

Inégalités territoriales d'accès aux soins Analyses et propositions du SMG - 11 novembre 2023

Plan du document

Introduction	Page 1
<u>I. Concernant les usager·ères</u>	Page 3
<u>II. Les leviers à actionner du côté des professionnel·les</u>	Page 5
1. La formation	Page 5
2. Les conditions d'exercice	Page 7
3. Les conditions nécessaires pour une réelle coopération avec les nouveaux métiers au service des habitant·es (synthèse)	Page 10
4. La question de la limitation à l'installation des médecins (synthèse)	Page 10
<u>III. Le service public territorial de santé (SPTS)</u>	Page 11
Conclusion	Page 13
<u>Synthèse des propositions du SMG</u>	Page 14
Bibliographie	Page 15
<u>Annexe I</u> : Les conditions nécessaires pour une réelle coopération avec les nouveaux métiers au service des habitant·es	Page 17
<u>Annexe 2</u> : La question de la limitation à l'installation des médecins	Page 20

Introduction

Depuis plusieurs années, la question des déserts médicaux occupe le devant de la scène lorsqu'il est question de soins de premiers recours. Nous avons donc voulu nous pencher spécifiquement sur la question des inégalités géographiques d'accès aux soins.

Ce travail fait suite à l'analyse du SMG sur les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)¹, et surtout au texte : « Quelle organisation territoriale de santé voulons-nous ? »².

Nos réflexions et propositions restent sous-tendues par les mêmes principes et valeurs :

- Une véritable démocratie sanitaire, tant au niveau local que national.
- L'accès aux soins n'est qu'un des déterminants de la santé qui dépend surtout des conditions de vie (logement, travail, environnement...).
- La priorité mise sur la lutte contre les inégalités sociales de santé pour favoriser l'accès aux droits (et notamment à des soins de qualité pour tou·tes), de façon à répondre aux besoins de chacun·e (selon le principe fondateur de la Sécurité sociale « chacun·e cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins »).
- La santé est un bien commun qui ne peut être marchandisé et tout profit doit donc être exclu.
- Un véritable service public territorial de santé reconnaissant les 3 dimensions « Éducation », « Social » et « Sanitaire » comme partie intégrante de la santé, ce qui permettrait de développer une véritable politique de santé publique de proximité basée sur la prévention et la promotion de la santé.

De nombreuses études dressent des constats similaires sur lesquels la plupart des acteur-trices s'accordent. Par exemple, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) projette une diminution de la densité médicale en France dans les prochaines années à partir de l'hypothèse de comportements et de législation constants, compte tenu de l'augmentation de la population. Cette baisse est encore plus forte si l'on considère la densité médicale standardisée, qui tient compte de la hausse des besoins de soins induite par le vieillissement de la population. La densité médicale standardisée ne retrouverait son niveau actuel qu'au milieu des années 2030 puis repartirait à la hausse pour être supérieure de 23 % à la densité actuelle en 2050³.

Mais la question des inégalités d'accès aux soins ne peut se résoudre à la question de la démographie médicale ni même à celle des professions médicales (sages-femmes, chirurgien-nes-dentistes et médecins).

Nous parlons bien là d'une question de désertification sanitaire qui touche l'ensemble des professionnel-les des soins de premier recours (aides-soignant-es et auxiliaires de vies, infirmier-ères, kinésithérapeutes, médecins généralistes, dentistes, sages-femmes, pharmacien-nes, biologistes, etc.), mais également ceux du deuxième recours que sont les spécialités médicales et chirurgicales dont l'accès est rendu d'autant plus difficile que les dépassements d'honoraires deviennent quasi-systématiques (dans certains départements, il n'y a plus d'ophtalmologue ou de radiologue en secteur 1, c'est-à-dire sans dépassement d'honoraires), accentuant les disparités géographiques et l'éloignement du soin de certaines personnes. Et les structures hospitalières et médico-sociales ne sont pas en reste pour ces difficultés, notamment en terme de recrutement, de moyens humains et financiers (et c'est en psychiatrie⁴ que la situation est peut-être la plus grave).

Au-delà du système sanitaire et social, la carence organisée par l'État libéral de l'ensemble des services publics participe à l'aggravation des inégalités géographiques d'accès aux soins, que ce soit du fait d'un manque d'éducation, de logements, de transports, de moyens de télécommunications, etc.

Aujourd'hui, la détresse des usager-ères qui ne peuvent accéder aux soins dont iels ont besoin, tant pour des raisons géographiques que financières, rencontre l'épuisement des professionnel-les qui ne savent plus comment y répondre.

L'accès aux soins se dégrade, chacun-e l'observe de son point de vue et ces impuissances qui se font face renforcent les souffrances ressenties. Ces dernières sont liées pour une bonne part à des violences sociales répétées et croissantes, dans un contexte où les inégalités explosent.

Lorsque la demande de soins peut être formulée, l'absence de réponse adaptée conduit à des renoncements aux soins de plus en plus fréquents et de plus en plus graves. Dans le même temps, le modèle libéral de soins de premier recours montre ses limites avec, d'une part un isolement des professionnel-les qui renforce leur souffrance au travail, et d'autre part des inégalités de répartition des revenus entre professionnel-les, même au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Ces dernières sont majoritairement implantées dans les territoires présentant une moindre accessibilité aux soins et semblent avoir un effet favorable sur le nombre de médecins généralistes installés⁵, même si elles ne sont pas une réponse suffisante aux déserts sanitaires qui s'étendent. De plus, les contraintes professionnelles imposées via des appâts financiers (Ségur du numérique en santé, Rémunération sur objectifs de santé publique)⁶ amènent une forte contrainte administrative et il n'est toujours pas prouvé que ces dispositifs améliorent la santé des habitant-es.

L'idée d'un service public territorial de santé a été abandonnée pour des réponses gouvernementales, telles que les CPTS¹ dont les échelles ne sont pas cohérentes avec celles des parcours de soins et sont, au mieux insuffisantes, au pire délétères. Cette approche plébiscite des solutions de dérégulation, court-termistes et démagogiques sur l'accès aux soins (dispositif Service d'accès aux soins, télémedecine, etc.) qui dénaturent le soin, en particulier non-programmé.

Plutôt que d'opposer soigné-es et soignant-es comme tant d'autres le font, nous proposons plutôt de chercher aujourd'hui à faire alliance entre personnes vivant sur les mêmes territoires pour transformer radicalement l'organisation du système de santé.

Nous allons pour cela explorer différents aspects de la question, tant du point de vue des usager-ères que des professionnel-les en essayant de définir différentes possibilités d'action. En annexe, nous détaillons nos réflexions sur les conditions nécessaires pour une réelle coopération avec les nouveaux métiers au service des habitant-es et sur la question de la limitation de l'installation des médecins.

Bien que ce texte puisse paraître centré sur des enjeux médicaux, nous tenons à rappeler qu'il ne pourra y avoir de réponse unique à des problématiques aussi complexes, croisant différents niveaux d'interventions et d'enjeux. Une analyse réduite à la seule question de la démographie médicale serait insuffisante. Un panachage des solutions et des positionnements, tant d'un point de vue temporel que géographique, tant d'un point de vue politique que d'exercice professionnel (et en particulier pluriprofessionnel), nous paraît fondamental.

I. Concernant les usager-ères

L'accès aux soins primaires : une question sociale...

Le constat est bien connu et alarmant : des services d'urgences et des maternités de proximité sont régulièrement fermé-es, faute de professionnel-les ; la continuité médicale n'est plus assurée en ambulatoire comme en hospitalier ; des consultations spécialisées ne sont plus accessibles qu'au prix d'honoraires exorbitants et non remboursés ; la permanence médicale est chaotique avec un centre 15 sans réponse pendant des heures ; le nombre de personnes sans médecin traitant augmente sans cesse... sans compter que les personnes atteintes de pathologies graves et/ou dans des situations complexes ont de plus en plus de mal à trouver un médecin traitant, les médecins restant aujourd'hui libres de décider qui iels suivent ou non.

Nombreuses sont les personnes à témoigner publiquement ou plus intimement de leurs inquiétudes et d'un sentiment croissant d'insécurité sanitaire. Faute d'interroger clairement les raisons d'un tel vacillement, l'usager-ère, isolé-e, est régulièrement mis-e en cause et culpabilisé-e : certaines consultations médicales ne seraient pas honorées, la « consommation » des soins serait parfois inappropriée, les services d'urgences seraient utilisés à tort, justifiant l'instauration récente d'un forfait patient urgence, etc.

En fait, cette désorganisation généralisée pénalise avant tout des territoires géographiques à faible densité de médecins qui cumulent bien souvent des fragilités sociales et économiques ou sont caractérisés par leur éloignement des grandes métropoles. Les cartes de la DREES⁷ traitant de l'accessibilité aux soins de la population française semblent se superposer avec celles des fragilités sociales, à condition bien sûr de regarder les choses à l'échelle des bassins de vie, certaines villes pouvant être à la fois des lieux de concentration de richesse et des points de fixation de pauvreté.

Ces territoires appauvris cumulent les difficultés : la disparition d'une offre de soins se conjugue avec la disparition de services publics essentiels et avec des infrastructures insuffisantes⁸. Ainsi, la question du transport est cruciale : comment se rendre à un rendez-vous médical sans moyen de transport (personnel ou collectif) ou lorsque le prix du carburant rend inaccessible la distance à parcourir ? Et ce, alors que de plus en plus de soignant-es refusent de se déplacer à domicile...

La dite désertification médicale est donc à la fois un symptôme et un facteur du déclassement social⁹. Assister à la fermeture de sa maternité et/ou du service des urgences, ne plus avoir de médecin traitant à qui confier ses maux qui tourmentent, ne plus avoir d'orthodontiste pour construire le sourire de ses enfants, c'est comprendre son exclusion d'un monde qui ne veut plus de vous et qui a pourtant nourri un imaginaire médicalisé. Si cette situation concernait au départ les classes populaires socialement marginalisées, elle s'étend désormais aux nouvelles classes moyennes, qui pensaient, de par leur nouveau statut tant convoité, être à l'abri de ce climat d'insécurité et d'incertitude connu par leurs parents ou grands-parents¹⁰.

Dans cette situation de crise sanitaire structurelle, un statut quo, bien entendu critiquable, consisterait à maintenir des soins uniquement « humanitaires » dans ces territoires désertés.

Dès lors, si nous voulons penser une autre organisation sanitaire qui propose des soins de qualité et couverts par l'Assurance maladie obligatoire à toute la population vivant sur le territoire français, il nous faut intégrer cette conflictualité sociale liée aux inégalités sociales et donc aux enjeux de classe.

Nous proposons l'organisation d'un maillage territorial visant à remplir la mission de service public d'égal accès aux soins, où que nous soyons sur le territoire, indépendamment de tout intérêt financier lucratif. (cf. la partie III sur le service public territorial de santé).

Les structures d'exercice coordonné, idéalement centres de santé, accessibles et clairement identifiées, doivent favoriser un nouvel aménagement du territoire au lieu de participer à sa désertification. Le centre de santé regroupera les différent-es acteur-trices du soin et du social du territoire qui travailleront en coordination, ce qui favorisera également une simplification des statuts professionnels et des modes de financement en mettant définitivement fin au millefeuille actuel (Agences régionales de santé, Conseils départementaux, Assurance maladie obligatoire, Complémentaires santé, etc.). Les soins et accompagnements réalisés seront intégralement pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire universelle remboursant à 100 %¹¹. L'accueil des personnes y aura une place prépondérante, réalisé de façon physique en présentiel. Ce centre de santé établira des liens très étroits avec l'hôpital de proximité lui-même en relation avec un centre hospitalier à dimension départementale ou régionale. Des consultations spécialisées avancées sans dépassement d'honoraires seront proposées dans toutes ces structures hospitalières de proximité participant ainsi au maillage d'un territoire sanitaire. Dans ce cadre, de nouvelles modalités de transports faciliteront l'accès des patients aux consultations : taxi/VSL, petits transports en commun, intégralement remboursés. La régulation des urgences pourra être assurée par le centre 15 en lien

avec des services d'urgences rapidement accessibles. La continuité et la permanence médicale redeviendront des obligations professionnelles contractualisées. Les usager·ères participeront à la vie de ces centres de santé sans pour autant que ne soit remise en cause l'indépendance des professionnel·les qui y travaillent.

...et de démocratie sanitaire

Pour le SMG, une organisation territoriale de santé pertinente repose sur une véritable démocratie sanitaire, tant au niveau local qu'au niveau national². Différentes lois et réglementations visent soi-disant à atteindre cet objectif, telle la loi n° 2002.303 du 4 mars 2002, relative aux droits de la personne malade et à la qualité du système de santé. Cette loi est guidée par un projet politique, à savoir : « garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités [...] et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ». Vingt ans après la promulgation de la loi, le constat est sévère : peu de participation des habitant·es à la mise en place d'une organisation de soins locale, des comités d'usager·ères et de défense des hôpitaux systématiquement écartés des lieux de décision, des conférences de santé et des Agences régionales de santé (ARS) présélectionnant les organisations d'usager·ères censées représenter la société civile, mais qui sont en fait souvent davantage au service d'intérêts économiques privés (pharmaceutiques ou autres) plutôt que de l'intérêt collectif, etc. En fait, tout semble fait pour éloigner les habitant·es des lieux de décision.

L'objectif essentiel d'une nouvelle forme de démocratie sanitaire² est donc d'intégrer les habitant·es à toutes les étapes d'un projet de santé sur un territoire donné dans une démarche de santé communautaire. Partager des réalités quotidiennes conduit à constituer de fait des communautés qui sont les mieux placées pour identifier les besoins réels et en fonction, mettre en place les actions nécessaires pour y répondre.

Cela requiert également de créer et animer des espaces collectifs, qu'on pourrait appeler des conseils locaux de santé, où se réunissent, échangent et élaborent ensemble des habitant·es, des professionnel·les et des élu·es et pas seulement des associations ou structures instituées¹².

L'existence même de ces espaces, en redonnant du pouvoir d'agir aux premier·ères concerné·es, est un facteur d'amélioration de la qualité de vie des personnes. Pour être viables et pérennes, ces espaces doivent exercer concrètement leurs pouvoirs de décision et de contrôle sur les réalités quotidiennes du système de santé. Les règles de fonctionnement doivent être établies collectivement et explicitement de manière à ce que tou·tes puissent s'en emparer. Ce fonctionnement doit pouvoir rester évolutif dans une volonté de processus démocratique le plus abouti possible, en tenant compte des places sociales de chacun·e, et en particulier des plus vulnérables. La démocratie locale sanitaire participative émergeant ainsi deviendrait la pierre angulaire d'une organisation territoriale de santé aux décisions ascendantes et non plus descendantes.

Les différentes organisations locales, initialement structurées à l'échelle du bassin de vie, devront se fédérer pour mutualiser les expériences et agir de façon concertée. Les conseils locaux de santé enverraient alors des délégué·es dans des conseils départementaux, régionaux et nationaux et les décisions prises au ministère de la Santé, à la Caisse nationale d'Assurance maladie, etc. et déclinées par les institutions étatiques telles les ARS deviendraient exceptionnelles. Cette fédération des conseils locaux de santé établirait des priorités et des préconisations. Le ministère de la Santé et la Caisse nationale d'Assurance maladie seraient tenus de les respecter et auraient pour mission de mettre en œuvre ces politiques de santé. Ces instances nationales serviraient alors avant tout à mettre en place des mécanismes d'équité entre territoires, avec le transfert de certaines ressources d'un territoire à l'autre, le principe égalitaire « chacun·e donne selon ses moyens et reçoit selon ses besoins » devant là aussi s'appliquer. Il faut cesser de restreindre le financement des soins et débattre d'une autre régulation des budgets. Des règles de redistribution doivent être appliquées à tous les niveaux suivant ce même principe fondateur.

Les ordres professionnels, instances non démocratiques, dont l'inutilité et la toxicité ne sont plus à démontrer, doivent être supprimés¹³.

La réflexion à court et long terme sur les questions de besoins de santé ne peut avoir de réponses uniquement sanitaires. Développer la santé publique et en particulier, les aspects de promotion de la santé, nous semble fondamental pour permettre à chacun·e de reprendre collectivement la main sur les enjeux qui concourent à une meilleure santé, tels que l'environnement physique et social, l'éducation, l'aménagement du territoire et l'accès aux services publics, etc.¹⁴ La notion de besoins restera bien sûr une notion relative mais qui doit être centrale dans l'organisation du système de soins et pour cela se travailler en prise directe avec les premier·ères concerné·es en cherchant à tendre vers toujours plus de véritable démocratie sanitaire².

En effet, l'intérêt commun raisonnable n'est en rien l'opinion publique majoritaire ou la somme des intérêts particuliers. **Une véritable démocratie sanitaire implique également d'interroger et de travailler collectivement la question des « besoins »** : partir des besoins exprimés spontanément par la population risque de renforcer les inégalités en santé, les catégories socioprofessionnelles les plus favorisées ayant plus de facilité et d'opportunité pour exprimer leurs « besoins ».

En résumé,

Nous nous opposons à :

- tenir les habitant·es éloigné·es des décisions portant sur l'organisation territoriale du système de santé, qui les concernent au plus haut point ;
- laisser la main aux organisations professionnelles sur la régulation des exercices professionnels ;
- continuer de soutenir des modes d'exercice lucratifs et libéraux, qui sont davantage favorisés économiquement que les modes d'exercice salarié ;
- restreindre les financements du système de santé ;
- culpabiliser les usager·ères du système de santé.

Nous proposons de :

- développer une véritable démocratie sanitaire :
 - en créant des rassemblements d'habitant·es de type « conseils locaux de santé » où sont discutés les besoins et les attentes au niveau d'un territoire de santé en choisissant, créant des lieux et des modes de fonctionnement qui permettent de faire circuler du débat, de la parole, entre professionnel·les, usager·ères et collectivités avec des organisations qui permettent une transparence des décisions prises collectivement ;
 - en inversant les règles de gouvernance de façon à ce qu'elles soient ascendantes et non descendantes, co-construites et non autoritaires, ce qui implique notamment de supprimer les ordres professionnels ;
- augmenter le financement de la Sécurité sociale, organisation qui a fait la preuve de son efficacité dans la lutte contre les inégalités sociales¹⁵ ;
- développer un maillage territorial de structures d'exercice coordonné de type centre de santé, visant à remplir la mission de service public d'égal accès aux soins, indépendamment de tout intérêt financier lucratif ;
- mettre en place une Assurance maladie obligatoire universelle remboursant à 100 % et supprimer les dépassements d'honoraires.

II. Les leviers à actionner du côté des professionnel·les

1. La formation

Lorsque le sujet des inégalités géographiques d'accès aux soins croise celui de la formation des professionnel·les du sanitaire, il est le plus souvent uniquement question du nombre de professionnel·les ayant été et/ou devant être formé·es.

Concernant les médecins, le *numerus clausus*, instauré au milieu des années 70, résulte de la convergence de revendications d'une partie de la profession médicale soucieuse de préserver ses revenus et son prestige, et de préoccupations gouvernementales orientées vers la maîtrise des dépenses d'Assurance maladie¹⁶.

Au début des années 80, la démographie médicale augmente et la densité médicale également ; le *numerus clausus* est utilisé pour réduire progressivement le nombre d'étudiant·es formé·es.

Jusqu'à la fin des années 90, il est ainsi régulièrement question de la pléthore de médecins.

Mais au début des années 2000, le manque commence à se faire sentir et le *numerus clausus* repart à la hausse. Toutefois, le délai entre l'entrée en formation et l'exercice plein de la profession étant d'une dizaine d'années, les effets de cette relance ne seront pas visibles avant 2030.

Cet outil de régulation n'a pas non plus permis de juguler l'accroissement des inégalités territoriales de répartition des médecins. Et pouvant se cacher derrière ce débat du nombre, les pouvoirs publics ont délibérément ignoré d'autres questions tout aussi importantes que l'impact du vieillissement et des modes de vie sur les besoins de la population, les évolutions du système de soins liées aux changements de relations interprofessionnelles ou bien encore les modifications des parcours professionnels et modes d'exercice des nouvelles générations de médecins¹⁷.

Il paraît donc clair qu'il faut continuer à former davantage de médecins, mais également que cette réponse restera insuffisante si elle n'est pas articulée avec d'autres aspects de la démographie sanitaire, tels que :

L'articulation de l'exercice médical avec celui des autres professionnel·les de la santé, couvrant tant les champs du sanitaire que ceux du travail social.

Or, pour l'instant les formations des différents corps professionnels restent très cloisonnées et chaque étudiant·e reste relativement ignorant·e des champs de compétences des autres professionnel·les avec lequel·les iel est amené·e à travailler.

De plus, le travail coordonné, en équipe pluriprofessionnelle, ne fait l'objet que de peu formation spécifique. Or, le « travailler ensemble », la coopération et la mise en place de fonctionnements collectifs ne sont pas des compétences innées. Elles nécessitent des apprentissages et une acculturation réciproque qui devraient être mises au travail, apprises et transmises dès les premières années de formation professionnelle.

L'origine sociale des professionnel·les formé·es

En effet, il a été démontré à de nombreuses reprises que le premier facteur d'installation de professionnel·les en zone sous-dense (qu'elles soient rurales ou en quartiers populaires) est celui d'en être issu ou *a minima* d'y avoir vécu plusieurs années¹⁸. Or les modalités de sélection et d'évaluation des premières années de formation médicale favorisent les étudiant·es issu·es de classes sociales plus favorisées¹⁹. La concentration des lieux de formation dans des grandes villes éloignées du domicile familial, où l'accès au logement est difficile et cher et qui implique de pouvoir être mobile défavorise encore davantage les étudiant·es issu·es de milieux plus populaires. Ces dernier·ères, qui ont déjà peu de ressources économiques à mobiliser, se retrouvent de plus privé·es des soutiens familiaux et affectifs de proximité, contrairement aux étudiant·es issu·es des classes socio-professionnelles bourgeoises qui habitent déjà les centres urbains.

Une formation adaptée à des exercices professionnels divers, multiples et spécifiques

L'exercice professionnel de soins de premiers recours peut recouvrir des réalités très diverses, que l'on soit en quartier populaire d'une grande métropole ou dans un territoire rural à la densité très faible, en passant par des spécificités géographiques telles que les territoires insulaires ou montagneux. Pour faciliter l'installation de professionnel·les dans ces secteurs, leur formation doit être adaptée à leurs besoins avec des contenus spécifiques ainsi que des terrains de stage diversifiés, encadrés et valorisés dans la formation initiale, dans l'idéal dès le deuxième cycle des études médicales et *a minima* dans le troisième cycle. Plus les étudiant·es seront accompagné·es dans leurs apprentissages, en prise directe avec des réalités géographiques et sociales concrètes, plus ils et elles se sentiront outillé·es pour y exercer.

Enfin, les conditions d'exercice futur doivent être claires dès l'entrée dans les études professionnalisantes afin que les étudiant·es sachent à quoi iels s'engagent, en particulier sur la permanence des soins, la continuité des soins et l'organisation territoriale des soins. Cela vise à éviter des sentiments de déloyauté, voire de trahison, qui alimentent des rancœurs et des déceptions chez les étudiant·es lorsque les réformes successives semblent remettre en question les bases sur lesquelles iels se sont engagé·es dans un parcours d'étude qui est souvent long (10 ans minimum pour un·e médecin généraliste actuellement).

La durée de ces études, pas ou peu rémunérées les 6 premières années, favorise également des tentations de « rattrapage » une fois les études terminées avec des prétentions de rémunérations élevées. De plus, l'absence de cotisations chômage, des cotisations retraite minorées, sont autant de manque à gagner tant pour la solidarité collective que pour les étudiant·es individuellement. Il serait sûrement profitable à la société dans son ensemble et aux étudiant·es elleux-mêmes (en particulier, ceux issu·es de milieux plus populaires) de salarier correctement les étudiant·es (un salaire horaire au SMIC serait aujourd'hui bien plus rémunérateur que les conditions actuelles) ; et, dans le même temps, de plafonner les revenus de ces étudiant·es devenu·es professionnel·les en exercice. Tout cela conduirait sûrement à une modification des profils d'étudiant·es candidat·es et donc sélectionné·es, ce qui favoriserait probablement leurs installations dans des zones aujourd'hui désertées par ces professionnel·les.

En résumé,

Nous nous opposons à :

- réduire le nombre de professionnel·les formé·es ;
- augmenter la durée des formations des professionnel·les et à les contraindre à une formation ne valorisant et ne préparant qu'à l'exercice libéral (cf. la quatrième année de médecine générale)^{20,21} ;
- concentrer encore davantage les formations au sein des Centres Hospitalo-Universitaires.

Nous proposons de :

- Augmenter le nombre de professionnel·les de santé formé·es en adaptant les capacités de formations et en planifiant de façon pluriannuelle et coordonnée les effectifs à former dans les différentes filières.
- Décloisonner les formations comme les pratiques pour développer la pluridisciplinarité et les coordinations interprofessionnelles.
- Former les professionnel·les de santé à la coordination et à l'exercice professionnel collectif.
- Adapter les formations professionnelles à certaines spécificités d'exercice géographique en facilitant l'acquisition des compétences adaptées aux différents territoires.
- Revoir les modalités de sélection des étudiant·es en médecine, pour augmenter la part de ceux qui sont issu·es de communautés défavorisées en matière d'accès aux soins, tout particulièrement en favorisant les passerelles issues d'autres cursus et en développant des programmes de « classes préparatoires » en milieu rural et en quartiers populaires¹⁸.
- Décentraliser les lieux des formations pour les rapprocher des lieux de vie de jeunes issu·es d'autres milieux sociaux que des milieux favorisés actuellement surreprésentés dans les formations médicales.
- Favoriser l'accès au logement et à la mobilité pour les étudiant·es issu·es de milieux populaires afin d'augmenter leur présence dans les cursus de formation sanitaire, en particulier médicale.
- Salarier réellement les étudiant·es dès leurs premières années. Limiter ensuite les revenus, une fois leurs études achevées, pour conserver des rémunérations justes mais non exorbitantes comme pour certain·es professionnel·les actuellement.
- Clarifier dès le début de la formation les engagements indispensables en termes de permanence des soins, continuité des soins et d'organisation territoriale.

2. Les conditions d'exercice

Le système de soins de premier recours s'appuie essentiellement sur des professionnel·les libéraux·ales, pour lesquels le paiement à l'acte symbolise une indépendance et une liberté fantasmées. Cette organisation montre cependant ses limites.

Le paiement à l'acte favorise des prises en charges évacuant la complexité inhérente aux situations rencontrées sur le terrain. Il ne valorise pas les dimensions de prévention, d'éducation à la santé et de coordination entre les professionnel·les. Il ne prend pas non plus en compte le travail de formation continue nécessaire à la qualité des soins.

Le caractère libéral de l'activité médicale de premier recours favorise lui aussi l'isolement des professionnel·les et ne permet pas la coordination du travail, d'autant plus que les différentes professions ont chacune une convention propre avec l'Assurance maladie. Il ne permet pas non plus une planification efficace de l'organisation spatiale et qualitative des soins. Il a de plus permis le développement d'un conventionnement en secteur 2, entraînant des dépassements d'honoraires, principalement de la part de spécialistes d'organe. Il aggrave donc les inégalités d'accès aux soins des habitant·es.

Les modes de rémunération déconnectés de l'acte (Rémunération sur objectifs de santé publique/Forfait structure) mis en place sont critiquables et n'ont pas réellement permis de pallier ces écueils^{6,1}.

Le rapport de la DREES¹⁸, qui fait le bilan des enquêtes sur les préférences des médecins dans leur choix d'installation, montre que, dans les déterminants du choix, les aspects financiers sont moins importants que les conditions de l'exercice professionnel et son environnement.

Il paraît donc essentiel d'améliorer aussi les conditions d'exercice des soignant·es sur l'ensemble du territoire.

A. Le mode de rémunération

Le mode de rémunération actuel (Paiement à l'acte, Rémunération sur objectifs de santé publique : ROSP) réduit les professionnel·les de santé au rôle de prescripteur·trices d'actes. C'est un frein au travail en collaboration (il n'existe pas d'acte pour la tenue d'une réunion pluriprofessionnelle par exemple).

Plusieurs enquêtes menées auprès d'internes et de jeunes médecins montrent un intérêt pour un exercice diversifié (82 % des internes sondé·es sont intéressés à diversifier leur exercice²² : soins/prévention ou ville/hôpital). Dans cette même étude, 78 % déclarent vouloir sortir du paiement à l'acte exclusif et 86 % apprécieraient un mode de rémunération au forfait ou à la capitation.

L'ISNAR-IMG (InterSyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale) propose d'ailleurs de « réfléchir et faire évoluer le système de rémunération des médecins vers une mixité et une diversification (salarier, capitation, acte, performance, forfait) »²³.

Afin de prendre en compte l'ensemble des missions de santé publique des professionnel·les de santé, il paraît nécessaire d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération. Certains existent déjà en France ou à l'étranger.

Ainsi, citons:

- Le paiement forfaitaire des structures :

- L'ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel)²⁴ est proposé aux MSP constituées en SISA (Société interprofessionnelle de soins ambulatoires) et aux centres de santé, il s'agit de rémunérations spécifiques versées par l'Assurance maladie directement aux structures, selon un ensemble de critères sociaux et optionnels permettant de contribuer à la création de projets de santé publique, de protocoles pluriprofessionnels, de programmes d'éducation thérapeutique par exemple.
- Les projets portés selon l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018²⁵, permettant de tester en vie réelle des organisations innovantes en santé, telles que :
 - * Les microstructures en addictologie, où un forfait de rémunération est proposé par patient.e inclus.e aux différent.es professionnel·les de santé intervenant dans les soins d'addictologie (médecin, travailleur·se social·e, et psychologue) durant 5 ans au terme desquels la rémunération forfaitaire peut être généralisée si l'évaluation est jugée concluante.
 - * Les expérimentations de type « Structures d'exercices coordonnées participatives » ou d'« Incitation à une prise en charge partagée - IPEP », semblent aller dans ce sens, à condition qu'elles puissent être étendues au droit commun.

- La rémunération à la capitation, telle qu'elle existe dans les maisons médicales belges (rémunération de la structure en fonction du nombre de personnes suivies, avec une pondération sur des critères socio-économiques et cliniques)².

- voire le salaire à la qualification personnelle : celui-ci est une forme de rémunération dont le principe a été théorisé principalement par Bernard Friot et l'association d'éducation populaire Réseau Salarier. Il permet notamment de dissocier travail et emploi. Avec la cotisation sociale, il serait à la base d'un nouveau mode d'organisation socio-économique²⁶.

Le mode d'exercice salarié est en progression depuis plusieurs années chez les médecins. L'atlas de la démographie médicale 2021 confirme cette évolution : seulement 45 % des médecins généralistes inscrits s'installent en libéral dans les 13 ans qui suivent leur formation. L'exercice salarié paraît être de plus en plus attractif pour les jeunes générations de médecins. Cependant, l'offre de postes pour pratiquer la médecine générale en tant que salarié·e reste limitée. Afin de prendre en compte le souhait de certain.es professionnel·les de santé d'être salarié·es, il faudrait augmenter l'offre de postes salariés.

B) L'exercice pluri-professionnel

Le mode d'exercice pluri-professionnel est aussi en nette progression. Ces modèles sont portés par les professionnel·les de santé mais sont très dépendants du paiement à l'acte et des politiques/subventions publiques.

Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) tentent de mettre en place un exercice collectif de la médecine. Le développement des MSP est encouragé par le ministère de la santé qui vise à doubler leur nombre d'ici 2027²⁷, mais il existe de multiples organisations différentes au sein desquelles l'exercice collaboratif est plus ou moins développé.

Depuis l'ordonnance du 12 mai 2021, ces MSP peuvent salarier des professionnel·les de santé. Deux conditions sont néanmoins requises pour pouvoir salarier du personnel²⁸ :

- être constituée sous la forme de sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA), ce qui est le cas de la majorité des MSP,
- le nombre de professionnel·les de santé exerçant des activités de soins de premier et de second recours pouvant être salarié·es doit rester inférieur au nombre des professionnel·les de santé libéraux·ales associé·es.

Le modèle des centres de santé permet d'offrir une activité salariée. On constate une forte progression du nombre de créations de centres de santé ces dernières années²⁹. Leur modèle économique paraît séduisant pour favoriser l'installation de jeunes médecins qui souhaitent être libéré·es des contraintes administratives, travailler avec les autres structures de soins ambulatoires et hospitalières, et avec les professionnel·les du secteur social (animateur·trice social·e de Centre local d'information et de coordination gérontologique, assistant·e social·e, éducateur·trice spécialisé·e, médiateur·trice en santé devenu un véritable métier nécessitant une formation et une

rémunération...). Cependant, les conditions d'exercice demeurent dictées par l'employeur-euse avec un risque important de dérives en cas de gestion par un groupe financier, à l'instar des cliniques, favorisant la recherche de rendement au détriment de la qualité des soins.

Les centres de santé communautaires peuvent permettre une activité salariée tout en impliquant une participation indispensable des habitant-es et des professionnel-les qui y exercent.

C) Téléconsultations

Les téléconsultations, régulièrement mises en avant comme solutions aux difficultés d'accès aux soins, sont une fausse bonne idée. Si elles peuvent donner le sentiment d'avoir obtenu rapidement une réponse à une demande, celle-ci n'est au mieux que temporaire. Le plus souvent, elles sont inutiles car la problématique posée nécessite un examen physique et donc un contact réel ; ce qui implique un surcoût pour la société (et du profit pour les sociétés privées qui les organisent à grande échelle). De plus, elles captent du temps de professionnel-les diplômé-es, temps qui pourrait être utilisé d'autres manières.

Ce mode de consultation ne permet pas de s'assurer du respect du secret médical, principe déontologique essentiel à la pratique médicale. Sans réellement favoriser l'accès à des soins de qualité, il aggrave au contraire les inégalités pour certaines personnes n'ayant pas accès au matériel, au réseau ou aux compétences nécessaires à sa mise en œuvre. Et l'expérience montre que ce sont plutôt des personnes jeunes et urbaines qui utilisent ce type de dispositif³⁰. Ces téléconsultations sont de toute façon un mode dégradé de soins.

D) Autres propositions

L'anticipation des difficultés dans les zones sous-médicalisées telles que les difficultés de remplacement, les rendent *a priori* peu attractives. En ce qui concerne le maintien en zone rurale, une étude australienne a conclu qu'un dispositif facilitant et finançant des remplacements serait plus efficace que des augmentations de revenus¹⁸.

Assurer des conditions de remplacements, que ce soit pour des congés, des formations, ou pour un départ en retraite, permettrait d'améliorer les conditions d'exercice des soignant-es.

Le travail administratif fait diminuer le temps disponible pour du travail de soin et rend l'exercice de la médecine générale moins attractif. Il s'agit donc de diminuer le travail administratif. Nous proposons une suppression des tâches dont l'objectif principal est celui du contrôle *a priori* du bien-fondé des dépenses : par exemple certificats enfant malade, arrêts de travail de moins de 3 jours. Un système pourrait être instauré où les patient-es sont autonomes pour bénéficier d'une ou plusieurs journée(s) de congé « enfant malade » ou « maladie » (comme cela a été rendu possible pendant l'épidémie de Covid-19).

La formation continue doit faire partie de l'ensemble des moyens pour adapter les ressources humaines aux besoins du système de santé. D'une part en permettant aux professionnels paramédicaux d'évoluer vers des pratiques avancées ou spécialisées, leur donnant accès à une formation médicale raccourcie par une validation des acquis de l'expérience. D'autre part, en permettant aussi à des médecins de changer éventuellement de spécialité et de répondre plus rapidement à de nouveaux besoins en santé publique³¹.

En résumé,

Nous nous opposons à :

- maintenir les modes de rémunération actuels à l'acte ou sur objectifs ;
- continuer de soutenir des modes d'exercice lucratifs et libéraux, qui sont davantage favorisés économiquement que les modes d'exercice salarié ;
- développer les téléconsultations.

Nous proposons de :

- privilégier des exercices non lucratifs : tout profit sur la santé doit être exclu ;
- soutenir des modes de financement sur des bases forfaitaires et/ou à la capitation ;
- développer l'exercice salarié ;
- favoriser l'exercice pluri-professionnel et les accompagnements globaux des usager-ères ;
- développer la formation continue et les possibilités de réorientations professionnelles au cours de l'exercice professionnel ;
- favoriser les conditions de remplacement ;
- diminuer le travail administratif.

3. Les conditions nécessaires pour une réelle coopération avec les nouveaux métiers au service des habitant-es

Voir l'analyse détaillée dans l'annexe N°1

Alors qu'elle aurait dû être conçue et programmée pour améliorer la prise en charge des patient-es, la mise en place des nouveaux métiers tels qu'IPA (Infirmier-ère de pratique avancée) et assistant-es médicaux-ales se fait dans l'urgence, dans un contexte de pénurie de médecins généralistes et de volonté du gouvernement de diminuer les dépenses de santé. Ce rythme de mise en place devrait rendre d'autant plus attentif-ve non seulement à la qualité de la formation et des soins rendus, mais également à l'insertion au long terme de ces professionnel·les dans le système de soins. Les IPA ne doivent en aucun cas être les supplétif-ves momentanés-es d'une démographie médicale déficitaire et se retrouver en difficulté quand les effectifs de médecins seront plus importants.

La mise en place de nouveaux métiers devrait prendre en considération les expériences antérieures. Par exemple, l'expérience des infirmier-ères salariées de l'association ASALEE (Action de santé libérale en équipe), qui avait pourtant fait ses preuves pour l'amélioration des suivis^{32,33}, n'a pas été prise en compte pour la mise en place des IPA, qui iels sont libéraux-ales.

Une réelle coopération professionnelle ne peut exister sans la reconnaissance de ce qu'apportent le regard et la pratique de l'autre. Elle nécessite de pouvoir faire confiance à l'autre et de pouvoir travailler en concertation^{34,35}

Ceci ne se décrète pas et des conditions de différents ordres sont nécessaires :

La formation des soignant-es doit se faire en pluri-professionnalité pour que chacun-e puisse saisir à la fois le champ commun et la spécificité du champ de l'autre et apprenne à travailler ensemble. La formation des médecins les incite au mieux à être le pivot de la prise en charge, au pire le/la chef-fe de file de celle-ci. Une réflexion doit être menée : quel est le ou la professionnel-le le mieux placé-e pour coordonner les soins d'un-e patient-e ? Le/la médecin ? L'IPA ? Un tiers extérieur (médiateur-trice en santé, coordonnateur-trice) ?

La formation doit être adaptée à la pratique des soins primaires, alors qu'actuellement la formation des généralistes est encore trop hospitalo-centrée et celle des IPA a été conçue sur le même schéma. La formation à la thérapeutique et à l'indépendance de la prescription est insuffisante pour les médecins et l'est encore plus pour les IPA.

La compétence professionnelle de l'autre doit être reconnue, c'est une des conditions de la confiance. C'est particulièrement important dans le cadre de la coopération des médecins généralistes avec les IPA dont le champ officiel de compétences tend de plus en plus à recouper celui antérieurement réservé aux médecins.

Le modèle économique doit faciliter la coopération³⁶. Actuellement, la « course » des IPA après les patient-es pour tirer un revenu de leur activité et la dépendance des médecins au nombre d'actes pratiqués sont une entrave à la mise en place de temps de concertation et de coordination, temps qui ne sont pas valorisés financièrement ni pour le/la médecin ni pour l'IPA. Cela induit des problèmes de concurrence financière d'autant plus importants que les champs d'activité se recourent.

Par ailleurs l'importance des différences de revenus entre les professionnel·les qu'iels soient libéraux-ales ou salarié-es est un autre obstacle au travail en coopération.

En résumé,

Nous nous opposons à :

- la compétition instrumentalisée entre les différents métiers et différent-es professionnel·les ;
- maintenir les modes de rémunération actuels à l'acte ou sur objectifs.

Nous proposons de définir des règles de partage des tâches qui encouragent la coopération, tant d'un point de vue économique, que de celui des responsabilités prises

4. La question de la limitation à l'installation des médecins

Voir l'analyse détaillée dans l'annexe n° 2

Que pouvons-nous dire en tant que syndicat sur la question des limitations à l'installation :

Nous ne nous inscrivons pas dans la logique libérale et nous n'avons pas d'arguments idéologiques contre les limitations à l'installation mais le contexte de déficit d'effectifs de la profession, de surcharge de travail nous amène à nous interroger sur l'efficacité qu'aurait cette limitation dans les zones reconnues déficitaires et les répercussions qu'elle aurait dans l'ensemble des territoires.

Nous défendons la mise en place d'un système public de santé permettant à chacun.e d'accéder aux soins en tous points du territoire³⁷.

La lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins ne doit pas se focaliser sur les questions de liberté d'installation, c'est un ensemble de changements et de mesures qu'il faut mettre en place (cf. l'ensemble de ce document).

Cette lutte doit s'intégrer à celle contre les inégalités territoriales d'accès aux services publics.

En résumé,

Nous nous opposons à une défense absolue de la liberté d'installation, comme à toute défense d'intérêts corporatistes au détriment du bien commun.

Nous proposons un panachage de mesures pour répondre aux inégalités territoriales d'accès aux soins, qui pénalisent tant les usager·ères que les professionnel·les.

Ces mesures doivent être mises en place dans les zones les plus désertifiées mais aussi dans les territoires considérés comme actuellement sans problème.

III. Le service public territorial de santé (SPTS)

Le soin de premier recours est un bien de première nécessité et son financement solidarisé en fait un service public, service qui n'est assuré équitablement ni entre toutes les habitant·es, ni entre tous les territoires.

Pour pallier ces limites, la mise en place d'un service public territorial de santé (SPTS), en particulier en soins primaires est nécessaire. Il est d'ailleurs proposé par d'autres groupes ou organisations^{38,39}, sans avoir été clairement défini dans son fonctionnement, sa gouvernance ou son financement.

L'organisation du SPTS est à définir, mais pourrait déjà s'inspirer du « déjà-là » de structures de soins primaires publiques solidement implantées dans les pratiques et cultures professionnelles. L'hôpital public et ses services d'urgences, la psychiatrie ambulatoire publique sectorisée et ses Centres-médico-psychologiques qui couvrent l'ensemble du territoire, la Protection maternelle et infantile, gérée par les conseils généraux sont autant de modes d'organisation qui, dans leur conception, doivent assurer un service public du soin territorialisé, même si l'état de ces structures, ne leur permet pas toujours de faire face à leurs missions. En ce qui concerne la médecine générale, l'exemple des centres de santé associatifs ou municipaux et tout particulièrement des centres de santé communautaires doit aussi nous rappeler qu'une organisation différente des soins est possible.

Dans d'autres pays européens, le système de soins primaires n'est pas organisé de la même manière qu'en France. En Espagne⁴⁰ par exemple les professionnel·les de santé sont salarié·es d'organismes rattachés aux régions, appelées autonomies, qui jouissent de plus de pouvoir que les régions françaises. Iels travaillent dans des centres de santé, coordonnés entre eux et avec les structures de soins de second recours. L'offre de soins y est essentiellement publique, sans avance de frais⁴¹. Au Royaume-Uni, la NHS est l'organisatrice d'un système de santé public organisé sur l'ensemble du territoire, c'est d'ailleurs une des institutions les plus populaires dans la société britannique⁴². Ces systèmes sont des exemples d'organisations du soin primaire public qui recueillent souvent le soutien des populations qui y ont recours.

Toutefois, ils appellent des critiques, notamment leur sous-financement par l'impôt, dans le cadre d'une gestion étatique néo-libérale qui les dégrade.

Le SMG fait ici part de ses réflexions, propositions, mais aussi des limites et des écueils à éviter.

1. Un système de santé démocratique et juste

Le SPTS se définira comme un service de santé de premier recours public, accessible à toutes et tous sur l'ensemble du territoire. La forme que doit prendre le SPTS est un point complexe sur lequel il n'y a pas de consensus. Pour le SMG, il doit s'agir d'un système au financement socialisé, géré au maximum par les assuré·es sociaux·ales et leurs représentant·es, tant au niveau local que national.

On peut imaginer la mise en place du SPTS en parallèle du système de soins de premier recours libéral existant actuellement, les deux coexistant aux moins dans un premier temps, c'est d'ailleurs la proposition de certain·es³⁹. Le risque selon le SMG est de reproduire la répartition inéquitable des tâches médicales entre un secteur privé qui s'occuperait des actes « lucratifs », tandis que le secteur public s'occuperait de la complexité, des populations défavorisées et des actes les moins valorisés

financièrement. C'est ce qu'on observe dans la dichotomie hôpital public/cliniques privées et dans l'organisation des soins qui incombent à chacune de ces structures. La mise en place du SPTS implique à terme la socialisation complète du système de soins de premier recours, pour éviter cet écueil.

L'accès aux services du SPTS devra se faire sans dépassement d'honoraires. Le développement du SPTS sera ainsi l'occasion de questionner le juste financement des soins de premier recours, en supprimant le secteur 2 et donc tout dépassement d'honoraires dans l'ensemble du système de soins.

2. Un système de santé permettant les coopérations interprofessionnelles

Le SPTS ne devra pas être conçu uniquement autour des professions médicales, mais permettre des coopérations interprofessionnelles larges, dans une optique d'approche globale de la santé. Ainsi devront être associé-es dans les centres de santé des médecin·es, des professionnel·les paramédicaux·ales, mais également d'autres professions dont le rôle est souvent peu reconnu dans l'entretien d'un bon état de santé : aides soignant·es, travailleur·euses sociaux·ales, psychologues, diététicien·nes, éducateur·trices sportif·ves, médiateur·trices en santé, assistant·es médicaux·ales... Le SPTS permettra ainsi l'accès à des professions et des services pour l'instant non prises en charge par l'Assurance maladie. Dans un contexte de développement de nouvelles professions de soins parfois remboursées par certaines assurances complémentaires, le SPTS sera également le garant des limites à fixer dans les soins pris en charge par la cotisation socialisée.

Les coopérations interprofessionnelles devront également se développer avec l'hôpital dont le SPTS pourra partager certains moyens techniques ou administratifs, renforçant le lien entre les différentes structures. Des coopérations entre les soins de premier et de second voir troisième recours devront ainsi être mises en place pour améliorer l'efficacité des soins.

3. Un système de santé planifié, intégré, notamment aux autres services publics

Le SPTS permettra la planification des soins de premier recours au niveau territorial puisque sa gouvernance sera enfin démocratique et non plus livrée à des professions libérales dont l'installation et les pratiques sont peu ou pas régulées. Il permettra aussi d'assurer des soins de qualité dans les pratiques des professionnel·les des centres de santé.

Le caractère public du SPTS lui permettra d'être intégré plus facilement à la formation des professionnel·les de santé, dont la formation initiale est souvent dépourvue d'enseignements sur les soins de premiers recours et trop centrée sur les centres hospitaliers universitaires.

Le SPTS devra être partie intégrante des services publics et son développement doit s'accompagner du soutien et de l'investissement dans les autres services publics dont la mission est actuellement mal remplie: service public de l'éducation, des transports, de la culture, de la justice... Le caractère public des SPTS permettra d'ailleurs des coopérations avec ces secteurs, actuellement quasiment inexistantes: lien renforcé avec les professionnel·les de l'aide sociale, travail sur l'éducation à la santé, réflexions sur les difficultés d'accès aux soins liée aux transports, liens école/services sanitaires pour le dépistage des maltraitances par exemple.

4. Le salariat plutôt que le paiement à l'activité

Le SPTS sera l'occasion de remettre en question et de dépasser le paiement à l'acte, rémunération « à la pièce » qui ne garantit ni la qualité des soins ni le contrôle des dépenses de santé. La rémunération à l'acte n'encourage pas à la prise en charge des situations complexes, à la prévention, à l'éducation à la santé. Au contraire, elle encourage la surenchère thérapeutique et les surtraitements. Plus on travaille vite, plus on travaille mal et plus on gagne d'argent. L'organisation libérale des soins de premiers recours impose aux professionnel·les une perte de temps en gestion comptable et administrative de leur activité, en déconnexion avec le cœur de leurs professions de soin.

Les professionnel·les du SPTS seront au contraire salarié·es. En plus d'être socialement plus protecteur pour les travailleurs et les travailleuses, le salariat est le garant de l'intégrité des professionnel·les dans leurs pratiques puisqu'ils n'ont aucun intérêt à l'inflation des soins chez les personnes qu'ils rencontrent. Ce mode de rémunération permet de déconnecter complètement la rémunération des actes pratiqués, il est plus juste, plus efficace et est plus en phase avec les

aspirations des nouvelles générations de professionnel·les de santé. Il devra s'accompagner de la suppression de la tarification à l'acte, dont on a vu les effets délétères sur l'hôpital public.

Encore une fois, le salariat des professionnel·les de santé n'a tout son sens que dans le cadre d'un service public géré démocratiquement et au financement socialisé. Le SMG condamne l'émergence d'entreprises privées qui peuvent également salarier des médecins généralistes et d'autres professionnel·les de santé dans une optique lucrative.

5. Un financement par la cotisation, garant de la démocratie en santé

La question de la participation de l'État dans la mise en place, le financement et la gestion du SPTS est également un sujet complexe et d'intérêt. Pour le SMG, la gestion du système public hospitalier doit être un avertissement à la prudence quant à la capacité de l'État à gérer un service public de santé dans l'intérêt des habitant·es. Un financement du SPTS par la cotisation sociale et la participation maximale des assuré·es sociaux·ales et de leurs représentant·es dans sa gestion aux différents échelons est selon nous le meilleur garant d'une gestion efficace et démocratique d'un tel système de soins. Ce financement doit passer par une revalorisation des cotisations sociales et une diminution de la part de l'impôt (CSG en particulier) dans le financement du système de soins dans sa globalité. La proposition est de financer l'ensemble des prestations par des cotisations prélevées sur l'ensemble des revenus produits, y compris les capitaux et flux financiers. Nous demandons à ce que la gestion soit de nouveau dissociée de l'État, et reste aux mains de ceux qui sont les acteur·trices principaux·ales tant dans le financement que dans les besoins de remboursements¹¹.

Ainsi le SPTS doit être une opportunité d'enfin développer la démocratie sanitaire, dont la mise en place est appelée par beaucoup, mais qui nécessite de dépasser le mode de pratique libérale actuellement en place. La participation de représentant·es des assuré·es sociaux·ales devra être assurée dans la gestion des structures locales et aux prises de décisions nationales. Dans cette optique, l'approche communautaire de définition des besoins locaux sera à valoriser pour définir les moyens et les organisations du fonctionnement des SPTS.

La question du bon échelon pour la gestion du système de santé au niveau local sera un débat à ouvrir. Le SMG a pris ailleurs parti et proposé une organisation qui s'appuierait sur des « conseils locaux de santé », constitués de professionnel·les, d'usager·ères et d'élu·es, ces conseils étant ensuite fédérés à des échelons régionaux et nationaux²

Nous proposons :

- un système de santé géré et organisé de façon démocratique et juste ;
- un système de santé permettant les coopérations interprofessionnelles ;
- un système de santé planifié, intégré, notamment aux autres services publics ;
- le salariat, plutôt que le paiement à l'activité ;
- un financement par la cotisation, garant de la démocratie en santé.

Conclusion

Bien que ce texte puisse paraître centré sur des enjeux médicaux, nous tenons à rappeler qu'il ne pourra y avoir de réponse unique à des problématiques aussi complexes, croisant différents niveaux d'interventions et d'enjeux. Une analyse réduite à la seule question de la démographie médicale serait insuffisante. Un panachage des solutions et des positionnements, tant d'un point de vue temporel que géographique, tant d'un point de vue politique que d'exercice professionnel (et en particulier pluriprofessionnel), nous paraît fondamental.

Nous voulons particulièrement insister sur l'importance de la formation des professionnel·les, du point de vue du contenu (outils spécifiques en fonction des contextes d'exercice, coopération et coordination entre professions différentes, etc.), mais surtout de la sélection, pour augmenter la part de ceux qui sont issu·es de communautés défavorisées en matière d'accès aux soins.

Concernant l'exercice professionnel, réduire le débat à une question de liberté d'installation est insuffisant voire inutile. Favoriser l'exercice pluri-professionnel et les accompagnements globaux en définissant notamment des règles de partage des tâches qui encouragent la coopération, tant d'un point de vue économique, que de celui des responsabilités prises, nous semble essentiel. Et cela ne pourra pas se faire sans une sortie du paiement à l'acte, en instaurant des modes de financement au forfait ou à la capitation, encadrés de telle sorte à empêcher tout profit sur la santé.

Il deviendra alors possible de développer réellement un maillage territorial de structure d'exercice coordonné de type centre de santé, avec des professionnel·les salarié·es, visant à remplir la mission de service public, d'égal accès aux soins, indépendamment de tout intérêt financier lucratif. Ce service public territorial de santé (SPTS) reposera sur une gouvernance véritablement démocratique, ascendante et collégiale.

L'ensemble de ces mesures devraient être mises en place sur tout le territoire afin de soutenir la création de nouvelles structures dans les zones les plus désertifiées mais aussi pour permettre le maintien des structures existantes dans les zones considérées comme moins problématiques actuellement.

Synthèse des propositions du SMG

Concernant la formation :

- *Augmenter le nombre de professionnel·les de santé formé·es en adaptant les capacités de formations et en planifiant de façon pluriannuelle et coordonnée les effectifs à former dans les différentes filières.*
- *Décloisonner les formations comme les pratiques pour développer la pluridisciplinarité et les coordinations interprofessionnelles.*
- *Former les professionnel·les de santé à la coordination et à l'exercice professionnel collectif.*
- *Adapter les formations professionnelles à certaines spécificités d'exercice géographique en facilitant l'acquisition des compétences adaptées aux différents territoires.*
- *Revoir les modalités de sélection des étudiant·es en médecine, pour augmenter la part de ceux qui sont issu·es de communautés défavorisées en matière d'accès aux soins, tout particulièrement en favorisant les passerelles issues d'autres cursus et en développant des programmes de « classes préparatoires » en milieu rural et en quartiers populaires.*
- *Décentraliser les lieux des formations pour les rapprocher des lieux de vie de jeunes issu·es d'autres milieux sociaux que des milieux favorisés actuellement surreprésentés dans les formations médicales.*
- *Favoriser l'accès au logement et à la mobilité pour les étudiant·es issu·es de milieux populaires afin d'augmenter leur présence dans les cursus de formation sanitaire, en particulier médicale.*
- *Salarié·es réellement les étudiant·es dès leurs premières années. Limiter ensuite les revenus, une fois leurs études achevées, pour conserver des rémunérations justes mais non exorbitantes comme pour certain·es professionnel·les actuellement.*
- *Clarifier dès le début de la formation les engagements indispensables en termes de permanence des soins, continuité des soins et d'organisation territoriale.*

Concernant les modalités d'exercice :

- *Privilégier des exercices non lucratifs : tout profit sur la santé doit être exclu.*
- *Soutenir des modes de financement sur des bases forfaitaires et/ou à la capitation.*
- *Développer l'exercice salarié.*
- *Favoriser l'exercice pluri-professionnel et les accompagnements globaux des usager·ères, en définissant notamment des règles de partage des tâches qui encouragent la coopération, tant d'un point de vue économique, que de celui des responsabilités prises.*
- *Développer la formation continue et les possibilités de réorientations professionnelles au cours de l'exercice professionnel.*
- *Favoriser les conditions de remplacement.*
- *Diminuer le travail administratif.*

Concernant la démocratie sanitaire :

- *Développer une véritable démocratie sanitaire :*
 - *en créant des rassemblements d'habitant·es de type « conseils locaux de santé » où sont discutés les besoins et les attentes au niveau d'un territoire de santé en choisissant, créant des lieux et des modes de fonctionnement qui permettent de faire circuler du débat, de la parole, entre professionnel·les, usager·ères et collectivités avec des organisations qui permettent une transparence des décisions prises collectivement ;*
 - *en inversant les règles de gouvernance de façon à ce qu'elles soient ascendantes et non descendantes, co-construites et non autoritaires, ce qui implique notamment de supprimer les ordres professionnels.*
- *Augmenter le financement de la Sécurité sociale, organisation qui a fait la preuve de son efficacité dans la lutte contre les inégalités sociales.*

- Mettre en place une Assurance maladie obligatoire universelle remboursant à 100 % et supprimer les dépassements d'honoraires.

Concernant le service public territorial de santé :

Développer un maillage territorial de structures d'exercice coordonné de type centre de santé, visant à remplir la mission de service public territorial de santé, d'égal accès aux soins, indépendamment de tout intérêt financier lucratif et basé sur différents principes :

- Un système de santé géré et organisé de façon démocratique et juste.
- Un système de santé permettant les coopérations interprofessionnelles.
- Un système de santé planifié, intégré, notamment aux autres services publics.
- Le salariat, plutôt que le paiement à l'activité.
- Un financement par la cotisation, garant de la démocratie en santé.

L'ensemble de ces mesures devraient être mises en place sur tout le territoire afin de soutenir la création de nouvelles structures dans les zones les plus désertifiées mais aussi pour permettre le maintien des structures existantes dans les zones considérées comme moins problématiques actuellement.

Bibliographie

1. <https://syndicat-smg.fr/analyse-du-smg-sur-les-cpts-septembre-2019>
2. https://syndicat-smg.fr/IMG/pdf/smg_organisation_territoriale_de_sante_mai_2021.pdf
3. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/quelle-demographie-recente-et-venir-pour-les-professions>
4. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/dossiers/organisation_sante_mentale
5. <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/247-les-maisons-de-sante-attirent-elles-les-jeunes-medecins-generalistes-dans-les-zones-sous-dotees-en-offre-de-soins.pdf>
6. <https://syndicat-smg.fr/Pour-une-pratique-globale-et>
7. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1200.pdf> : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres.
8. <https://nosservicespublics.fr/rapport-etat-services-publics-2023>
9. Pierre Souchon, « Traversée d'un désert médical », *Le monde diplomatique* n° 833 août 2023.
10. Louis Chauvel, *Les classes moyennes à la dérive*, Seuil, coll. « La république des idées », 2006.
11. <https://syndicat-smg.fr/pour-l-assurance-maladie-obligatoire-universelle-remboursant-a-100>
12. Les unités sanitaires de base constituent au Brésil les maillons du système universel de santé (cf. note 2).
13. <https://syndicat-smg.fr/appel-interassociatif-et-intersyndical-du-9-mars-2021-il-faut-dissoudre-l-ordre>
14. <https://www.promosante-idf.fr/sinformer/textes-de-referance/concepts-cles-en-promotion-de-la-sante-definitions-et-enjeux>
15. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/l-assurance-maladie-publique-contribue>
16. Marc-olivier Deplaud, Retour sur la genèse du *numerus clausus* de médecine (1968-1979) <https://books.openedition.org/pufr/32761>
17. « Former plus de médecins pour demain », Emmanuel Touzé, Agnès Bocognano, Yann Bourgueil, janvier 23 <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2023-1-page-71.htm>
18. Polton D et coll., « Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. Les leçons de la littérature internationale », *Les dossiers de la Drees* n° 89, décembre 2021 : 78 pages. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/remedier-aux-penuries-de-medecins-dans-certaines-zones>
19. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/enquete-annuelle-sur-les-ecoles-de-formation-aux-professions-de-sante>
20. Fédération nationale des centres de santé (FNCS) <https://www.fncs.org/4eme-annee-de-medecine-generale-qui-a-peur-du-medecin-salarie>
21. SMG <https://syndicat-smg.fr/greve-des-1er-et-2-decembre-le-smg-n-appelle-pas-a-la-greve#nb3>
22. <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf>
23. <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/Contre-la-fin-de-la-liberte-dinstallation-jeunes-et-futurs-medecins-proposent-des-solutions.pdf>
24. <https://www.ameli.fr/ariege/exercice-coordonne/textes-referance/accord-national-structure-sante/aci-pour-les-structures-de-sante>
25. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/article51_guide_financement_version_porteurs_240920.pdf
26. https://www.reseau-salariat.info/articles/2021-07-14_1/
27. QDM 20/03/2023 fan du modèle
28. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043496493>

29. <https://www.fncs.org/dynamique-de-creation-des-centres-de-sante-2017-2021>
30. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/sept-teleconsultations-de-medecine-generale>
31. « Agora, Former plus de médecins pour demain ? », *Les tribunes de la santé* n° 75 - hiver 2023
<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2023-1-page-71.htm>
32. <https://www.cairn.info/revue-d-economie-politique-2019-4-page-489.html?contenu=article>
33. <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/264-la-cooperation-entre-medecins-generalistes-et-infirmieres-ameliore-le-suivi-des-patients-diabetiques.pdf>
34. <https://pratiques.fr/Parcours-d-IPA>
35. <https://pratiques.fr/IPA-MG-une-possible-collaboration>
36. <https://pratiques.fr/L-influence-du-modele-economique>
37. https://syndicat-smg.fr/IMG/pdf/smg_plaquette_soigner_est_politique-3.pdf
38. https://www.fncs.org/sites/default/files/2023-03-01_CP_FNCS_USMCS_IJFR_Fabcds.pdf
39. <https://cahiersdesante.fr/editions/pour-un-service-public-de-sante-territorial/>
40. <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/espagne.html>
41. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2010-3-page-49.htm>
42. https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/royaume_uni.html

Annexe 1. Les conditions nécessaires pour une réelle coopération avec les nouveaux métiers au service des habitant-es

I. Parle-t-on de délégation de tâche ou de répartition des tâches?

Le partage des territoires d'activité est un enjeu de pouvoir au sein des professions médicales et paramédicales. La définition du périmètre d'activités exclusivement réservées aux médecins a toujours été une question centrale dans la profession. Les modifications de ces périmètres se heurtent à des résistances ; on a pu l'observer lors de l'extension du domaine des activités des sages-femmes¹.

À cause de ce monopole d'exercice des médecins en France, l'intervention de personnel·les de santé non-médicaux·ales se heurte, d'une part, à une résistance et, d'autre part, elle est toujours vue comme une dérogation donnée par les médecins.

II. Les nouveaux métiers

Les « nouveaux métiers » s'articulent avec les professions médicales grâce à des protocoles de coopération. Ils visent à autoriser des transferts d'activités entre professionnels, sans toutefois donner à ceux qui les exécutent une réelle autonomie. Ils permettent de régulariser des situations de glissement de tâches mais aussi d'expérimenter des formes nouvelles de coopération et de délégation.

Ces protocoles peuvent être nationaux ou locaux.

1) Les infirmier·ères Asalée (Action de santé libérale en équipe)

Avec une durée moyenne de 45 min de consultation, elles pratiquent des consultations longues pour des patient·es chroniques déjà suivi·es par un·e médecin généraliste. Les infirmier·ères sont salarié·es de l'association Asalée².

Leur champ d'action est officiellement limité : elles rencontrent en consultation des patient·es concerné·es par le diabète, les risques cardiovasculaires, la broncho-pneumopathie chronique obstructive, l'asthme, les troubles du sommeil ; et pratiquent également le repérage des troubles cognitifs, le dépistage et accompagnement des enfants et adolescent·es en surpoids, et l'accompagnement au sevrage tabagique.

Elles participent également aux campagnes collectives de dépistage de certains cancers.

Ce dispositif qui existe depuis 2004 a été étudié :

- Il a été observé un effet positif sur le nombre de patients·es suivi·es par le/la médecin, sans augmenter significativement le nombre d'actes effectués, ni le nombre de jours travaillés. Les résultats suggèrent que les médecins généralistes qui travaillent avec un·e infirmier·ère Asalée ont délégué une partie de leur activité aux infirmier·ères pour certain·es patient·es³.

- Il semble améliorer le suivi des patient·es diabétiques en ce qui concerne la fréquence du dosage de l'hémoglobine glyquée. Il ne s'agit pas là de l'amélioration de l'équilibre du diabète, mais l'amélioration du suivi de l'équilibre glycémique est un prédicteur d'une amélioration de l'équilibre lui-même⁴.

2) Les IPA (Infirmier·ères de pratique avancée)

Les IPA sont des infirmier·ères ayant exercé au moins 3 ans et ayant obtenu un diplôme d'IPA, à la suite de 2 ans de formation universitaire et d'un stage. En médecine générale, leur domaine d'activité comprend « les pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires », ce qui est un champ très large. Actuellement, iels ne peuvent exercer qu'au sein d'une équipe de soins primaires (MSP, centres de santé) dans le cadre d'un protocole et voient en consultation des patient·es qui leur sont adressé·es. Elles sont légalement pleinement responsables de leurs activités et de leurs actes⁵.

Pour les prises en charge ponctuelles, les IPA en pratique libérale sont payées à l'acte.

Pour les patient·es suivi·es pour des pathologies chroniques, iels reçoivent un « forfait » trimestriel en contrepartie duquel iels s'engagent à prendre en charge le/la patient·e quel que soit le nombre de consultations nécessaires. Cela ne fonctionne cependant pas comme un forfait puisque, si iels ne voient pas le/la patient·e pendant un trimestre, il n'y a pas de versement. C'est en fait un paiement à l'acte déguisé, car il encourage à voir le plus de patient·es possible, et le moins possible chaque patient·e. Le montant « forfaitaire » ne pallie pas l'écueil inflationniste du paiement à l'acte, même s'il s'en éloigne un peu.

Le métier d'IPA a été mis en place par la loi de modernisation de 2016 suivie d'un décret de 2018. Il évolue vite car suite à la loi Rist de mai 2023, les patient-es pourront accéder aux IPA sans passer par un médecin sous réserve, pour le moment, que ces IPA exercent en structures de soins coordonnées (MSP, centres de santé). Par ailleurs, les IPA vont pouvoir initier des traitements, un décret de cette loi doit en préciser les conditions. Enfin, dans son rapport de 2021, la mission IGAS propose d'envisager à terme, l'intervention d'IPA praticien-nes en première ligne sur des pathologies courantes identifiées comme bénignes⁶.

Bilan du dispositif :

L'objectif du ministère pour 2022 était de 2500 IPA en soins primaires, mais, au premier semestre 2022, iels n'étaient que 122 IPA en exercice libéral, auxquels s'ajoutent les IPA salarié-es de l'association Asalée et ceux des centres de santé.

Selon une enquête sociologique qualitative parue en 2023, tou-tes les IPA interrogé-es témoignaient de difficultés économiques, certain-es conservant leur activité d'infirmier-ère libéral-e⁷.

3) Les assistant-es médicaux-ales :

Iels sont employé-es par les médecins, qui bénéficient d'un financement de la CPAM, avec des contreparties⁸.

Iels effectuent des tâches administratives, la préparation et le déroulement de la consultation ainsi que des missions de coopération et d'organisation.

Le/la médecin employeur-euse engage sa responsabilité pour des actes réalisés sans sa présence.

L'aide financière à l'emploi d'un-e assistant-e médical-e prévoit que le/la médecin s'engage à assurer l'accueil et la prise en charge de nouveaux-elles patient-es grâce au temps dégagé par l'assistant-e médical-e.

Ce dispositif a été mis en place en 2019. Selon un rapport IGAS sur la formation des assistant-es médicaux-ales, à la fin 2022, 4000 contrats avaient été signés par des médecins, dont les 3/4 par des généralistes plutôt installé-es dans les territoires ruraux et d'outre-mer, mais seulement 400 assistant-es étaient titulaires du diplôme. L'activité des médecins signataires avait progressé de près de 10 % en zone rurale⁹.

4) Les médiateur-trices en santé

Ce sont des accompagnant-es qui ont pour rôle de rapprocher patient-es et soignant-es. Le/la médiateur-trice crée du lien, repère, informe, oriente, des populations qui sont éloignées des soins, soit par un isolement géographique, soit parce qu'elles cumulent un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité. Il/elle a une connaissance fine de son territoire d'intervention, des acteur-trices et des publics. Il/elle travaille au sein d'une structure tout particulièrement au sein des centres de santé communautaires. Ce métier est accessible par un DU.

L'État, l'ARS ou les collectivités territoriales peuvent financer l'emploi d'un-e médiateur-trice en santé dans tous les lieux où les conditions de vie sociales, culturelles, écologiques viennent compliquer les soins et la santé^{10,11}.

III. Les expériences à l'étranger

Au Québec^{12,13}, les Infirmier-ères Praticien-nes spécialisé-es (IPS) exercent depuis 2006. La création de ce nouveau métier fut une réponse à des problématiques d'accès aux soins, notamment territoriales.

Iels ne pratiquent pas la tarification à l'acte et sont rémunéré-es sur un salaire horaire.

Les IPS accompagnent les malades chroniques, et peuvent traiter des problèmes de santé aigus. Iels exercent en collaboration avec des médecins, en structures.

Ce travail en équipe est associé à une amélioration de l'accès aux soins primaires sans toutefois permettre de réduire les coûts¹⁴.

IV. Les conditions nécessaires pour une réelle coopération au service des habitant-es

Alors qu'elle aurait dû être conçue et programmée pour améliorer la prise en charge des patient-es, la mise en place des nouveaux métiers tels qu'IPA et assistant-es médicaux-ales se fait dans l'urgence, dans un contexte de pénurie de médecins généralistes et de volonté du gouvernement de diminuer les dépenses de santé. Ce rythme de mise en place doit rendre attentif-ve non seulement à la qualité de la formation et des soins rendus, mais également à l'insertion au long terme de ces professionnel-les dans le système de soins. Les IPA ne doivent en aucun cas être les supplétif-ves momentanément-es d'une démographie médicale défavorable et se retrouver en difficulté quand les effectifs de médecins seront plus importants.

La mise en place de nouveaux métiers devrait prendre en considération les expériences antérieures. Par exemple, l'expérience des infirmier-ères salarié-es de l'association Asalée (Action de santé libérale en équipe) qui avait pourtant fait ses preuves pour l'amélioration des suivis^{32,33}, n'a pas été

prise en compte pour la mise en place des IPA, qui iels sont libéraux-ales. Tout particulièrement, ni le salariat par une association, ni la méthode de coopération avec des réunions de concertation pluri-professionnelles régulières entre médecin et infirmier.ère n'ont été repris dans le statut des IPA.

Une réelle coopération professionnelle ne peut exister sans la reconnaissance de ce qu'apportent le regard et la pratique de l'autre. Elle nécessite de pouvoir faire confiance à l'autre et de pouvoir travailler en concertation^{15,16}.

Ceci ne se décrète pas et des conditions de différents ordres sont nécessaires :

La formation des soignant-es doit se faire en pluri-professionnalité pour que chacun-e puisse saisir à la fois le champ commun et la spécificité du champ de l'autre et apprenne à travailler ensemble. La formation des médecins les incite au mieux à être le pivot de la prise en charge, au pire le/la chef-fe de file de celle-ci. Une réflexion doit être menée : quel est le ou la professionnel-le le/la mieux placé-e pour coordonner les soins d'un-e patient-e ? Le/la médecin ? L'IPA ? Un tiers extérieur (médiateur-trice en santé, coordonnateur-trice) ?

La compétence professionnelle de l'autre doit être reconnue, c'est une des conditions de la confiance. C'est particulièrement important dans le cadre de la coopération des médecins généralistes avec les IPA dont le champ officiel de compétences tend de plus en plus à recouper celui antérieurement réservé aux médecins.

La formation doit être adaptée à la pratique des soins primaires alors qu'actuellement la formation des généralistes est encore trop hospitalo-centrée et celle des IPA a été conçue sur le même schéma. La formation à la thérapeutique et à l'indépendance de la prescription est insuffisante pour les médecins et l'est encore plus pour les IPA.

Le modèle économique doit faciliter la coopération¹⁷. Actuellement, la « course » des IPA après les patient-es, pour tirer un revenu de leur activité, et la dépendance des médecins au nombre d'actes pratiqués sont une entrave à la mise en place de temps de concertation et coordination, temps qui ne sont pas valorisés financièrement ni pour le/la médecin ni pour l'IPA. Cela induit des problèmes de concurrence financière d'autant plus importants que les champs d'activité se recoupent.

Par ailleurs l'importance des différences de revenus entre les professionnel-les qu'iels soient libéraux-ales ou salarié-es est un autre obstacle au travail en coopération.

En résumé,

Nous nous opposons à :

- la compétition instrumentalisée entre les différents métiers et différent-es professionnel-les,
- maintenir les modes de rémunération actuels à l'acte ou sur objectifs.

Nous proposons de définir des règles de partage des tâches qui encouragent la coopération, tant d'un point de vue économique, que de celui des responsabilités prises.

Bibliographie annexe 1

1. <https://ciane.net/2014/01/le-ciane-denonce-la-campagne-de-denigrement-a-lencontre-des-sages-femmes/>
2. <http://www.asalee.org/>
3. <https://www.cairn.info/revue-d-economie-politique-2019-4-page-489.html?contenu=article>
4. <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/264-la-cooperation-entre-medecins-generalistes-et-infirmieres-ameliore-le-suivi-des-patients-diabetiques.pdf>
5. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>.
6. https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-051r-tome_1_rapport.pdf
7. <https://www.irdes.fr/recherche/2023/qes-277-infirmiere-en-pratique-avancee-ipa-en-soins-primaires.html>
8. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/aide-emploi-assistants-medicaux>
9. https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/290318.pdf.
10. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins
11. <https://www.femasif.fr/le-mediateur-en-maison-de-sante-quelle-plus-value-en-maison-de-sante/>
12. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/services-offerts-par-les-infirmieres-praticiennes-specialisees>
13. <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2019/06/03/cette-contree-ou-500-infirmieres-viennent-de-saffranchir-des-medecins/>
14. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167629617305969?via%3Dihub>
15. <https://pratiques.fr/Parcours-d-IPA>
16. <https://pratiques.fr/IPA-MG-une-possible-collaboration>
17. <https://pratiques.fr/L-influence-du-modele-economique>.

Annexe 2 : La question de la limitation à l'installation des médecins

I. Le cadre

Les inégalités territoriales se cumulent avec les inégalités sociales : la faible densité médicale est un facteur particulièrement aggravant pour les personnes pauvres entraînant des renoncements aux soins¹.

La limitation à l'installation en zones considérées comme surdotées est avancée depuis le début des années 2000 comme un des moyens de lutter contre ces inégalités territoriales.

Les premières propositions de loi allant dans ce sens datent de 2011².

Cette limitation semble recueillir un fort soutien de la population : selon un sondage IFOP de juin 2023, 74 % des Français se déclarent favorables au fait de restreindre la liberté d'installation des médecins, afin de lutter contre les déserts médicaux³.

Elle est aussi demandée par des associations telles que l'association des citoyens contre les déserts médicaux⁴ et la Coordination nationale des hôpitaux et maternité de proximité ; cette dernière milite pour un plan concerté visant à la mise en place d'un service public de soins de proximité⁵.

Ces limitations à l'installation ont été mises en œuvre depuis plusieurs années, pour certaines professions soignantes : les infirmier·ères (2012), les sages-femmes (2012), les masseur·euses kinésithérapeutes (2012 cassé par le Conseil d'État en 2014, puis remises en place en 2017).

En ce qui concerne les médecins et les chirurgien·nes dentistes, une proposition de loi contre les déserts médicaux d'initiative transpartisane a été déposée en janvier 2023⁶.

Elle prévoit que l'Agence régionale de santé délivre une autorisation d'installation. Celle-ci serait de droit en zone sous-dotée et serait dans les autres zones conditionnée à la cessation d'activité d'un praticien pratiquant la même spécialité sur ce territoire.

Les mêmes député·es ont déposé un amendement allant dans ce sens au cours de la discussion à l'Assemblée nationale de la proposition de loi Valletoux : « Améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels »⁷. Le gouvernement a émis un avis défavorable pour cet amendement et il a été repoussé à une forte majorité par l'Assemblée. La loi a été adoptée en juin 2023.

Les syndicats de chirurgien·nes dentistes ont signé en juillet 2023 une convention avec l'Assurance maladie prévoyant que dans certaines zones jugées suffisamment dotées l'installation de cabinets médicaux et de centres dentaires ne sera possible à partir de 2025 qu'à la condition du départ d'un·e autre praticien·ne⁸.

L'histoire de la médecine en France aide à comprendre la force d'opposition d'une partie du corps médical à toute tentative de régulation de l'activité de la profession.

Une grande partie de la profession et du syndicalisme médical reste arc-boutée sur la charte libérale de la médecine. Celle-ci a été adoptée en 1927 en opposition aux premières tentatives de l'État visant à une régulation de la profession (contrats collectifs avec les médecins avec fixation des prix) et à la mise en place de mesures de protection sociale telles que le tiers-payant⁹.

Cependant, la profession s'est résolue au début des années 70 à accepter une convention nationale entre les syndicats représentatifs des médecins et les caisses d'Assurance maladie. Cette convention lie de façon automatique tous les médecins, sauf ceux qui manifestent individuellement leur refus. Elle garantit les revenus des médecins en permettant la solvabilisation des patient·es. Les médecins libéraux·ales sont de fait maintenant « payé·es à la tâche » par l'Assurance maladie avec l'argent des habitant·es.

II. Au-delà du débat idéologique quelles sont les données qui incitent à mettre en place une limitation de l'installation ou au contraire qui sont en sa défaveur ?

1. Le bilan des limitations à l'installation des autres professions soignantes en France

Les infirmier·ères libéraux·ales

Un étude de l'IRDES de 2022¹⁰ montre que l'écart entre les moyennes des territoires très sous-dotés et sur-dotés s'est réduit de moitié entre 2006 et 2016 avec des tendances encore plus marquées pour la densité d'infirmier·ères libéraux·ales de moins de 40 ans, les plus concerné·es par les dispositifs de restrictions d'installations et d'incitations financières. Il persiste cependant d'importantes disparités de densités territoriales¹¹.

Les auteur·trices de l'étude concluent que le « zonage infirmier », introduit en 2012, a permis d'améliorer la répartition territoriale des infirmier·ères libéraux·ales mais soulignent que les restrictions

d'installations font l'objet de contournement avec l'utilisation du remplacement ou d'installations aux marges des zones sous-dotées, profitant alors plutôt aux zones intermédiaires.

Les sages-femmes et les masseur·euses kinésithérapeutes libéraux·ales

Il ne semble pas y avoir eu d'étude d'impact de la limitation d'installation du même type que celle faite pour les infirmier·ères, mais une étude de la DREES montre qu'entre 2016 et 2019, les inégalités de répartition se sont améliorées pour les sages-femmes et creusées pour les masseur·euses-kinésithérapeutes¹¹.

Pour ces deux professions, les différences de densité de professionnel·les entre les territoires restent importantes¹².

À partir de ces données parcellaires, il est difficile d'extrapoler sur ce que donneraient des limitations à l'installation pour les médecins, d'autant plus que ces mesures ont concerné des professionnel·les dont le nombre n'était pas considéré comme déficitaire lors de leur mise en œuvre.

2. Les données internationales

Une étude de la DREES de décembre 2021 s'intéresse aux données de la littérature internationale pour remédier aux pénuries de médecins¹³. Une partie de l'étude évalue les effets des stratégies et interventions, dont les limitations à l'installation, sur les déséquilibres géographiques dans l'offre médicale.

Les auteur·trices soulignent que ces déséquilibres existent dans tous les pays et que la régulation s'inscrit à chaque fois dans un contexte spécifique et dans une politique d'ensemble ce qui rend difficile les comparaisons.

Ils concluent que les exemples internationaux vont plutôt, globalement, dans le sens d'un impact positif d'une politique de régulation des installations sur l'équité de la distribution géographique, si on s'intéresse à l'échelon régional, mais qu'en ce qui concerne un échelon plus local, la réponse est moins affirmative.

Ils notent par ailleurs que si les effectifs sont globalement insuffisants, limiter les installations dans les zones « sur-denses » ne suffit pas à couvrir les besoins dans les zones les moins attractives.

Enfin, en ce qui concerne un passage obligé d'exercice dans des zones déficitaires, pendant une durée déterminée, pour certaines catégories de médecins, ils relèvent que ce fléchage a un résultat mitigé car il peut augmenter le nombre de médecins mais entraîne un turnover important.

3. Les freins à la limitation des installations pour les médecins généralistes

Les effectifs des médecins généralistes sont déficitaires et selon les projections de la DREES établies en 2021¹⁴, le retour aux chiffres actuels en termes de densité standardisée (mise en relation de l'évolution de l'offre et de la demande de soins) n'interviendra pour les médecins généralistes qu'en 2036, après une diminution de 6 % entre 2021 et 2028.

Un argument qui revient souvent chez les médecins et leurs syndicats est que la limitation entraînera une démotivation des professionnel·les pour l'exercice libéral aussi bien pour ceux qui vont s'installer que pour ceux qui le sont déjà et qui trouvent qu'ils travaillent trop et aimeraient trouver de nouveaux associé·es. Il ne semble pas y avoir eu d'étude réalisée sur cette question, mais on sait que les médecins généralistes libéraux·ales travaillent déjà beaucoup¹⁵, et qu'une partie assez importante d'entre-eux est en burn-out¹⁶.

Enfin, l'expérience quotidienne montre que, même dans des zones considérées comme bien dotées, les médecins restreignent le nombre de nouveaux·elles patient·es qu'ils acceptent et que les habitant·es ont du mal à trouver un·e médecin traitant.

4. Que pouvons-nous dire en tant que syndicat sur la question des limitations à l'installation ?

Nous ne nous inscrivons pas dans la logique libérale et nous n'avons pas d'arguments idéologiques contre les limitations à l'installation, mais le contexte de déficit d'effectifs de la profession, de surcharge de travail nous amène à nous interroger sur l'efficacité qu'aurait cette limitation dans les zones reconnues déficitaires et les répercussions qu'elle aurait dans l'ensemble des territoires.

Nous défendons la mise en place d'un système public de santé permettant à chacun·e d'accéder aux soins¹⁷.

La lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins ne doit pas se focaliser sur les questions de liberté d'installation, c'est un ensemble de changements et de mesures qu'il faut mettre en place (cf. l'ensemble de ce document).

Cette lutte doit s'intégrer à celle contre les inégalités territoriales d'accès aux services publics.

En résumé,

Nous nous opposons à une défense absolue de la liberté d'installation, comme à toute défense des intérêts corporatistes au détriment du bien commun.

Nous proposons un panachage de solutions pour répondre aux inégalités territoriales d'accès aux soins, qui pénalisent tant les usager·ères que les professionnel·les. Ces mesures doivent être mises en place dans les zones les plus désertifiées mais aussi dans les territoires considérés comme actuellement sans problème.

Bibliographie annexe 2

1. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1200.pdf>
2. <https://coordination-defense-sante.org/2016/12/proximite-etudes-et-presentations/>
3. <https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2023/06/120150-Rapport.pdf>
4. <https://desertsmedicaux.org/>
5. https://coordination-defense-sante.org/wp-content/uploads/2017/02/plan-durgence-mise-en-forme_DEF.pdf
6. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b0741_proposition-loi#
7. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/dossiers/soins_engagement_territorial_professionnels
8. <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/actualites/la-prevention-axe-fort-de-la-nouvelle-convention-des-chirurgiens-dentistes-liberaux>
9. Hassenteufel : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2008-1-page-21.html>.
10. <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/270-inegalites-territoriales-de-repartition-des-infirmieres-liberales.pdf>
11. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/ER1206.pdf>
12. <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/professionnels-et-etablissements-de-sante>
13. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/DD89.pdf>
14. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76_0.pdf
15. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1113.pdf>
16. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8624683/>.
17. https://syndicat-smg.fr/IMG/pdf/smg_plaquette_soigner_est_politique-3.pdf