

DÉSERTS MÉDICAUX

QUELLE RÉPONSE PROPOSER EN ÉQUIPE ?

Réalisé par Adrien Renaud, Karen Ramsay et Éléonore Varini

Six millions de Français n'ont pas de médecin traitant, révélait l'Assurance maladie en décembre dernier. Et « la situation ne va pas s'améliorer dans les dix prochaines années », a prévenu la Cnam. Une désertification médicale qui peut trouver une solution – du moins en partie – dans la mise en place d'équipes coordonnées et structurées.

P. 21 Au-delà de la sphère médicale, la désertification en santé

P. 22 « 5 questions à... » André Accary, (conseil départemental de Saône-et-Loire)

P. 25 Billet de Julien Mousquès et Guillaume Chevillard

P. 26 Paroles d'acteurs

P. 29 Expériences étrangères



Au-delà de la sphère médicale, la désertification en santé

► **Concentrer les professionnels de santé au même endroit pour lutter contre les problèmes de désertification, est-ce un paradoxe ?**

► **Entre attractivité et efficacité, les structures d'exercice coordonné permettent l'émergence de nouveaux métiers.**

► **Quatre ans après la présentation du plan « Ma santé 2022 », les professionnels de santé estiment que les discours doivent - enfin - se traduire en actes.**

Au-delà de leur capacité de fédérer et de mutualiser les ressources sur un territoire, les équipes de soins coordonnées défient très souvent les lois de la géométrie. Alors que l'exercice pluriprofessionnel suppose, généralement, de concentrer les professionnels dans une même zone, on pourrait imaginer, d'un point de vue strictement géographique, qu'une telle concentration puisse entraîner des répercussions négatives sur l'accès aux soins, notamment pour les personnes vivant loin de ces points de rassemblement. Pourtant, professionnels de santé et pouvoirs publics s'accordent pour dire que les structures coordonnées – les maisons et centres de santé pluriprofessionnels mais aussi les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) – constituent des instruments privilégiés pour aboutir à une répartition de l'offre de soins plus homogène sur l'ensemble du territoire. « On peut voir l'idée de concentrer les professionnels au même endroit pour lutter contre les déserts médicaux comme un paradoxe, mais il nous semble surtout nécessaire de mutualiser les forces existantes », note le Dr Frédéric Villebrun, président de l'Union syndicale des médecins de centres de santé. Des propos qui font écho au slogan choisi par AVECSanté pour présenter ses propositions dans la lutte contre les déserts en santé : « En équipe, on va plus

loin. » La fédération, porte-étendard des MSP, a ainsi mis au point, en janvier dernier, un argumentaire présentant le fait « d'augmenter le financement actuel des MSP par l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) », de « reconnaître la MSP comme lieu de stage et favoriser l'accueil de stagiaires », ou encore de « développer la culture pluripro et son appropriation chez les jeunes professionnels en formation » comme autant d'ins-

♦♦ **Aujourd'hui, on ne recherche plus un lieu d'installation mais une équipe où s'installer** ♦♦

truments permettant de répondre aux besoins des millions de Français qui peinent à trouver des professionnels de santé à proximité de chez eux. En décembre dernier, l'Assurance maladie révélait que 6 millions de personnes – dont 10 % de patients souffrant d'une affection de longue durée – n'avaient pas de médecin traitant.

AU-DELÀ DU MÉDICAL, LE DÉSERT EN SANTÉ

Pour autant, décréter que l'exercice coordonné est une solution

au problème des déserts médicaux est une chose, mais démontrer les mécanismes concrets par lesquels il agit sur la disponibilité des soignants sur l'ensemble du territoire en est une autre. Schématiquement, ces mécanismes, mis en avant par les défenseurs et praticiens de l'exercice coordonné, sont de deux ordres. En premier lieu, ce mode d'exercice est jugé plus attractif : il correspond mieux aux attentes des nouveaux professionnels et incite à l'installation. « Aujourd'hui, les professionnels ne recherchent plus un lieu d'installation, mais une équipe où s'installer, explique Guillaume Fongueuse, infirmier libéral à la MSP de l'Avre, dans la Somme, et membre du bureau d'AVECSanté. Voilà pourquoi il ne faut pas, selon nous, parler de désert médical, mais de désert en santé. »

L'exercice en pluriprofessionnalité est également perçu comme plus efficace : à nombre de professionnels constant, il autorise des coopérations permettant de répondre aux besoins de davantage de patients. « Avoir de nouveaux métiers comme les infirmières en pratique avancée (IPA) ou les assistants médicaux, ou mettre en œuvre des protocoles de coopération ne permet pas directement l'installation de nouveaux médecins, mais permet à chaque professionnel de prendre en charge davantage de patients », résume Guillaume Fongueuse. En un mot, de libérer du temps médical... ou plutôt du temps soignant.

5 QUESTIONS



À ANDRÉ ACCARY
PRÉSIDENT DU CONSEIL
DÉPARTEMENTAL
DE SAÔNE-ET-LOIRE

« Nous faisons nos recrutements sur un véritable projet de santé, avec une offre complète d'équipe coordonnée »

Le centre de santé départemental de Saône-et-Loire a recruté depuis 2018 des professionnels de santé dans les zones désertifiées. Et selon son promoteur, André Accary, ces derniers exercent véritablement en équipe.

Où en est le centre de santé départemental de Saône-et-Loire ?

Nous avons actuellement un peu plus de 70 médecins salariés, qui sont principalement généralistes mais également certains spécialistes : gynécologues, pédiatres, dermatologues. Nous continuons à développer les infirmières Asalée, et nous n'avons pour l'instant qu'une infirmière en pratique avancée (IPA), mais nous comptons en recruter. Nous avons également recruté un orthoptiste.

Ces professionnels travaillent-ils véritablement en équipe ?

Oui, tout à fait. Nous avons six centres, qui ont chacun des équipes d'une dizaine de personnes qui travaillent ensemble, et qui font régulièrement des réunions d'équipe pour la formation

ou pour la prise en charge de certains patients. Nous faisons nos recrutements sur un véritable projet de santé, avec une offre complète d'équipe coordonnée, un peu comme un petit hôpital.

Un patient peut donc avoir un véritable parcours de santé au sein du centre de santé départemental ?

Oui, exactement. Nous avons un système d'information en place, et le dossier du patient le suit dans tout le territoire de la Saône-et-Loire, où qu'il aille. Cela a d'ailleurs été compliqué en termes de mise en place informatique, car l'échelle départementale était l'échelle maximale sur laquelle notre prestataire pouvait visiblement aller.

Pensez-vous que le fonctionnement en équipe permet aux centres de santé du département d'être plus efficaces, et de prendre en charge plus de patients qu'en exercice isolé ?

Je suis très attaché à ce qu'une IPA, par exemple, ne soit pas embauchée pour remplacer un médecin. L'idée est de faire en complément, pas « à la place de », ce qui permet de soulager, d'aller plus vite, de dégager du temps médical pour que le médecin puisse se concentrer sur le diagnostic. C'est d'ailleurs ce que les ophtalmologues ont réussi à faire avec les orthoptistes.

Quels sont les liens que vos équipes entretiennent avec les autres équipes coordonnées du département ?

Nos équipes sont tout à fait intégrées. Par exemple, quand la crise du Covid a commencé, nous avons créé des lieux de consultation communs entre médecins libéraux et médecins du département. Des sortes de cabinets éphémères dans lesquels les professionnels se relayaient. Pour la vaccination, nous avons également mis en place des coopérations. En plus des centres, il y avait un bus qui se rendait dans les lieux les plus reculés, et dans lequel pouvait travailler tantôt un médecin libéral tantôt un médecin départemental.

Gagner en attractivité grâce à son mode d'exercice : c'est la recette gagnante de la MSP de Pontgibaud, commune d'un peu plus de 700 habitants située dans le Puy-de-Dôme. « En 2017, à l'ouverture de la maison de santé, nous étions 12... Aujourd'hui, nous sommes 42 », se réjouit le Dr Yoann Martin, généraliste et initiateur de ce projet. C'est une vraie dynamique qui a été lancée, et la structure ne compte pas s'arrêter en si bon chemin. « Nous sommes en train de faire une extension avec cinq bureaux de plus, poursuit-il. D'ici fin 2022, nous serons rejoints par deux généralistes et une orthophoniste, et nous aurons des vacations de spécialistes. »

Résultat : le territoire de la maison de santé, classé « zone d'intervention prioritaire » par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes avant sa création, est passé en « zone d'action complémentaire ». Et s'il relève toujours de cette catégorie, c'est en raison, précise Yoann Martin, de « ce qui se passe autour », les secteurs environnants étant particulièrement en difficulté. Mais ne dites pas à ce fervent défenseur de l'exercice coordonné qu'il siphonne les maigres ressources sur lesquelles les déserts peuvent compter. « L'idée n'est absolument pas de concentrer tout sur un seul territoire et de tout désertifier autour. C'est pour cela que nous travaillons en étoile, et que nous sommes en train d'aider à la création de maisons de santé dans un rayon de 25 à 30 km autour de nous, comme à Rochefort-Montagne, aux Ancizes-Comps-Saint-Georges-de-Mons... »

L'ATTRACTIVITÉ DANS LE CONCRET

Mais l'attractivité des structures coordonnées ne se limite pas aux réussites de certaines MSP. C'est en tout cas ce que constate David Guillet, infirmier libéral en Mayenne et vice-président de la Fédération des CPTS (FCPTS) : « L'attractivité qu'apporte une CPTS est une réalité. J'exerce dans le Sud-Ouest mayennais, qui n'est pas à proprement parler le territoire le plus attractif de la région. Mais nous avons été parmi les premiers à nous structurer, et nous avons une démographie médicale positive. La preuve : deux médecins quittent cette

année le territoire de la CPTS, et nous avons déjà quatre ou cinq personnes qui souhaitent prendre la suite. » Ce qui n'a rien d'un miracle, précise-t-il, mais résulte de l'effet concret de la coordination. « Nous avons des MSP multisites, l'hôpital local fait partie de la CPTS, nous pouvons offrir des emplois mixtes libéral-salarié, il y a des consultations avancées de médecins spécialistes... La CPTS apporte donc des réponses concrètes à des problématiques réelles. »

Mais il faut parfois un peu plus que la simple existence d'une structure coordonnée pour attirer les professionnels de santé. C'est en tout cas l'expérience de Laetitia Carlier, fondatrice de la CPTS de Bergerac, en Dordogne, dont elle assume en ce moment la fonction de coordination à titre intérimaire. « Nous travaillons sur une multitude de petites actions dont nous espérons que, mises bout à bout, elles contribueront à attirer de nouveaux collègues », explique-t-elle, citant, par exemple, les multiples échanges permettant de mieux faire connaître la maîtrise de stage, pour faire venir des jeunes en formation, ou encore les efforts pour obtenir des vacances de spécialistes. Des efforts qui ne s'arrêtent pas forcément au domaine strictement sanitaire. « C'est un vrai travail de lobbying, affirme-t-elle. Cela peut aller de la question des places en crèche à celle de l'emploi du conjoint d'un professionnel de santé, en passant par celle de la vie culturelle nécessaire pour attirer des jeunes. »

Aujourd'hui, plusieurs professionnels considèrent que « l'exercice isolé ne les met pas en capacité de se déployer sur tous les aspects de la prise en charge globale d'un patient » et qu'il ne « permet donc pas d'exercer une médecine sûre et de qualité », ajoute Frédéric Villebrun. Ces derniers choisissent leur lieu d'installation en fonction de ce critère, ce qui a pour effet de

●● **La CPTS peut apporter des réponses concrètes à des problématiques réelles** ●●

©ADOBE STOCK



Attractif un jour, attractif toujours ?

Si la capacité des équipes coordonnées à attirer des professionnels de santé semble faire consensus, certains spécialistes lancent un avertissement quant à leur aptitude à maintenir cet avantage sur la durée. « Aujourd'hui, on crée de nombreuses structures coordonnées, ce qui veut dire des structures où le médecin peut déléguer certains actes, ce qui est très bien tant qu'il y a des médecins pour déléguer », avertit Emmanuel Vigneron, professeur d'aménagement sanitaire et de géographie de la santé à l'université de Montpellier. Celui-ci craint en effet qu'avec le temps, les structures pionnières, bien souvent créées à l'initiative de médecins, perdent de leur attrait. « Quand une MSP fonctionne bien, elle n'est plus éligible à certaines aides, et quand les médecins vieillissent, ils peinent à recruter des successeurs, observe-t-il. Or l'exercice coordonné a beau être formidable, il lui faut des combattants. » Et ce d'autant plus que l'impossibilité de trouver un successeur peut avoir de lourdes conséquences pour les vieux jours des médecins concernés. « Je peux citer plusieurs cas de médecins qui se sont lourdement endettés pour créer des maisons de santé il y a dix ou quinze ans, pour qui cela représentait un investissement et un gage pour la retraite, mais qui n'ont pas de successeur et qui se retrouvent avec des dettes sur les bras », déplore-t-il. L'éternelle histoire du diable et des détails, commente Emmanuel Vigneron.

Où sont les équipes coordonnées dans la Présidentielle ?

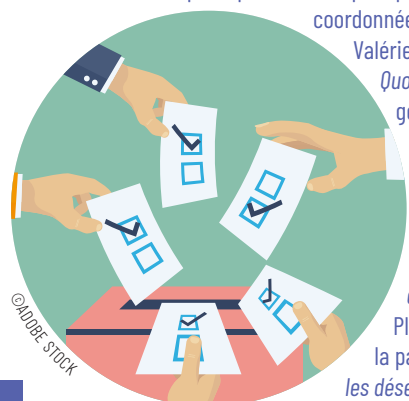
Parmi les (trop) rares questions de santé abordées pour l'instant dans le cadre de l'élection présidentielle, celle des déserts médicaux figure en bonne place : les propositions des candidats (principalement à gauche) qui veulent limiter la liberté d'installation des médecins reçoivent un certain écho, tandis que l'idée défendue par Valérie Pécresse d'ajouter une quatrième année obligatoire en désert médical à l'internat de médecine générale a beaucoup fait parler. On ne peut pas en dire autant des propositions à propos des équipes coordonnées... Et pourtant, celles-ci existent.

Valérie Pécresse précisait ainsi fin janvier dans les colonnes du *Quotidien du médecin* que sa fameuse année de médecine générale supplémentaire devait avoir lieu « en maison de santé ». Le programme de Marine Le Pen propose, quant à lui, dans sa mesure 14, intitulée « Lancer un plan de soutien d'urgence pour la santé de 20 milliards d'euros », « d'agir contre les déserts médicaux grâce à des incitations financières fortes pour les soignants et augmenter le nombre de maisons de santé ».

Plus à gauche, l'écologiste Yannick Jadot propose, dans la partie de son programme qui promet « d'en finir avec les déserts médicaux », de « favoriser le salariat de médecins dans les maisons de santé ». Quant à l'Insoumis Jean-Luc Mélenchon,

qui avait en 2017 misé sur la création de centres de santé publics sur l'ensemble du territoire, il ne semble plus mettre cette solution en avant... Mais le flambeau a été repris par Fabien Roussel, du Parti communiste français (PCF), qui promet que « les centres de santé seront massivement développés » s'il est élu.

Reste le sortant et favori des sondages, Emmanuel Macron, qui à l'heure où nous écrivons ces lignes, n'avait encore officialisé ni sa candidature ni son programme. Si l'on en croit ses déclarations passées, l'exercice coordonné devrait y figurer en bonne place. La question est désormais de savoir l'écho médiatique que trouveront toutes ces propositions.



résorber les problèmes de démographie dans les territoires pourvus de structures coordonnées. Mais ce n'est pas tout : en plus d'augmenter le nombre de bras qui exercent dans les déserts médicaux, l'exercice pluriprofessionnel démultiplie l'efficacité de chacun de ces bras, que ce soit en intégrant de nouveaux métiers et compétences ou en mettant en œuvre des protocoles visant

à étendre les responsabilités et les missions de certains professionnels. Une amélioration de l'organisation qui aboutit à ce qu'on peut appeler des gains de productivité.

Éloïc Mégert, IPA installé à Excideuil, en Dordogne, à la fois salarié en centre de santé et libéral dans une équipe de soins primaires (ESP), en est conscient : son installation a contribué à libérer du temps soignant dans ces deux structures : « Il y a plusieurs cas de figure. Des patients très stabilisés, par exemple, qui voyaient leur médecin tous les mois, vont désormais le voir tous les trois mois, et me voir entretemps. Ou alors, pour des patients plus polypathologiques pour lesquels le médecin passait beaucoup de temps à faire de la coordination entre l'infirmière, le kiné, le soin à domicile, le service de soins infirmiers à domicile, etc., c'est désormais moi qui le fais. Il

y a enfin des patients que je reçois de manière très régulière, et qui bénéficient d'un suivi plus rapproché. » Cet intérêt des nouveaux métiers est confirmé par Frédéric Villebrun, qui exerce au centre de santé Maurice-Ténine à Champigny-sur-Marne (Île-de-France) : « Dans nos centres de santé, il y a de moins en moins de médecins qui se déplacent pour les visites à domicile, constate-t-il. Nous avons des infirmières Asalée, des IPA, qui constituent une vraie expertise. »

Une expertise qui se traduit également dans les protocoles de coopération, qui permettent aux masseurs-kinésithérapeutes de prendre en charge en accès direct les lombalgies aiguës et les entorses de cheville (voir p. 26). « Comme il y a de plus en plus de personnes qui n'ont pas de médecin traitant, l'idée est de leur permettre d'accéder plus vite aux soins appropriés, résume Anthony Demont, masseur-kinésithérapeute parisien qui mène actuellement une évaluation de ces protocoles de coopération dans le cadre d'un doctorat de santé publique à la faculté de médecine de Paris. Il y a par ailleurs un intérêt économique, car les kinésithérapeutes coûtent moins cher que les médecins. »

LEVER LES BARRIÈRES

Reste qu'il y a encore certaines barrières à lever pour que les équipes gagnent davantage en efficacité. Éloïc Mégert regrette, par exemple, certains points qui limitent les services que pourrait rendre la pratique avancée. « On est souvent restreints par la liste des pathologies chroniques que nous pouvons prendre en charge, déplore-t-il. On a des patients polypathologiques qui ont des pathologies non listées, et pour lesquels nous ne pouvons pas renouveler l'intégralité des traitements. » D'autant que la primo-prescription n'est pas possible pour les actes infirmiers, ce que l'IPA juge difficilement compréhensible. Idem pour certains renouvellements (kiné, certains dispositifs médicaux, etc.), pour lesquels Éloïc Mégert est obligé, de manière souvent inutile, estime-t-il, d'envoyer ses patients chez leur médecin traitant.

●● C'est un vrai travail de lobbying. Cela peut aller de la question des places en crèche à celle de l'emploi du conjoint, en passant par la vie culturelle ●●

Du côté des kinés, certains freins ont également empêché les protocoles de coopération de donner leur pleine mesure, précise Anthony Demont : « Il y a plusieurs limites. Tout d'abord, il y a deux protocoles à mettre en place, l'un pour les entorses (voir *Concours pluripro*, décembre 2021), et l'autre pour les lombalgies, et chacun est assez lourd. D'autre part, l'expérimentation est limitée aux binômes kiné-médecin qui exercent en MSP ou en pôle de santé : ceux qui exercent seulement dans la même CPTS, par exemple, ne peuvent pas participer. » Par ailleurs, ajoute-t-il, la prise en charge des lombalgies est limitée aux douleurs datant de moins de six semaines. « Or, de nombreux patients tardent à consulter et ils ne peuvent pas entrer dans le protocole », déplore-t-il. Sans parler des délais de paiement qui sont d'environ six mois et sont donc très dissuasifs. Résultat : en février, « moins de 20 professionnels avaient réussi à aller jusqu'au bout et à signer un protocole », précise-t-il. Une véritable occasion manquée, selon lui, car « 80 pays ont ce type de parcours ».

DES ACTES !

C'est la raison pour laquelle les professionnels estiment que les discours des politiques en faveur de l'exercice coordonné doivent se traduire – plus encore que par le passé – en actes. Car si le Emmanuel Macron déclarait en 2018 vouloir « que l'exercice isolé devienne progressivement marginal, qu'il devienne l'aberration et qu'il puisse disparaître à l'horizon de janvier 2022 », on est encore loin du compte...

« Il faut faciliter la création et la mise en place de l'exercice coordonné, insiste Guillaume Fongueuse. Car cela reste un parcours compliqué pour les équipes, que ce soit dans la construction du projet immobilier ou dans la constitution de l'équipe, par exemple. » Même constat pour les centres de santé. « Le Conseil économique, social et environnemental avait demandé il y a quatre ans de créer des structures dans les zones où il n'y avait pas suffisamment d'installations, se souvient Frédéric Villebrun. Il faudrait un véritable maillage, et on n'y est pas. » Encore un petit effort pour tenir les promesses présidentielles... ●



**Billet de Julien Mousquès
et Guillaume Chevillard**
(Irdes)

« Déserts médicaux : quelles réponses d'ici à 2030, et au-delà... ? »

Les constats des inégalités de répartition géographique et de leurs conséquences en termes de dégradation de l'accès aux soins sont aujourd'hui bien posés et consensuels. Mais si ces constats sont partagés, les solutions à mettre en œuvre à court ou moyen terme (avant 2030) et à long terme (au-delà) ne font pas toujours l'unanimité. L'urgence de la situation, autant que la prochaine Présidentielle, stimule de nouveau le débat. Des propositions émergent, de tous les horizons de l'échiquier politique, et se concentrent principalement dans quatre directions : augmentation du nombre d'étudiants en médecine ; promotion d'organisation innovante pour produire autant, voire plus, de soins avec moins de généralistes ; introduction de nouvelles incitations financières et majoration de la rémunération à l'acte ; limitation à l'exercice en zones surdotées, voire l'obligation d'exercice en zones sous-dotées pour une durée déterminée. Pour répondre à l'urgence de la situation, une incitation efficace à exercer dans les zones sous-dotées passe aussi et surtout par l'amélioration des conditions d'exercice et la réorganisation de la délivrance de soins en premier recours. La dynamique professionnelle et les politiques de soutien au développement des MSP et centres de santé en font partie. Pour autant, l'amplitude varie selon le type de territoire, et le soutien aux MSP ne suffira pas à résoudre le problème des déserts médicaux. Il convient de s'engager avec plus de vigueur en direction de solutions, moins consensuelles, qui visent à sauvegarder encore plus de temps médical et à réorganiser les soins de premier recours en réfléchissant à de nouveaux métiers, rôles ou fonctions

Le soutien aux maisons de santé ne suffira pas à résoudre le problème des déserts médicaux

assumés par d'autres : sages-femmes, pharmaciens, infirmières Asalée, IPA, massagers-kinésithérapeutes, assistants médicaux, etc.

La raréfaction de l'offre médicale jusqu'en 2030 sera suivie par un rebond, ce qui interroge sur la pertinence de la mise en place de mesures de très court

terme relativement à des solutions plus structurelles et de long terme. L'adaptation des cursus de formation initiale à la spécificité de l'exercice dans les zones sous-dotées est une stratégie courante et complémentaire. L'importance du cadre de vie dans les décisions d'installation rappelle aussi combien la politique sanitaire ne peut pas, à elle seule, défaire ou compenser ce que la politique d'aménagement du territoire produit. Il s'agit aussi de mettre en place des mesures qui tiennent compte des spécificités des territoires, les réponses à apporter dans les marges rurales (faiblement attractives, population plus âgée et plus éloignée des pôles de services et d'emploi) ne sont pas les mêmes qu'ailleurs.

* Retrouvez l'intégralité du billet sur www.ces-asso.org

PAROLES D'ACTEURS

- Des binômes médecin-kiné à Labastide-Saint-Sernin (Occitanie) pour le protocole d'accès direct
- Une démarche participative à Petite-Synthe (Hauts-de-France)
- À Montpellier, des habitants coconstruisent le centre de santé (Occitanie)



LABASTIDE-SAINT-SERNIN

« Derrière le protocole d'accès direct, un binôme médecin-kiné »

Quand on lui parle de désert médical, Mathieu Noirot soulève d'emblée le paradoxe qui existe entre « la définition des déserts médicaux et celle des zones sous-dotées pour les autres professions ». Par exemple, la région des Landes, où il a exercé pendant quatre ans, était considérée un désert médical mais pas un désert en kiné « alors qu'il y avait trois à quatre semaines d'attente pour un rendez-vous ». Ce serait donc plus juste, estime-t-il, de parler plus largement de « désert en santé ».

De 2017 à 2021, le masseur-kinésithérapeute exerce à la MSP du Tursan, à Samadet. Une équipe « bien organisée », épaulée par une infirmière Asalée, « gros point positif qui a permis de faciliter le travail des médecins et d'assurer le suivi des patients », à tel point que les généralistes « ne ressentaient pas le besoin de leur dégager davantage de temps médical ». Finalement, les kinés étaient plus débordés, s'amuse-t-il : « Un protocole d'accès direct n'avait donc pas lieu d'être. D'autant que les kinés avaient prévu des créneaux d'urgence libres permettant de recevoir le patient sous 24 ou 48 heures. »

UNE QUESTION DE CONFIANCE

Septembre 2021. Mathieu Noirot quitte Samadet, direction Labastide-

Saint-Sernin, au nord de Toulouse, « vers [ses] origines ». Une MSP actuellement multisites labellisée « en plein Covid », avec une forte volonté des médecins de mettre en place un protocole de soins non programmés en lombalgie en accès direct. La composition de la maison de santé – une trentaine de professionnels de santé, dont 5 médecins et 10 à 15 kinés – incite à la mise en place d'un tel protocole, qui repose sur la délégation de tâches et le partage de compétences. « Le kiné possède toutes les compétences pour évaluer les "drapeaux rouges", soit les possibles contre-indications ou les signes de pathologies sévères, et les "drapeaux jaunes" qui permettent d'établir un diagnostic dans notre champ musculo-squelettique », précise-t-il. Une solution, donc, dans les déserts médicaux car le kiné peut recevoir directement le patient et donc accélérer la prise en charge ou le réorienter si besoin.

Parti d'une initiative en Auvergne-Rhône-Alpes, ce protocole a été validé au niveau national par la HAS et traduit au JO le 6 mars 2020. Il affirme la possibilité, au sein d'équipes pluri-professionnelles, de mettre en place des binômes médecin déléguant-kiné délégué étoffés d'une formation commune de dix heures pour définir les



MATHIEU NOIROT,
masseur-kinésithérapeute

contours de ce partage de compétences : accueil et orientation du patient, coordination, gestion des arrêts de travail, prescription d'antalgiques... Une formation qui « se fait naturellement, dès lors qu'on se fait confiance », affirme Mathieu Noirot, précisant qu'ils en sont encore « au tout tout début ».

Si pour l'heure, le protocole « reste assez lourd au niveau administratif », les binômes doivent encore s'accorder sur divers points : comment organiser l'orientation du patient lombalgique qui a pris rendez-vous avec son médecin ? comment lui parler du protocole ? Mais le fait d'exercer dans des cabinets distincts – éloignés de « une à deux minutes à pied » – n'est pas handicapant : « Ce qui compte, c'est la dynamique d'équipe. Du moment qu'on communique régulièrement, ce genre de projet a toutes ses chances d'aboutir. » ●

PETITE-SYNTHE

« S'installer dans un désert médical, c'est une position éthique »

C'est la première structure d'exercice cordonné sur le littoral dunkerquois.

Ouverte depuis octobre 2018, la MSP du Kruysbellaert, située entre Petite-Synthe et Grande-Synthe, compte dix professions de santé, médicales, paramédicales et sociales, explique Florane Lemee, alternante en coordination, présente à la MSP deux jours par semaine. Une diversité professionnelle qui permet de proposer un accompagnement global des projets de santé assurés par cette MSP qui couvre trois quartiers prioritaires : Saint-Pol-sur-Mer Quartiers Ouest, Banc Vert Île Jeanty-Carré de la vieille-Jeu de Mail et Albeck-Europe-Moulin. « La population étant très hétérogène et confrontée à des problèmes socioéconomiques, on a travaillé sur l'accueil et l'orientation des patients : renfort au niveau du personnel d'accueil, interprétariat, axe prévention... De plus, des assistantes sociales de la Carsat sont présentes toutes les semaines pour aider aux démarches administratives », précise-t-elle.

Améliorer l'accès aux soins « dans un quartier défavorisé où les patients subissent la double peine d'être en moins bonne santé, avec une espérance de vie réduite, et d'avoir une difficulté d'accès à

des soins de qualité faute de soignants », note le Dr Christophe Berkhout, médecin généraliste. Le projet de santé s'articule donc autour de trois axes : pathologies chroniques, prévention et orientation psycho-médicosociale. Un travail de coordination permet également de repérer les organismes d'accompagnement social et médico-social qui maillent le territoire pour orienter les patients vers les acteurs les plus pertinents en fonction de leurs besoins.

DÉMARCHE PARTICIPATIVE

Pourquoi s'installer dans un désert médical ? « C'est une position éthique, répond le médecin. Soit on a fait dix années de médecine pour son propre petit confort en s'installant dans une zone où les gens sont en bonne santé et consomment beaucoup de soins. Soit on s'installe là où la population a vraiment besoin de nous. » Mais attirer les jeunes généralistes pour travailler en MSP est « difficile », estime-t-il, en raison des charges élevées : « Mais ces charges correspondent à une libération de tâches administratives qui fait gagner du temps, et à une collaboration interprofessionnelle qui améliore l'efficacité de l'investissement professionnel. On est donc recentrés sur notre cœur de métier avec une efficacité majorée, ce qui permet une meilleure productivité, donc un gain d'honoraires supplémentaire, qui compense le coût des charges. On ne travaille pas moins de temps et on ne gagne pas plus d'argent, mais la satisfaction professionnelle est meilleure et protège du burn out. » Contrer la désertification médicale passe, selon lui, par la suppression du paiement à l'acte, la mise en place de la capitation et la création de pôles de formation décentralisés des villes de faculté.



©MSP DU KRUYSBELLAERT

Dans un souci de rendre le territoire plus attractif, la communauté urbaine de Dunkerque met en avant ses « atouts ». Un programme dédié, « Je m'installe à Dunkerque », a été mis en place pour préciser l'offre médicale, les locaux disponibles et divers conseils d'installation. Un projet d'hébergement des internes est aussi en discussion. Une infirmière en pratique avancée rejoindra l'équipe au terme de sa formation et proposera un suivi régulier aux patients chroniques et le renouvellement des prescriptions en collaboration avec le médecin traitant. « Une façon de pallier le manque de généralistes », précise Florane Lemee.

Depuis le 1^{er} mars 2022, la MSP fait partie des 26 structures « participatives » visant à apporter « un accompagnement à la fois médical, psychologique et social aux habitants des territoires défavorisés, en les rendant acteurs de leur santé ». L'enjeu pour la MSP du Kruysbellaert – « structure dynamique et ouverte sur l'extérieur », ajoute la coordinatrice – sera d'accroître l'accompagnement déjà en place en étoffant l'équipe et en faisant appel à de nouvelles compétences. ●



© F.L.

FLORANE LEMEE,
alternante en coordination



© C.B.

DR CHRISTOPHE BERKHOUT,
médecin généraliste

MONTPELLIER

« Notre démarche participative se poursuivra tout au long de la vie du centre de santé »



©ADOBE STOCK

Les travaux viennent de commencer. Avant l'été, l'ancien supermarché du boulevard Pedro de Luna, à Montpellier, deviendra le Quartier Santé Lemasson. Porté par l'association loi 1901 Quartier Santé-Centres de santé de proximité, le projet est initié par Jérémie Malek-Lamy, conseiller en économie sociale et familiale, Martine Desquerre, sage-femme, et Julien Lamy-Malek, infirmier en santé globale et coordinateur de parcours de soins. « Nous nous sommes rendu compte que, bien que vivant dans une métropole, plusieurs habitants de quartiers prioritaires avaient de grandes difficultés d'accès aux soins. Et il fallait trouver une solution », explique Jérémie Malek-Lamy, ancien conseiller municipal et départemental.

L'association souhaite répondre à quatre objectifs de l'ARS Occitanie : protection de la personne en situation de vulnérabilité, prise en compte des inégalités sociales et territoriales, approche renouvelée du rôle des soins primaires et de la prévention, et meilleur partage de l'information. Dès 2019, elle lance une étude territoriale au sein d'un « désert médical urbain », un regroupement de cinq quartiers au sud de Montpellier, pour répertorier l'offre en santé et connaître les besoins. Pour 20 000 habitants, essentiellement des familles monoparentales, des couples avec enfants ainsi que des personnes de plus de 65 ans, on dénombre seulement 14 médecins généralistes (dont deux proches de la retraite) qui ne

prennent plus de nouveaux patients et dont l'implantation est inégale. Et à leurs côtés : 13 chirurgiens-dentistes, 21 infirmières, 8 psychologues, 26 kinés, 11 orthophonistes, 2 psychomotriciens, 1 diététicien, et aucune structure coordonnée... « D'où l'idée de monter un centre de santé... mais pas sans l'appui de partenaires* pour les financements, ni celui des habitants pour définir notre feuille de route. »

Un questionnaire, distribué dans les pharmacies, les médiathèques et la Maison pour tous, offre ainsi la possibilité aux habitants de répondre à des questions. « Quelle est votre vision de votre santé ? », « Quels services attendez-vous du nouveau centre de santé ? »... « Cette démarche participative va se poursuivre tout au long de la vie du centre de santé », précise Jérémie Malek-Lamy.

Avant l'ouverture, des rencontres sont organisées, en partenariat avec le bailleur social ACM Habitat, sous un chapiteau installé au cœur du quartier. « Même si, admet-il, c'est un peu compliqué pour les gens de s'ima-

giner ce que cela va être tant que la structure n'existe pas. Je reste néanmoins persuadé que les habitants vont s'emparer de cette démarche et s'inscriront dans notre futur conseil de vie sociale. »

UN LIEU DE RENCONTRE ET DE PARTAGE

Ouvert 55 heures par semaine, le centre de santé fonctionnera avec 2 médecins généralistes, 1 sage-femme, 1 orthoptiste et 1 psychologue. Des vacations de spécialistes sont prévues en fonction des besoins. « Nous avons passé une annonce et avons reçu une dizaine de candidatures. Preuve que ce projet d'exercice coordonné intéresse les professionnels de santé. »

À l'accueil, pas de secrétaire médicale mais un agent de médiation qui ira vers les patients pour les ouvertures de dossiers et des animations. « Nous voulons faire de cet espace, qui s'ouvre sur une "place de village" de 140 m², un lieu de rencontre et de partage », annonce Jérémie Malek-Lamy. Une cuisine destinée à des ateliers diététiques et un espace pour les activités physiques adaptées feront aussi partie de l'offre. En outre, l'équipe souhaite s'appuyer sur des programmes existants ou à venir pour développer ses ambitions, comme l'organisation des soins selon la méthode hollandaise Buurtzorg** et le « Parcours 1 000 jours » dans le domaine de la parentalité. ●



JÉRÉMIE MALEK-LAMY,
conseiller en économie sociale
et familiale

* la Ville de Montpellier, la région Occitanie et l'ARS Occitanie.

** Voir *Concours pluripro*, octobre 2019



Désert ou pénurie ?

PAR JEAN-MICHEL CHABOT, professeur de santé publique

► Dans ces zones, les « nurse practitioners » et les « physician assistants » ne sont pas évoqués, alors qu'ils sont déjà mobilisés chez les anglophones.

À suivre l'actualité, on pourrait penser que l'accès aux soins – sujet pour lequel l'expression « désert médical » a fait florès – est un problème spécifiquement français. Pas du tout. La plupart des pays développés en font l'expérience, certes à des degrés divers, selon les politiques professionnelles locales ou la vigueur des réponses apportées par les gouvernements. En réalité, cette pénurie (le terme *shortage* faisant autorité à l'international) est la conséquence de deux phénomènes qui ont été observés à l'échelle du monde développé. D'abord, les très grands nombres de médecins formés dans les années 1960 et 1970 (sur la vague d'une croissance économique généralisée) ont, par tout, fini par prendre leur retraite... et n'ont pas été numériquement remplacés par les promotions montantes, nécessairement moins nombreuses. Ensuite, ces promotions montantes

ont, très majoritairement, assorti leur exercice d'une triple réserve : préserver leur vie personnelle, préférer les spécialités à « plateaux techniques » aux soins primaires, et privilégier la cité plutôt que la ruralité. Par chance, ces deux dernières réserves manifestent un « retour de balancier » plus ou moins spontané et significatif.

Il est ainsi aisé de trouver dans la littérature internationale des publications qui évoquent cette pénurie ou envisagent les mesures correctrices.

OÙ IL N'EST QUESTION QUE DES SEULS MÉDECINS

Tout d'abord par le Dr Nazrul Islam, médecin-épidémiologiste et auteur du département de santé publique de l'université de Colombie-Britannique à Vancouver*. Il retrace les événements au Canada, à partir d'un rapport réalisé par deux médecins – les Drs Barer et Stoddart – au début des années 1990. L'époque était alors à la pléthore médicale ressentie depuis le milieu des années 1970 et en application du rapport, le gouvernement réduisit considérablement le nombre d'étudiants admis en médecine (dans un rapport, de 10 à 3), ainsi que l'apport de jeunes diplômés de l'étranger. Une à deux décennies plus tard, la pénurie en résultait, traduite par l'impossibilité pour 15 % de la population d'avoir accès à un *Family Physician* et par le constat que 20 % des habitants vivaient en zone rurale, alors que moins de 10 % des médecins y exerçaient... Et en 2014, l'ensemble des causes était analysé : insuffisance du nombre de nouveaux diplômés et des flux entrants de jeunes diplômés étrangers à la suite du rapport Barer et Stoddart bien sûr, mais aussi désaffection pour les soins primaires et la ruralité, émigration des médecins canadiens vers les États-Unis et – ce

qui constitue un argument contestable et souvent contesté – féminisation de la profession, se traduisant par une activité clinique moyenne moindre. Un mot sur les flux entrants de diplômés prégradués (immigrant en Amérique du Nord pour compléter une spécialisation) et qui constituent une importante variable d'ajustement de la *workforce*, en particulier hospitalière (sans pour autant bénéficier d'un « passe-droit » de naturalisation) ; les jeunes Anglais et Irlandais des années 1970 étant remplacés depuis les années 2000 par des Indiens et des Sud-Africains**. Les mesures mises en œuvre par les autorités canadiennes ont été les mêmes que partout, avec une large réouverture de l'accès aux études de médecine... tout de même complétée par un ensemble de dispositions incitatives axées sur la correction des pénuries en zone rurale. De telles mesures incitatives ont également été développées en Australie et aux États-Unis, comme dans l'État du Minnesota, où ruralité et désaffection pour les soins primaires cumulent leurs effets négatifs. Pour y remédier, l'université a mis en place un programme dédié, le Minnesota's Rural Physician Associate Program***, qui, subventionné par l'État, avait démarré dans les années 1970 afin d'assurer l'accès aux soins de populations démunies de couverture sociale. Il consiste principalement en une immersion en zone rurale sur neuf mois consécutifs, dès la troisième année d'études, auprès de praticiens de soins primaires spécialement identifiés par le département de Family Medicine de l'université. Les résultats sont positifs, avec deux tiers des stagiaires qui exercent dans le Minnesota et 75 % en soins primaires. ●

* « The dilemma of physician shortage and international recruitment in Canada », Nazrul Islam, *International Journal Of Health Policy And Management*, juin 2014

** Données concernant les États canadiens anglophones, à l'exception du Québec.

*** « Changing the medical school curriculum to improve patient access to primary care », J.E Verby, J.P Newell, S.A Andresen, W.M Swentko, *Jama*, juillet 1991.



©ADOBE STOCK