perspective de 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, est évidemment un élément clé.

S'il faut en priorité mobiliser les professionnels libéraux, les soutenir dans leur recherche de solutions, ces dynamiques professionnelles ne sont pas partout présentes, et on peut pas laisser les populations sans solution : c'est ce constat de carence qui a conduit le Conseil départemental de Saône et Loire à créer le centre départemental de santé, voie suivie par d'autres collectivités locales, ou l'ARS Nouvelle Aquitaine à proposer d'organiser une offre de soins dans les territoires déficitaires à partir des hôpitaux publics (Encadré 13).

Les solutions peuvent donc être diverses. Là encore, il est essentiel pas opposer les formes juridiques, l'exercice libéral ou salarié, et 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

PROVISOIRE ET CONFIDENTIEL

Encadré 13 - Cahier des charges pour des centres de santé publics en Nouvelle Aquitaine

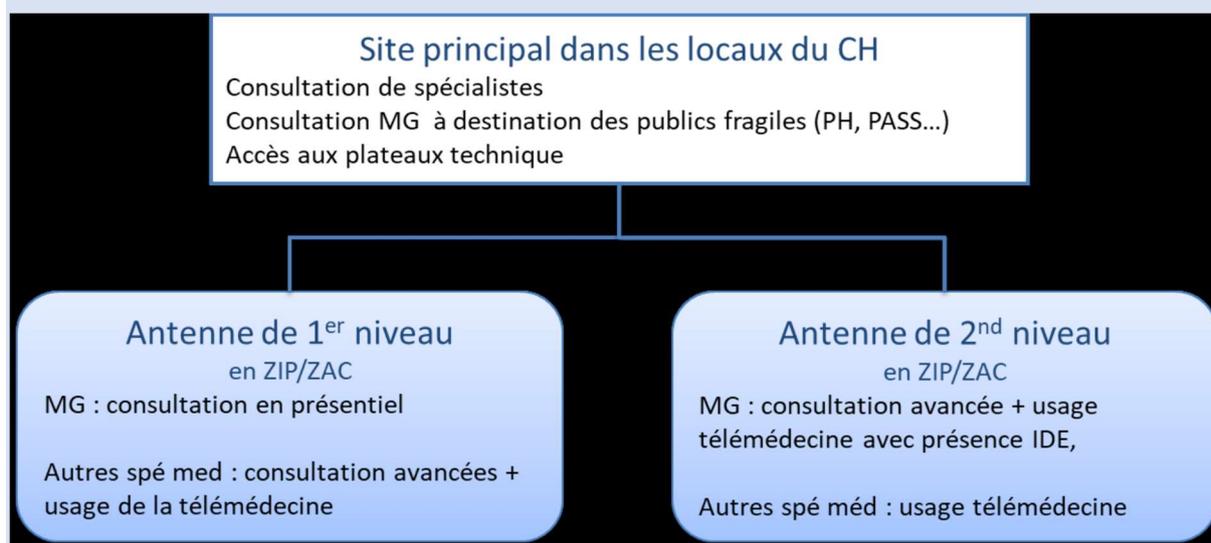
L'ARS Nouvelle Aquitaine a publié en janvier 2022 un cahier des charges à destination des établissements de santé pour la constitution de centres publics de santé. Selon ce cahier des charges, cette possibilité, prévue par les textes (article L6323-1-3 du code de la santé publique), est à encourager, 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 télémedecine.

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 1^{er} niveau en zone sous doté dès son ouverture, des antennes de 2^{eme} niveau avec présence médicale par télémedecine pouvant être également déployées. Les localisations font l'objet de concertation préalables avec les élus et les professionnels des territoires concernés.

Fig 1 : 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.

On peut imaginer que différents opérateurs puissent être mobilisés pour mettre en œuvre ces différentes solutions, sur la base d'appels d'offres et de contractualisation.

Dans tous les cas, ces organisations doivent aussi optimiser le temps médical, car c'est la ressource rare, en déchargeant les médecins des tâches administratives et en organisant un partage des tâches de soins avec d'autres professionnels.

Proposition 14

Pour déployer ces solutions opérationnelles, identifier ou constituer un ou des opérateurs, de façon concertée.

L'opérateur peut être public ou privé. Il peut être une des institutions impliquées dans la concertation (cf. Proposition 12), celle qui paraît la plus capable de mettre en œuvre les actions concrètes envisagées.

Des offreurs de soins structurés pourraient prendre une responsabilité d'organiser les soins dans les territoires déficitaires, avec 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.

Dans les zones en difficulté, on l'a dit, maintenir les médecins en activité au-delà de 60 ans est un enjeu majeur, compte tenu de l'effectif qu'ils représentent aujourd'hui.

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

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. Outre le fait d'allouer des moyens pour soutenir des projets locaux

tels que ceux qui sont décrits ci-dessus, il faudrait faciliter le maintien en exercice libéral à temps partiel si c'est la modalité souhaitée, en compensant une part de la perte de revenus liée aux charges fixes. Il faudrait aussi encourager le cumul emploi retraite des médecins retraités par des allègements de charges.

Toutes ces mesures (qui avaient déjà été proposées par le rapport d'Elisabeth Hubert en 2010⁷³) seraient des mesures exceptionnelles, temporaires, pour passer le cap des prochaines années et éviter d'amplifier encore la crise démographique que nous connaissons.

Proposition 15

Favoriser le maintien en activité et le cumul emploi retraite pendant les années de crise démographique

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.

Alléger les charges pour le cumul emploi retraite.

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.

Cette solidarité entre territoires, dans la situation de crise que nous vivons aujourd'hui, est essentielle. Des manifestations de cette solidarité se mettent en place parfois spontanément, pour apporter de l'aide aux populations en grande difficulté, comme le montre l'exemple de la maison de santé citée plus haut, mais elle doit être organisée à plus large échelle.

La mission de service à la population devrait être une responsabilité partagée par l'ensemble des professionnels, et peut-être faut-il 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, qui n'est pas forcément uniquement financière (déroulement de carrière),
- 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.

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.

⁷³ E. Hubert, Mission de concertation sur la médecine de proximité, 2010

Proposition 16

Co-construire des modalités d'organisation de la solidarité et de responsabilité collective pour garantir l'accès aux soins pour tous et partout.

PROVISoire ET CONFIDENTIEL

5. 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, il faut renforcer le pilotage de cette transformation avec une approche de conduite du changement.

Cela suppose en premier lieu de renforcer les moyens que l'administration consacre à ce secteur, 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.

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.

Dans le même esprit, la réflexion prospective doit absolument être développée pour réfléchir aux besoins à long terme 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.

Proposition 17

Renforcer le pilotage en

- consacrant plus de moyens et d'expertise aux soins de proximité
- développant les compétences d'accompagnement et d'ingénierie au sein de l'administration
- construisant des dispositifs d'observation et d'évaluation permettant de capitaliser sur l'expérience acquise
- renforçant la prospective à long terme.

PROVISOIRE ET CONFIDENTIEL

6. Annexes (à compléter)

6.1. Données sur le médecin traitant

6.2. Données sur les maisons et les centres de santé pluriprofessionnels

6.3. Description juridique des professions de santé

PROVISoire ET CONFIDENTIEL