

Décembre 2016

AMÉLIORER L'OFFRE DE SOINS : INITIATIVES RÉUSSIES DANS LES TERRITOIRES

Rapport de mission du Dr François ARNAULT
Délégué général aux relations internes



ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
Conseil National de l'Ordre

AMÉLIORER L'OFFRE DE SOINS :

INITIATIVES RÉUSSIES DANS LES TERRITOIRES

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
I – LES PARTENAIRES	4
II – LES REGROUPEMENTS PROFESSIONNELS EN STRUCTURES ET EN RÉSEAUX	5
A – RÉSEAUX ET PÔLE	7
B – GROUPEMENT DE COOPÉRATION SANITAIRE (GCS)	11
III– LA FORMATION ET LES STAGES PROFESSIONNALISANTS	14
A – DES EXEMPLES DE TERRAINS DE STAGE	14
B – LES MÉDECINS ADJOINTS	18
IV– LA PROMOTION DE LA MÉDECINE AMBULATOIRE	20
A – DÉLÉGATIONS DE COMPÉTENCES	20
B – TÉLÉMEDECINE.....	21
C – LES LIEUX MULTIPLES D'EXERCICE.....	22
D – LES FORUMS RÉGIONAUX.....	22
E – LES PLATEFORMES.....	22
F – LE GUICHET UNIQUE	23
G – LA PERMANENCE DES SOINS	24
CONCLUSION	25

INTRODUCTION

Dans un courrier en date du 22 mars 2016, le Docteur Patrick BOUET, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins, a défini une mission sur les initiatives territoriales, accompagnées par les conseils départementaux et régionaux de l'Ordre, ainsi que celles prises par les facultés de médecine pour permettre la présence des internes dans les territoires.

Ce rapport a été réalisé avec la coopération active du Dr François WILMET, délégué général aux relations internes et de Madame Frédérique DARMON, assistée des services de la Délégation. La commission jeunes médecins présidée par le Dr Jean-Marcel MOURGUES a apporté une contribution significative dans l'analyse des stages professionnalisants.

Ce recensement des initiatives sur les territoires s'est appuyé sur l'envoi de trois courriers distincts : aux conseils départementaux, aux conseils régionaux et aux conseillers nationaux dans chaque région, ainsi que sur un courrier aux doyens des facultés de médecine.

Il s'agit en fait d'un rapport d'étape et nous recensons actuellement :

- 49 réponses au niveau des conseils départementaux
- 8 réponses au niveau des conseils régionaux

À ce jour, nous n'avons eu aucune réponse des Doyens, ni d'aucune Faculté.

Une revue de presse réalisée par le service de la communication du Conseil national a permis de cibler parallèlement de nombreuses initiatives territoriales. Certaines ont été retrouvées dans les réponses des différents conseils ordinaires.

L'objectif de cet inventaire est avant tout d'extraire, de l'ensemble des réponses qui ont été données, les initiatives les plus originales et pertinentes, reproductibles et n'engendrant pas de coûts supplémentaires importants. Il peut s'agir d'expériences déjà en pratique dans des zones déficitaires ou de projets.

L'analyse de l'ensemble de ces expériences et projets devant permettre de formuler des propositions sur les territoires. Une première approche de l'offre de soins a été réalisée dans le Livre Blanc de la Grande Consultation, avec la proposition d'une unité territoriale : **le bassin de proximité de santé**.

Nous aborderons quatre chapitres :

- Les partenaires.
- Les regroupements professionnels en structures et en réseaux.
- La formation et les stages professionnalisants.
- La promotion de la médecine ambulatoire.

I - LES PARTENAIRES

À la lecture de l'ensemble des réponses, il apparaît comme un fait évident que la réussite de ces initiatives, tant dans les résultats que dans l'amélioration de la démographie médicale locale passe, le plus souvent, par une coopération effective et constante de l'ensemble des partenaires : L'Etat, par l'intermédiaire des ARS, et quelquefois des préfets, les collectivités territoriales, communes, conseils départementaux et conseils régionaux, les URPS et l'Université avec le rôle prépondérant, primordial, que doivent jouer les facultés de médecine. Enfin, un partenaire qui n'est certainement pas à négliger, ce sont les médias qui doivent être associés à la publicité communication qui pourrait être faite sur les initiatives les plus efficaces et les plus réussies.

L'ensemble de ces partenaires peut revendiquer d'avoir été, sur un territoire, à l'origine d'une expérimentation et très souvent on constate que sa réussite repose sur le partenariat d'un maximum des différents acteurs cités précédemment.

Les conseils départementaux et les conseils régionaux de l'Ordre, dans les réponses que nous avons pu analyser, apportent leur soutien constant à l'ensemble de ces expérimentations. Ce partenariat doit être entretenu et nous voyons bien que, dans de nombreuses réponses, les conseils de l'Ordre insistent sur la régularité des réunions qu'ils organisent ou auxquelles ils assistent avec les collectivités territoriales, l'Etat et l'Université. Les URPS sont quant à elles des partenaires naturels et incontournables.

Ces partenariats revendiqués par les représentants ordinaires sont certainement à promouvoir et à encourager dans nos conclusions. Notamment, les relations entre les maires et les conseils départementaux doivent être améliorées afin de les influencer, dans leurs démarches politiques, en s'appuyant sur l'expertise de l'Ordre en matière de démographie médicale et sur les aspirations de la profession et en particulier celles de nos jeunes confrères et consœurs.

II - LES REGROUPEMENTS PROFESSIONNELS EN STRUCTURES ET EN RÉSEAUX

C'est sur ce type d'initiatives et d'actions sur le terrain que, le plus souvent un partenariat étroit a été établi. Depuis environ une dizaine d'années, ces regroupements professionnels ont été progressivement installés sur le territoire, en France métropolitaine et dans les DOM-TOM.

À ce jour, 708 maisons de santé sont en service, 95 sont en construction, dont une majorité sera en service d'ici la fin 2016. Les financements sont assurés par l'Etat et les collectivités territoriales mais ceci ne concerne que les regroupements labellisés et il faut signaler que de nombreux regroupements, non labellisés, financés par les professionnels eux-mêmes, sont présents sur le territoire.

Actuellement, même si ces regroupements ne paraissent pas être une initiative très originale dans le paysage de la santé publique il semble nécessaire toutefois d'insister sur l'intérêt qu'elle représente pour l'amélioration de la démographie médicale. Nous ne rentrerons pas dans le débat des modes de financement des fonctionnements de ces établissements mais nous insisterons sur l'impact qu'ils peuvent avoir sur la démographie médicale et sur la professionnalisation des jeunes étudiants. Ces regroupements, qu'ils soient, maisons de santé pluridisciplinaires, maisons de santé universitaires pluridisciplinaires, pôles ou encore « simple » réseau sont

présents dans la plupart des réponses des conseils départementaux et régionaux.

Il est évident que l'Ordre est totalement investi dans la mise en place de ces regroupements professionnels, qu'ils soient géographiques ou non. Cet investissement a été présent dès les premières réalisations et l'analyse des réponses montre bien qu'il ne faiblit pas et que les conseils départementaux et régionaux continuent à apporter leur expertise dans les choix géographiques et dans la réalisation et l'exigence des projets de santé qui accompagnent ces regroupements.

Les départements ont réalisé une cartographie idéale de la répartition de ces MSP. Elles sont le plus souvent réalisées dans des zones rurales mais un certain nombre de réalisations est signalé dans les régions défavorisées des grandes villes, comme nous l'avons constaté dans le quartier nord de Marseille. Un village médical a été réalisé avec une cinquantaine de praticiens de santé.

Le développement de ces regroupements professionnels répond par ailleurs à l'attente des jeunes confrères et des étudiants en cours de formation. Nous savons qu'ils ne souhaitent pas travailler de façon isolée et qu'ils privilégient à la fois le travail en groupe et, par ailleurs, assez souvent pour nos jeunes consœurs, un

travail à temps partiel. Ces regroupements professionnels présentent également l'intérêt d'assurer le partage des dossiers médicaux et, très souvent, lorsqu'il s'agit de mise en commun de moyens au travers d'une société, d'être l'employeur du personnel administratif. Ces différentes caractéristiques des MSP paraissent maintenant être des lieux communs mais il paraît cependant souhaitable d'insister encore sur les garanties qu'elles apportent aux jeunes confrères qui recherchent ce confort et cette stabilité et qui les rassurent. Cet élément est très certainement un point très favorisant pour leur installation.

Enfin, ces MSP et ces regroupements, pôles et réseaux, sont le relais indispensable de la politique de formation en donnant des conditions lisibles pour les stages professionnalisants, qu'ils soient de deuxième cycle ou de troisième cycle. Dans les entretiens que nous avons pu avoir avec certains représentants des jeunes internes et médecins, ceux-ci, lors de leurs stages privilégiaient ces derniers dans les établissements où il y avait des regroupements professionnels.

Plusieurs départements, et il serait difficile de les citer tous, ont vraiment axé leur action sur le maillage de leur territoire. C'est le cas de la **Mayenne**, **du Finistère** que nous pouvons citer en exemple, **de l'Aveyron** où manifestement cette politique ancienne et continue a permis de sauver la démographie médicale avec un solde de départ et d'arrivée en équilibre en 2014, voire positif en 2015 au niveau des installations. C'est également le cas de **la Meuse** où, là encore, un travail d'analyse, réalisé par un collectif réunissant l'ensemble

des partenaires cités précédemment et où le Conseil de l'Ordre a eu une initiative en position de leader, a permis d'aboutir à un maillage du territoire équilibré et a permis de maintenir une démographie tout à fait acceptable, compte tenu de la situation très rurale de ce département. **Le Finistère** a initié cette politique de regroupement dans les années 70-80 et l'a poursuivie jusqu'à maintenant avec un résultat sur la démographie qui confirme, avec toutes les autres réponses, qu'il n'est pas possible de citer dans le détail, que même si cette politique n'est pas originale et novatrice, elle mérite d'être poursuivie et de rester le support permettant de mettre en place d'autres initiatives, notamment universitaires. L'intérêt de cette collaboration avec l'université a incité des établissements à évoluer vers le statut de maisons pluridisciplinaires de santé universitaires.

Je citerai deux réalisations de ce type, l'une dans la région dijonnaise et l'autre à Sucy en Brie :

Dans la région dijonnaise :

En plein désert médical, dans l'agglomération dijonnaise, a vu le jour une maison universitaire de santé et de soins primaires (MUSSP) qui se veut être le véritable pendant ambulatoire des CHU pour former les jeunes médecins. Grâce à un financement assuré par les loyers des praticiens libéraux, par l'ARS, le conseil départemental, le conseil régional, l'agglomération et la ville, a vu donc s'édifier la MUSSP regroupant près de 25 professionnels de santé aux compétences complémentaires. Les professionnels libéraux sont structurés en société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) ; elles-mêmes

intégrées à un groupement d'intérêt économique avec la Mutualité Française et le CHU. La structure accueille des étudiants en médecine stagiaires et coordonne trois projets de recherche en soins primaires.

À Sucy en Brie:

La maison de santé universitaire de Sucy en Brie, de réalisation plus récente, structure pluri-professionnelle, réalisée bien évidemment avec la participation des collectivités territoriales, qui a mis en place une procédure de labellisation universitaire permise par la loi de santé de 2016. Ce décret d'application est en cours d'élaboration avec la DGOS. Il s'agit d'une convention tripartite entre l'université, l'ARS et la maison de santé. Cet engagement universitaire cible plus particulièrement la maîtrise de stage pour les médecins, mais aussi les professions représentées dans la structure, vers l'accueil de chefs de clinique de médecine générale et par la présence d'un enseignant nommé (maître de conférence ou professeur). Par ailleurs, cette structure universitaire a un engagement fort dans la recherche en soins primaires, dans le respect des règles de bonnes pratiques dans le soin. Elle comprend, quatre médecins généralistes, trois IDE, un psychologue. La structure juridique est une SISA ; il existe une infirmière coordonnatrice pour la structure. Des outils pluri-professionnels ont été mis en place : référentiel d'analyse et de progression. Enfin, un logiciel de partage des données entre tous les professionnels de la structure est également un des points forts de cette organisation interprofessionnelle. Les praticiens sont en secteur 1 et la structure est ouverte du lundi au samedi, elle

assure la continuité des soins, s'engage dans la réalisation du DPC et développe des projets adaptés aux besoins de santé du territoire : maintien des personnes âgées à domicile, offre de soins santé de la femme.

En résumé, pour cette structure de Sucy en Brie : un engagement universitaire fort avec l'obligation pour tous les praticiens d'être maîtres de stage. Ces praticiens ont des fonctions exécutives dans le collège des généralistes de l'Université avec intégration du réseau de recherche du collège national des généralistes enseignants.

J'ai récemment eu l'occasion de visiter une de ces structures à **Saint-Pardoux-la-Rivière**, structure neuve avec 3 médecins, 1 kinésithérapeute, 1 podologue, 1 ou 2 dentistes et 1 salle de consultation pour des spécialistes qui viennent à tour de rôle. Il y a une salle d'urgence, un logement pour les internes ou les remplaçants avec maîtrise de stage.

Quand j'évoquais le coût de fonctionnement d'une telle structure, c'est souvent fonction de la surface et les espaces qui ne sont pas occupés à temps plein, mais juste là pour donner la possibilité à d'autres médecins de venir. Ce sont des structures difficiles à gérer qui demandent un investissement personnel à ceux qui en ont la charge qui n'est pas pris en compte dans les éléments d'appréciation du ministère.

Enfin, je signalerai que dans **la Nièvre** un projet de maison de santé pluridisciplinaire a été réalisé avec des fonds privés.

Dans leurs réponses, à peu près tous les conseils départementaux et conseils régionaux de l'Ordre indiquent participer au comité de sélection régionale et accompagner de façon individuelle l'ensemble des projets dans la réalisation du projet de santé. Il semble que cette dynamique soit encore très présente sur les territoires.

A - RÉSEAUX ET PÔLES

Au sein des réseaux et pôles, quelques expériences nous ont paru intéressantes et vont être présentées.

Le conseil départemental de la Côte d'Or de l'Ordre des médecins

rapporte avoir fait une proposition aux collectivités territoriales et aux médecins pour la création d'un pôle à partir d'une MSP privée, libérale. Dans ce projet, ils ont proposé aux maires des bourgades sous-dotées, situées à une distance moyenne de la MSP privée, les modalités suivantes : chaque mairie signerait une convention avec la MSP. Cette convention prévoirait que la municipalité affecte un local simple à la venue d'un médecin une ou deux fois par semaine, que ce local serait aménagé de façon à disposer de moyens de communication et de transmission des données vers le serveur de la MSP, déjà équipée de serveurs adaptés et sécurisés. Par ailleurs, la MSP, qui comporte plus de cinq praticiens, en détacherait deux ou trois afin que chacun d'entre-eux puissent assurer une présence hebdomadaire sur le village et permettent un suivi des patients chroniques ou de recevoir les pathologies nouvelles. Le secrétariat de l'antenne médicale resterait au sein de la MSP centrale ainsi que l'archivage des éléments du dossier de chaque patient et assurerait la

prise des rendez-vous. Les honoraires sont perçus par le praticien et la logistique de l'antenne médicale externe est assurée par la municipalité. C'est une piste qui, bien sûr, nécessite l'accord de l'Ordre des médecins, en particulier, pour l'exercice en lieux multiples. Ce projet n'est actuellement pas effectif mais fait donc partie des propositions du conseil départemental de **la Côte d'Or**. C'est un projet qui est reproductible et qui peut être adapté à d'autres situations sur le territoire.

Réseau de la montagne limousine

Le conseil départemental de la Corrèze de l'Ordre des médecins présente ce réseau regroupant plusieurs professionnels de santé, situé à cheval sur la Haute-Corrèze et une partie de la Creuse. La distance entre les cabinets médicaux les plus extrêmes est d'environ 70 kms. Au total, ce réseau regroupe six médecins généralistes, dont trois dans la Corrèze et trois dans la Creuse. Le siège de ce pôle est à Bugeat en Corrèze et ce réseau fonctionne depuis un peu plus d'un an. L'un des médecins de Bugeat est professeur associé à la Faculté de médecine de Limoges. Ils ont le concours d'un chef de clinique et d'interne et acceptent également des étudiants en médecine pour les stages professionnalisants.

Il y a un partage des dossiers médicaux. Les six praticiens assurent la permanence des soins, y compris les week-ends, dans cette région désertifiée. Ils ont une accessibilité aux dossiers médicaux puisqu'ils se sont mis en réseau à ce niveau et certaines visites peuvent, notamment le week-end, atteindre plusieurs dizaines de kilomètres en distance.

Leurs appels sont bien évidemment régulés.

Ce réseau, réalisé sur une initiative des médecins de ce secteur, présente une grande originalité dans la mesure où ils assurent, malgré leur faible nombre et les grandes distances, la permanence des soins. Manifestement, l'investissement initial, en dehors de l'investissement du plateau informatique nécessaire, est peu important. Il est certain que cette initiative, particulièrement intéressante, permet certainement à ces six médecins de garder la pratique d'une médecine qu'ils auraient probablement abandonnée s'ils étaient restés isolés. À noter que dans la maison médicale pluridisciplinaire de Bugeat, qui est donc le siège de ce réseau, exercent également quatre infirmières, un podologue, un dentiste. Le secrétariat de ce pôle est assuré à ce niveau.

Après ces deux exemples concernant la médecine générale, il est apparu intéressant de mettre en évidence d'autres réseaux concernant eux des activités spécialisées, notamment en cardiologie et en oncologie.

Le groupe cardio-vasculaire Sorgue-Lubéron

Ce groupe de coopération a été créé en 2000 par le regroupement de quatre cabinets et de huit cardiologues. Tous les associés sont co-gérants majoritaires. Deux associés conservent une activité à temps partiel de praticiens hospitaliers. Depuis la création de cette SELARL, multisites, il s'est produit le décès d'un des associés. Ces confrères ont racheté les parts de ce dernier à ses héritiers puis ont intégré une nouvelle partenaire associée, après exercice transitoire de cette dernière en statut

de collaboratrice libérale. La répartition géographique est la suivante : quatre cardiologues sont à Cavaillon, deux à l'Isle sur la Sorgue et deux à Apt. Ils ont huit secrétaires. Ils sont donc répartis en trois cabinets et disposent de deux salles d'exploration fonctionnelles dans les murs hospitaliers. Tous les associés ne pratiquent pas les mêmes sous-spécialités (écho de stress, pacemaker, coroscanner, coronographie, IRM, polygraphie, etc.) mais ils exercent en complémentarité. Les urgences de nature vitale sont gérées au sein du service des urgences de l'hôpital local, en liaison permanente avec les médecins urgentistes. La ligne du cabinet est transférée sur la ligne du cardiologue d'astreinte la nuit et le week-end. En cas de nécessité, semi-urgence, absence d'un associé, un rendez-vous peut être proposé sur un des trois sites de la société. La SELARL organise une réunion mensuelle entre associés, deux assemblées générales comptables avec un expert-comptable, un commissaire aux comptes, une secrétaire du cabinet à compétence comptable.

Le logiciel médical est commun à l'ensemble du cabinet depuis 2014 par le basculement des anciens logiciels sur une solution « cloud » unique. Ces médecins réalisent des achats groupés, les mêmes matériels permettant une optimisation des prix et un effet volume. Exemple : achat simultané de trois appareils d'échographie, d'échocardiographie identiques.

Ils bénéficient d'une rémunération mensuelle fixe équivalente pour tous les praticiens et d'une part proportionnelle à l'activité fixée annuellement. Leurs absences annuelles sont fixées à sept semaines.

En cas de maladie, le praticien en arrêt continue de percevoir de la part de la SELARL, la rémunération mensuelle pendant trois mois.

Cet exemple montre bien que la mise en réseau, l'association, le partage des contraintes (permanence des soins, achats de matériels) permet à ces confrères de stabiliser leurs effectifs, d'être attractifs pour de nouveaux installés en cas de départ en retraite ou de décès, comme ils l'ont vécu eux-mêmes. Ce travail en réseau n'engendre pas de coûts supplémentaires par rapport à un exercice isolé et probablement même doit pouvoir générer une diminution des coûts de fonctionnement.

Il nous a semblé intéressant de détailler cette SELARL du groupe cardiovasculaire de Sorgue-Lubéron en raison de son caractère original et des possibilités, là encore, de reproduire ce mode de fonctionnement.

Institut régional fédératif du cancer de Franche-Comté (IRFC)

Cet institut regroupe l'ensemble des hôpitaux publics et un établissement privé participant à la prise en charge du cancer, dans l'optique d'offrir des soins de qualité aux patients, quel que soit leur lieu de prise en charge.

Ce groupement de coopération sanitaire (GCS) repose sur l'idée que ce sont les médecins qui sont sur la route et non les patients. Ce dispositif, mis en place il y a quelques années, a donc pour objectif de mutualiser les moyens avec une équipe médicale unique, basée au CHRU de Besançon, qui intervient sur l'ensemble des établissements périphériques. L'IRFC permet

d'accroître l'attractivité de la région pour les oncologues et l'équipe est toujours bien dimensionnée par rapport aux besoins. Ils étaient quatre au départ, ils sont aujourd'hui une vingtaine. Le CHRU, les établissements privés et publics, les praticiens eux-mêmes ont joué le jeu. Cette organisation a permis de préserver une offre de proximité, d'améliorer la qualité et d'accroître l'attractivité médicale de la région. L'activité de recherche et de recherche fondamentale et clinique n'a pas été oubliée. L'IRFC travaille aussi en aval avec l'organisation des soins oncologiques de support (social, psychologique, esthétique, diététique). Les médecins sont mobiles entre Besançon, Belfort, Montbéliard, Pontarlier, Lons le Saunier, Vesoul et Dole. Il a fallu mettre en place des outils de coordination. Le dossier communiquant en cancérologie a été développé pour faciliter les échanges, la traçabilité, l'efficacité des réunions pluridisciplinaires (RCP). Un numéro de téléphone unique pour toute la région a été mis en place, à destination des médecins et des usagers qui peuvent appeler pour tout questionnement en cancérologie. Un système d'information en matière de prescription en chimiothérapie permet de sécuriser les actes quotidiens et de garantir une équité d'accès face à l'innovation thérapeutique. Les médecins généralistes peuvent s'inscrire à un DU de cancérologie. Entre vingt-cinq et trente médecins généralistes par session suivent actuellement cet enseignement universitaire, l'objectif étant de mieux prendre en charge les patients, notamment dans la gestion des effets secondaires. Le souhait de l'IRFC est que les médecins

généralistes puissent prendre toute leur part dans le traitement du cancer. Enfin, une campagne médiatique sera lancée très prochainement pour que le public ait une information complète sur ce réseau. Il semble cependant exister quelques tensions avec certains établissements privés pour lesquels le coût de la participation à ce réseau est trop élevé et assez dissuasif pour leurs praticiens chirurgicaux et médicaux.

Le MIS - Montpellier Institut du sein

Le MIS regroupe des professionnels de santé libéraux (plus de cinquante professionnels et dix-sept spécialités) impliqués dans la prise en charge des femmes confrontées à un cancer du sein ou à risque du cancer du sein, réparties dans le Grand Montpellier. Le dispositif de prise en charge coordonnée permet de renforcer la concertation avec les professionnels de premier recours, comprenant à la fois des soins classiques (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, radiologie, soins infirmiers et de kinésithérapie) et des soins supports (psychothérapie, assistante sociale, nutrition, algologie, acupuncture, homéopathie, réadaptation à l'effort, addictologie, sexologie).

Le MIS n'est pas un établissement, ce n'est pas une association de patientes et ce n'est pas un réseau de santé mais une association qui, en collaboration avec la Clinique Clémentville, unique centre privé de traitement du cancer à Montpellier, rassemble tous les acteurs de santé de ville qui souhaitent contribuer et participer activement à l'amélioration de la prise en charge du cancer du sein. Le MIS rassemble donc des professionnels de santé, des établissements, des patients et des

proches, des contributeurs institutionnels et des partenaires privés. Il s'agit donc d'une association selon la loi de 1901. C'est un réseau transversal autour d'une pathologie – le cancer du sein. Le MIS dispose d'un lieu d'accueil et d'informations pour les patientes, de bureaux pour son équipe opérationnelle au sein de la clinique Clémentville de Montpellier. Un partenariat étroit s'est tissé entre le MIS, la clinique et le centre de cancérologie du Grand Montpellier. Pour permettre l'articulation du dispositif de prise en charge globale autour du plateau technique lourd autorisé pour le traitement des cancers du sein.

Le MIS s'appuie sur une équipe opérationnelle qui organise, manage, anime, évalue l'ensemble des dispositifs, fait des projets avec une démarche de qualité rigoureuse.

Six cent patientes sont accompagnées chaque année. Plus de cinquante professionnels, répartis sur le Grand Montpellier, se réunissent dans un colloque tous les deux ans. Au-delà de ses ambitions sanitaires et sociales, le MIS s'est développé pour inventer et proposer un nouveau modèle d'organisation adapté à l'exercice libéral. L'objectif du MIS est de concevoir et de mettre en place une organisation qui puisse être transférée à d'autres équipes, dans d'autres pathologies. Le MIS fonctionne sans subventionnement institutionnel. Les praticiens de santé payent une redevance qui, jusqu'alors, était insuffisante pour couvrir les frais de fonctionnement. La création d'une société (MOVE IN MED) pour l'animation, la gestion de l'association et le développement du concept au niveau national leur a permis, en mettant à disposition d'autres médecins dans d'autres

villes, pour d'autres pathologies ou même pour le cancer du sein, d'avoir accès à des recettes supplémentaires leur permettant d'équilibrer leur budget. Les différentes professions contribuent, par cette redevance, avec des niveaux bien évidemment différents selon le type de profession.

La ville du Mans

La ville du Mans particulièrement touchée par la désertification médicale est actuellement en projet de création de réseaux organisés par le quadrillage de la ville en quatre quartiers. Le conseil départemental tente donc de créer des réseaux et de mutualiser les moyens des médecins dans chacun de ces quatre quartiers de la ville.

B - GROUPEMENT DE COOPÉRATION SANITAIRE (GCS)

Il s'agit du groupement hospitalier de territoire des **Deux Sèvres**. La délégation qui est venue au Conseil national était composée du directeur du centre hospitalier, le Président de la CME et le président du conseil départemental de l'Ordre des Deux Sèvres. Ils sont en train de transformer ou de faire évoluer juridiquement leur groupement hospitalier de territoire vers un Groupement de Santé du Territoire des Deux-Sèvres. Dans la loi, il est indiqué que les partenaires associés sont possibles dans les GHT. C'est assez vague, mais n'interdit pas d'avoir recours à des partenaires associés privés. Le directeur de l'hôpital a compris que son GHT était « unijambiste » et que s'il voulait avoir une performance et efficacité sur le territoire, il fallait compte tenu de la démographie totale du département, qu'il s'appuie sur le secteur libéral et privé. Ils se sont donc engagés dans cette réforme du GHT. Ils auraient fait

valider leur idée par le DGARS de la nouvelle Aquitaine qui les a autorisés à construire ce groupement de santé des territoires des Deux-Sèvres qui comprend donc les hôpitaux publics et les établissements publics médico-sociaux, les établissements privés et les secteurs médico-sociaux privés, les Ordres professionnels qui sont des partenaires associés à part entière et qui deviendront au bout de 6 mois automatiquement membres du comité stratégique, les professionnels de santé libéraux, les pôles et MSP qui existent dans le département et les HAD publiques et privées. Tous ces partenaires construisent un projet médical « populationnel », c'est-à-dire qu'ils partent des besoins de la population, en tenant compte des pathologies différentes, et des effectifs des territoires. Ils ont bien compris que s'ils n'associaient pas les libéraux et l'hôpital, ils ne parviendraient pas à prendre en charge la population du département où il n'y a que 900 médecins. Ils ont jusqu'à maintenant une permanence des soins assurée 24 heures sur 24 avec des grands secteurs et qui commence à souffrir avec les départs à la retraite et les désengagements de la PDS en raison du volontariat. Ils sont bien sûr associés à leur CHU de référence (Poitiers). L'Ordre fait partie du comité stratégique et c'est assez original et surprenant, mais c'est un partenariat réel.

C'est la démonstration que les coopérations public/privé sont encore une solution d'avenir et que l'on peut contourner certains dogmes posés par la loi pour les GHT.

Il est intéressant de mettre ce projet en évidence aujourd'hui. Ce projet de santé va aussi résonner sur des territoires c'est-à-dire qu'ils vont voir

qui doit travailler avec qui pour prendre en charge la population en fonction de ses pathologies dans un territoire. Là encore, on se rapproche de notre idée de Bassin de Proximité de Santé fonctionnel. Il est intéressant d'observer cet écho de notre travail actuel sur le terrain.

Nous avons présenté dans le chapitre des réseaux, le groupement de coopération sanitaire de Franche-Comté concernant l'oncologie.

Dans ces coopérations publiques, privées, il faut citer l'initiative qui a été mise en place à Belle-Ile dans le Morbihan. Il s'agit de la mise en place d'un statut mixte entre exercice salarié à l'hôpital et exercice libéral en maison de santé.. Les médecins exercent donc en temps partagé, salarié à l'hôpital et libéral en vacation dans une maison de santé. Le dispositif permet également aux médecins de bénéficier du matériel de l'hôpital, dans le cadre de leur exercice libéral, avec accès au plateau technique comme l'imagerie médicale.

Le centre hospitalier Bretagne-Atlantique Vannes-Auray fut missionné, dans le cadre d'un contrat local de santé, pour améliorer la permanence des soins et permettre la prise en charge des soins non programmés et l'aide médicale d'urgence sur le territoire insulaire de Belle-Ile. Dans un premier temps, les médecins généralistes du continent, sous le statut de médecins « volants » avaient assuré, à tour de rôle, les vacations dans l'île pendant la saison touristique. Ce projet de soins ne pouvait perdurer et l'initiative d'un médecin a permis de mettre en place cette offre de soins sur le territoire de Belle-Ile. Les médecins généralistes sont maintenant au

nombre de cinq, deux hommes et trois femmes. Ils se répartissent les tâches, les dossiers des patients vus en consultation et les plages horaires du cabinet, ce qui permet à chacun de maîtriser ses horaires. Deux d'entre-eux sont également maîtres de stage et accueillent des internes, logés dans un appartement mis à disposition par la mairie. L'hôpital et les collectivités locales ont consenti de gros efforts pour accueillir les médecins sur leur territoire, un sixième médecin viendra les rejoindre dans le courant de l'année. L'équipe sera alors au complet et on met bien en évidence que c'est ce dispositif, coopération entre le public et le privé, qui a permis de reconstituer un effectif médical sur cette île. Ceci est d'importance puisque, dans la période estivale, la population passe de 5 500 à 35 000 habitants. Cet exercice semble transposable dans d'autres zones sous-dotées, sous réserve d'avoir un hôpital local de proximité.

Dans le Poitou-Charentes, le conseil régional de l'Ordre et le conseil départemental de Charente-Maritime ont organisé des négociations difficiles pour instituer une structure de permanence des soins ambulatoire sur l'île d'Oléron. Cette structure de PDSA est basée sur l'hôpital local et est assurée par les médecins généralistes installés sur l'île. Ces derniers se sont progressivement appropriés et font vivre cette permanence des soins. Le fonctionnement est un exemple typique des coopérations public/privé, avec les médecins libéraux, l'hôpital local, les collectivités territoriales et l'ARS. Le financement est assuré par les partenaires.

Groupement de coopération sanitaire de Châtellerauld dans la Vienne où un partenariat a été institué entre le centre hospitalier et les médecins et dentistes libéraux. Ce partenariat a pour objectif de prendre en charge, dans le cadre d'un secteur d'hospitalisation nommé Handisoins, les soins et les actes qui doivent être réalisés chez les personnes handicapés non coopérantes.

De nombreux territoires voient des groupements de coopération sanitaire entre le secteur public et les libéraux concernant notamment l'imagerie médicale, et tous les investissements lourds, mais pas seulement.

La loi sur les groupements hospitaliers de territoires ne prévoit pas d'étendre les coopérations sanitaires public/privé. Il serait dommageable qu'un assouplissement de cette loi ne soit pas adopté dans les mois qui

viennent. Le service public hospitalier est un carcan qui, sur bon nombre de territoires en difficulté, en séparant les libéraux et le secteur public, va aggraver les difficultés concernant l'offre de soins sur les territoires. Elle se trouvera forcément et fatalement détériorée.

Enfin, dernière initiative concernant les coopérations et les structures, notons les cabinets de soins de premier recours à petits plateaux techniques, qui sont des structures libérales et qui sont rapportés par le CROM Rhône-Alpes qui s'est investi pour leurs mises en place. Ces cabinets de premier recours sont inspirés du cabinet de haute montagne. Ces structures sont intéressantes par rapport à la prise en charge des urgences, mais aussi des soins programmés.

III - LA FORMATION ET LES STAGES PROFESSIONNALISANTS

Par un courrier distinct, nous avons interrogé les Doyens des facultés de médecine pour qu'ils nous donnent leurs sentiments et leurs évaluations concernant les stages professionnalisants de deuxième et troisième cycle. Nous n'avons pas eu de réponses de leur part.

Toutefois, à la lecture des réponses des conseils départementaux et des conseils régionaux, il est évident que l'Université et les facultés de médecine sont des partenaires fréquents, incontournables, qu'il faut aller « chercher » pour la prise en charge des étudiants et des internes. En pratique ce sont les conseils régionaux qui siègent aux conseils de facultés et, bien sûr, c'est leur rôle premier que d'insister auprès des pouvoirs publics et collectivités pour mettre en place les stages professionnalisants. Ces stages sont des leviers que nous avons à notre disposition pour améliorer la démographie en dehors de la coercition qui n'est pas souhaitable. Les stages professionnalisants doivent être le plus ouverts possible, à la fois sur l'hôpital bien sûr, mais aussi sur le monde libéral.

Un certain nombre de conseils régionaux a établi des partenariats étroits avec les Universités et les Doyens de facultés.

A – DES EXEMPLES DE TERRAINS DE STAGES

Dans ce cadre, nous évoquons l'initiative prise par le conseil régional Centre-Val de Loire. Le conseil régional de l'Ordre des médecins a initié une rencontre avec le directeur général de l'ARS et le Doyen de la faculté de médecine de Tours qui en présence des représentants ordinaires des départements, ont échangé essentiellement sur l'offre de soins régionale et principalement sur les difficultés des accès aux soins des usagers. Une coopération avec l'Ordre des médecins est clairement souhaitée par les intervenants. Des réunions à la faculté, au conseil départemental, sur les territoires sont organisées, à la découverte des lieux de stages, avec témoignages des médecins qui se sont parfaitement adaptés à leur exercice. Un parrainage des étudiants dans chaque département est envisagé, voire la création d'un bureau des étudiants en médecine. L'Ordre a également proposé une coopération avec l'ARS pour la création d'une plateforme d'appui aux professionnels de santé pour, d'autre part, renforcer l'action d'orientation des étudiants en médecine en fin de troisième cycle.

Des stages de deuxième cycle sont organisés et, pendant deux à six semaines, les étudiants découvrent l'exercice de proximité. Les internes de médecine générale sont accueillis pour leur stage universitaire par les maîtres de stage de la région. Pour les autres spécialités, des accords ont permis aux internes d'accéder aux stages chez des praticiens en pédiatrie, ophtalmologie et psychiatrie et dans des établissements de soins privés, urologie à Tours, ORL à Bourges. En rhumatologie, l'ARS a validé une expérimentation dans **le Cher**. Les libéraux ont fait preuve d'un grand dynamisme pour accueillir les internes de troisième cycle, internes de spécialité en rhumatologie notamment. Les médecins libéraux malgré une charge de travail supplémentaire ont su transmettre leur expérience à de jeunes confrères. Les hospitalo-universitaires du CHU de Tours ont pu ainsi ouvrir une formation complémentaire à leurs internes, formation en grande partie non accessible au CHU, ils sont ainsi confrontés à des pathologies nouvelles, fréquentes, en première ligne, qu'ils ne rencontrent pas forcément dans les consultations hyperspécialisées des services hospitalo-universitaires. Ils peuvent ainsi réaliser des actes techniques qui ne leur sont pas accessibles en CHU. Ces stages ville/hôpital permettent d'envisager de développer des staffs communs et des visioconférences, de partager des protocoles. Tout cela n'est possible que si les hospitalo-universitaires s'engagent dans cette démarche. Le rôle des CROM est à ce niveau certainement prépondérant.

L'Ordre a par ailleurs participé au comité de pilotage du deuxième séminaire à la faculté de médecine

de Tours, renforçant ainsi le lien indispensable entre l'université et l'organisme professionnel. Ce séminaire avait pour objectif les déterminants sociaux de la santé. L'Ordre régional du Centre propose de soutenir et d'accompagner, mieux que cela n'est fait actuellement, les maîtres de stage dans l'exercice de leurs responsabilités. Enfin, le CROM de la région Centre met en avant des coopérations ville-hôpital dont le but est de décroiser les modes d'exercice, de diversifier les activités des médecins et ainsi rompre la monotonie. Une expérience est en cours à Orléans où les médecins généralistes, dans la période hivernale, sont venus épauler les pédiatres aux urgences hospitalières.

À noter que, dans la région Centre, cinquante contrats d'engagement de service public (CESP) sont en cours ainsi que vingt praticiens territoriaux de médecine générale.

Dans la région Languedoc-Roussillon, le Professeur GUERRIER nous rapporte, en tant que représentant du conseil régional de l'Ordre des médecins, son entretien avec le Doyen de la faculté de médecine de Montpellier et du vice-doyen chargé de l'enseignement des stages professionnalisants. Dans cette région, et avec le concours de la faculté, l'enseignement de la médecine générale a été fortement revalorisé. Les maîtres de stage sont suffisamment nombreux dans cette région. À noter que le nombre de postes de SASPAS (stage en autonomie supervisée) est limité et que les internes ne peuvent pas y avoir accès en raison de problèmes de financement. Concernant les stages professionnalisants en spécialités, la faculté de médecine

de Montpellier a mis en place le dispositif de la loi HPST sur ce type de stage pour la pédiatrie et la gynécologie.

Elle a créé une commission d'agrément présidée par le Doyen. Pour que l'agrément soit accordé, il faut l'accord du responsable de l'enseignement de la spécialité. Une fois l'agrément accordé, il y a un responsable pédagogique qui est le plus souvent un ancien chef de clinique.

Il existe actuellement dans la région Languedoc-Roussillon entre 20 et 30 unités agréées. Cet agrément n'est pas définitif et doit être renouvelé régulièrement. Ces entités agréées correspondent à des plateformes techniques qui sont valables pour les disciplines chirurgicales, les urgences et les cliniques de réadaptation.

En ce qui concerne les disciplines médicales, seuls les stages auprès des pédiatres et des gynécologues médicaux ont pu être mis en place. Beaucoup de plateformes techniques sont demandeurs mais les stages sont limités en raison du mode de financement (MIGAC).

L'URPS Bourgogne, accompagné par le CROM, a mis en place des réunions informelles pour améliorer la connaissance de l'exercice libéral des jeunes professionnels et les inciter à s'informer au plus tôt dans leur apprentissage du métier. Au cours de ce forum, les étudiants de deuxième cycle ont été invités, de même bien évidemment que les internes. L'objectif de ce forum est bien évidemment de lutter contre l'hospitalo-centrisme et de favoriser la connaissance de toutes les spécialités, y compris les spécialités iniques et à plateaux techniques. Des

professionnels libéraux ont participé en mettant en avant les qualités de leur exercice.

En Limousin, un comité ville-hôpital a été mis en place, instauré par les médecins, le conseil de l'Ordre et la faculté de médecine, pour améliorer la prise en charge des patients par une meilleure communication entre le CHU et les médecins libéraux.

En Bretagne, il nous est rapporté par le conseil régional de Bretagne de l'Ordre des médecins, et par le département du Finistère, l'existence d'une convention visant à favoriser et simplifier l'installation des médecins généralistes libéraux dans la région. Un des rôles majeurs de cette **convention**, signée par l'ensemble des partenaires, est de favoriser les stages en médecine générale libérale. Il s'agit de promouvoir la maîtrise de stage dans les zones déficitaires et de favoriser les stages dans les territoires éloignés des villes. Un accompagnement au niveau des hébergements pour les internes et stagiaires est envisagé. Une cartographie est en cours de réalisation afin de construire un plan d'action pour couvrir les zones non pourvues. Les frais de déplacements des externes seront pris en charge pour les stages effectués à plus de quinze kilomètres du lieu de formation.

Un dépliant a été édité, orientant le médecin vers le bon interlocuteur selon ses interrogations. L'objectif de ce dépliant est de fluidifier le parcours d'installation des médecins généralistes. Enfin, cette convention vise à promouvoir et valoriser les modes d'exercice coordonnés, avec quarante-deux pôles ou maisons de santé en région Bretagne et plus de cinquante projets en cours

d'élaboration. Treize contrats d'engagement de service public et sept contrats de praticiens territoriaux de médecine générale ont été signés.

Dans le département de la Haute-Vienne, une commission de jeunes médecins a été créée afin de favoriser les rencontres entre médecins libéraux et jeunes médecins.

Dans le Cantal, l'organisation de l'accueil matériel des internes fut l'objet d'une action du conseil de l'Ordre et des autres partenaires. Cette action de soutien à la maîtrise de stages a permis d'en doubler les effectifs en 2015. Il existe une rencontre bi-annuelle avec les internes, avec présentation des bases éthiques et déontologiques dans les locaux du conseil départemental.

Dans les Alpes de Haute-Provence, le conseil de l'Ordre et les autres partenaires ont organisé l'accueil et l'accompagnement financier des internes et des stagiaires, avec une aide à l'installation.

En Moselle, chaque semestre des rencontres avec les internes en médecine générale sont organisées. On constate une augmentation du nombre des maîtres de stage assez importante, avec une prise en charge des deuxièmes et troisièmes cycles. Un samedi après-midi de rencontre est organisé pour examiner les conditions d'exercice. Très bon résultat avec une augmentation de maîtrises de stages qui sont passées de quatorze en 2007 à quarante-deux en 2016.

En Lozère, le conseil de l'Ordre signale des aides financières destinées aux internes en médecine générale, avec

création de contrats d'engagement de service public (CESP). Le conseil départemental participe aux séminaires spécifiques à la faculté et au congrès national des internes. Il organise une soirée de bienvenue, tous les semestres, pour les étudiants en stage.

Dans la Manche, le conseil départemental a prévu des indemnités de déplacement pour les internes avec l'aide des collectivités et de l'ARS. Il existe une aide au logement, si le stage est supérieur à quinze jours consécutifs et également un accompagnement de la famille.

Dans la Vienne, les stages de deuxième cycle sont accompagnés à 75 %. Les stages de troisième cycle sont organisés de façon satisfaisante, avec un département médecine générale bien organisé. Des stages chez les spécialistes sont organisés en pédiatrie.

En Picardie, une convention entre les facultés de médecine d'Amiens et de Reims permet des échanges de terrain de stages. Chaque territoire acceptant des étudiants de l'autre région.

À Paris, une interne de médecine générale a réalisé deux vidéos pour sensibiliser sur la nécessité d'atteindre au moins 10 000 maîtres de stage universitaires en France d'ici 2018. Réalisées dans le cadre de sa thèse, ces vidéos ont été diffusées à des étudiants de plusieurs facultés de médecine parisiennes.

Une aide financière serait proposée lors de l'installation, il s'agit du plan Parimed qui a été prévu fin 2015, en partenariat avec l'Ordre des médecins pour favoriser l'installation en libéral et dans les arrondissements de médecins généralistes. L'aide est principalement financière.

Dans le Lot-et-Garonne, une commission démographie médicale, la CODEM, est mise en place. Des aides sont proposées à ceux des jeunes médecins qui souhaiteraient s'installer en Lot-et-Garonne (dans le domaine du logement et des frais de déplacement). Un réseau de santé pluriprofessionnel est pratiquement construit pour leur permettre d'accéder à une indispensable qualité d'exercice. Des réunions ont permis d'accueillir des étudiants en médecine au conseil départemental où les différents partenaires du CODEM ont pu présenter le territoire. Le nombre de maîtres de stage est en augmentation très encourageante. Un chef de clinique a été recruté dans un pôle de santé en Lot-et-Garonne et consacre donc la moitié de son temps à l'enseignement et à la formation en médecine générale. Ce chef de clinique avait fait son stage en Lot-et-Garonne et mis ainsi en évidence **l'importance du lieu de stage et sa qualité dans le choix professionnel du médecin**. La politique de ce département semble avoir apporté des résultats très satisfaisants, avec une augmentation importante du nombre d'installations.

En Saône et Loire, une cellule d'accompagnement, le SIM 71, est soutenue par l'ARS et l'Ordre des médecins. C'est un dispositif d'aide à l'installation dans les déserts médicaux, pour trouver des solutions de transports, de gardes d'enfants ou encore d'offres éducatives et

culturelles. Elle fait également et surtout le lien entre les nouveaux arrivants et la faculté de médecine.

L'amélioration de la qualité des stages professionnalisants et l'augmentation du nombre de maîtres de stage sont indispensables pour amener les jeunes internes en médecine générale à connaître les territoires. Il faut développer le vivier des terrains de stages et seul un partenariat avec les Universités, la faculté de médecine en particulier, et les organismes professionnels peuvent améliorer cette filière universitaire en faveur de la démographie de la médecine générale. Les conseils régionaux de l'Ordre doivent jouer leur rôle prépondérant dans leur partenariat avec les facultés de médecine. Le label universitaire de certaines maisons pluridisciplinaires de santé est certainement une piste intéressante dans la valorisation de l'enseignement de la médecine générale sur les territoires.

B – LES MÉDECINS ADJOINTS

Adjoints, assistants, CESP, PTMG, ont été abordés dans le paragraphe précédent sur les stages professionnalisants. Les CESP et les PTMG sont certainement des initiatives tout à fait pertinentes dans l'accompagnement des jeunes confrères à choisir l'exercice de la médecine générale sur les territoires. Ces contrats sont présents dans pratiquement tous les départements et toutes les régions et reçoivent l'appui financier des services de l'Etat et des collectivités territoriales.

Il faut différencier les postes **d'adjoints** des initiatives précédentes. De nombreux départements ont recours à ces contrats d'adjoints.

Ce dispositif consiste à autoriser les étudiants, ayant validé leur cursus de troisième cycle et en possession d'une licence de remplacement, à être affectés en tant qu'adjoints auprès de médecins généralistes sur le territoire. Ce statut leur permet, dans le même temps que le médecin auprès duquel ils sont autorisés, d'exercer avec le matériel informatique et les feuilles de soins du médecin installé. L'article 88 du code de déontologie autorise cette pratique. Ce contrat présente l'avantage de permettre temporairement à un jeune médecin, non thésé, de collaborer avec un médecin installé. Il doit légitimement être accompagné par un arrêté préfectoral avec accord de l'ARS. L'article L. 4131-2 du code de la santé publique et ses décrets définissent les conditions d'exercice de cet étudiant en médecine pour aider un médecin en difficultés. Il doit simplement être adapté dans ses motivations. Cet article L. 4131-2 n'étant pas exactement superposable à ce type d'exercice, on pourrait étendre cet assistantat en autorisant des lieux d'exercices multiples, toujours en partenariat et en assistance à un médecin installé dans une commune pivot.

De nombreux départements ont recours à ces postes d'adjoints.

Dans les Deux-Sèvres, dispositif soutenu.

Dans la Vienne, ce type d'autorisation ont permis deux installations dans une période récente. C'est également le cas cependant des postes de PTMG et CESP.

Dans la Loire, le recours aux postes d'adjoint semble assez bien réparti et assez fréquent.

Dans l'Aube, le conseil de l'Ordre a créé le statut de médecins d'appui territoriaux pour suppléer au manque de médecins.

IV - LA PROMOTION DE LA MÉDECINE AMBULATOIRE

Nous reprendrons dans ce chapitre l'ensemble des initiatives qui sont prises sur le territoire, que ce soit par les conseils départementaux ou les conseils régionaux ou par les partenaires des collectivités territoriales dont l'objectif est d'améliorer la prise en charge de la population dans les structures existantes.

A – DÉLÉGATIONS DE COMPÉTENCES

À Sens, SOS Médecins a adopté le statut de structure collective traitante par dérogation. Cette dérogation autorise donc les médecins intervenant dans le cadre de cette association à prendre en charge les personnes âgées dépourvues de médecin traitant. Cela a permis au centre d'action sociale d'organiser un jour par semaine des rendez-vous pour les visites à domicile avec l'un des praticiens de SOS Médecins.

Autre initiative en Aquitaine, des médecins généralistes libéraux, équipés de matériels d'urgentistes, ont été habilités à administrer les premiers secours en zone blanche.

En ophtalmologie, la profession met en avant des solutions qui ont été exposées lors du 128^{ème} congrès d'ophtalmologie. La délégation de compétences est une piste prioritaire pour lutter contre les délais d'attente. La profession a mis sur pied une coopération ophtalmologistes/orthoptistes pour le renouvellement des prescriptions de lunettes. Les délégations envers les

orthoptistes se font également sur le dépistage des patients diabétiques. Les patients sont vus par l'orthoptiste, exemple dans le département de Seine-Maritime, c'est en effet l'orthoptiste qui réalise un cliché du fond de l'œil, qui est transmis à l'ophtalmologiste du CHU qui en fait l'analyse et le compte-rendu. Le protocole a été validé par la HAS et l'expérimentation devrait commencer rapidement.

Après une expérimentation dans la Sarthe, et également en Rhône-Alpes, ces délégations de compétences ont permis, dans certains partenariats, de permettre de réduire le délai de prise de rendez-vous de douze mois à quinze jours pour une prescription de lunettes.

Des délégations de compétences ont également été mises en place dans de nombreuses régions, vers les infirmières diplômées d'Etat, hospitalières et libérales, pour la prise en charge de certaines pathologies comme le diabète.

En Poitou-Charentes, en particulier dans les Deux-Sèvres, où le dispositif « Azalée » élargit le champ de compétences des infirmières diplômées d'Etat, en partenariat avec les médecins généralistes. Ces dernières, chargées plus particulièrement d'éducation thérapeutique, sont intégrées aux maisons de santé pluridisciplinaires, avec un statut particulier ;

Cette piste de délégations de compétences est régulièrement évoquée dans l'ensemble des courriers que nous avons reçus mais, il faut bien dire que, dans l'état actuel des choses, le cadre réglementaire ne permet pas de multiplier les expériences.

B - TÉLÉMEDECINE

De nombreuses initiatives de télémédecine sont évoquées dans les courriers des conseils départementaux et régionaux.

Une expérience intéressante est réalisée dans le Haut-Rhin. Elle concerne la possibilité, pour les détenus de la centrale d'Ensisheim, de bénéficier de conseils de télémédecine organisés à partir de l'UCSA (consultation d'anesthésie, de dermatologie, etc.). Le but de cette téléconsultation étant d'éviter les extractions des détenus, coûteuses et compliquées.

Dans le Finistère, pour l'île de Molène, une convention a été signée avec les acteurs de santé. Elle assure la présence pérenne sur l'île, un jour par semaine (le Finistère fait remarquer qu'il s'agit d'un argument en faveur de l'article 65).

Dans le Val d'Oise, une initiative de télémédecine de radiologie (SELAS Médica), dont le siège social est à Ermont, avec un projet d'expansion aux EHPAD.

On relate également de la télémédecine **à Coutras (Gironde), à Belle-Ile,** site que nous avons déjà évoqué dans les partenariats public/privé, où une téléconsultation est évoquée par le conseil départemental du Morbihan. D'autres initiatives de cet ordre ont été

signalées **dans le Morbihan, en Moselle, dans les Deux-Sèvres.**

La région du Centre appelle de ses vœux les plateformes de téléconseils.

Il semble exister également **en Bretagne** de nombreuses cabines de télémédecine dans les EHPAD.

Enfin, **à Roanne,** on note l'initiative plus connue médiatiquement de la cabine de télémédecine qui proposera, d'ici quelque temps, des consultations à distance. Elle est tentée cependant dans un territoire en proie à une désertification importante sur le plan médical. Il s'agit en fait d'un petit cabinet médical « connecté », siège incliné, écran d'ordinateur pour guider le patient et lui organiser une téléconsultation, instruments pour peser, mesurer, calculer l'indice de masse corporelle, etc. Cette cabine est installée dans les locaux d'une pharmacie mutualiste, au centre-ville de Roanne.

À l'initiative de l'association parentale « À tir d'aile », la Maison des Oiseaux, située à **la Châtre dans l'Indre,** accueille des jeunes adultes autistes et épileptiques. Depuis deux ans, la structure développe des consultations de télémédecine afin d'éviter les déplacements des résidents pour leur rendez-vous de suivi avec les spécialistes.

C - LES LIEUX MULTIPLES D'EXERCICE

Les lieux multiples d'exercice (LME) autorisés par les conseils départementaux permettent de lutter contre les désertifications médicales. Toutes les formes sont possibles. Il nous est apparu intéressant de souligner **en Corse du Sud, à Cargèse et à Sartène** la création par les collectivités

territoriales de centres de consultation adossés à des EHPAD. Les difficultés démographiques dans ce département ont incité le conseil départemental de l'Ordre des médecins à autoriser des consultations avancées dans ces locaux sous forme d'exercice multiple pour des médecins généralistes mais aussi pour de nombreuses spécialités. Une assistance par télé-médecine est également présente dans ces centres.

D – LES FORUMS RÉGIONAUX

De nombreuses régions ont recours à ce type de manifestations pour sensibiliser les jeunes étudiants en médecine et les internes de troisième cycle aux différents exercices de la médecine sur le territoire, en partenariat avec l'ARS et la caisse primaire d'assurance maladie, **le conseil du Finistère de l'Ordre et plus largement la région Bretagne ont établi** une convention-cadre pour l'installation en médecine générale, avec constitution d'un livret « MG, s'installer en Bretagne, mode d'emploi ». Un généraliste dating est organisé également avec les mêmes partenaires, ainsi qu'un forum des médecins et également une journée de la faculté. Tous ces événements sont centrés sur l'information, la sensibilisation et l'éducation à la médecine libérale qui visent les étudiants en formation.

En Poitou-Charentes, un forum est également organisé. Dans les **Hauts-de-Seine**, on note un site dont l'objectif est une politique de communication vers les médecins et les étudiants en médecine. Ce site compte 1 000 inscrits. Le conseil départemental organise des tables-rondes, deux par mois et rencontre le maximum de confrères pour

améliorer l'image et le rôle de l'Ordre. Ils évoquent les problèmes démographiques, ils ont créé un prix de thèse. C'est également le cas **en Franche-Comté**, nous avons déjà évoqué ces manifestations dans le chapitre des stages professionnalisants. Ces forums ont un grand intérêt pour les étudiants qui sont assez nombreux à y assister.

E – LES PLATEFORMES

De nombreux départements appellent à la mise en place et à l'autorisation des plateformes de téléconseils.

Dans le Nord-Pas-de-Calais, à l'initiative de l'association Norajir, un regroupement autonome de jeunes médecins généralistes installés et remplaçants de cette région et qui a mis en place un site ww.remplannord.org, site interactif de mises en lien des médecins généralistes remplaçants et installés. Il est géré par des médecins généralistes, bénévoles, installés et remplaçants de la région. Il est accessible gratuitement à tous les médecins généralistes de la région. Depuis sa mise en service en janvier 2013, plus de 1 900 médecins y sont inscrits. Ce site est gratuit et centralise les possibilités de remplacement et de collaboration. Il est alimenté par les médecins, les maires, on y répertorie 800 annonces de remplacement, 150 annonces d'installation et de collaborateurs.

Ces sites de remplacement existent dans treize régions ou départements en France. Ils sont interconnectés. Un examen de l'aspect juridique des contrats est nécessaire. Ce dispositif est accompagné par les Conseils du Nord et du Pas-de-Calais de l'Ordre des médecins.

Dans sa communication le responsable du site incite fortement au développement du contrat d'adjoint qui répondrait mieux aux difficultés que rencontrent les différents médecins du territoire. Il apparaît en effet que les jeunes médecins n'ont pas spontanément envie de s'installer, que ce contrat d'adjoint leur permettrait, peut-être, plus de souplesse dans l'appréhension de leur projet professionnel.

F - LE GUICHET UNIQUE

De nombreuses régions et départements ont fait la promotion du guichet unique à l'installation.

C'est le cas dans l'Aisne, où le conseil départemental est très investi dans la facilité aux installations, allant jusqu'à proposer des prêts d'honneur aux installés. L'ARS participe au financement. Cette opération « Aisne initiative » a pour objectif la simplification et l'accélération des formalités à l'installation.

Dans le Bas-Rhin est mis également en place un guichet unique avec un partenariat multiple.

En Haute-Normandie, la création d'un guichet unique d'installation des professionnels de santé pour assurer une mission d'information, d'orientation et d'équipement dans les territoires isolés a été mise en place. Cette initiative soutenue par le conseil régional de l'Ordre a été initiée à la demande de l'ISNAR-IMG et de l'ARS. Ce guichet unique d'installation des professionnels de santé s'appelle GUIPS.

En Eure-et-Loir, un guichet unique pour faciliter les démarches administratives et la mise en place

d'un projet en milieu rural : c'est le maire de la commune de La Loupe qui a mis ce guichet unique d'information pour améliorer la pratique de la médecine sur le territoire. Ce dispositif a été encouragé par l'ARS et les URPS. Ce guichet unique accompagne les médecins dans leurs démarches administratives mais également dans leurs démarches personnelles et familiales : logement, recherche d'emploi pour le conjoint, etc.

Enfin, en Saône et Loire, une initiative particulière avec celle de la création d'une cellule d'accompagnement. Cette cellule d'accompagnement, à moyen et long terme, des médecins, à l'image de ce qui peut être réalisé dans les entreprises, inciter à l'installation : le conseil départemental de Saône et Loire soutenu par l'ARS et les URPS a créé cette cellule d'accompagnement des médecins intitulé SIM 71. Le dispositif aide le médecin qui s'installe dans un désert médical à trouver des solutions de transports, de gardes d'enfants ou encore d'offres éducatives et culturelles. Elle fait également et surtout le lien entre les nouveaux arrivants et la faculté de médecine, l'ARS et les communes.

G – LA PERMANENCE DES SOINS

Dans l'ensemble des réponses qui ont été apportées par les conseils départementaux et régionaux, l'investissement de ces derniers dans la mise en place et le maintien d'une permanence des soins est toujours considéré comme un investissement majeur pour le soutien de la démographie. Partout où la permanence des soins est libérale a pu être soulagée, mutualisée, l'effet est positif pour la démographie.


CONCLUSION

L'analyse de ces réponses montre un socle commun orienté vers la création et la répartition des maisons pluridisciplinaires de santé sur les territoires, sur les stages professionnalisants, sur les lieux multiples d'exercice et sur la création de l'assistantat sous toutes ses formes (collaborateurs, adjoints, etc.). Même s'il apparaît un certain nombre de difficultés dans le fonctionnement des maisons pluridisciplinaires de santé, l'idée d'implanter des structures permettant d'accueillir des jeunes professionnels reste pertinente. Une réflexion est certainement nécessaire sur le financement de ce fonctionnement notamment pour en assurer la pérennité. Il faut noter qu'un certain nombre de structures privées apportent la preuve que les financements des collectivités et de l'Etat ne sont pas indispensables. La permanence des soins reste un engagement qui doit être protégé le plus possible par les conseils départementaux et régionaux.

Les conseils départementaux ont, dans un grand nombre de cas, compris que leur rôle d'accueil et d'encadrement des jeunes professionnels, qu'ils soient étudiants, en stage d'internat ou jeunes installés, est primordial.

Les conseils régionaux doivent poursuivre leur politique intrusive auprès des facultés, des collèges de médecine générale et des autres spécialités pour favoriser la prise de conscience des médecins en formation vers les différents modes d'exercice sur le territoire.

Beaucoup de départements n'ont pas répondu. La poursuite de cette enquête nous permettra peut-être de les interroger directement. Un certain nombre de départements, très peu, ont répondu qu'ils n'avaient pas connaissance d'initiatives particulières dans leur territoire.

Conseil National de l'Ordre des Médecins
180 Boulevard Haussmann
75008 Paris
www.conseil-national.medecin.fr
 @ordre_medecins