

Objectif **SANTÉ!** 2022



Compte rendu de la table ronde #1 « Territoires en santé et lien ville-hôpital : face à la désertification » 15 décembre 2021

Prises de parole des think tanks

Olivier Mariotte, Président de nile

Nous craignons que la santé soit oubliée dans le cadre de cette campagne, au profit de thèmes qui pourraient détourner le regard des vraies aspirations des Français sur le devenir de la société. La santé est la première préoccupation des Français, et il serait dommage que les candidats ne s'engagent pas sur des objectifs forts dans ce domaine. C'est pour cela que les *think tanks* en santé ont souhaité se mettre autour de la table, afin d'échanger, de dresser des constats et d'émettre des propositions. La première partie de cette table ronde sera consacrée aux prises de parole des think tanks, puis nous poursuivrons nos échanges avec les personnes assistant à celle-ci.

Jean-Paul Ségade, Président du CRAPS (Cercle de Recherche et d'Analyse sur la Protection Sociale), ancien Directeur général de l'AP-HM.

Au CRAPS, nous avons l'habitude de dire que la santé et le social sont le volet social du pacte républicain, ce débat est donc essentiel. Il y a deux risques dans le débat actuel : que l'on entende plus de slogans que de réalités de terrain, comme ce que l'on a pu entendre en ce qui concerne la part d'agents administratifs à l'hôpital ; et que les idéologies nous fassent passer à côté des solutions concrètes.

Trois axes de réflexion nous semblent indispensables :

- l'intérêt du territoire et de l'analyse de l'échelon pertinent ;
- le fait que l'on ne puisse répondre au problème de la désertification avec une simple régulation de l'offre médicale : l'augmentation du *numerus clausus* ne règlera pas tout. Il ne faut pas répondre uniquement à des besoins qualitatifs par des solutions quantitatives ;
- la reconstruction de la notion de *compétence*, le débat n'étant pas d'avoir une structure à proximité mais des personnes qui répondent aux compétences dont les gens ont besoin. Aujourd'hui, un médecin qui s'installe dans une commune voit son carnet d'adresse rempli en quelques semaines pour toute l'année.

Joy Raynaud, membre de LISA (Laboratoire d'Idées Santé Autonomie), consultante spécialiste de l'accès aux soins.

Nous avons travaillé avec LISA sur le thème de l'accès aux soins et de l'aménagement du territoire, qui constituent ma spécialité en tant que géographe de la santé. Concernant le déterminant du choix d'installation des médecins, la littérature nous apprend que le choix de l'installation se fait :

- en fonction d'un ensemble de facteurs personnels – souvent les attaches familiales, amicales, le lien avec l'enfant, la qualité du cadre de vie ;
- en fonction des conditions d'exercice, les plus jeunes souhaitent maîtriser la charge de travail, pouvoir s'absenter pour des congés, travailler de manière coordonnée à travers un projet collectif sur le territoire ;
- en fonction de la rémunération, bien que ce facteur reste secondaire dans le choix du lieu d'exercice.

Cela nous éclaire sur les aides financières à l'installation, qui sont les aides les plus mobilisées, mais sur lesquelles nous avons peu de retours et dont les effets semblent décevants. Il faut insister sur l'évaluation des mesures déjà prises pour savoir si nous allons dans le bon sens ou pas. De récentes études ont montré qu'un niveau de rémunération beaucoup plus élevé dans ces zones sous dotées pourrait être pertinent afin de compenser le mode d'exercice dégradé.

Il y a ainsi des mutations profondes des motivations de la jeune génération.

La formation initiale constitue un levier important d'orientation des jeunes médecins vers la médecine générale et vers les territoires sous dotés ; elle peut répondre à un manque global d'effectifs médicaux. L'OMS, dans un rapport de 2010, préconise ainsi de sélectionner en école de médecine davantage d'étudiants issus de territoires sous-dotés, et de créer des enseignements adaptés au milieu rural.

Concernant la notion d'attractivité du territoire, celle-ci comporte une contradiction : cette notion d'amélioration de l'attractivité des territoires incite fortement à la concentration des établissements d'enseignement et de recherche dans les métropoles.

Autre problématique que les géographes connaissent bien, toujours concernant l'aménagement du territoire : ce sont toutes les caractéristiques propres au territoire qui participent de l'attractivité de ce dernier et qui influent la volonté de s'y installer. Le marketing territorial vise ainsi à créer une synergie entre les dynamiques démographiques et les créations de services et équipements ; le déclin de l'un entraînant le déclin de l'autre. Les professionnels de santé souhaitent exercer dans des territoires avec des possibilités d'emplois pour le conjoint, des établissements scolaires, une vie culturelle marquée. Une politique d'attractivité des territoires peut ainsi conduire à de la concurrence entre eux, et donc à une hétérogénéité de ceux-ci et à un renforcement des inégalités territoriales, et donc de l'offre de soins.

Les déterminants du choix du lieu d'exercice sont donc multifactoriels ; les aides financières doivent être associées à un certain nombre de mesures.

Concernant les méthodes coercitives d'installation des professionnels de santé, on s'aperçoit vite que les étudiants privilégient les spécialités médicales, mieux rémunérées, avec une charge de travail moins importante et une activité qui s'exerce sur des plateaux techniques modernes. La coercition pourrait ainsi conduire les jeunes médecins à désertir la médecine générale libérale.

Concernant les modes d'exercice, les MSP (Maisons de Santé Pluriprofessionnelles) ont été largement plébiscitées ; en 2018, 3 millions de patients ont été pris en charge par les 13000 professionnels de

santé exerçant dans environ 700 MSP. En 2019, l'Assurance maladie a versé environ 63000€ en moyenne au MSP. L'avantage de cette structure est qu'elle permet un exercice groupé, coopératif, pluriprofessionnel, qui augmente la file active des patients.

Les CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé), quant à elles, génèrent un nouveau paradigme, passant d'une logique de patientèle à une logique populationnelle ancrée sur le territoire ; on part de la base, et les professionnels de santé s'impliquent fortement dans ce mode d'exercice. Les professionnels des CPTS ont été précieux lors de la crise de la Covid pour gérer la prise en charge face au virus sur leur territoire.

Concernant la coordination ville-hôpital, les CPTS sont un mode attractif qui a permis la coordination ville hôpital et de nouveaux partenariats avec les collectivités territoriales.

Il est important lorsque l'on étudie le choix d'implantation des médecins ou le mode d'exercice coordonné de ceux-ci d'insister sur la pertinence de ces actions grâce à des évaluations ciblées et impartiales.

Vincent Olivier, membre des Electrons, fondateur de Recto-Verso ;

Benoît Péricard, membre des Electrons, consultant senior chez YourVoice.

Nous sommes partis d'un constat : le système du médecin traitant est à bout de souffle. Plus de 5 millions et demi de français n'ont pas de médecin traitant, et près de 5 millions de français n'ont pas de généraliste près de chez eux. Il faut donc développer des alternatives au médecin traitant. Notre proposition est que, en cas d'impossibilité de trouver un médecin traitant disponible, chaque assuré social puisse désigner un *référént santé*. Cela se ferait sur le principe d'un double choix libre et éclairé : l'utilisateur de santé choisit son référent, lequel accepte sur la base d'un certain nombre de missions qui lui sont dévolues dans la prise en charge de cet usager.

Les référents de santé pourraient être le pharmacien, ou une infirmière voire infirmière de pratique avancée, ou un kinésithérapeute, etc. Leurs missions seraient de coordonner les prises en charge, orienter vers d'autres professionnels de santé, effectuer le suivi des pathologies chroniques, s'assurer de l'observance des traitements, des dépistages, de la prévention – mais pas d'activités de diagnostics, qui resteraient la prérogative des professions médicales. La rémunération s'effectuerait sur le même principe que pour le médecin généraliste, c'est-à-dire par patient, par forfaitisation.

Politiquement, il nous semble impossible de ne pas répondre à la question de la contrainte pour l'installation médicale. Nous proposons donc un zonage en 3 catégories, effectué par l'ARS après avis conforme du conseil régional et de la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) :

- zone surdotée, au sein de laquelle l'installation serait interdite pendant 5 ans sauf en cas de départ d'un praticien ;
- zone correctement dotée, au sein de laquelle les médecins auraient une obligation de service public envers les zones sous-dotées ;
- zone sous-dotée, au sein de laquelle les aides à l'occasion des stages ou de l'installation seraient importantes, de même que les tarifs de consultation.

Troisième mesure, pas de même nature mais qui participerait à l'attractivité, du moins à un meilleur lien ville-hôpital : la mise en place d'un statut unique du médecin quelle que soit son implantation, en cherchant une formule mariant les avantages de l'exercice libéral et ceux de l'exercice salarié.

Monika Steffen, membre de l'Observatoire de la Régionalisation, chercheuse au CNRS.

Nous avons dressé, au sein de l'Observatoire de la Régionalisation, une série de constats :

- les dépenses de santé en France augmentent : on dépense beaucoup d'argent en soins médicaux ; nous sommes cependant mal placés en ce qui concerne la prévention, qui représente moins de 2% des dépenses courantes de santé. Il faudrait ainsi revoir le panier de soins remboursés pour réorienter, notamment, vers la prévention et la coordination ;
- il existe une volonté chez les professionnels de transformer leurs pratiques ; il faut soutenir cette aspiration, la formaliser, soutenir les structures innovantes.
- la population vieillit et croît, ce qui fait augmenter les dépenses de santé.
- dans d'autres pays, il existe des professeurs de *social care* et *healthcare*, spécialisés en organisation des soins ; il faudrait pouvoir disposer de la même offre d'enseignement en France.

Nous avons développé, en partant de ces constats, quatre axes de réflexion :

- le transfert de compétences pour les professionnels afin de dégager du temps médical ;
- le renforcement de l'exercice coordonné des professionnels ;
- la valorisation du rôle des EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) dans les parcours de soins des malades chroniques et pour la relation entre médecine de ville et hôpital ;
- le renforcement de la prévention.

La littérature internationale nous apprend un certain nombre de choses : les mesures incitatives ne fonctionnent pas, comme l'a démontré le dossier de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) récemment paru¹ ; les mesures obligatoires fonctionnent un peu mieux, du moins dans les pays pauvres, mais provoquent des problèmes de qualité de service dans les pays développés. Le risque est donc fort que les jeunes médecins ne restent dans les territoires sous-dotés que pendant la durée de leur obligation d'exercice, et s'en aillent une fois cette période accomplie. Concernant l'argent mis dans la prévention, on ne sait pas vraiment si c'est efficace car on ne prend pas suffisamment en compte les déterminants sociaux de la santé qui se sont dégradés ces dernières années.

La question du transfert des compétences apparaît comme un axe essentiel afin de régler le problème des déserts médicaux.

Les structures d'exercice coordonné sont un cadre nécessaire qui doit être soutenu. Il faut ici établir un lien fort avec l'hôpital, car les médecins souhaitent pouvoir s'appuyer sur des plateaux techniques modernes. Il faut développer et préserver la confiance entre professionnels de santé, pour qu'ils puissent collaborer. Un territoire de santé doit pouvoir également se baser sur les données de santé, en collaboration avec les secteurs qui ne sont pas directement liés à la santé, autour de pilotes qui peuvent être les ARS (Agences Régionales de Santé)

¹ *Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques – Les leçons de la littérature internationale*, Les dossiers de la DREES n°89, 9 décembre 2021, DREES, Paris.

Concernant la revalorisation du rôle des EHPAD, le problème principal est qu'ils sont peu médicalisés, ou très mal. Il faut donc travailler les liens entre médecine libérale, hôpital et EHPAD. Il faut aussi se poser la question de savoir qui sont les véritables pilotes des EHPAD ; A l'heure actuelle, il s'agit des collectivités territoriales ; ne faudrait-il pas les rattacher aux ARS ?

Concernant le renforcement de la prévention, on se rend compte dans la littérature que les politiques de prévention ne fonctionnent que peu ; il faut davantage travailler avec des spécialistes des déterminants sociaux de la santé, et œuvrer pour la prévention « à domicile », notamment concernant les personnes âgées, l'observance, etc.

Un dernier mot : il y a de la bonne volonté et de bonnes actions, il faudrait cependant lancer de grandes réformes pour réorganiser l'hôpital vers l'intégration de tous les acteurs locaux, notamment des médecins libéraux, et pour favoriser un autre financement, non plus à l'activité mais au *parcours* : un prix global réparti par les acteurs locaux dans une démarche de collaboration.

Echanges

Stéphane Le Bouler, Président de LISA.

Avant de parler de coercition ou de conventionnement sélectif, il faut étudier les déterminants concrets de la pratique ou de l'installation des professionnels de santé, comme Joy Raynaud les a évoqués plus haut. Par exemple, les médecins formés à la médecine générale échappent *in fine* pour une part à l'exercice en médecine générale, tout simplement parce qu'ils vont préférer un exercice salarié à l'hôpital sur des missions auxquelles les prépare leur formation. Il ne faut pas que des contraintes mal positionnées aggravent encore cette « fuite ».

Concernant les IPA (Infirmières de Pratique Avancée), sur lesquelles LISA travaille, les professionnels formés ou en formation sont désormais plus de 4000. Le système universitaire a donc permis de former ces infirmiers en nombre conséquent mais pas grand-chose n'a été fait pour intégrer ces nouveaux personnels dans le système de soins ; aujourd'hui, une partie de ces IPA n'exercent pas en pratique avancée mais sur des activités de soins infirmiers classiques. Ces personnels susceptibles d'apporter des solutions de prise en charge sur le territoire sont hélas perdus. La main gauche de l'Etat qui a contribué à former les IPA n'a pas parlé à la main droite qui aurait dû travailler à leur implantation dans les services et sur le territoire ; il y a donc un problème majeur de conduite des réformes et d'articulation de celles-ci entre elles.

Benoît Péricard.

Ce que dit Stéphane est fondamental. Nous perdons et décourageons ces professionnels, au risque d'en faire des adversaires au changement.

Jean-Paul Ségade.

Il faut des réponses adaptées à chaque territoire, on ne traite pas Saint-Flour comme Saint-Denis ! Nous avons inscrit « Liberté, Egalité, Fraternité » sur les frontons de la République, mais la réalité est différente. Nous allons, avec le CRAPS, publier une étude sur le modèle danois, qui a permis aux territoires d'adapter librement voire de créer des outils sanitaires. C'est un premier élément important. Le second est le travail en interministériel : les médecins ne vont pas dans les territoires

sans écoles, sans culture, etc. L'échelon de l'ARS est-il suffisamment pertinent ? Ne faut-il pas un niveau interministériel régionalisé ?

Il faut réfléchir également à des statuts médicaux nouveaux. Au CRAPS, nous proposons que des médecins puissent être hospitaliers mais avoir plusieurs employeurs afin de développer des activités dans d'autres structures. Il faut être très souples pour que, dans les territoires, nous puissions développer des solutions différentes.

Marc Bourquin, Conseiller stratégie à la Fédération Hospitalière de France.

Je comprends parfaitement que l'on dise que les situations sont différentes entre les territoires, et que les problèmes sont nombreux au niveau des transports, de l'éducation, etc. Cependant, on ne pourra pas attendre que l'on ait réglé tous ces problèmes avant d'agir. Si l'on doit attendre que toutes les conditions soient favorables sur le territoire pour garantir l'offre de santé, avant de mettre en place une régulation de l'installation, notre système solidaire aura disparu avant ! Évidemment, les praticiens n'ont pas envie de s'installer là où il n'y a pas toutes les structures qu'ils attendent ; mais les pharmaciens sont dans la même situation, et pourtant il n'y a pas de déserts pharmaceutiques, grâce à une régulation stricte de l'installation. Il ne s'agit pas de forcer les médecins à s'installer dans un endroit ou un autre ; il faudrait en revanche hiérarchiser les territoires en fonction de leurs besoins.

Il faut poser le principe d'une permanence des soins, d'une accessibilité minimum des soins pour tous les français. Il faut aller plus loin. Certains propos tenus récemment notamment par le Président de la République étaient intéressants, notamment sur la rétribution collective des offreurs de soins sur le territoire en partant des indicateurs de santé publique. Si dans un territoire il y a beaucoup d'obésité, il faudrait qu'une partie des rétributions soient fonction de l'évolution des indicateurs d'obésité.

Un dernier point que je soumets à l'avis collectif ; ne faudrait-il pas inverser la logique du ticket modérateur ? Cette logique est la suivante : lorsque je demande un acte au système de soins, je dois payer. Ne faudrait-il pas dire au contraire que c'est lorsque certains actes de prévention ne sont pas effectués que l'on paie le ticket modérateur ? C'est une piste qu'il faudrait peut-être creuser.

Christophe Lannelongue, ancien directeur général d'ARS, IGAS.

Je me retrouve vraiment bien dans tout ce qui a été dit : l'idée que des territoires, ce sont des besoins différenciés ; que l'objectif doit être l'amélioration de ces besoins ; qu'il faut prendre en compte la vision populationnelle sur laquelle se mobilisent des équipes. Ce qui est très convergent dans les paroles des différents think tanks, c'est l'idée que les équipes engagées au niveau populationnel doivent avoir un bon partage des compétences, doivent pouvoir monter en compétence, doivent pouvoir mettre en actes la prévention notamment sur les maladies chroniques, etc.

Cependant, aujourd'hui cette coopération entre professionnels est un peu limitée en dehors de la crise de la Covid ; on ne dispose pas de modèle de travail en commun de ces professionnels de ville, ce qui est dommage car s'il y avait des protocoles de travail en commun, on pourrait aussi mieux s'appuyer sur les hôpitaux de proximité. Ma question est donc : est-ce une question du passage de la rémunération au forfait, ou encore de redéfinition des indicateurs et objectifs ? En clair : comment faire « monter la mayonnaise » du travail en équipe ?

Olivier Mariotte.

Quand on est un entrepreneur de la santé, que l'on soit professionnel de santé, soignant, etc., on est capable d'innover et de s'organiser. Quelle confiance, selon toi, donner aux acteurs, quelle place donner à ceux qui entreprennent pour la santé sur le terrain face à un système très normatif ?

Christophe Lanelongue.

Une question importante a été évoquée au début de la table ronde, c'est la lutte permanente entre jacobinisme et girondisme. Encourager les initiatives, c'est accepter que l'on soit dans une république de l'innovation ; mais c'est aussi accepter qu'il y ait des territoires sans leaders, sans initiatives. Mais ce n'est pas en mettant des normes que l'on pallie l'inégalité des territoires : c'est une illusion, et c'est même contreproductif ! Il y a une contagion positive du dynamisme sur les territoires. Il faut accepter qu'il y ait des réponses différenciées.

Stéphane Le Bouler.

Il y a une épreuve parfois cruelle, celle de la comparaison à cinq ans d'intervalle entre l'idée que l'on pouvait avoir des MSP à l'origine et la réalité des coopérations qui se nouent au sein de ces structures. Si l'on fait le même exercice pour les CPTS, on aura la même conclusion : entre le modèle décrit par Jean-François Thébaut dans son rapport de 2016, ce qu'en a dit le Président de la République lorsqu'il a repris la balle au bond dans « Ma Santé 2022 » et la réalité des constructions finales, on a fondamentalement un problème de passage à l'échelle.

Nous ne manquons pas d'innovateurs, qui décrivent des modèles expérimentaux intéressants, mais pour une raison qui tient souvent à notre prisme jacobin et à l'absence de modèle économique, cela ne fonctionne pas selon l'idée qu'on avait pu s'en faire. On fait surgir et on fait vivre des dispositifs à coup de subventions normées qui méconnaissent les spécificités des territoires. Quand les professionnels se parlent, on a une externalité positive extraordinaire : il ne faut pas se contenter de cela ! Le modèle économique est essentiel dans cette affaire.

Joy Raynaud.

J'accompagne les professionnels qui créent des CPTS et leur principale préoccupation est de proposer des solutions pour les patients qui ne disposent pas de médecins traitants.

Il est vrai que les professionnels de santé sont amenés à cibler des missions selon les besoins spécifiques de la population (dépistage des cancers, violence faites aux femmes, etc.), ce qui peut aboutir à une certaine hétérogénéité des projets. Mais d'autres missions sont communes telles que l'amélioration de la prise en charge des soins non programmés, ce sont des projets ambitieux menés avec enthousiasme étant donné la flexibilité laissée aux professionnels dans leurs missions. Le modèle économique est cependant effectivement à préciser sur le long terme.

Cyrille Lesenne, pilote MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie).

Je suis fasciné par tout ce qui est dit, et cependant je suis déçu : on a tenté de faire de l'intégration en France, et aujourd'hui on se refragmente.

On refragmente les pathologies, le sanitaire et le social, les parcours. J'observe des gouvernances territoriales qui se refragmentent et se cherchent de nouveau une direction commune sans la trouver.

Entre les CPTS et leurs plans territoriaux de santé, les hôpitaux de proximité, les plans de santé mentale, les plans locaux de santé, les contrats locaux de santé etc., on est en train de créer des contradictions, des oppositions, des micro-gouvernances sur les territoires. Qui aura le « lead » dans les territoires sur le financement de la perte d'autonomie, les EHPAD, la reconstruction de l'hôpital ? Nous avançons dans une direction où l'on ne pourra pas du tout réorganiser l'offre. Comment réorganiser l'offre, et à quelle échelle ?

Les ressources sont présentes ; cependant, aujourd'hui on manque d'organisation, de mobilité, de souplesse ; on manque cruellement d'une gouvernance cohérente et d'une gestion financière cohérente des moyens alloués.

On manque aussi de données quantitatives et qualitatives, on n'évalue pas les besoins de santé de la population ! Il ne s'agit pas « simplement » de savoir combien d'e personnes souffrant d'obésité il y a dans une région, mais combien de personnes mangent mal faute de moyens. La question de la gouvernance est un sujet, mais on peut travailler sur la concertation et le partage des informations. Nous avons besoin d'un cadre, même si cela semble jacobin ; les expériences positives non « standardisables » et reproductives sont vouées à créer des inégalités.

Vincent Olivier.

Nous avons beaucoup de données en France, mais les acteurs ne veulent pas les partager ; il faut se donner les moyens de croiser les fichiers.

Pour rebondir sur la question de la normativité, les dispositifs « article 51 » sont devenus une véritable usine à gaz : on fait rentrer dans un système incompréhensible des initiatives qui, par définition, ne sont adaptées que situation par situation.

Il faut évaluer les besoins, conditionner les aides financières, et démedicaliser le système médical français où tout repose sur les médecins ; on ne peut rien mettre en place sans que les médecins soient au centre.

Monika Steffen.

Quelques mots dits à relever pour qu'on ne les oublie pas. Quelqu'un a dit plus tôt que l'on a un problème d'*ingénierie* : on a une bonne volonté politique mais cela ne suit pas, c'est la *path dependency*, la dépendance au chemin ; même si les réformes sont bien ficelées, c'est le même système qui produit ensuite le résultat.

Nous avons en France un problème d'échelon entre l'État et les territoires. Il faudrait une instance nationale où se réunissent périodiquement les directeurs d'ARS et les présidents de région, pour qu'ils puissent élaborer une véritable gouvernance régionale de la santé.

Concernant les indicateurs de santé par rapport auxquels construire les services de santé au niveau territorial, l'exemple du Japon est éclairant : les données médicales sont partagées de manière sécurisée à tous les professionnels de santé qui ont le patient en charge. Au Japon également, des cliniques sont à la fois le cabinet de premier recours et disposent également de quelques lits : cet exemple est très intéressant pour la prise en charge des personnes âgées.

Olivier Mariotte.

Ces débats étaient passionnants. Merci pour cette expérience de partage entre les *think tanks* ; notre prochaine table ronde aura lieu le 5 janvier sur le sujet de la prévention, avec en sous-titre l'idée de « sortir des incantations ».