
LES DÉSERTS MÉDICAUX

ACTES DE LA JOURNÉE
DU 18 MARS 2019
ORGANISÉE PAR
L'INET, L'ENA ET L'EHESP





LES DÉSERTS MÉDICAUX

PRÉAMBULE	5
INTRODUCTION de Stéphanie Decoopman, adjointe à la Directrice générale de l'offre de soins (DGOS), Ministère des Solidarités et de la Santé	7
TABLE-RONDE Quels leviers pour les territoires ? Débat sur un modèle à inventer, entre centralisation et décentralisation	13
ATELIER Qui soignera demain ?	21
ATELIER Les maisons de santé sont-elles la panacée ?	22
ATELIER En matière de déserts médicaux, vaut-il mieux prévenir que guérir ?	26
ATELIER Vieillesse de la population et déserts médicaux	30
ATELIER Installation des médecins : contraindre ou inciter ?	34
CONCLUSION	38

DÉSERTS MÉDICAUX

Avant-propos

Dans le cadre du parcours commun de l'École nationale d'administration (ENA) et de l'Institut national des études territoriales (INET), les deux écoles s'associent avec l'École des hautes études en santé publique (EHESP) pour une journée d'échange et de réflexion sur les politiques publiques de santé et de solidarités.

Cette journée commune « Regards croisés sur les politiques publiques » a été organisée le 18 mars 2019, dans les locaux de l'INET à Strasbourg. Le thème comme son animation ont été confiés aux élèves des trois écoles, sur le thème des déserts médicaux.

La problématique des déserts médicaux interpelle en effet chacun des versants de la fonction publique : la fonction publique hospitalière à travers la surcharge de travail pour les services d'accueil d'urgence dans les déserts médicaux ; la fonction publique territoriale en raison de la volonté des élus d'assurer un accès aux soins pour leurs administrés et l'attractivité de leur territoire ; la fonction publique d'Etat, enfin, garante de la qualité de l'offre de soins et de la santé publique.

En travaillant ensemble sur cette question, qui constitue un des sujets de préoccupation les plus pressants de nos concitoyens, les élèves-fonctionnaires des trois écoles ont voulu défendre une vision décloisonnée et transversale de l'action publique.

La journée s'est organisée en trois temps. Un exposé des grandes données du problème et des actions engagées a introduit la journée. Ces clarifications bienvenues ont été suivies d'un débat riche et animé sur la décentralisation et la déconcentration du système de santé, l'évolution des modes de tarification, ou encore la question de l'avenir des principes posés par la charte de la médecine libérale. L'après-midi, les élèves ont participé à des ateliers, alternant témoignages et réflexion collective sur les réponses à apporter à la désertification médicale. Les thèmes abordés reflètent la diversité des pistes de travail ouvertes au plan national.

Nous espérons que les actes que les élèves ont rédigés permettent un partage aussi large que possible des témoignages des intervenants et de leurs engagements pour rendre un service de santé plus équilibré sur tous nos territoires.



INTRODUCTION DE STÉPHANIE DECOOPMAN

ADJOINTE À LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS (DGOS),
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Les déserts médicaux sont un thème d'actualité, avec la discussion du projet de loi [Ma Santé 2022](#) au Parlement. On constate une baisse régulière du nombre de médecins généralistes libéraux depuis 2010. D'après la DREES, cette baisse devrait se poursuivre jusqu'en 2025. La hausse du nombre de médecins généralistes salariés est trop faible pour compenser le phénomène. Le constat est globalement similaire pour les médecins spécialistes en accès direct (ophtalmologues, gynécologues, psychiatres en particulier), leur moyenne d'âge étant néanmoins inférieure. Cette situation est la conséquence du numerus clausus très bas des années 1990 (formation de 3 500 médecins par an, contre plus de 8 000 aujourd'hui), qui entraîne aujourd'hui une concentration des départs en retraite. La difficulté est que les décisions prises maintenant produiront leurs effets dans 10 ans, alors que les problèmes posés par la démographie médicale se concrétisent à très court terme.

Le temps médical des médecins a changé. Les habitudes de travail ne sont plus les mêmes ; les jeunes médecins souhaitent souvent mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle. La féminisation des professions a aussi fait évoluer les pratiques en matière d'installation, de temps de travail : aujourd'hui, presque 2/3 des médecins sont des femmes. Dès lors, le temps médical disponible décroît plus rapidement que les effectifs médicaux. A l'inverse, la demande de soins s'accroît, en raison de l'évolution de la prise en charge des maladies chroniques, de la croissance

démographique, et du vieillissement de la population. Toutefois, il faut noter que les médecins soignent mieux et plus vite. Comment définir les déserts médicaux ? 98% des Français résident dans une commune à moins de 10 mn d'un généraliste.

La situation est donc proche de celle de l'accès aux pharmacies, dont l'installation est cependant réglementée. Les difficultés concernent surtout certaines spécialités, telles que la gynécologie, l'ophtalmologie, pour lesquelles les écarts

Le temps médical des médecins a changé. Les habitudes de travail ne sont plus les mêmes ; les jeunes médecins souhaitent souvent mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle. La féminisation des professions a aussi fait évoluer les pratiques en matière d'installation, de temps de travail : aujourd'hui, presque 2/3 des médecins sont des femmes. Dès lors, le temps médical disponible décroît plus rapidement que les effectifs médicaux. A l'inverse, la demande de soins s'accroît, en raison de l'évolution de la prise en charge des maladies chroniques, de la croissance démographique, et du vieillissement de la population. Toutefois, il faut noter que les médecins soignent mieux et plus vite.

Comment définir les déserts médicaux ?

98% des Français résident dans une commune à moins de 10 mn d'un généraliste. La situation est donc proche de celle de l'accès aux pharmacies, dont l'installation est cependant réglementée.

Les difficultés concernent surtout certaines spécialités, telles que la gynécologie, l'ophtalmologie, pour lesquelles les écarts d'accès en moins

de 10mn peuvent varier 1 à 9 entre les communes isolées et les grands pôles urbains.

La DREES a développé l'**APL**, un indicateur composite permettant d'identifier les bassins de vie où l'offre médicale est insuffisante. Il se base surtout sur le nombre de consultations accessibles par habitant et par an, plutôt que sur la densité médicale.

Il prend également en compte la structure d'âge de la population, et s'appuie non seulement sur l'offre médicale présente sur la zone considérée, mais aussi sur celle des zones environnantes, afin de ne pas ignorer les « effets frontières ».

Cet outil permet de montrer que les difficultés d'accès, même si elles s'accroissent, doivent être relativisées. Ainsi, **8,5% de la population réside dans une commune sous-dense en médecins généralistes, où le nombre de consultations accessibles par an et par habitant est de moins de 2,5.** Ce phénomène touche les zones rurales mais aussi des zones urbaines. Seule 0,5% de la population cumule des difficultés d'accès à plusieurs services de santé : généralistes, pharmacies, services d'urgences. On peut craindre que les populations touchées soient davantage concernées par les renoncements aux soins.

Ce n'est pas toujours le cas ; en revanche, la désertification médicale se répercute sur les délais d'attente. Ainsi, 10% des rendez-vous avec un médecin généraliste ne peuvent être obtenus que dans un délai supérieur à 11 jours, alors que 50% de ces rendez-vous sont obtenus en moins de 2 jours (voire dans la journée en cas d'apparition ou d'aggravation de symptômes).

« la désertification médicale se répercute sur les délais d'attente. »

De façon encore plus préoccupante, pour certaines spécialités, les délais d'attente moyens atteignent 2 mois et plus : ophtalmologie, dermatologie, cardiologie, gynécologie, rhumatologie. De plus en plus, les usagers du système de santé mettent en avant cette question des délais, au-delà de la distance au professionnel de santé le plus proche.

Il faut faire attention aux rapprochements précipités entre les territoires en difficultés économiques et la désertification médicale.



En effet, certaines zones qui connaissent un taux de chômage élevé bénéficient néanmoins d'un bon maillage en termes de médecine libérale (Mayenne, Aveyron). A l'inverse, la région parisienne connaît un manque de médecins malgré son dynamisme économique.

Par ailleurs, les relations entre médecine de ville et offre de soins hospitaliers ne sont pas à sens unique : si on estime souvent qu'un déficit d'activité libérale se traduit par une plus forte pression sur l'hôpital et notamment son service des urgences, il existe également des territoires où les difficultés d'accès aux soins se concentrent sur la partie hospitalière, tandis que la médecine de ville est accessible (Mayenne).

Le nœud du sujet, c'est l'installation des médecins sur le territoire.

Les facteurs d'installation de jeunes médecins ont fait l'objet d'une [étude du CGET](#) en 2015 :

- La qualité du cadre de vie est un enjeu important. Il comprend l'accès aux services publics, l'attractivité du territoire, ou encore la possibilité pour le conjoint de trouver un emploi.
- Une autre dimension concerne la volonté de nombreux jeunes médecins de s'insérer dans un projet collectif, par exemple en travaillant en exercice partagé. Ils souhaitent également s'assurer d'avoir une base arrière dans l'hôpital le plus proche qui leur permette de se soulager de la permanence des soins. De façon générale, on observe une défiance croissante vis-à-vis de l'exercice isolé, ainsi qu'une poussée du salariat qui a bénéficié d'une évolution positive des représentations.

D'autres dimensions doivent susciter l'attention des pouvoirs publics. Ainsi, les jeunes médecins accordent de l'importance à l'accompagnement dans les démarches d'installation, souhaitent avoir accès à des laboratoires permettant la réalisation d'examens biologiques, et à un plateau technique.

Si l'on s'intéresse aux expériences internationales, on peut constater qu'aucun pays n'a vraiment réussi à réguler l'installation de médecins (DREES, 2017). Toutefois, certaines mesures mises en place hors de France apparaissent efficaces, en particulier au stade des études médicales :

- Le recrutement d'étudiants originaires de zones sous-denses (Japon, Australie, Royaume-Uni, Etats-Unis, Canada) ;
 - Le développement de la formation ou la réalisation de stages obligatoires dans de telles zones.
- L'efficacité d'autres mesures est davantage contestée. Les aides financières aux jeunes diplômés, en contrepartie d'une installation de quelques années

en zone déficitaire, sont minées par des effets d'aubaine et par la concurrence entre territoires. Les restrictions à l'installation (Allemagne, Angleterre, Autriche, Suisse, Québec, Espagne, Pays-Bas) sont peu efficaces et risquent de limiter l'attractivité de la médecine. Enfin, les mesures d'attractivité à destination des zones sous-denses (rémunérations plus hautes, amélioration des conditions d'exercice) sont coûteuses et leurs effets sont limités.

En France, de nouveaux paradigmes en termes de politique d'accès aux soins ont été posés par le [Plan d'accès aux soins du 13 octobre 2017](#), qui constitue désormais un des chantiers de la stratégie [Ma Santé 2022](#) annoncée en septembre 2018 :

- Le premier paradigme s'appuie sur une volonté de partir des initiatives locales. Dans cet esprit, la loi Santé vise à proposer un certain nombre d'outils qui pourront être déclinés dans une logique territoriale.
- Le second consiste à s'appuyer sur une stratégie de développement et de projection du temps médical sous toute ses formes. L'idée est de réfléchir à ce qui est vraiment le cœur de métier du médecin, pour repenser le rôle et la place des autres professions.

« Pour les médecins, le conventionnement sélectif n'a pas été mis en œuvre »

- En troisième lieu, il s'agit de développer une « alliance à trois », sur le terrain, entre élus locaux, acteurs hospitaliers, ARS. Sans cette action concertée, chaque acteur risque d'être inefficace : une maison de santé sans médecin ne sert à rien à la commune qui l'a fait construire.

Axe 1 - Inciter à l'installation et à l'exercice dans les zones sous denses.

La plupart des professionnels de santé non-médicaux (infirmières, sages-femmes, kinésithérapeutes) sont déjà régulés par le « conventionnement sélectif ». Pour les médecins, le conventionnement sélectif n'a pas été mis en œuvre, mais les dispositifs d'incitation financière à l'exercice d'activités en zones sous-denses se sont multipliés.

- Il y a des aides de l'Etat : le contrat d'engagement de service public (CESP), le contrat de praticien territorial de médecine générale (qui correspond à du quasi-salariat).

- Il y a aussi des aides de l'assurance maladie : le contrat d'aide à l'installation ainsi que les mesures de soutien aux consultations avancées, à l'exercice coordonné, ou à l'accueil de stagiaires.

Ces mesures sont mises en œuvre selon un double zonage, basé sur l'indicateur APL : les zones les plus en difficultés, dites « zone d'intervention prioritaire », qui regroupent 18% de la population, bénéficient des aides de l'Etat et de l'Assurance Maladie.

Les zones en difficulté moyenne, dites « zones d'action complémentaires » (50% de la population) ne bénéficient que des aides de l'Etat.

Axe 2 - Développer les stages ambulatoires en territoires fragiles.

Ces stages sont un levier pour faire découvrir aux étudiants en médecine les réalités des territoires fragiles et la richesse des modes d'exercice. Une prime de 200 euros par mois sera attribuée aux internes concernés. Les maîtres de stage en zone sous-dense sont également ciblés, via des politiques de recrutement proactives par les ARS et des aides de l'Assurance Maladie (contrats COSCOM qui majorent la rémunération de 600 euros).

D'autres mesures d'incitation à l'installation en zones sous-denses vont être prolongées ou créées, notamment les CESP dont le nombre a augmenté en 2018. Les collectivités locales peuvent intervenir également dans ce domaine, par exemple en agissant sur le logement des internes ou la promotion du rôle de maître de stage.

Axe 3 - Développer l'exercice coordonné de la médecine, souhaité par les jeunes médecins.

Un changement de paradigme va se réaliser au cours des 5-6 prochaines années : l'exercice isolé, autrefois la règle, doit devenir l'exception. Il existe désormais 1200 maisons de santé pluridisciplinaires et 500 centres de santé médicaux ou polyvalents, au sein desquels de nouveaux métiers apparaissent, par exemple en matière de coordination. Le développement de ces structures nécessite une co-construction entre les collectivités territoriales et les ARS.

Un nouvel outil est la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). Il en existe déjà 200 aujourd'hui,

tandis que 200 sont en projet. Elles visent à fournir un cadre pour le regroupement des acteurs de santé d'un territoire, à leur initiative, pour travailler en commun sur l'organisation des soins dans une optique de responsabilité populationnelle. Ces CPTS ont donc vocation à devenir les interlocuteurs naturels des collectivités territoriales, hôpitaux, et ARS.

Des négociations conventionnelles sont en cours avec l'assurance maladie pour faciliter leur création, fixer des missions-socles, et organiser leur financement. L'objectif est de couvrir tout le territoire national d'ici 2022.

Axe 4 - Engager la révolution numérique en santé

Avec l'avenant 6 à la convention médicale, signée en juin 2018 et mise en application début 2019, les téléexpertises et les téléconsultations peuvent être remboursées. Les ARS sont chargées d'autoriser (ou non) les cabines de télémédecine, en restant très vigilantes à ne pas être dans une logique de marchandisation : ces actes doivent bien s'inscrire dans le cadre des parcours de soin.

A terme, la télémédecine évoluera vers le « téléssoin », ouvert aux professions paramédicales (infirmières, pharmaciens) : le projet de loi Santé contient des dispositions en ce sens.

Dans cette optique, l'aménagement numérique du territoire par les collectivités territoriales, l'appui à l'équipement des professionnels en outils numériques et l'interopérabilité des services en ligne sont des enjeux majeurs.



Axe 5 - Promouvoir de nouvelles formes d'exercice médical

Plutôt que d'encourager à tout prix l'installation, les pouvoirs publics souhaitent miser sur la mobilité des professionnels et leur intervention à temps partiel en zones fragiles. Des outils se développent progressivement : consultations avancées hospitalières ; cabinets secondaires libéraux...

Pour qu'ils prennent davantage d'ampleur, des évolutions sont nécessaires : assouplissement de l'encadrement ordinal, qui limite la concurrence entre médecins sur un territoire ; incitations financières comme le contrat de solidarité territoriale médecin ; assouplissements fiscaux.

Un autre enjeu concerne le cumul emploi/retraite, qui touche désormais plus d'un quart des médecins de plus de 60 ans. Enfin, un dernier outil s'appuie sur le développement de l'exercice salarié, notamment avec le projet de déployer 400 médecins généralistes en zone sous-dense, dont 200 en exercice mixte ville/hôpital et 200 auprès d'employeurs (mutuelles, MSA, collectivités territoriales).

Axe 6 - Encourager les dynamiques et coopérations interprofessionnelles

avec la raréfaction du temps médical, il devient primordial de s'appuyer sur d'autres professionnels de santé. Les principales mesures concernent la mise en place de protocoles de coopérations (comme entre orthoptistes et ophtalmologistes) ; la montée en puissance des infirmières de pratique avancée (capables d'ajuster une glycémie ou de réaliser des actes de suivi) ; l'évolution du rôle des pharmaciens en matière de renouvellement des ordonnances ; le financement de futurs assistants médicaux dans les cabinets libéraux...

L'intervention des élus locaux et des collectivités locales prend plusieurs formes :

- Les élus sont associés à la politique de santé, notamment dans les conseils locaux de santé. Le périmètre de ces derniers doit cependant coexister avec des territoires de santé plus larges (comme le territoire d'un établissement public de santé, qui dépasse souvent le cadre d'une intercommunalité). De plus, les relations entre collectivités territoriales et ARS sont parfois difficiles et un dialogue plus constructif doit être poursuivi.

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

- Dans les faits, les collectivités territoriales sont auteures de nombreuses interventions : soutien à la création de maisons de santé pluridisciplinaires, création de centres de santé, attribution de bourses aux stagiaires, promotion de l'attractivité du territoire auprès des professionnels de santé.

Le risque est celui d'actions en doublon entre différentes échelles de l'action publique, d'un défaut de visibilité et d'effets de concurrence entre territoires.



TABLE-RONDE

QUELS LEVIERS POUR LES TERRITOIRES ? DÉBAT SUR UN MODÈLE À INVENTER, ENTRE CENTRALISATION ET DÉCENTRALISATION

GRÉGOIRE MOLLE,
JOURNALISTE À L'YONNE
RÉPUBLICAINE

L'accès aux soins peut aujourd'hui être considéré comme un élément du pacte républicain. Les déserts médicaux ne concernent pas seulement la ruralité. L'inégalité d'accès aux soins n'est en effet pas seulement géographique. Elle peut être financière : dans certaines zones, il est difficile d'avoir accès à des professionnels libéraux installés en secteur 1.

Les déserts médicaux peuvent aussi être temporels, avec des indisponibilités à certaines heures ou durant les week-ends. La distinction doit aussi être faite entre l'accès aux soins primaires, et l'accès aux soins de spécialités ou hospitaliers. Enfin, les déserts médicaux peuvent concerner certains publics uniquement, notamment les plus fragiles. En résumé, la qualification de désert médical suppose le croisement de plusieurs facteurs.

DOMINIQUE ACKER,
INSPECTRICE GÉNÉRALE
DES AFFAIRES SOCIALES

Le système de santé est trop centralisé, autour des ARS, de l'Assurance Maladie et de la DGOS. Le rôle du Conseil régional reste marginal, surtout en matière de prévention ; les conseils locaux de santé sont encore peu développés. Or, ce dont on a besoin aujourd'hui, ce sont des solutions et des interventions plus adaptées aux besoins locaux. Il faut revenir à cette bonne échelle qu'est le territoire. Pendant toute une période, sous l'appellation des « politiques de la ville », les problématiques de santé ont bénéficié d'une telle approche transversale, globale, du territoire ; il faudrait peut-être y revenir. Il faut faire confiance aux professionnels de santé, aux collectivités territoriales. On est encore « coincé » dans une vision très pesante de la pratique libérale. Pourtant aujourd'hui, 50% des jeunes médecins souhaitent avoir une activité mixte. Il est donc nécessaire de passer à une vision qui prend davantage en compte l'exercice collectif.

CÉDRIC ARCOS, DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT DU CONSEIL RÉGIONAL D'ILE-DE-FRANCE, EN CHARGE DES POLITIQUES SPORTIVES, DE SANTÉ, DE MODERNISATION

Les déserts médicaux sont un révélateur d'un cumul de dysfonctionnements dans la régulation de notre système de santé. Malgré un grand nombre de professionnels de santé et des moyens importants consacrés à la santé, 6 à 7 millions de Français n'ont aujourd'hui pas accès aux soins.

Le système actuel est marqué par trois grandes faiblesses:

- Faible du système représentatif.
Les logiques de négociation continuent à être différentes entre la ville et l'hôpital, les pilotages restent séparés entre les deux secteurs et le système représentatif syndical a parfois des difficultés à prendre en compte les nouvelles aspirations professionnelles des jeunes professionnels de santé (aspiration pour le salariat, organisation différente des temps de travail, etc.).
- Faiblesse des outils et mécanismes de régulation
Autrefois source de cohésion nationale et de confiance, la santé constitue désormais une véritable source d'inquiétude pour les citoyens qui sont majoritairement convaincus que le système de santé sera moins protecteur demain qu'aujourd'hui. Cette situation est en partie liée à la difficulté rencontrée par les pouvoirs publics de réguler efficacement le système de santé. On peut ainsi considérer



que notre système de santé est suradministré (insuffisance de règles permettant d'adapter l'offre à la demande).

- Faiblesse de la prise en compte des réalités des territoires
Depuis plus de vingt ans, le système de santé n'a cessé de se recentraliser, avec l'objectif de maîtriser les dépenses et d'accélérer la restructuration des organisations, mais avec la conséquence néfaste d'un système qui est aujourd'hui insuffisamment connecté aux réalités et dynamiques territoriales. Pour adapter notre système aux attentes des patients, des professionnels mais aussi mieux intégrer la santé dans un mouvement local plus large, une meilleure association des collectivités territoriales est nécessaire, en particulier les départements et les régions. Il faut accepter une pluralité de solutions, plutôt qu'une solution unique appliquée sur la France entière, et un système dans lequel le rôle de l'Etat serait davantage celui de préparer l'avenir du système et de garantir ses principes fondamentaux que de régler chaque détail de l'organisation des soins.

Tous nos voisins ont choisi cette voie, à l'instar du Danemark, de l'Espagne ou de l'Italie, et tous parviennent aujourd'hui à adapter plus rapidement leur système de santé aux bouleversements en cours.

JÉRÔME GUEDJ, CONSEILLER DÉPARTEMENTAL DE L'ESSONNE, ANCIEN DÉPUTÉ ET PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'ESSONNE

Il ne faut pas décentraliser. Les collectivités territoriales, et en particulier les départements, n'ont pas les moyens de s'occuper de la santé. La décentralisation risquerait surtout d'augmenter la compétition entre territoires et de renforcer les inégalités sociales et de santé. En plus, il existe déjà trop de sources de financements croisés ; la décentralisation accentuerait ce phénomène néfaste. Pour autant, les collectivités territoriales ne doivent pas hésiter à s'impliquer dans les questions de santé, par exemple via les contrats locaux de santé.

C'est par la déconcentration que l'on doit pouvoir corriger ce qui fonctionne mal. On a sans doute trop réduit les agences régionales de santé à la gestion de ressources financières insuffisantes plutôt qu'à l'adaptation aux spécificités locales. Mais même sur ce sujet, il y a eu de gros progrès au cours des dernières années : les projets régionaux de santé prennent en compte le principe de subsidiarité, ce qui n'était pas le cas il y a 15 ans. Il faut continuer dans cette voie.

Une autre partie de la solution passe par attaquer les vieux bastions du système de santé. Il faut faire taire les principes de la charte libérale de 1927. Cette charte est aujourd'hui impossible à concilier avec les responsabilités de l'offreur de soins au niveau national, qui doit s'assurer du respect du principe d'égalité. Tous les principes de cette charte ont déjà été battus en brèche (paiement à l'acte, liberté de prescription, etc.), sauf la liberté d'installation : il faut franchir ce dernier pas, arrêter de céder au lobby de certains médecins, et instaurer un système de conventionnement sélectif.



Ce projet est parfois décrié comme une « fonctionnarisation de la médecine », mais ce n'est pas forcément une évolution punitive. Une régulation plus forte de la profession médicale – qui vise à assurer une égalité d'accès aux soins et un niveau de compétition soutenable – est loin d'être incongrue au vu de la socialisation des dépenses de santé. En outre, la limitation de la liberté d'installation a déjà été mise en œuvre pour d'autres professions de santé : infirmières libérales, masseurs kinésithérapeutes, pharmaciens.

Dans tous les cas, il n'y aura pas une mesure qui règlera toutes les difficultés. La réforme du système de santé doit adopter la technique du pointillisme. Ainsi, les délégations de tâches, les pratiques avancées, la coordination des praticiens de santé sont des axes de travail essentiels. Il faut surtout s'assurer de la bonne coopération au sein du triptyque essentiel dans l'offre de soins : le médecin, le pharmacien et l'infirmier libéral. Les 25 000 pharmacies commencent à être des lieux où on va chercher des conseils de santé, où sont diffusés des messages de prévention... Il faut aussi veiller à utiliser le maillage territorial des EHPAD, qui peuvent être des centres de ressources pour les personnes âgées du territoire.

ALEXIS THOMAS, DIRECTEUR DE CABINET DE LA DÉLÉGUÉE GÉNÉRALE DE LA FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE (FHF)

Quand on parle de désert médical, il faut rappeler que cela s'applique aussi à l'hôpital. Aujourd'hui, 27% des postes de praticien hospitalier sont vacants. Il faut également rappeler que le sujet est un sujet d'accès aux soins en termes géographique, mais aussi horaires (nuit et week-end), financier (secteur 1, secteur 2), et d'informations. Quand on parle des déserts médicaux, il faut aussi faire le lien avec les urgences hospitalières. Une étude récente montre que dans 94,8% des départements, on constate une baisse du nombre de médecins généralistes et une hausse des passages aux urgences. Dans la même logique, Jean-Marc Mace du CNAM a montré pour sa part qu'une hausse des consultations de généralistes engendrait une moindre fréquentation des urgences.

La FHF a demandé à ce que les déserts médicaux et l'accès aux soins soient dans les thèmes officiels du Grand Débat National. Ça n'a pas été officialisé mais le sujet est revenu en permanence car c'est une préoccupation majeure des Français, qui, on l'a vu dans différents études ou sondages, demandent davantage de régulation.

Par ailleurs, la FHF milite pour que la responsabilité populationnelle soit inscrite dans la loi santé (NDLR elle figure dans la loi santé de juillet 2019). Des expérimentations sont en cours avec cinq territoires de France métropolitaine pour mettre en place des chemins cliniques.

DOMINIQUE ACKER

Il faut miser sur le collectif constitué par les médecins et les autres professionnels de santé. Les délégations de tâches, notamment, doivent être développées : elles permettent d'augmenter le temps médical disponible, tout en reconnaissant que les médecins ne sont pas les seuls à pouvoir soigner.

En Suède, ce sont les communes et les régions qui sont à la manœuvre pour lutter contre les déserts médicaux, en maillant le territoire de centres de santé communautaires. Le dossier du patient est dématérialisé et partagé au sein d'équipes pluridisciplinaires. Pour les soins non programmés, des « infirmières en soins primaires » organisent un premier accueil. Quand il y a un problème important, il est garanti qu'un professionnel de santé intervient le jour même, et une visite de suivi est organisée sous 7 jours. Tout n'est pas rose, mais dans les zones très peu denses, les territoires suédois sont proches de leurs objectifs en matière d'accès aux soins.

Par comparaison, en France, on peut déplorer que les infirmières de pratique avancée soient encore limitées. L'exemple de la Suède montre pourtant que l'on peut s'appuyer davantage sur elles pour accueillir le patient, effectuer les premières observations, et mieux l'orienter. Les kinésithérapeutes de pratique avancée pourraient aussi se déployer pour faciliter les délégations de tâches.



De même, pendant longtemps, la France a privilégié le développement des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) libérales, tandis que les centres de santé ne bénéficiaient pas du même appui. Aujourd'hui, ces dernières ont néanmoins le vent en poupe, sous l'effet de l'évolution des attentes des jeunes médecins (exercice mixte, emploi salarié...).

La prochaine étape doit être de sortir de la tarification à l'acte. Il faut oser la capitation, qui rejoint la notion de responsabilité populationnelle : il s'agit d'assumer une responsabilité par rapport aux personnes âgées ou aux diabétiques par exemple, en ayant une vision globale de leurs besoins et des réponses qui y sont apportées par le système de santé. L'intérêt de ce système est qu'il permet aux professionnels de santé de ne plus entrer en concurrence pour la patientèle, et qu'il évite de susciter des débats sur les périmètres d'action de chaque profession puisque chacune contribue à l'amélioration de l'état de santé de la population. Depuis longtemps, la question du financement bloque toute réflexion sur le système de santé en France : il faut essayer de s'en extraire.

JÉRÔME GUEDJ

Sortir du paiement à l'acte est nécessaire pour aller vers la responsabilité populationnelle. En effet, pour améliorer la santé d'une population et faire face à des enjeux tels que la perte d'autonomie, il faut que les médecins soient autant rémunérés sur la prévention que sur les actes de soins « classiques ». La valorisation des actes de diagnostic s'est améliorée au cours des dernières années, mais la prévention reste encore sous-rémunérée.

Il faut aussi améliorer les délégations de tâches, notamment pour éviter les passages non nécessaires devant des professionnels de santé. Par exemple, en cas d'entorse ou de bronchiolite, il ne devrait pas être nécessaire de passer devant un médecin pour obtenir un rendez-vous avec un kinésithérapeute, qui constitue un point de passage quasi-obligé pour ces pathologies.

Les collectivités territoriales, notamment à travers les conseils locaux de santé, peuvent se donner pour mission de trouver des solutions créatives, d'impulser des dynamiques. Les élus doivent avoir un rôle d'ensemblier. Par exemple, là où le médecin PMI ou le médecin coordinateur d'EHPAD est le dernier praticien du territoire, ils peuvent réfléchir aux conditions dans lesquelles ce dernier pourrait aussi développer une activité libérale. De même, les élus peuvent essayer de créer une fiche de poste pour un médecin sur un centre autisme, tout en lui laissant des temps pour un exercice libéral en ville.

De façon générale, les EHPAD devraient devenir des plateformes de santé au bénéfice de toutes les personnes fragiles sur leur territoire, et pas seulement de leurs pensionnaires. 75% des plus de 75 ans vivent à moins de 5km d'un EHPAD, ce qui en fait des relais idéal du système de santé.



CÉDRIC ARCOS

Sur les délégations de tâche, il est nécessaire d'assiéger les dernières citadelles et d'avancer concrètement et rapidement pour des coopérations professionnelles renforcées et pour une évolution profonde des compétences dévolues à chaque profession. L'objectif est simple : replacer chaque profession là où elle a la plus grande valeur ajoutée. L'adaptation de notre système de santé doit être accélérée. Une étude prospective de Futuribles et du Leem sur le système de santé en 2030 évoque à cet égard les nouveaux modes de prise en charge. Cette étude porte deux grands enseignements :

- Demain, le premier lieu de soins sera le domicile du patient. Cela remet en question le rôle central de l'hôpital mais nécessite également une nouvelle répartition des rôles entre les professionnels de santé.
- Si on reste sur le modèle actuel, les nouvelles technologies risquent d'ubériser le système de santé. Les GAFAM cherchent déjà à devenir les nouveaux coordinateurs du système de santé en agrégeant les données et en coordonnant les professionnels. Il y a également des risques d'effets pervers : la télémédecine pourrait générer des recours inutiles financés par l'assurance maladie.
- Il faut donc rapidement déployer une stratégie nationale et apporter des réponses concrètes aux patients quant à leurs besoins de santé, au risque sinon que les acteurs du numérique organisent le système à notre place. Concernant l'organisation du système de santé et le rôle renforcé aux représentants des territoires, il ne faut évidemment pas

s'orienter vers une décentralisation « naïve » du système santé : un simple transfert de compétence vers les collectivités territoriales ne fonctionnerait pas. La solution n'est pas « moins d'Etat », mais plutôt « mieux d'Etat » : ce qu'on observe, c'est que l'Etat n'est pas au rendez-vous de l'anticipation stratégique et technologique de l'avenir du système de santé, alors que cette mission devrait constituer son rôle principal.

Il faudrait suivre l'exemple du Danemark, où l'Etat s'est beaucoup retiré de la régulation quotidienne et infraterritoriale de l'offre, qui a été déléguée aux collectivités locales, pour se concentrer sur les grands enjeux du système de santé. Pour piloter l'évolution du système de santé, les ARS sont un bon outil. Ces agences ont été conçues initialement pour favoriser la régulation de proximité mais elles souffrent aujourd'hui d'une autonomie insuffisante.

Par ailleurs, le champ d'action de l'ARS reste trop étroit : pour améliorer la santé de la population, il faut agir également sur l'éducation, la formation, la mobilité, le logement ou encore le sport. Au niveau national, la DGOS elle-même est trop réduite pour envisager toutes ces dimensions. Il conviendrait d'adopter une approche interministérielle et, au plan local, de renforcer les relations et interactions entre les ARS et les collectivités territoriales de façon à avoir une politique de santé impulsée par une même dynamique. Par exemple, au conseil régional d'Ile-de-France, plusieurs actions sont mises en place dans cette optique d'intégration : on cherche à agir sur le coût du foncier pour s'assurer que les professionnels de santé travaillent à proximité de leur domicile ; les Jeux Olympiques sont une occasion de défendre la pratique du sport ; la santé a été choisie



comme axe industriel prioritaire dans le cadre de la politique de développement économique.

Pour avancer dans cette voie, une solution pourrait être de rapprocher les ARS des conseils régionaux, afin de partager une même feuille de route en matière de santé et de renforcer les initiatives communes. Cette évolution nécessiterait évidemment une responsabilisation forte des collectivités locales, notamment financière, afin que chaque acteur soit pleinement engagé dans les décisions prises.

ALEXIS THOMAS

Une question qui n'a pas encore été abordée est celle de l'accès financier aux soins. 26% des Français disent avoir renoncé à des consultations en raison du coût financier. Parmi les raisons des passages aux urgences, il y a le fait qu'on aura une consultation, la biologie et l'imagerie si besoin, le tout sans avance de frais.

DOMINIQUE ACKER

Des solutions pratiques peuvent permettre de mieux structurer la réponse aux besoins de santé :

- Si on prend l'exemple de la radiologie, les centres de santé (CDS) sont souvent des réponses intéressantes, car ils ont des activités de laboratoire et de radiologie. Ça décharge beaucoup les hôpitaux ! On peut imaginer qu'il ne serait pas trop difficile d'avoir une salle de radio dans certains EHPAD, qui serait couplée à de la télé-médecine. Ces outils premiers

de diagnostics (labo, radio) peuvent donc facilement être rapprochés de la population et améliorer les conditions d'exercice des médecins généralistes.

- Quant à la question de l'accès aux spécialistes, la mise en place de pratiques avancées peut être très efficace. La possibilité donnée aux orthoptistes de réaliser certains actes autrefois réalisés par des ophtalmologues a permis de réduire le délai d'attente de 12 mois à un mois dans certains départements (Meuse).

Finalement, il ne suffit pas d'aider les professionnels de santé à s'installer, mais aussi à rester sur le territoire. Pour cela, les incitations financières ne suffisent pas. Il faut que le professionnel ait la sensation d'être bien accueilli ; qu'il soit entouré d'autres professionnels de santé sur lesquels il puisse s'appuyer. Enfin, il doit avoir la sensation de pouvoir bien faire son travail, sans quoi un médecin nouvellement installé peut se décourager très vite.

JÉRÔME GUEDJ

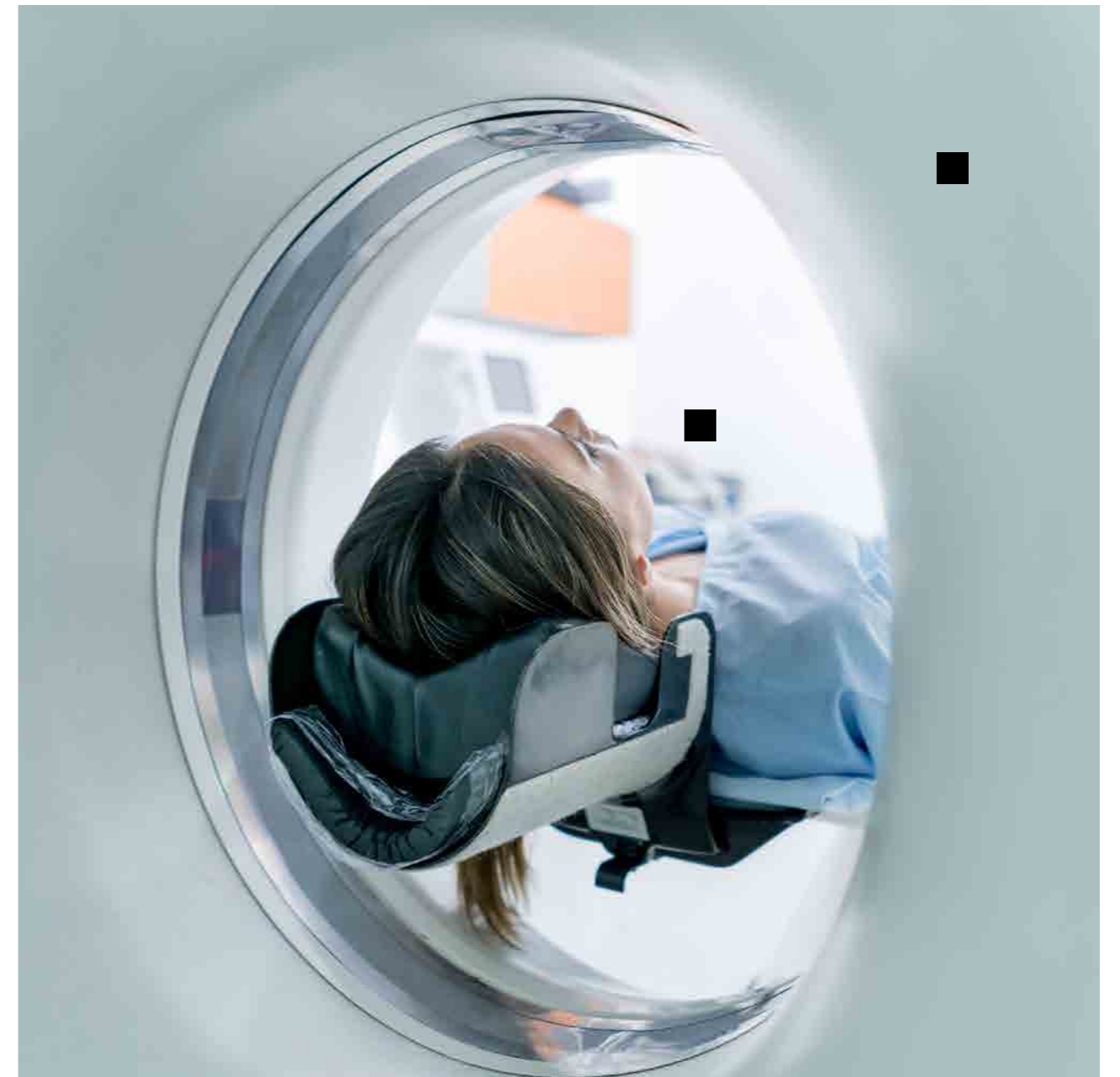
Beaucoup de plans départementaux de santé prévoient des bourses pour les étudiants en santé qui viendraient s'installer sur leurs territoires, qui s'ajoutent aux aides d'Etat et de l'assurance maladie. Cette surenchère entre territoires crée des effets d'aubaine, des risques de complexité administrative, une compétition entre les territoires... Cela fait penser à ce que certaines collectivités territoriales mettent déjà en œuvre pour attirer des entreprises, avec des effets discutables.

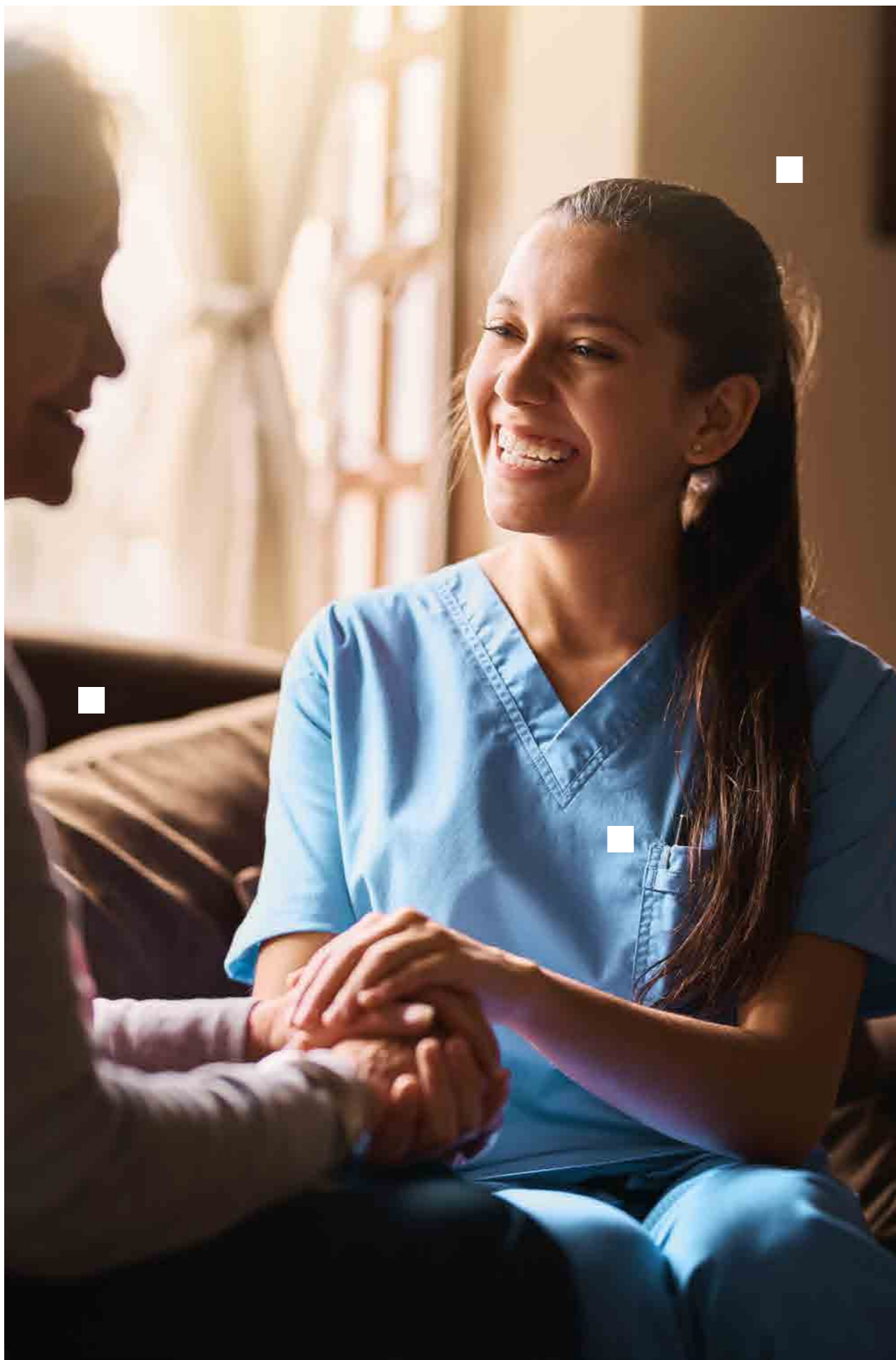
En partant de ce constat, est-ce qu'il faut décentraliser davantage et avoir 13 politiques régionales de santé en France ? Probablement pas. Et si cette solution était malgré tout choisie, cela nécessiterait des garde-fous et une surveillance forte au niveau nationale, pour éviter un creusement des inégalités de santé entre régions.

CÉDRIC ARCOS

L'urgence pour notre système est de rénover notre politique de santé, de l'asseoir plus fortement sur les territoires et de renforcer son intégration dans l'ensemble des autres politiques publiques.

A cet égard, les exemples des transports ou des lycées, dont la responsabilité a été confiée aux territoires, confirment qu'une plus forte association et une responsabilisation des acteurs locaux peut être une source effective de progrès, d'investissements utiles et de réduction des inégalités. Il ne faut pas avoir peur des territoires mais au contraire imaginer une autre gouvernance qui permette de répondre à la mutation profonde que traverse notre système de santé.





QUI SOIGNERA DEMAIN ?

Par Florence Ambrosino, infirmière, responsable des opérations cliniques et pédagogiques chez Continuum+, et Armelle Drexler, directrice du pôle affaires médicales, recherche, qualité et stratégie médicale territoriale, Hôpitaux universitaires de Strasbourg.

1. L'ÉVOLUTION DES ATTENTES DES PRATICIENS ET DES ENJEUX MÉDICAUX DES TERRITOIRES DOIT CONDUIRE À FAIRE ÉVOLUER L'ARTICULATION DES PRATIQUES AU BÉNÉFICE DU PATIENT.

La question « qui soignera demain ? » appelle à considérer deux tendances fortes qui traversent aujourd'hui les corps de soignants : tout d'abord l'évolution de la composition du corps médical qui, notamment, se féminise (il y a aujourd'hui 22% de femmes dans le top management de l'hôpital public), et voit naître des aspirations à de nouvelles pratiques et à une

nouvelle organisation du métier ; mais aussi les évolutions technologiques qui permettent d'automatiser certains actes qui ne nécessitent plus la présence de médecins - par exemple grâce à l'intelligence artificielle, des expérimentations existent sur l'analyse d'images médicales ou du dépistage de certains cancers sans médecin.

En ce qui concerne l'évolution des pratiques médicales, la question des déserts médicaux exige désormais le recours à une approche globale de l'attractivité des territoires, les jeunes médecins souhaitant trouver dans leur lieu d'implantation à la fois les éléments indispensables à l'installation de leur famille - écoles de qualité et de tous niveaux, bassin d'emploi attractif pour le conjoint - mais aussi des lieux de pratiques en équipe et avec un temps de travail limité et davantage prévisible. A ce titre, la pratique médicale hospitalière apparaît comme attractive pour de nombreux jeunes médecins.

Néanmoins, plusieurs questions doivent encore être réglées pour permettre une pratique à la fois satisfaisante et attractive pour les praticiens, tout en assurant l'accès à un même niveau de

soin sur l'ensemble du territoire. La concurrence entre hôpitaux publics, et surtout entre cliniques privées et pratique libérale est aujourd'hui toujours plus forte ce qui interroge sur la capacité des services publics de santé à attirer, mais surtout à retenir, des praticiens de qualité.

Une meilleure articulation à tous les niveaux paraît nécessaire. Sur ce point, l'existence d'une clause de non-concurrence seulement pour le cumul d'activités publiques et activités privées n'est aujourd'hui pas satisfaisante pour les praticiens dont certains appellent à une extension à l'ensemble des praticiens hospitaliers. Si la pratique libérale au sein de l'hôpital est un facteur d'attractivité, elle est également source de nombreuses dérives qui méritent d'être mieux encadrées.

« Une meilleure articulation à tous les niveaux paraît nécessaire. »

Enfin, une articulation améliorée entre médecine de ville et médecine hospitalière apparaît également indispensable pour garantir une meilleure répartition de la charge médicale, en réduisant notamment les consultations de « bobologie » aux urgences. Face à l'enjeu des déserts médicaux, ces services sont en effet encore trop souvent utilisés comme levier de compensation, ce qui pèse sur le personnel soignant et limite leur attractivité.

Les centres hospitaliers qui peinent à attirer de jeunes médecins et à assurer le maintien de leurs services doivent également être au cœur de cette réflexion. En effet, face à la pénurie de soignants, un certain nombre ont recours à des praticiens à diplôme étranger, qui n'ont parfois pas obtenu la reconnaissance de leur diplôme, condition indispensable à l'exercice de la médecine en France, créant une source de risque de santé publique non négligeable.

La question de la fermeture de certains services ou établissements du fait d'un seuil d'opérations trop bas se heurte trop souvent à des oppositions publiques et politiques, alors qu'il s'agit de mesures de protection indispensables, qu'il convient d'accompagner d'une pédagogie du risque.

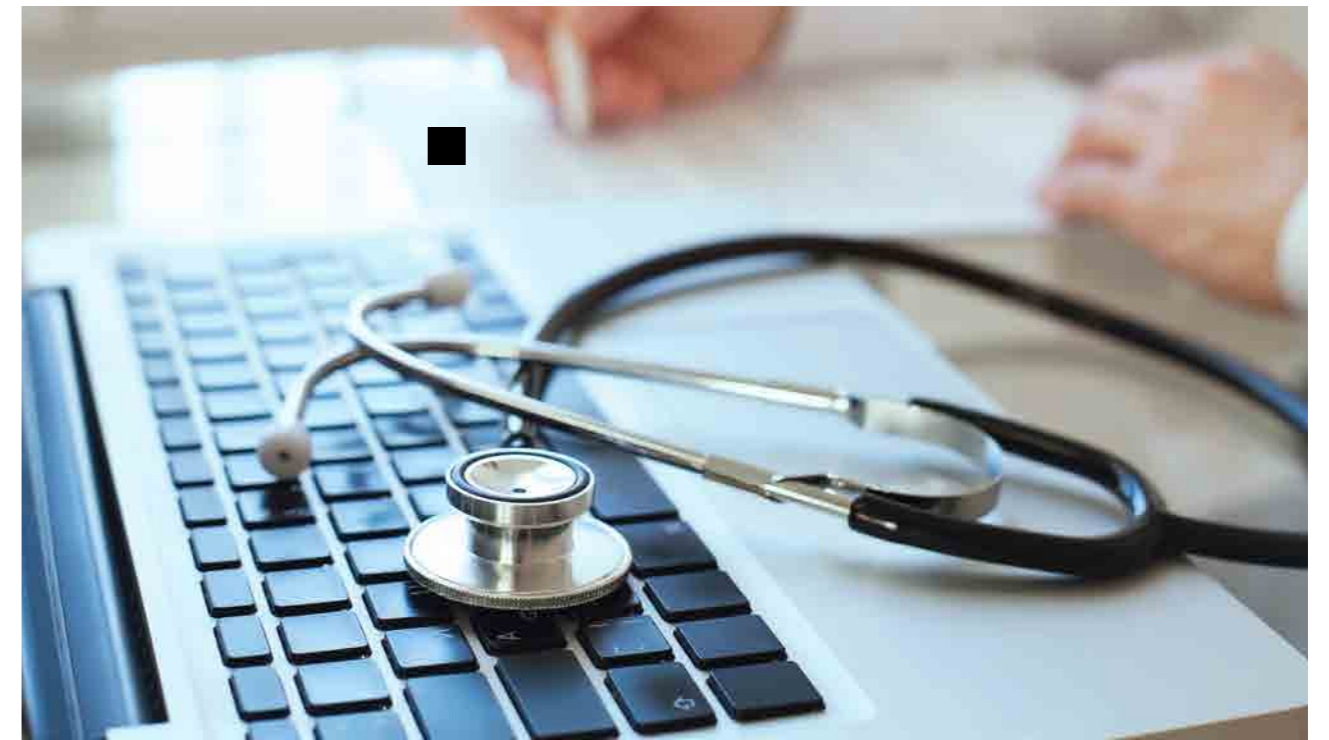
Face à ces difficultés, il est nécessaire de réfléchir à une meilleure articulation des pratiques des établissements d'un même territoire. A ce titre, la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT) apparaît comme une mesure bénéfique qui devrait porter ses fruits dans les années à venir, si on laisse le temps aux établissements parties d'apprendre à travailler ensemble et d'approfondir leurs échanges. Les bénéfices recherchés ne seront pas atteints si on les amène à « marche forcée » par des dispositifs réglementaires précipités.

2. DES PRATIQUES ET DES TECHNOLOGIES INNOVANTES DÉJÀ EXISTANTES PERMETTRAIENT DE MIEUX RÉPONDRE À L'ENJEU DES DÉSERTS MÉDICAUX

La question du sens de la pratique est également au cœur de l'interrogation plus large de l'évolution des rôles médicaux. La mise en place de la tarification à l'acte, qui encourage une pratique inflationniste, a placé chaque soignant dans une posture morale où seule l'éthique médicale du praticien est source de contrôle.

Les seuils de rentabilité appliqués notamment aux assistants médicaux, de l'ordre de 10min/patient, impliquent une gestion systématisée, réduisant la capacité d'intégrer une fonction sociale, pourtant partie intégrante de leur rôle.

Une réponse aux besoins des patients des territoires en tension pourra venir d'une évolution de la répartition des pratiques de soin. Ainsi, les infirmiers ayant au minimum 3 ans d'exercice peuvent désormais suivre sur deux ans une formation, pratique dérogatoire qui permet de mieux séquencer la prise en charge médicale en les autorisant notamment à prescrire des examens complémentaires ou des renouvellements de prescriptions médicales, et à réaliser des actes d'orientation dans le parcours de soin, de prévention ou de dépistage.



Cette évolution des pratiques, autorisée par la loi de modernisation de notre système de santé, permet d'améliorer et de faciliter la logique de parcours de soin dans les territoires peu dotés en personnel soignant, et d'améliorer l'articulation entre médecine de ville et médecine hospitalière, en particulier dans un contexte de montée en puissance de la médecine ambulatoire à l'hôpital.

« 20 000 infirmiers en pratiques avancées devraient être formés d'ici 2020. »

L'exemple d'autres pays ayant déjà adopté un tel système souligne qu'il permet notamment de mieux gérer la prise en charge des maladies chroniques en déléguant une partie du suivi des soins aux infirmiers, mais aussi de limiter les risques d'abandon de traitement, souvent liés à un manque d'appui social.

Cette évolution permet ainsi de mieux intégrer l'enjeu de lien social dans le système de santé par une optimisation de la prise en charge médicale. Cet

exercice en pratique avancée concernera environ 3% de la population infirmière, soit environ 20 000 personnes. L'enjeu d'un tel système reste la question de la rétribution des actes, les médecins libéraux risquant de ne plus traiter que des cas complexes, consommateurs de temps et donc sous-rémunérés selon les grilles de remboursement actuelles.

D'autres pratiques innovantes issues du terrain peuvent inspirer les politiques publiques de santé pour mieux répondre à l'enjeu des déserts médicaux. Ainsi, la startup Continuum+, portée par une association de patients, a conçu une application numérique permettant une meilleure mise en relation de l'infirmier, du pharmacien, du médecin traitant et du médecin oncologue dans le suivi du traitement du cancer.

L'infirmier renseigne ainsi dans l'application l'ensemble des incidents et effets secondaires identifiés, ce qui permet de tenir l'ensemble du corps soignant informé, mais surtout d'alerter en cas de rechute ou d'effets secondaires trop importants.

Cette innovation est notamment mise au service des patients les plus isolés

ou vulnérables. Alors qu'elle fait déjà ses preuves dans le suivi de plus de 50 patients, la question reste encore une fois celle des modalités de financement public potentiel de ces pratiques innovantes.



LES MAISONS DE SANTÉ SONT-ELLES LA PANACÉE ?

Centres, maisons ou pôles de santé, les structures alternatives à l'exercice traditionnel de la médecine libérale fleurissent.

Attractives pour les professionnels et réputées augmenter la qualité des soins, ces structures restent cependant fragiles financièrement et risquent de devenir concurrentes entre elles. Quelle est la soutenabilité de ces modèles ?

Pour répondre à ces questions, l'atelier s'est structuré en deux temps. Après un cadrage du sujet par la définition des notions et des enjeux, une expérience concrète a été explorée : le premier centre de santé départemental, en Saône-et-Loire. Claude Cannet, Vice-présidente en charge des solidarités de ce département, et Lionel Dassetto, Directeur du centre départemental de santé, ont présenté cette expérimentation et ont échangé avec les élèves.

1. MAISONS DE SANTÉ : DE QUOI PARLE-T-ON ?

On distingue différents types de structures favorisant l'exercice coordonné de la médecine :

les maisons de santé pluriprofessionnelles regroupent plusieurs professionnels de santé dans des locaux communs. Elles sont financées par l'ARS à deux conditions : la présence d'au moins deux médecins généralistes et un professionnel paramédical ; la conclusion d'un contrat d'objectifs à partir du « projet d'exercice coordonné » ;

- les pôles de santé constituent un regroupement de professionnels de santé liés par un projet médical commun mais qui ne partagent pas forcément une structure physique ;
- les centres de santé sont des structures gérées par une association ou une collectivité territoriale, au sein desquelles les professionnels de santé sont salariés.

Ces différents modèles ont pour avantages d'augmenter le temps médical disponible (en déchargeant les médecins de certaines tâches administratives ou actes médicaux), d'améliorer la prise en charge des patients grâce à la coordination des professionnels, d'améliorer la qualité des soins de premier recours, et de répondre aux aspirations de certains professionnels en matière de conciliation entre vie privée et vie professionnelle. Ces structures peuvent-elles également renforcer l'attractivité de certaines zones ? C'est là tout l'enjeu face aux déserts médicaux.

L'apparition de ces nouvelles structures s'insère dans un écosystème plus large, visant à développer la pratique de la médecine en réseau.

On peut citer ainsi :

- les communautés professionnelles territoriales de santé, pour coordonner la réponse à des problématiques rencontrées ;
- les contrats locaux de santé : actions portées par l'ARS et les collectivités territoriales pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé.



Alors que la France ne comptait que 20 maisons de santé en 2008, elle en dénombre environ 1000 aujourd'hui, et l'objectif du gouvernement est de doubler ce nombre d'ici 2022. La dynamique de développement du modèle est donc très forte.

2. LE CENTRE DE SANTÉ DU DÉPARTEMENT DE SAÔNE-ET-LOIRE, UNE STRUCTURE INNOVANTE SOUS DE NOMBREUX ASPECTS.

Face à la désertification médicale (110,4 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2016, contre 132,1 en France) et aux limites des dispositifs antérieurs, le département de Saône-et-Loire a décidé en 2017 de créer le premier centre de santé départemental en France. Les médecins sont répartis en 5 centres et 45 antennes (à terme), pour assurer des activités de soins, participer à des actions de prévention et des actions sociales.

Des consultations en télé-médecine en cardiologie et pneumologie sont également proposées, toujours dans cette logique de facilitation de l'accès aux soins et de

développement de la prévention, dans deux spécialités où elle joue un rôle essentiel.

Lors du lancement du projet, le Département a été attentif à ne pas créer de coquilles vides (maison de santé sans médecins) et à éviter la concurrence entre territoires. Pour cela, le Département a identifié les besoins en concertation avec les élus municipaux et en cherchant à répondre aux besoins exprimés par les professionnels. La répartition des antennes a été conçue de façon à pouvoir évoluer dès lors que l'offre de soins s'améliore sur le territoire concerné, grâce, par exemple, à l'installation d'un médecin généraliste libéral. Un des atouts de ce centre est ainsi la réactivité et la souplesse du système, permettant d'éviter toute concurrence entre différents dispositifs et différents territoires.

Une autre question posée au début du projet était : un département peut-il créer un centre de santé bien qu'il n'ait pas la clause générale de compétence ? L'analyse juridique a conclu favorablement, puisque le département emploie déjà des médecins au titre de la protection maternelle et infantile (PMI) et de la protection de l'enfance.

Tous généralistes, les médecins sont salariés du Département, sur la base des grilles de rémunération hospitalières. Leur salaire est fixe, et non variable suivant le nombre de consultations, pour ne pas pénaliser les médecins s'installant en zone rurale. Ils bénéficient d'un contrat à durée déterminée de trois ans, à temps complet ou à temps



partiel. Les médecins peuvent avoir une pratique mixte, avec des activités à l'hôpital. Ils interviennent également dans les EHPAD. Le centre de santé départemental répond donc aux nouvelles attentes des médecins.

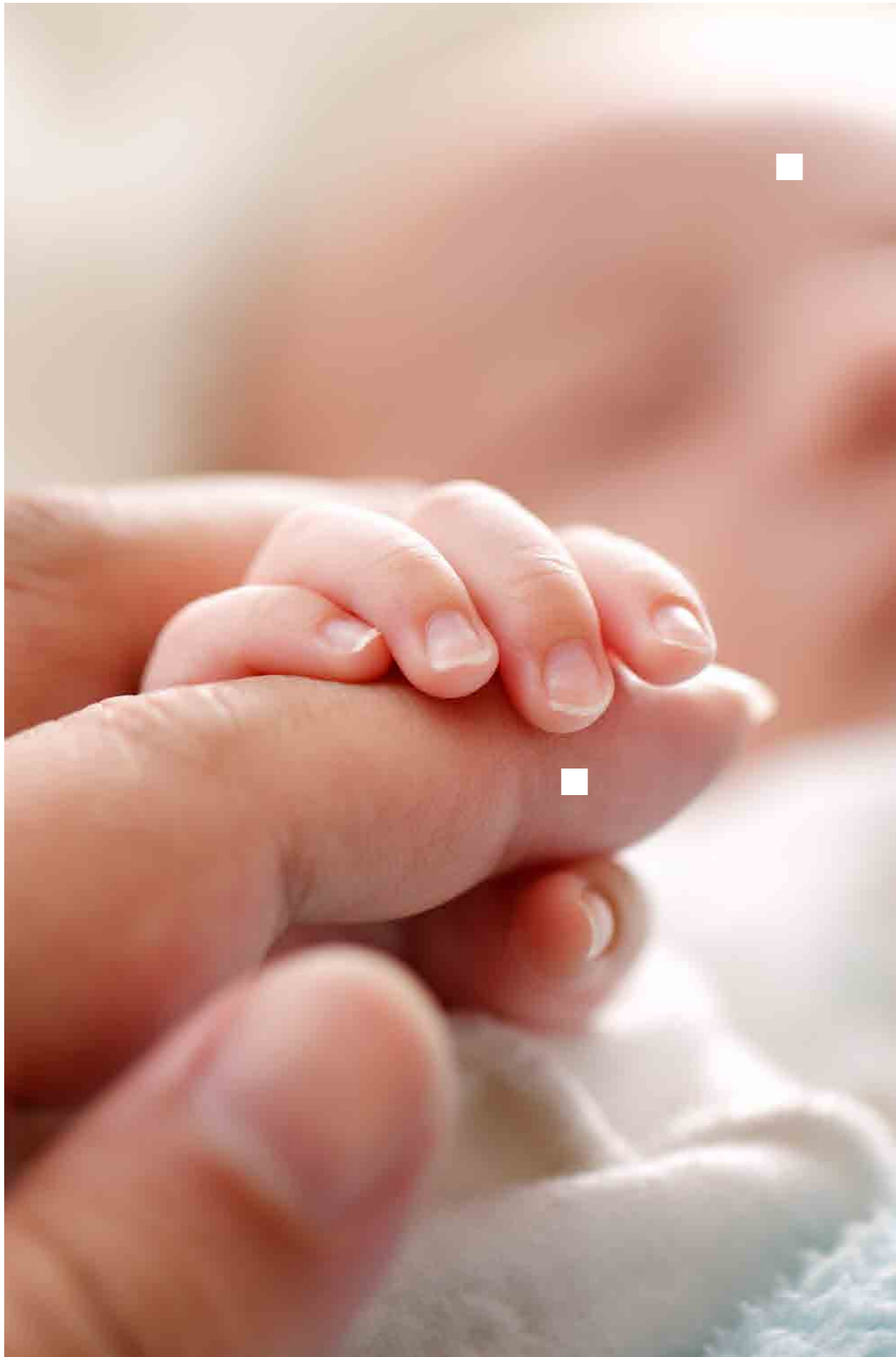
Les premiers médecins qui ont candidaté étaient des médecins en fin de carrière, attirés par le confort du statut. Les jeunes médecins ont mis plus de temps à venir. La position géographique de la Saône-et-Loire, bien desservie par le TGV, facilite le recrutement car certains viennent à la semaine depuis Paris, Marseille, etc. Le Département a par ailleurs refusé de recruter des médecins qui étaient déjà installés sur le territoire. Pour assurer un fonctionnement optimal du centre de santé - un même médecin effectuant des permanences dans différentes antennes -, l'ensemble des médecins a accès à tous les dossiers médicaux, qui sont dématérialisés. Ils peuvent être échangés, via une messagerie sécurisée pour respecter le secret médical. Les consultations médicales sont

ouvertes à tous, y compris aux habitants de départements limitrophes. Le centre de santé départemental applique les tarifs conventionnels du secteur 1 (sans dépassement d'honoraire) et pratique le tiers payant. Il répond donc aux attentes des patients. Le centre de santé départemental a vocation à atteindre un équilibre financier après quelques années de fonctionnement. Pour cela, il doit arriver à 40 équivalents temps plein (ETP) de postes de médecin. Les sources de financement sont plurielles : l'assurance maladie par le biais des consultations médicales et des financements versés aux maisons de santé (exonération de charges patronales), l'ARS sur des objectifs spécifiques, l'investissement initial du Département, etc.

Les communes et intercommunalités participent également au modèle, en mettant à disposition les locaux et le matériel. 11 000 personnes ont retrouvé un médecin traitant grâce au centre de santé départemental. Les résultats sont donc encourageants. D'ailleurs,

beaucoup de départements sollicitent la Saône-et-Loire pour recueillir son retour d'expérience. Cette expérience se révèle, à l'heure actuelle, concluante. Il reste à examiner sa potentielle répliquabilité, les intervenants ayant également insisté sur la nécessité d'un portage politique fort pour ce type de projet.

C'est néanmoins un très bon exemple de la capacité des acteurs locaux à encourager l'installation des professionnels de santé sur les territoires désertés, par le biais de dispositifs parfois inédits mais adaptés aux aspirations des différents acteurs en présence.



EN MATIÈRE DE DÉSERTS MÉDICAUX, VAUT-IL MIEUX PRÉVENIR QUE GUÉRIR ?

Jean Louis Deutscher est médecin spécialiste de santé publique et travaille comme coordonnateur régional à la Mutualité sociale agricole (MSA). Il a contribué au développement de l'éducation à la santé familiale en Lorraine depuis 2015. Cette expérimentation est soutenue par la MSA de Lorraine, l'ARS et l'association santé éducation prévention sur les territoires (ASEPT).

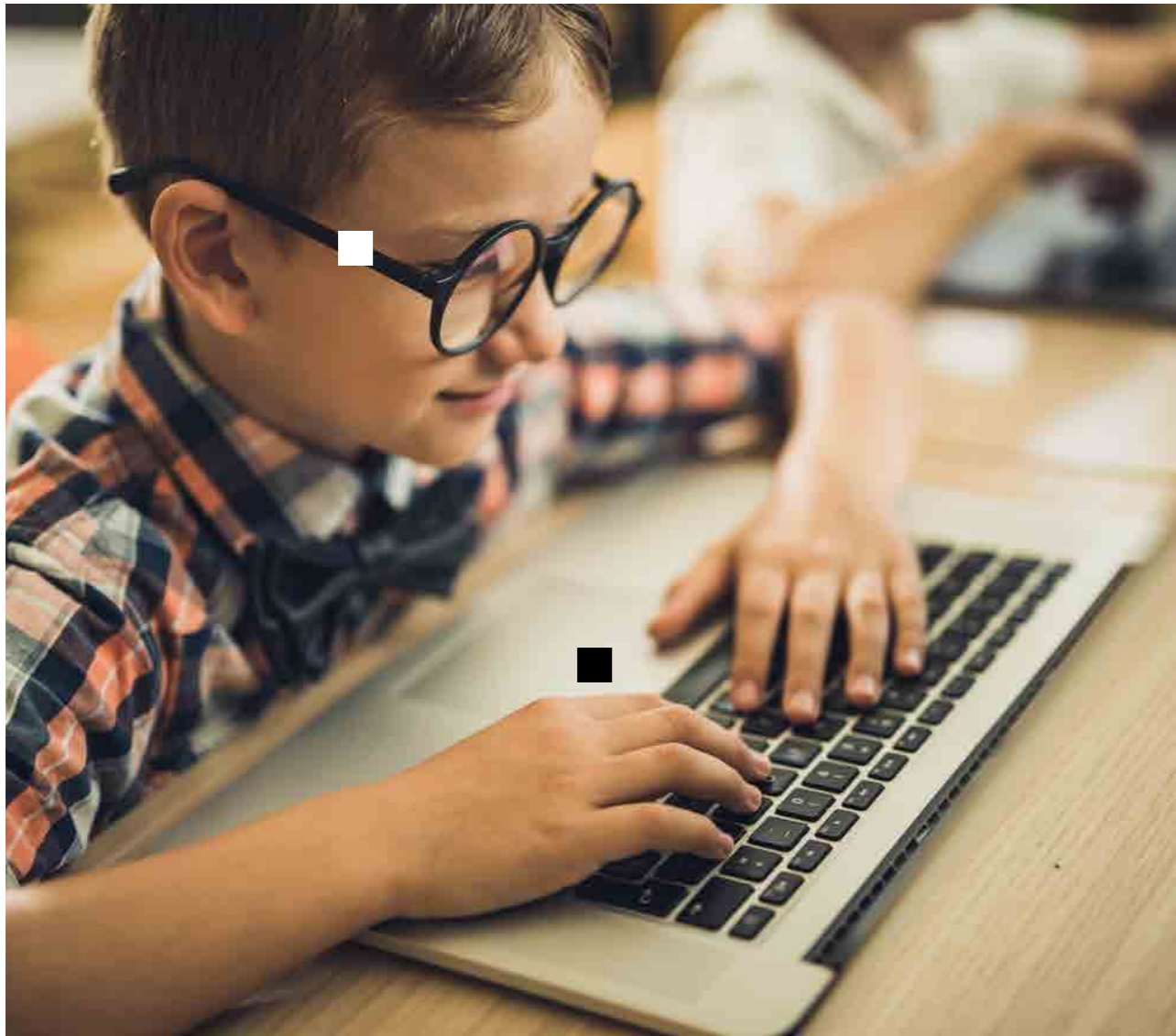
1. LA CONTRIBUTION DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ FAMILIALE POUR LUTTER CONTRE LES EFFETS DES DÉSERTS MÉDICAUX

Le projet d'éducation à la santé familiale (ESF) s'appuie sur plusieurs constats : baisse de la démographie médicale, systématisation du recours aux services de soins par les usagers, saturation des services d'urgence. Pour mitiger ces problématiques délétères, il a été fait

l'hypothèse que le réinvestissement des problématiques de santé par les familles permettrait de limiter les sollicitations « évitables » des professionnels de santé, qui auraient alors davantage de temps pour s'occuper des usagers les plus gravement malades.

L'éducation à la santé familiale vise donc à permettre aux familles de traiter par elles-mêmes les problèmes de santé les plus courants (rhume, hygiène...), mais également de faire face aux situations d'urgence et d'exception (événements climatiques, signes d'AVC...). Il s'agit de leur apporter des compétences applicables immédiatement, plutôt que des connaissances théoriques.

Les séances d'éducation à la santé familiale s'appuient aussi sur les pratiques familiales déjà en place,



souvent acquises par transmission traditionnelle ou issues de la culture locale. Il s'agit de ne pas bouleverser les pratiques existantes, mais de les sécuriser, par exemple en ce qui concerne l'automédication. Concrètement, les ateliers d'ESF comprennent un tronc commun applicable à toutes les familles, ainsi que des modules destinés à des publics spécifiques : santé sexuelle pour les adolescents, puériculture et pédiatrie pour les jeunes parents, personnes âgées et gérontologie... Les séances sont généralement animées par un binôme médecin généraliste/infirmier, avec des interventions ponctuelles de pharmaciens, urgentistes, pompiers, sages-femmes ou psychologues, selon les ressources du territoire.

Les évaluations du programme ont montré qu'après une formation en ESF, les participants se sentent davantage en capacité de prendre en charge leurs problèmes de santé, notamment les plaies, les syndromes grippaux, les gestes de premier secours. Trois mois après la formation, ils ressentent moins le besoin d'aller chez le médecin et une majorité d'entre eux ont mené des actions sur la pharmacie familiale.

2. L'APPROCHE DE LA SANTÉ PAR LA PRÉVENTION DOIT ENCORE ÊTRE DÉVELOPPÉE EN FRANCE

Le développement de la prévention peut prendre d'autres formes que l'ESF :

- La prévention sous forme numérique peut être un outil intéressant, mais il faut être attentifs aux « trous » du numérique.
- L'école a un rôle important : la santé doit être intégrée dans les politiques éducatives.
- Les actions de communication sur les chaînes publiques ont été plutôt bien mémorisées par les français.

Au-delà des actions de communication, la politique de prévention doit passer par la création de lien social autour de la prévention, comme lors d'ateliers de groupes ; or, ce versant n'a pas encore été très investi. Pour développer ce type d'ateliers sur un territoire, il faut s'appuyer sur les potentialités locales (associations, professionnels de santé volontaires).

Il faut aussi éviter de vouloir agir sur tous les problèmes de santé à la fois : mieux vaut cibler les besoins auxquels l'on souhaite répondre pour répondre aux attentes des usagers.

Il y a encore peu de cours sur la prévention dans la formation des médecins, même si l'intérêt des médecins pour cet aspect se développe, notamment au cours des stages.

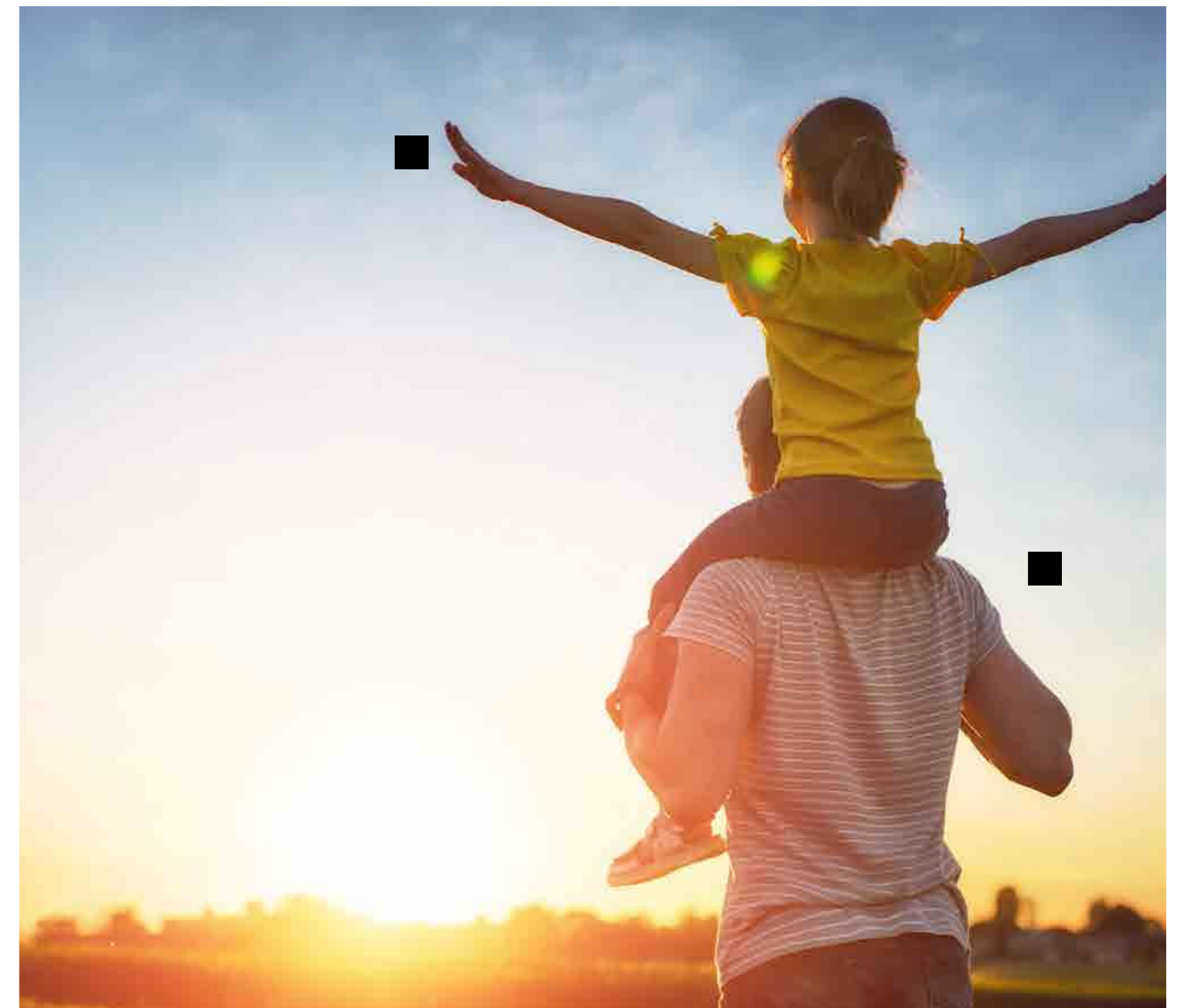
En conséquence, de nombreux médecins omettent d'orienter leurs patients vers les structures de prévention ou d'éducation en santé.

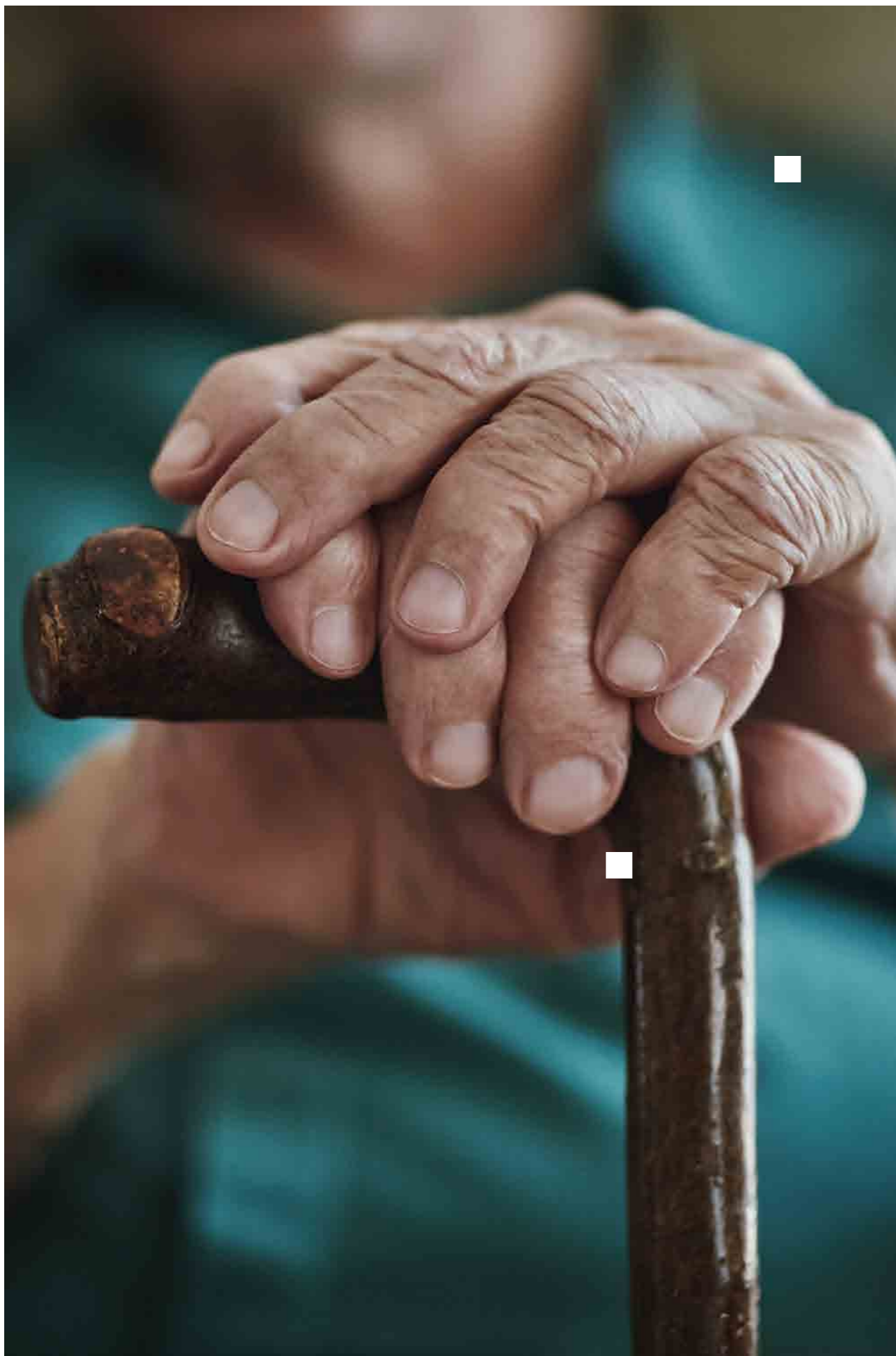
« Les politiques de prévention ont peu évolué. »

Au cours des 20 dernières années, malgré les discours, les politiques de prévention ont peu évolué. Les responsables administratifs ou politiques (DGARS, directeurs d'hôpitaux, élus locaux) ont souvent d'autres priorités plus urgentes que la prévention, par exemple la gestion des

déficits des structures de santé. Leur horizon de temps est beaucoup plus court que celui de la prévention, dont les résultats ne sont pas visibles avant plusieurs années.

Pour convaincre ces acteurs de financer des mesures de prévention, il est important de bien leur en présenter les fondements et les avantages à long terme.





VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET DÉSERTS MÉDICAUX

Le vieillissement croissant de la population, plus marqué sur certains territoires, aggrave-t-il la désertification de l'offre de soins ? Comment l'offre de santé répond-elle aux défis du grand âge (dépendance, structure, moyens humains) ?

L'intervention et les échanges avec Jérôme Guedj, conseiller départemental de l'Essonne, membre du think tank Matières Grises et auteur de Plaidoyer pour les vieux (J. C. Gawsewich, 2013), invité pour animer cet atelier, sont retracés ci-après.

1. CONSTAT : LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION EST-IL LIÉ À LA QUESTION DES DÉSERTS MÉDICAUX ?

Environ 13% de la population française vit dans un désert médical (DREES, 2018). En parallèle, la France devrait compter 10,6 millions de personnes de 75 ans et plus (6,1 millions en 2018) et 4 millions de 85 ans et plus (2 millions en 2018) d'ici 2040, ce qui induit des besoins croissants : les personnes âgées sont plus consommatrices de soins, notamment infirmiers, et peuvent cumuler plusieurs pathologies. Or, le ratio offre/besoins en soins devrait se dégrader d'ici 2040, tandis que le vieillissement concerne

les médecins eux-mêmes : 47% d'entre eux ont plus de 55 ans. Le nombre croissant de patients en Ehpad apparaît également comme la conséquence d'une insuffisante offre de soins en ville ou à domicile. Les entrées en Ehpad se font pour des personnes de plus en plus dépendantes (âge moyen d'entrée à 85 ans, auquel on cumule 8 maladies chroniques en moyenne, pour un séjour moyen de 2 ans). Le maillage territorial de ces structures est adapté (il existe environ 7 000 Ehpad dont 45% sont publics, 30% associatifs et plus de 25% commerciaux), puisque 75% des 75 ans et plus vivent à moins de 5km d'un EHPAD.

Toutefois, il existe peu d'alternatives entre la prise en charge à domicile, plus plébiscitée et moins coûteuse, et le placement en Ehpad. Par ailleurs, la population en Ehpad est moins suivie sur le plan médical, puisque 1/3 d'entre elle n'a pas de médecin coordonnateur alors que chaque année, la moitié des résidents en EHPAD est hospitalisée.

Enfin, les besoins sont marqués en matière de personnel : avec 27 aides-soignants ou infirmiers pour 100 lits, la France a un taux d'encadrement légèrement inférieur aux autres pays européens (il atteint par exemple 38% en Espagne et 40% en Allemagne).

Ces constats posent des questions relatives au grand âge et à la dépendance qui dépassent le seul cadre des déserts médicaux. Comment décloisonner les parcours entre domicile et établissement ? Comment assurer le financement de la dépendance, qui représente chaque année 24 milliards d'euros de dépense publique et 8 milliards d'euros de dépense privée, alors que les financements publics sont éclatés (l'APA et l'aide sociale à l'hébergement sont versées par les départements, les réductions et crédits d'impôt par l'Etat, les APL par les CAF, etc.) ?

Quelles solutions apporter pour revaloriser les métiers voire progresser vers la création d'une « filière gérontologique » ? La télésurveillance à domicile, pratiquée aux Etats-Unis, est-elle envisageable ? Dans ce contexte de plus en plus mobilisateur (débat sur la création d'un « 5^{ème} risque », loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement), le gouvernement a récemment pris des initiatives : consultation citoyenne fin 2018 sur la « prise en charge de nos aînés » qui a recueilli 415 000 contributions en deux mois, [rapport de Dominique Libault](#) sur le sujet attendu pour fin mars 2019 pouvant préfigurer une future loi sur le grand âge et l'autonomie.

2. LE GRAND ÂGE DEMEURE UN IMPENSÉ DES POLITIQUES, QUI S'EXPLIQUE TANT PAR UN DÉNI INTIME DU VIEILLISSEMENT QUE PAR LA PERSPECTIVE BUDGÉTAIRE QUE CELUI-CI IMPLIQUE.

Il existe d'ailleurs une discrimination liée à l'âge, l'âgisme. Cependant, la transition démographique est un enjeu qui mérite d'être adressé au même titre que la transition écologique et numérique. Les baby-boomers auront 80 ans dans les 10-15 ans qui viennent : c'est un phénomène de gérontocroissance. On peut distinguer 3 catégories de retraités en pyramide : (1) les robustes ; (2) les fragiles et (3) les dépendants (3M de bénéficiaires aujourd'hui).

Si l'espérance de vie croît, l'espérance de vie sans incapacité (i.e. nombre d'années qu'une personne peut compter vivre sans souffrir d'incapacité dans les gestes de la vie quotidienne, soit en France, 64,1 ans pour les femmes et 62,7 ans pour les hommes)

décroit, notamment du fait de la hausse des maladies chroniques. Il y a donc un recul de la « compression de la morbidité », terme qui désigne la survenue de plus en plus tardives des incapacités et de la dépendance chez les personnes âgées.

3. LA QUESTION DE LA PRISE EN CHARGE DU GRAND ÂGE POSE LES MÊMES PROBLÉMATIQUES SOCIALES ET TERRITORIALES QUE CELLE DES DÉSERTS MÉDICAUX.

Deux grèves des Ephaad en 2018 préfiguraient certains thèmes des « Gilets jaunes » : accès au soin, financement, pouvoir d'achat des familles et des travailleurs pauvres, notamment. L'article de Florence Aubenas de juillet 2017 en une du Monde a créé un « effet-papillon », le président de la République ayant ensuite annoncé que « le risque dépendance n'est pas financé ». Ce 5^{ème} risque est un serpent de mer des politiques sociales. En amont de la loi grand âge, une concertation grand public autour du grand âge a été lancée à l'automne 2018 avec 1 500 000 votes, ainsi que des groupes de travail. Le rapport de Dominique Libault sera remis le 28 mars sur le sujet. Le sujet santé et vieillissement s'est invité au Grand débat : la demande sociale est bien là.

La place de la personne âgée dans le système de soin est révélatrice de ses dysfonctionnements :

- I. De multiples cloisonnements existent : financements, parcours ville/domicile/établissement, gouvernance locale et nationale, etc.
- II. L'émergence d'un parcours de soin pour la perte d'autonomie doit être encouragée.
- III. La présence médicale et soignante dans les Ephaad (ex. infirmières de nuit, hausse du rôle des médecins coordinateurs, hébergement de maisons de santé) est indispensable : cela diminuerait le recours aux urgences et les hospitalisations « par défaut », également liées à la fin des visites à domicile. La réinvention de l'Ephaad, plus ouvert, avec plus de droits et de choix pour les résidents, est une nécessité.
- IV. L'habitat regroupé doit être favorisé. Les personnes âgées en relativement bonne santé choisissent les résidences seniors ou autonomie. Il s'agit de voir la ville du point de vue d'un senior et l'aménager en fonction : de vraies questions d'urbanisme se posent. Des initiatives locales ont été prises à cet égard : village Alzheimer à Dax, bourse d'échange de HLM, etc.



4. UN EFFORT DOIT ÊTRE RÉALISÉ POUR FINANCER LE GRAND ÂGE.

Il est nécessaire de mobiliser 9 à 10 milliards d'euros en plus des 24 milliards d'euros actuels.

Trois pistes plus structurelles sont envisageables :

- I. L'amélioration de la prise en charge à domicile : organisation à revoir, financement qui demeurent morcelés, reconnaissance du rôle de l'aïdant à consolider.

- II. La médicalisation des maisons de retraite (0,61% de personnel par résident) et le besoin de les ouvrir aux publics fragiles (Ephaad- plateforme ou hors-les-murs). A cet égard, des alternatives au diptyque Ephaad-domicile doivent être favorisées : c'est le cas des « villages seniors ».

- III. La diminution du reste à charge pour les familles. Une 2^{ème} journée de solidarité, souvent évoquée dans le débat public, ne rapporterait que 1,3 Md€. Jérôme Guedj propose de reprendre le produit de la CRDS, censée financer la CADES jusqu'en 2024, pour accompagner ces évolutions lorsque la dette sociale sera résorbée : les montants sont à la hauteur des besoins et le financement du grand âge serait sans surcoût vis-à-vis du système fiscal actuel.

Pour aller plus loin

- Publications du think-tank *Matières Grises*, notamment l'étude de septembre 2018 intitulée "[Les personnes âgées en 2030 : portrait-robot de la génération qui vient](#)"
- *Rapports de la Cour des comptes*, notamment [« Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie »](#) publié le 12 juillet 2016
- Tribune de Jérôme Guedj, [« Comment la France doit gérer la révolution de la longévité »](#), *Le Point*, 12 mars 2019
- Jérôme Guedj, *Plaidoyer pour les vieux*, J. C. Gawsewich 2013



INSTALLATION DES MÉDECINS : CONTRAINdre OU INCITER ?

Intervenant : Dr Yannick Schmitt, Médecin Généraliste à Strasbourg – Président du syndicat de jeunes médecins généralistes RéAGJIR (Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants)
Le présent compte-rendu cherche à remettre en perspective les différents arguments soulevés durant le débat, il n'engage en rien l'avis personnel de l'intervenant, ni de l'équipe organisatrice de la journée.

1. DEUX CAUSES DU MANQUE DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN FRANCE

Les causes du manque de médecins généralistes en France sont certainement nombreuses, et complexes. Deux d'entre elles ont pu être abordées lors de l'atelier.

La première cause est mathématique : il n'y a pas assez de médecins en France. Cette carence est le résultat de la politique du numerus clausus, soutenue par l'Ordre des Médecins et le Gouvernement : trop peu d'étudiants sont sélectionnés pour la médecine à l'issue de la PACES (Première Année Commune aux Etudes de Santé). De plus, la rigueur des études de

médecine crée des abandons en cours, mais qui ne sont pas compensés par de nouvelles entrées. Le rehaussement du numerus clausus ou même son abandon, actuellement envisagés, n'offriront des résultats qu'à partir de six à dix ans. La seconde cause concerne plus spécifiquement la spécialité de médecin généraliste : elle souffre d'un manque d'attractivité.

A l'issue de leur sixième année, les étudiants en médecine passent un très exigeant concours commun, l'Epreuve Classante Nationale (ECN), qui leur donne un classement leur permettant de choisir leur spécialité. Or, il est observé depuis de nombreuses années que les deux dernières spécialités choisies sont la médecine du travail et la médecine générale. Ce résultat révèle autant qu'il auto-entretient la faible attractivité de la spécialité, vu comme celle des moins bien classés à l'ECN, ce qui est peu valorisant.

D'autres éléments limitent aussi l'attractivité de la médecine générale : l'installation est complexe, avec des remplacements à faire sur des zones parfois étendues, la difficulté à se créer une patientèle dans certains secteurs ou au contraire la trop forte demande qui entraîne de très lourds volumes de travail. Les nombreuses charges administratives à supporter parfois trop seul ou seule renforcent ces entraves.

Le manque de médecins est la première cause de leur mauvaise répartition sur le territoire. A quoi bon aller dans un désert médical pour être très isolé professionnellement (voire socialement, lorsque l'on n'est pas natif du secteur, par exemple), avec une lourde charge de travail et très peu

d'accompagnement, alors que la carence de généralistes permet de s'installer en ville, avec une amplitude horaire atténuée et une meilleure mise en réseau des médecins ?

2. LA CONTRAINTE, UNE SOLUTION LIMITÉE POUR MIEUX RÉPARTIR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Face à ce problème, limiter la liberté d'installation en affectant les médecins généralistes apparaît comme une solution envisageable.

Plusieurs arguments peuvent être avancés en faveur de ce projet. Tout d'abord, l'accès à la santé est devenu un véritable service public, et les citoyens sont donc en droit de demander l'égalité de traitement. La contrainte d'installation permet alors de l'assurer, en cohérence avec l'action de l'Etat sur d'autres politiques publiques.

De plus, il apparaît que la médecine générale est un exercice qui n'a plus de libéral que le nom. Des médecins libéraux peuvent ainsi se reconnaître comme des salariés indirects de la Sécurité Sociale. Un passage à un vrai salariat pourrait d'ailleurs apporter des réponses concrètes aux manques d'attractivité présentés ci-avant : meilleur accompagnement pour la prise de poste, meilleur encadrement des heures de travail, etc. Il pourrait constituer une efficace contrepartie à la contrainte d'installation.

Quelques limites à ce système ont néanmoins été relevées. D'une part, la liberté d'installation apparaît comme l'un des plus forts attraits de la médecine générale : la supprimer risquerait d'accroître les causes du manque d'attractivité

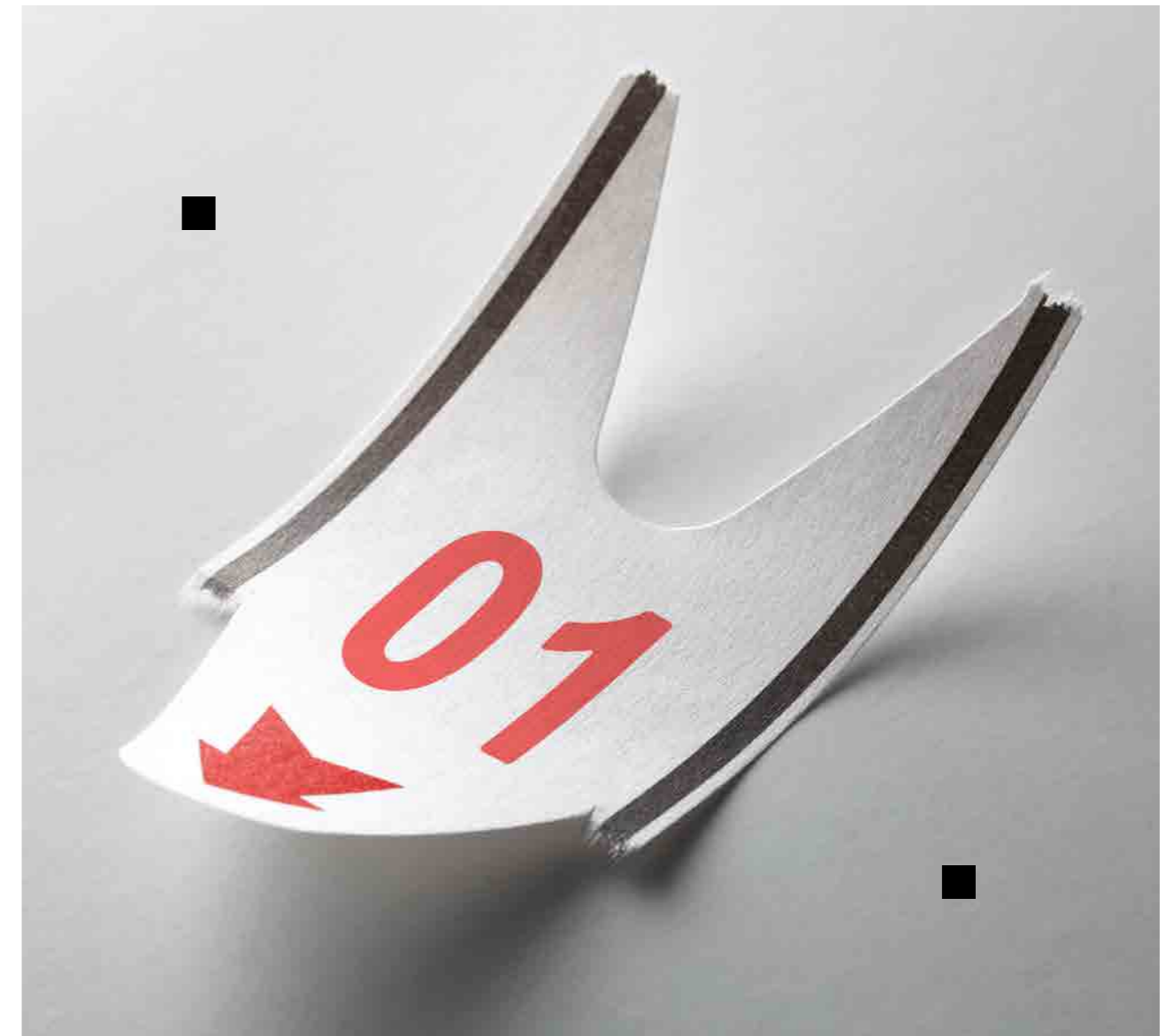
de la spécialité. D'autre part, le système de la contrainte d'installation n'est pas une panacée. Sa mise en place dans l'Education Nationale n'a pas forcément convaincu : beaucoup d'enseignants affectés en zone d'éducation prioritaire (ZEP) ont tendance à les quitter dès que possible – renforçant alors le sentiment d'abandon et de dévalorisation de ces zones.

3. LES CLÉS POUR INCITER LES JEUNES MÉDECINS À VENIR EN DÉSERTS MÉDICAUX

Une autre solution est de donner envie à de jeunes généralistes de venir dans des zones de déserts médicaux. Il faut alors d'abord travailler sur les déterminants de l'installation de jeunes médecins dans certaines zones. La connaissance du lieu d'installation est un premier facteur, pour susciter un projet.

Pour cela, y avoir des racines familiales, ou le fait d'y vivre une partie de ses études, est un bon moyen. A ce titre, l'amendement de la Loi Santé en cours de discussion au Parlement prévoyant un stage en zone sous-dotée serait intéressant, à condition que des tuteurs et tutrices de stage compétents puissent se rendre disponibles. La relation plus proche au patient (l'idée du « médecin de famille ») est une deuxième motivation, surtout en milieu rural.

L'ARS ainsi que plusieurs collectivités ont créé des contrats de contrepartie : en échange d'un financement de leurs études, les étudiants signataires s'engagent à s'installer dans une zone sous-dotée. Dans la réalité, le système connaît quelques vicissitudes. En effet, l'absence totale de coordination entre les collectivités locales en la matière crée une confusion forte.



Nul ne sait quel niveau doit s'en charger : les régions au titre de la formation professionnelle ?

Les départements au titre des solidarités et de la santé ?

Les blocs communaux au titre de l'offre de service de proximité ? Des doublons peuvent même voir le jour, mais toujours avec des conditions différentes.

Pour ce qui concerne le contrat ARS, il propose un financement des remplacements, mais avec la condition absurde de devoir réaliser 5 000 actes par an. Or, l'intervenant, médecin installé, en réalise environ 4 000 : il faudrait ainsi en faire 25% de plus en étant pourtant en simple remplacement. Le contrat est donc inapplicable, et, dans les faits, effectivement peu saisi.

Il apparaît que le combat de l'installation doit se mener dès la sortie de l'ECN, au moment où les étudiants se spécialisent, c'est-à-dire durant l'internat, et non pas après celui-ci.

En effet, beaucoup d'internes choisissent de demeurer au même endroit pour leur première installation. Pour cela, il faut avoir des tuteurs et tutrices de stage excellents et motivants en zone sous-dotées. Un travail de recrutement et de formation pourrait alors être menés dans cet objectif. L'Ardèche et l'Aveyron offrent des exemples encourageants.

Pour libérer du temps de travail au médecin et ainsi éviter l'engorgement des salles d'attente, quelques petites possibilités sont ouvertes. Par exemple, responsabiliser le patient sur les arrêts

de travail – acte qu'il n'a aucune valeur ajoutée à effectuer ni pour le médecin, ni pour le patient. Également, donner plus de pouvoir d'action aux infirmières (cf. l'atelier sur la pratique élargie) et aux pharmacies, bien mieux réparties sur le territoire et parfois sous-employées dans leur capacité d'accompagnement médical.

Enfin, il est nécessaire de renforcer les réseaux de médecins généralistes, avec des maisons de santé et des exercices coordonnés de la médecine.

CONCLUSION

Pour conclure le colloque, Grégoire Molle, journaliste à L'Yonne Républicaine, a proposé aux participants une synthèse des idées et informations échangées durant la journée.

Pour conclure cette journée, commençons par rappeler quelques chiffres :

- 1 personne sur 10 n'arrive pas à obtenir de rendez-vous médical auprès du professionnel de santé qu'il contacte ; un tiers d'entre eux renonce à consulter.
- Entre 2012 et 2016, l'accès géographique aux médecins généralistes à moins de 30 mn du domicile s'est dégradé pour un quart des Français (sondage UFC)

Les échanges au cours de la journée ont permis de mettre au jour une tension entre deux pôles :

CE QUE VEULENT LES PATIENTS/USAGERS

Les patients veulent un rôle plus actif dans leur santé. Ils peuvent mieux se prendre en charge (comme en matière de sport, de nutrition), mais il faut pour cela trouver les bonnes incitations, les inscrire dans un « circuit » vertueux, et relier les messages de santé publiques à des questions ou des activités qui les intéressent.

Un exemple de bonne pratique pour la prise en charge par les patients de leur propre santé est le centre départemental de santé de Saône-et-Loire, qui est vraiment parti des besoins locaux et qui s'adapte aux besoins des différents territoires. Il est ouvert à des habitants d'autres départements, dans une logique de « bassin de suivi ».

Un deuxième enjeu, est celui du vieillissement de la population. Selon des projections de l'Insee, la proportion des 65 ans ou plus

en France pourrait augmenter fortement jusqu'en 2040, année où ces personnes âgées représenteraient environ un quart de la population française. «Après 2040, la part des 65 ans ou plus continuerait à progresser mais plus modérément», précise l'Insee. L'adaptation de l'offre sanitaire et médico-sociale à leurs besoins nécessiterait 10 milliards d'euros d'in-vestissements

financiers. Il faut aussi réfléchir à l'évolution de leurs besoins : les attentes des personnes âgées ne seront pas les mêmes demain qu'aujourd'hui.

CE QUE VEULENT LES PROFESSIONNELS

Il existe une tension grandissante entre ce qu'on croit pouvoir exiger des médecins, et la vision nouvelle qu'ils ont désormais de leur métier. L'image du médecin de campagne seul qui fait des horaires incroyables, c'est terminé !

Sur la question de l'installation des médecins, un choix doit être fait entre deux options :

- Si la coercition à l'installation est taboue, il faut trouver d'autres leviers pour favoriser l'égalité d'accès aux soins. Les principaux facteurs d'installation restent l'attractivité du territoire, la présence de services publics, une possibilité d'emploi pour le conjoint, et une patientèle suffisante pour garantir des revenus suffisants.
- Si la coercition est choisie, en considérant que les médecins remplissent une mission de service public, il faudra se poser la question des coûts de cette politique en matière d'attractivité de la profession médicale, alors que certaines spécialités sont déjà en déficit, comme la médecine générale.

Les professionnels de santé expriment souvent leur mécontentement face au temps requis par les tâches administratives : réponse au standard pour les infirmières, reporting administratif pour les médecins... Il faut faire en sorte de leur permettre de se recentrer sur les soins.

Un autre enjeu est celui du basculement de la vision des professionnels de santé, d'une logique de patientèle à une logique de bassin de vie (responsabilité populationnelle). Enfin, concernant les délégations de tâche, les possibilités sont nombreuses et intéressantes. Cependant, il faut que les limites soient claires entre les activités de chaque type de professionnel, pour éviter un enchevêtrement des responsabilités.



Rédaction des actes :

EHESP

Théo Bourrelier, Maïlys De Fournoux

ENA

Mélanie Marquer, Romain Boyer, Gaëlle Fierville, Julie Lagrave, Louise Mariani

INET

Camille Guéneau, Sophie Geffrotin, Rodrigue Murzeau, Clément Aumeunier, Sarah Gresset

CONCEPTION ÉDITORIALE

Patricia Bamba, INET

GRAPHISME

VO communication - janvier 2020

