



Haut Conseil pour l'avenir  
de l'assurance maladie

# **Avis du HCAAM**

## **Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité**

**Septembre 2022**

|  |    |
|--|----|
| Introduction .....   | 2  |
| 1. L'urgence : des mesures immédiates pour garantir l'accès aux soins .....  | 6  |
| 1.1. Une situation de crise dans un nombre croissant de territoires .....  | 6  |
| 1.2. Reconnaître et organiser la responsabilité collective de l'accès aux soins dans les territoires.....          | 6  |
| 1.3. Les acteurs, qui se mobilisent, montrent qu'il est possible d'agir localement et rapidement .....             | 8  |
| 1.4. Recruter et former à travailler ensemble à l'échelon des territoires de proximité .....                       | 11 |
| 2. Une cible à moyen – long terme.....   | 13 |
| 2.1. Transformer l'organisation des soins au patient et à la patientèle en proximité.....                          | 13 |
| 2.2. Bâtir une organisation collective sur un territoire au service de la population .....                         | 15 |
| 2.3. Mettre en place des formations cohérentes avec les orientations proposées pour l'organisation des soins ..... | 19 |

## Introduction

Le principe, inscrit en Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, selon lequel « *La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé* » est battu en brèche quand près de six millions de patients se retrouvent sans médecin traitant, dont 600 000 personnes souffrant d'une affection de longue durée (ALD). Cette situation angoissante pour la population s'est aggravée récemment mais elle n'est pas nouvelle. En 2010 Elisabeth Hubert écrivait à propos des difficultés d'accès à un médecin généraliste : « *Ce sont les fondements même de l'égalité républicaine qui sont ainsi attaqués* ». Proposant un ensemble de réformes, elle indiquait : « *Chacun des acteurs est donc aujourd'hui face à ses responsabilités* »<sup>1</sup>.

Pourquoi donc un nouveau rapport ? Parce que la crise actuelle met chacun, régulateur, professionnel de santé, citoyen, plus encore qu'hier, en difficulté et face à ses responsabilités. Parce que toutes les parties prenantes du système de santé rassemblées au sein du Haut conseil ont souhaité mettre à profit le dialogue constructif et la recherche de consensus qu'ils pratiquent depuis près de 20 ans pour construire un chemin de résolution de la crise. Parce que ce chemin est nourri des rapports passés, des travaux de recherche, mais aussi d'une analyse des attentes de ces acteurs, et des freins qui expliquent que les évolutions ont été réelles mais trop limitées et dispersées pour faire face à la baisse du nombre de médecins et, pour l'ensemble des professionnels, au manque d'attractivité de certains modes d'exercice.

Cet avis propose une traduction concrète de la responsabilité d'assurer l'égal accès aux soins pour tous, qui s'appuie sur les acteurs locaux et les dispositifs existants, selon un principe de subsidiarité visant à soutenir en priorité les solutions mises en place par les professionnels. Il s'agit d'une nouvelle alliance entre régulateur, offreurs de soins et population. Le régulateur est garant de l'accès aux soins et accompagne les professionnels, qui fournissent à la population les services qu'elle est en droit d'attendre. L'activité des offreurs de soins s'inscrit dans une mission de service public, qui n'est plus portée exclusivement par l'hôpital. Au final, il s'agit pour la population d'avoir accès à des parcours, qui garantissent le bon soin, au bon moment, par le bon professionnel, de les respecter dans une démarche solidaire, en étant véritablement actrice de sa santé.

La première partie de cet avis porte sur le court terme, horizon pour lequel l'urgence de répondre aux besoins de la population impose des changements massifs mais aussi rapides et pragmatiques, s'appuyant sur l'existant. Il faut optimiser le temps médical et tirer le meilleur parti des compétences de chaque professionnel en améliorant l'organisation du travail. En particulier, il faut diffuser plus largement un premier niveau d'équipe, composée de médecins traitants, infirmiers et assistants collaborant étroitement au quotidien au service d'une patientèle commune, pour améliorer la qualité des soins et répondre avec un nombre moindre de médecins à la demande croissante des patients. Mais ces mesures ne suffiront pas : la rareté de ces ressources oblige aussi à prioriser les services à rendre, dans le cadre d'un nouveau partenariat avec la population. L'essor des nouvelles formes d'exercice et du numérique permet de nouvelles modalités de réponse à la demande de soins, plus économes du temps médical. Ainsi, le recours aux soins ne devrait plus être systématiquement synonyme de consultation d'un médecin.

S'il faut mobiliser les professionnels, les soutenir dans leur recherche de solutions, en cas de constat de carence sur un territoire on ne peut pas laisser les populations sans solution

---

<sup>1</sup> *Mission de concertation sur la médecine de proximité*

ou laisser les services d'accueil d'urgence des établissements de santé garantir à eux seuls l'égal accès aux soins pour tous. Dans ce cas des opérateurs structurés seront chargés d'organiser les soins pour répondre au besoin.

La seconde partie de cet avis porte sur le moyen terme, à l'horizon d'une dizaine d'années. Les solutions immédiates à la crise sont cruciales mais elles ne peuvent pas tenir lieu de stratégie pour construire l'organisation des soins de proximité de demain, capables de répondre aux défis de la santé publique, des pathologies chroniques, du grand âge, des inégalités de santé. Les équipes de soins primaires intégrées qui existent aujourd'hui, maisons de santé et centres de santé pluriprofessionnels, ont démontré leur pouvoir de transformation du système : elles permettent de suivre plus de patients, d'améliorer la qualité des soins, d'enrichir la gamme des services proposés. Qu'elle qu'en soit la forme, le travail en équipe structurée, au sein de laquelle les professionnels se connaissent, travaillent quotidiennement ensemble, partagent un projet de santé et les données utiles à leur activité via l'interopérabilité des systèmes d'information, doit devenir d'ici dix ans le mode d'exercice majoritaire. L'avis du Hcaam sur la *Stratégie de transformation du système de santé* (2018) peut être réaffirmé ici : « *En ambulatoire, le regroupement doit devenir la règle, sous des formes variables qui n'impliquent pas toutes un regroupement physique* ». Le premier niveau d'équipe décrit précédemment (médecins traitants, infirmières et assistants collaborant étroitement au quotidien au service d'une patientèle commune) a vocation à s'intégrer dans une équipe élargie avec des compétences plurielles.

La mission de service public consistant à fournir à l'ensemble de la population les services définis collectivement comme nécessaires suppose également une collaboration des offreurs de soins à un niveau plus large que celui des équipes de soins. C'est l'objectif des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), dont le développement doit se poursuivre pour qu'elles maillent l'ensemble du territoire et matérialisent réellement l'engagement de tous les professionnels de proximité dans cette mission. Les CPTS sont des organisations encore très jeunes, très hétérogènes, qui doivent s'installer dans le système et faire progressivement leurs preuves. Si certaines donnent à voir des exemples intéressants de ce que cette forme de coopération peut amener à l'échelon du territoire, la plupart en sont à un stade précoce et c'est dans la durée, en capitalisant sur l'expérience acquise, que leur potentiel pourra se développer pour améliorer l'accès aux soins pour la population. Comme l'indiquait le Hcaam en 2018, à terme, chaque professionnel sera engagé au niveau national pour les conditions générales de son activité (conventionnement national des individus et des équipes), comme actuellement, mais aussi au niveau territorial *via* sa participation au réseau de proximité que constitue la CPTS.

Pour accomplir cette mission de service public, les professionnels de santé bénéficieront d'un renforcement des moyens dédiés et de l'accompagnement des caisses, services de l'Etat et collectivités territoriales.

### **Encadré : Champ retenu pour cet avis et terminologie**

Dans l'avis qu'il a rendu en 2018 sur la stratégie de transformation de notre système de santé (op cit), le Hcaam a proposé une réforme systémique du système de santé : *« Malgré des efforts constants, notre système a peu bougé dans ses grandes caractéristiques héritées des réformes des années 1960-1970. Ce modèle ne parvient pas à se transformer pour répondre aux nouveaux besoins de la population. Soixante ans après, il nous faut oser changer de paradigme et répondre par une réforme d'ensemble aux difficultés que l'on voit s'amplifier chaque jour. Seule une telle approche permet l'indispensable synchronisation d'un ensemble d'actions à conduire dans les différents compartiments du système de santé, à différentes échelles. »*. Il a affirmé son choix *« en faveur d'un scénario de rupture qui d'une part, structure une offre d'acteurs en réseau permettant d'apporter avec des moyens renforcés en proximité une réponse de qualité aux besoins de la santé globale et, d'autre part, consolide les moyens les plus spécialisés et lourds pour en maintenir l'excellence. »*.

Cet avis s'inscrit dans le cadre de cette réforme d'ensemble et dans la lignée des travaux menés par le Haut conseil depuis 2018 pour l'approfondir en s'attachant à certains domaines stratégiques pour le schéma global : prévention, médecine spécialisée, ressources humaines, régulation des dépenses de santé<sup>2</sup>.

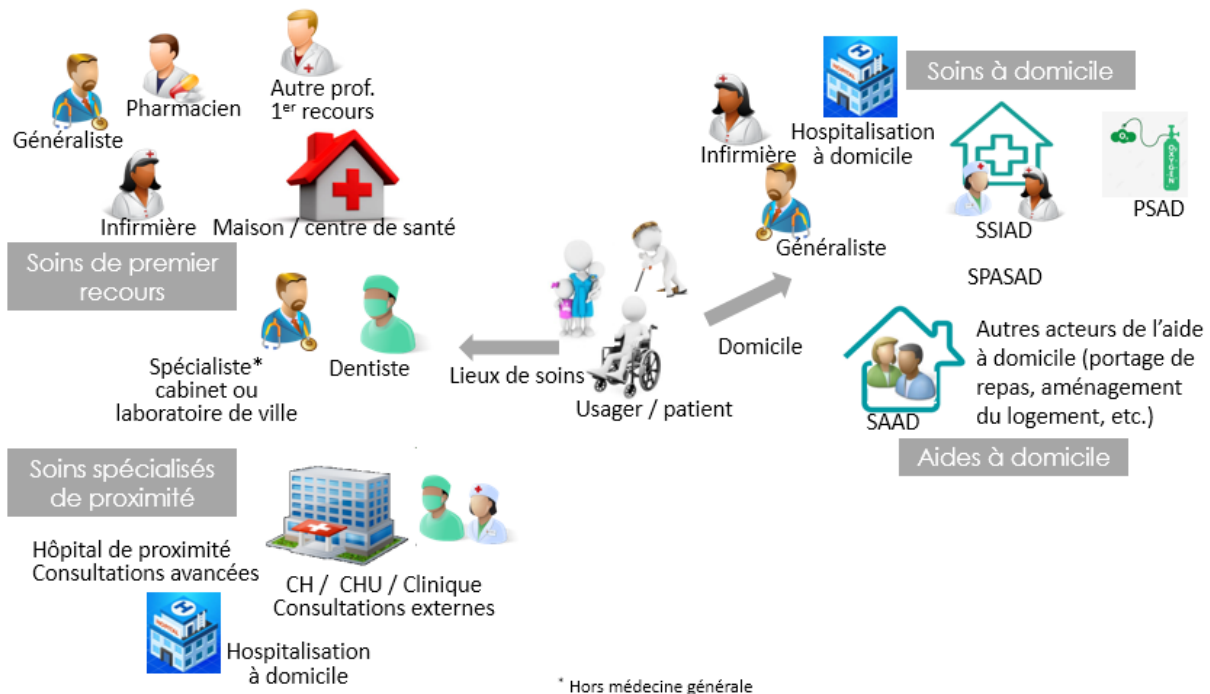
Or, la structuration des soins ambulatoires, à la fois soins primaires (qui incluent notamment l'ensemble des professionnels libéraux exerçant dans ce domaine) et soins spécialisés de proximité (qui sont assurés par des spécialistes de ville au sein de cabinets ou de laboratoires, ou par des établissements en consultation externe<sup>3</sup>), reste très largement insuffisante pour amener cette première ligne de soins à jouer réellement le rôle de pivot du système que l'on attend d'elle, malgré des avancées. Cet avis se concentre sur cette première ligne de soins, considérant qu'elle est déterminante pour assurer un fonctionnement efficace de l'ensemble des acteurs de soins proximité (cf. cartographie ci-dessous) : établissements de santé, publics ou privés, dont l'hospitalisation à domicile (HAD), ainsi que toutes les autres acteurs des soins à domicile : Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), Prestataires de service et distributeurs de matériels (PSDM)... En particulier, améliorer la coordination entre établissements et soins ambulatoires nécessite des acteurs ambulatoires structurés pour éviter les recours inappropriés à l'hôpital, et capables d'être les interlocuteurs des établissements pour organiser l'admission directe des patients, les sorties, développer des centres de soins non programmés... La structuration des soins primaires constitue une des conditions nécessaires pour remédier aux difficultés actuelles de l'hôpital.

---

<sup>2</sup> Prévention et promotion de la santé, Avis 2017-2018 ; Organiser la médecine spécialisée et le second recours, Avis 2017 et 2020 ; Les ressources humaines en santé, levier de la transformation du système de santé, Actes des séminaires du Hcaam 2019-2020 ; Avis et Rapport sur La régulation des dépenses de santé, 2021

<sup>3</sup> qu'il s'agisse d'établissements de santé Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), Soins de suite et de réadaptation (SSR) ou psychiatriques.

## Cartographie des offreurs de soins impliqués dans les soins de proximité



Par commodité de langage, afin d'éviter de recourir à un libellé complexe, et sans méconnaître le rôle joué par les nombreux acteurs qui contribuent, par leur action, à faire en sorte que les patients puissent être soignés près de chez eux, on désignera dans la suite de l'avis sous l'appellation « soins de proximité » cette première ligne de soins ambulatoires.

Cet avis n'aborde pas les questions de financement, qui ont fait l'objet d'un rapport récent du Haut conseil pour le financement de la protection sociale<sup>4</sup>. Le Hcaam poursuit par ailleurs ses travaux de déclinaison thématique du modèle qu'il a proposé en 2018, sur les volets suivants : renforcement du partenariat, à tous les niveaux, avec les patients et les représentants de la population ; élaboration d'une trajectoire globale pour le système de santé ; prospective qualitative et quantitative des ressources humaines ; accessibilité financière (dépassements d'honoraires notamment) ; enjeux écologiques.

<sup>4</sup> Pour des finances sociales soutenables, adaptées aux nouveaux défis, 2022

## 1. L'urgence : des mesures immédiates pour garantir l'accès aux soins

### 1.1. Une situation de crise dans un nombre croissant de territoires

Développement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et des centres de santé (CDS), mise en place des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), du service d'accès aux soins (SAS), des dispositifs d'appui à la coordination (DAC), concrétisation de la pratique avancée, déploiement de postes d'assistants médicaux, élargissements des compétences des professionnels, protocoles de coopération, élaboration de nouveaux modèles et expérimentation de multiples innovations organisationnelles : on ne peut nier que depuis une dizaine d'années, le secteur des soins ambulatoires bouge.

Pour autant, ces évolutions sont d'une ampleur insuffisante pour que leur effet de transformation se fasse sentir à l'échelle du système. Elles n'ont pas empêché l'accès aux soins de proximité de se dégrader et l'on se trouve aujourd'hui, dans beaucoup de territoires, dans une situation alarmante, avec des personnes malades et âgées qui ne trouvent pas de médecins pour les soigner, des professionnels débordés, des perspectives de départs nombreux non remplacés dans les années qui viennent. Il y a donc urgence à agir, en reconnaissant que nous sommes dans une situation de crise : de même que l'on a su le faire pour la crise sanitaire, il faut aujourd'hui des solutions immédiates, des mécanismes de solidarité et des aides exceptionnelles dans certains territoires. Il faut fluidifier les organisations par un cadre réglementaire assoupli, qui permette les dérogations attendues, pour les urgences et les soins non programmés comme l'a proposé la Mission flash, et au-delà.

### 1.2. Reconnaître et organiser la responsabilité collective de l'accès aux soins dans les territoires

Il s'agit donc de reconnaître et organiser la responsabilité collective de l'accès aux soins dans les territoires, en s'appuyant sur les acteurs locaux et les dispositifs existants, selon un principe de subsidiarité visant à soutenir en priorité les solutions mises en place par les professionnels.

Dans la période de tension actuelle sur les capacités d'offre de soins, des modalités de régulation de la demande sont nécessaires. Un système non régulé bénéficie d'abord aux patients déjà les mieux lotis, accroissant ainsi les inégalités.

Pour cela, il est d'abord nécessaire d'explicitier la liste des services à rendre en proximité partout sur le territoire. Cette liste, de portée nationale puisqu'elle traduit le principe d'égal accès aux soins, doit être co-construite et priorisée avec les usagers et les professionnels, sur la base d'une analyse des besoins. Les modalités de fourniture de ces services doivent être adaptées aux contextes locaux. Le Hcaam recommande que cette priorisation soit explicite et associe les représentants des usagers, pour gérer au mieux, au bénéfice de tous, les moyens disponibles. L'adhésion des patients suppose des procédures perçues comme légitimes et claires, avec une communication très concrète sur les démarches à suivre en fonction du problème de santé. L'essor des nouvelles formes d'exercice et du numérique permet de nouvelles modalités de réponse à la demande de soins, plus économes du temps médical. Ainsi, le recours aux soins ne devrait plus être systématiquement synonyme de consultation d'un médecin. Dans de nombreux cas, des contacts plus informels qu'une consultation sont suffisants voire plus efficaces, et d'autres

professionnels peuvent intervenir en première intention, en lien avec le médecin. Ceci dans le cadre de parcours et d'organisations structurés, avec des modalités de financement qui les supportent.

Le département apparaît comme le meilleur niveau pour construire des solutions dans un cadre territorial suffisamment large. Le Hcaam recommande de mettre en œuvre très rapidement, dans chaque département, une table de concertation départementale rassemblant les différents acteurs<sup>5</sup> et devant définir, sur la base d'un diagnostic territorial, un plan d'action à court terme, dans le cadre des orientations et des outils définis notamment par les conventions nationales entre l'Assurance Maladie et les organisations syndicales. On pourrait s'appuyer sur les conseils territoriaux de santé (CTS), dont les missions de démocratie sanitaire et d'organisation du système seraient renouvelées, et auxquels un rôle plus actif serait confié. Dans ce cadre départemental, les solutions doivent être trouvées pour chaque territoire de vie-santé, de manière pragmatique et en impliquant les acteurs locaux. Il s'agit de co-construire des modalités d'organisation de la responsabilité collective et de la solidarité pour garantir l'accès aux soins pour tous et partout et de définir collectivement les priorités en matière d'allocation des ressources, tous secteurs confondus (ville, établissements de santé et médico-social). L'ARS (plus précisément sa délégation départementale dont les moyens et les responsabilités devront être substantiellement élargis<sup>6</sup>) serait chef de file et garante de cette responsabilité collective avec la possibilité de la déléguer au département, à la Caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) ou à la Mutualité Sociale Agricole (MSA). Un fonds spécifique (qui pourrait être le Fonds d'intervention régional (FIR)) permettrait de mettre à disposition, dans des délais rapides et avec des procédures simplifiées, les moyens financiers nécessaires à la mise en œuvre de ces solutions, en assurant la péréquation entre territoires.

Pour aider les professionnels à s'organiser, le Hcaam recommande de donner aux Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) déjà constituées les plus matures une mission prioritaire, mission de crise sur l'accès aux soins, en leur allouant des ressources pour qu'elles puissent jouer leur rôle de manière efficace, selon des modalités dont les principes auront été adoptés collégialement dans le cadre de la concertation départementale.

Concernant l'accès aux soins non programmés ou urgents, il convient également d'organiser la responsabilité collective dans les territoires selon un principe de subsidiarité préservant les organisations locales déjà existantes. Ce principe doit être affirmé dans le contexte de déploiement du SAS qui vise à apporter une réponse pour des besoins de soins urgents ou de soins non programmés sous 48h, lorsque le médecin traitant ou un médecin de proximité n'est pas disponible en première intention<sup>7</sup>.

En cas de constat de carence, quand les dynamiques professionnelles ne sont pas présentes, il est indispensable d'identifier ou de constituer, de façon concertée, un ou des

---

<sup>5</sup> Elus, autres représentants des usagers et des assurés sociaux, ARS, Cpam, MSA, représentants des professionnels des secteurs sanitaire (CPTS, établissements, équipes de soins, Union régionale des professionnels de santé (URPS), syndicats, Ordres...) et médico-social et social, des universités.

<sup>6</sup> Leurs missions doivent être précisées par décret en application de la loi 3DS du 21 février 2022

<sup>7</sup> Il repose sur la mise en place d'une chaîne de soins lisible et coordonnée entre les acteurs de santé de l'hôpital et de la ville d'un même territoire, incluant une prise en charge commune des appels des patients, une mobilisation des médecins généralistes (effecteurs), une plateforme numérique nationale permettant d'agrèger leurs disponibilités. Comme le souligne le rapport de la mission flash, en déployant cette plateforme nationale, nécessaire pour assurer le service sur l'ensemble du territoire, il faut prendre garde à ne pas déstabiliser, par une obligation précipitée qui peut être mal vécue, les organisations collectives déjà mises en place et qui fonctionnent bien avec des outils locaux.



opérateurs structurés, pour prendre la responsabilité d'organiser les soins dans les territoires déficitaires. L'opérateur peut être public ou privé. Il peut être une des institutions impliquées dans la concertation départementale, celle qui paraît la plus capable de mettre en œuvre les actions concrètes envisagées. Il peut intervenir sur la base d'une contractualisation sur des objectifs. Cet opérateur pourrait agir en support aux professionnels de santé pour les aider à s'organiser et / ou en substitution (comme les centres de santé du département de Saône-et-Loire ou le Groupement d'intérêt Public (Gip) Pro-santé du Centre - Val de Loire). Il s'agit donc d'une approche complémentaire de la médecine libérale, venant en substitution là où elle fait défaut, mais aussi réversible.

Parallèlement, des mesures de court terme pour tirer le meilleur parti des ressources médicales existantes sont nécessaires.

### 1.3. Les acteurs, qui se mobilisent, montrent qu'il est possible d'agir localement et rapidement

Pour franchir le cap des dix prochaines années, il est nécessaire d'accompagner beaucoup plus les professionnels qui s'investissent pour trouver des solutions sur les territoires. Il faut maintenir les médecins en activité le plus possible, en recourant à des mesures incitatives temporaires. Le maintien en exercice libéral ou salarié à temps partiel et le cumul emploi retraite doivent pour cela être facilités en compensant une part de la perte de revenus liée aux charges fixes ou par des allègements de charges. Les mesures présentées *infra* pour améliorer les conditions d'exercice de l'ensemble des médecins ont également vocation à renforcer l'attractivité pour les médecins les plus jeunes et les plus âgés.

Il convient également d'améliorer la coordination entre professionnels de santé. C'est l'objectif du projet « d'équipes de soins coordonnées avec le patient (ESCAP) », qui se veut un modèle souple : la coordination se fait au cas par cas, pour les patients qui le nécessitent, entre des professionnels (pouvant inclure le médecin hospitalier), sans structuration d'équipe pérenne. Ce modèle mobilise des outils numériques facilitant la communication qui sont, de manière générale, une voie de progrès pour le système de santé, et peuvent effectivement contribuer à fluidifier le parcours du patient. Ce modèle est en outre susceptible d'attirer rapidement, par sa simplicité et sa souplesse, un grand nombre de professionnels qui hésitent à s'engager dans des modalités plus exigeantes. Il peut ainsi leur donner le goût du travail en équipe, favoriser la connaissance mutuelle et inciter ces professionnels à s'engager dans des relations plus étroites ; ce modèle peut dès lors constituer une étape vers des formes plus structurées offrant de plus larges possibilités de partages de compétences. Il convient ainsi de se donner les moyens d'objectiver l'apport de cette innovation organisationnelle à l'efficacité des parcours.

Optimiser l'utilisation du temps médical disponible constitue l'enjeu majeur dans les années qui viennent : il faut tirer le meilleur parti des compétences de chaque professionnel et accroître la productivité du système de façon à soigner plus de patients avec moins de médecins. Certaines mesures sont déployables à très court terme. Il faut décharger les praticiens des tâches administratives et de coordination, accélérer le déploiement des outils numériques qui facilitent les échanges et font gagner du temps, y compris dans la communication entre les soins ambulatoires et les établissements de santé, et assurer l'interopérabilité des systèmes d'information entre l'ensemble des acteurs. Les soins peuvent également être organisés différemment avec d'autres professionnels, pour libérer les médecins d'activités qui ne nécessitent pas leur niveau d'expertise. Et les gains de

temps peuvent être très importants : au-delà des exemples étrangers<sup>8</sup>, c'est ce que montrent les exemples d'exercice conjoint entre médecin et infirmier et les infirmières Asalée qui, en assurant une partie du suivi des malades chroniques, permettent d'améliorer la qualité des soins et un plus grand nombre de patients suivis par les médecins : ce modèle doit être déployé à plus grande échelle. De façon générale, il faut à court terme diffuser très largement un premier niveau d'équipe, composé de médecins traitants, infirmières et assistants collaborant étroitement au quotidien au service d'une patientèle commune. Pour les infirmières, l'exercice conjoint avec le médecin correspond essentiellement à des missions nouvelles par rapport à celles qu'exercent les infirmières aujourd'hui et constitue un élargissement de la palette des activités infirmières en ambulatoire<sup>9</sup> : participation à la consultation au cabinet, éducation thérapeutique, suivi et coordination du parcours du patient (notamment lien avec l'hôpital pour l'entrée et la sortie d'hospitalisation), prévention, analyse des dossiers patients pour repérer les écarts aux soins recommandés, pour évaluer la qualité des soins, etc. Selon l'organisation choisie par l'équipe et les compétences disponibles, elle peut inclure une intervention en première ligne et une gestion complète de certaines situations. Les visites au domicile des patients et la réalisation de soins n'entrent pas dans le cadre de l'exercice conjoint avec le médecin, mais les infirmières peuvent bien-sûr partager leur temps entre ces différentes activités. Rappelons que le Hcaam a par ailleurs proposé d'inscrire à la nomenclature des prestations nouvelles, notamment de la prévention et de l'éducation thérapeutique en ambulatoire, à condition qu'elles s'inscrivent dans des protocoles issus de référentiels, mis en œuvre par des équipes qui conventionneraient avec l'Assurance maladie<sup>10</sup>.

Cette fonction est distincte de celle de l'assistant médical administratif ; les deux fonctions sont nécessaires, la présence d'un assistant administratif permettant à l'infirmière de se concentrer sur son cœur de métier<sup>11</sup>.

Notons que ce premier niveau d'équipe peut aussi être une étape vers des équipes structurées plus large décrites dans la partie suivante. Le travail en équipe resserrée avec d'autres professionnels (assistants, aides-soignantes, infirmières...) concerne évidemment d'autres spécialités que la médecine générale. Un assistant médical sur cinq a été recruté par ces spécialistes, principalement des cardiologues, des pédiatres et des ophtalmologues. Les hépato-gastro-entérologues ont également beaucoup de collaborateurs, en dehors même du personnel de bloc endoscopique.

Toutes les initiatives permettant le développement des coopérations et le partage d'activités entre professionnels doivent être accélérées et diffusées plus rapidement dans le système, tout en restant attentif à l'égalité de prise en charge des patients selon la structure d'accès aux soins. Le cadre de droit commun fournit d'ores et déjà de nombreuses

---

<sup>8</sup> par exemple le Danemark, l'Angleterre ou les Pays-Bas, pays où pourtant les soins primaires jouent un rôle pivot très important

<sup>9</sup> Une réflexion est à mener sur leur statut et mode de rémunération. Une première option est celle du salariat, les modalités de recrutement pouvant être diverses : par la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) dans les maisons de santé, par des groupes de médecins contractualisant collectivement avec l'Assurance maladie, par une organisation tierce, sur le modèle d'Asalée ; un déploiement beaucoup plus large de cette troisième option doit être privilégié.

L'option d'un statut libéral peut être aussi envisagée ; une réflexion plus approfondie serait dans ce cas nécessaire pour concevoir un mode de rémunération adapté à ces nouveaux rôles, qui pourrait inclure une partie forfaitaire.

<sup>10</sup> *Prévention et promotion de la santé, Avis 2017-2018*

<sup>11</sup> Aujourd'hui, quelques infirmiers ont été recrutés dans des cabinets médicaux grâce aux financements accordés au titre des assistants médicaux, mais le contenu des métiers est évidemment très différent et une clarification serait souhaitable de ce point de vue.

possibilités. Par ailleurs, les cahiers des charges des expérimentations étant publics, il est possible de mobiliser localement les différents modèles pour lesquels il n'existe pas d'obstacle légal (i.e. qui n'impliquent pas de dérogation organisationnelle), avec un financement du FIR sous forme de dotation, en fonction des contextes locaux et des capacités des professionnels à s'organiser. Par exemple, l'expérimentation OSyS en Bretagne (dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018), qui vise à apporter par des pharmaciens d'officine localisés en zone de sous-densité médicale une réponse aux patients pour des situations de premier recours, pourrait ainsi être étendue<sup>12</sup>. De façon générale, le développement de la pharmacie clinique en ville constitue un des leviers pour libérer du temps médical. Cette mission existe (bilan de médication, pharmacien référent) et des outils technologiques sont disponibles mais elle est insuffisamment déployée.

Au-delà de ce que permet le droit commun, le développement des protocoles de coopération nationaux, offrant des compétences élargies aux masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens et infirmières pour prendre directement en charge les patients pour des motifs de recours fréquents et peu graves (entorses, odyndophagies, troubles urinaires, rhino-conjonctivite allergique saisonnière ...), fait également partie des mesures déployables à très court terme<sup>13</sup>.

Si l'on peut estimer qu'en optimisant l'emploi du temps médical, les effectifs globaux de médecins généralistes pourraient être suffisants au niveau national, il reste néanmoins la question de la répartition de ces effectifs sur le territoire. Il faut favoriser la venue de professionnels dans des zones qui se désertifient, en proposant des conditions d'exercice attractives (même si ce n'est pas le seul facteur, les conditions de vie plus globales, l'aménagement du territoire, les services disponibles étant plus déterminantes encore). Il faut préparer dans ces zones l'installation des jeunes professionnels, *via* le lien avec l'université, l'accueil des étudiants et des internes, le développement des modes d'exercice collectif et des possibilités de diversifier les formes d'exercice, qui correspondent aux aspirations des jeunes médecins. Tout particulièrement dans les zones qui se désertifient, il faut faciliter et soutenir le caractère entrepreneurial des professionnels quand il s'exprime, et aussi répondre aux attentes d'une partie des professionnels qui souhaitent exercer leur métier de soignant sans avoir à investir dans la création de leur outil de travail, en étant déchargés des responsabilités de gestion, des tâches administratives, en travaillant en équipe et en maîtrisant leur temps de travail. C'est ce que cherchent à faire les collectivités locales dans leur démarche de création de centres de santé.

---

<sup>12</sup> Pour une série de symptômes définis, il s'agit de détecter les situations à risque, d'orienter rapidement le patient, de faciliter l'accès à un professionnel de santé si besoin et d'éviter un passage inutile aux urgences.

<sup>13</sup> Le rapport de la Mission flash sur les urgences et les soins non programmés indique : « *Le pharmacien comme l'infirmier restent bien souvent les derniers professionnels de santé en place dans les territoires les plus fragiles* ». Il recommande de permettre, dans les zones rurales et semi rurales les plus sous dotées en médecin généraliste traitant, « *à titre dérogatoire et temporaire pour les 3 mois d'été, une mise en place simplifiée des 6 protocoles soins non programmés* » consistant en un « *accord formel signé entre un professionnel de santé (pharmacien, infirmier ou kinésithérapeute) et un médecin généraliste traitant du territoire. La transmission du protocole à l'ARS permettant ensuite de facturer à celle-ci les actes effectués payables via le FIR* ». L'instruction ministérielle du 10 juillet 2022 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la Mission flash pour les soins urgents et non programmés pour l'été 2022 autorise une mise en place simplifiée des protocoles de soins non programmés non plus dans le seul périmètre des MSP et CDS mais dans celui, plus large, des CPTS ayant signé un ACI avec l'assurance maladie ou dont le projet de santé a été validé par l'ARS. Le rapport recommande d'« *atterrir rapidement, notamment si l'expérimentation de la simplification de l'été sur les protocoles de coopération s'avère concluante, sur les délégations de gestes, d'actes, de compétences entre les professionnels de santé, sous la coordination du médecin traitant, en compensant une éventuelle perte de revenus* ».

La solidarité entre territoires, dont on trouve de nombreux exemples spontanés, doit être organisée à plus large échelle. La mission de service public à la population doit être une responsabilité partagée par l'ensemble des professionnels, et il faut imaginer de nouveaux mécanismes qui permettent de concrétiser cet engagement collectif de la communauté des professionnels à contribuer, sous des formes qui restent à définir de façon concertée, à la couverture des besoins de soins partout et pour tous<sup>14</sup>. Il pourrait s'agir de donner une partie de son temps, quand on exerce dans une zone qui n'est pas déficitaire, pour garantir le service dans les territoires insuffisamment couverts. Ce pourrait être en début de carrière ou au cours de l'exercice, à temps plein pendant une courte période ou à temps partiel sur une période plus longue, et les modalités pratiques seraient bien sûr à définir. Certaines existent déjà aujourd'hui (consultations avancées). En tout état de cause, cet engagement suppose une valorisation significative (y compris en termes de déroulement de carrière) et des conditions matérielles facilitées, en particulier sur le plan immobilier. Il suppose aussi une équité inter-générationnelle et ne peut pas reposer uniquement sur les jeunes. Au-delà de l'aide à court terme qu'elle peut apporter, cette responsabilité collective constitue aussi une transformation structurelle, dessinant une mission de service public à laquelle l'ensemble des professionnels contribue.

#### 1.4. Recruter et former à travailler ensemble à l'échelon des territoires de proximité

Les mesures relatives à la formation sont présentées dans la partie suivante mais certaines d'entre elles peuvent avoir un effet de court terme, d'ici trois ans. Il faut pour cela s'appuyer sur la réforme en cours des études en santé, qui vise à recruter et former les professionnels pour mieux répondre aux besoins de santé. Une simplification des procédures de Validation des acquis de l'expérience (VAE) ou de formation en alternance et le recours à l'apprentissage permettraient d'aller plus vite.

Concernant les médecins, l'augmentation des effectifs assurant des soins de proximité est possible à court terme (à l'horizon de trois ans) en augmentant la proportion de places à l'Examen Classant National pour la médecine générale, voire d'autres spécialités de proximité considérées comme prioritaires, parallèlement à la mise en place de mesures destinées à renforcer l'attractivité de ces métiers, particulièrement en zone sous-dense, en y initiant les étudiants.

Concernant les infirmiers et les aides-soignants, les acteurs régionaux sont désormais en situation d'accroître à court terme les effectifs<sup>15</sup>. Le développement des passerelles pour les étudiants ayant achevé leur licence santé, et pour les aides-soignantes titulaires d'un baccalauréat, est également une voie d'action à court terme pour augmenter les effectifs infirmiers.

Pour tous ces professionnels, une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences au niveau territorial devrait être mise en place. Un de ses objectifs de court terme serait d'accompagner les professionnels qui souhaitent changer d'activité, pour éviter qu'ils ne quittent complètement le monde de la santé faute de perspectives susceptibles de leur convenir. Ainsi, une plateforme aurait vocation à les accompagner, à leur demande, pour faciliter individuellement les mobilités, les réorientations de carrière et les reconversions. Elle leur ouvrirait l'accès à des formations, à des missions de découverte dans un autre domaine, à la participation à des missions de santé publique, de service public. Elle pourrait les accompagner dans la mise en œuvre des projets innovants (cf. partie 2).

---

<sup>14</sup> cet engagement concerne les soins primaires mais aussi les soins spécialisés

<sup>15</sup> trois années de formation sont nécessaires pour une infirmière diplômée d'Etat (IDE)

Il convient également d'amener et de former aux métiers de la santé des étudiants et des jeunes professionnels qui ne sont pas des professionnels de santé, mais qui sont susceptibles d'exercer les fonctions support qui se développent actuellement : accueil, coordination, gestion, assistants médicaux de profil administratif...

Enfin, il convient de développer, à l'échelon territorial, sur des thématiques en lien avec l'organisation des soins, la formation initiale et continue pluriprofessionnelle, qui constitue un puissant levier pour se connaître et donner envie de travailler ensemble.

## 2. Une cible à moyen – long terme

S'il est essentiel de trouver des solutions immédiates à la situation de crise vécue dans de nombreux territoires, elles ne peuvent pas tenir lieu de stratégie pour construire l'organisation des soins de proximité de demain.

L'avis du Hcaam sur la stratégie de transformation de notre système de santé<sup>16</sup> posait des principes forts sur l'organisation de la réponse de proximité et appelait de ses vœux un approfondissement de la réflexion : « *En ambulatoire, le regroupement doit devenir la règle, sous des formes variables qui n'impliquent pas toutes un regroupement physique. Le Haut Conseil recommande que soient étudiés les modèles organisationnels possibles et souhaitables au regard des objectifs de service proposés par le présent schéma prospectif. Cette étude doit se traduire par la mise au point d'un certain nombre de prototypes pour lesquels le type de ressources à mobiliser soit identifié et des modèles de financement pérennes définis, permettant d'en assurer l'efficacité mais aussi l'attractivité.* »

### 2.1. Transformer l'organisation des soins au patient et à la patientèle en proximité

Les services à rendre en proximité à toute la population (cf. partie 1) devraient constituer un cahier des charges pour les organisations et professionnels qui fournissent ou organisent ces services. Tout n'est pas possible aujourd'hui en l'état des pratiques et des capacités d'offre de soins, mais cela permet de fixer des objectifs à atteindre, à partir des ressources et des dynamiques existantes dans les territoires.

La fourniture de soins en proximité implique de nombreux acteurs dont la coordination est rendue difficile par les modalités historiques d'organisation de notre système de santé, avec des professionnels exerçant en silo, souvent de façon isolée. La généralisation de l'exercice coordonné comme norme de l'organisation future des soins de proximité fait aujourd'hui consensus ; la question est de savoir quelles formes sont les plus aptes à relever les défis auxquels nous sommes confrontés, et comment les déployer.

On attend en effet de l'exercice coordonné une transformation systémique, que le Hcaam a appelée de ses vœux : faire réellement de cette ligne de soins de proximité le pivot du système de santé et la renforcer pour qu'elle soit capable, beaucoup plus qu'aujourd'hui, de développer des actions de prévention, de mettre en œuvre des protocoles partagés, de prendre en charge des situations complexes y compris au domicile, de faciliter l'accès aux soins (« aller vers » les plus fragiles), de coordonner les parcours dans la durée, d'associer les patients, de s'engager dans des démarches d'évaluation des pratiques, d'innover dans l'organisation des soins en utilisant de manière optimale les compétences de chaque professionnel et les outils numériques, et de constituer, pour les autres acteurs du territoire et en particulier les établissements de santé, un interlocuteur structuré avec lequel il est possible de se coordonner.

Réaliser cette ambition suppose d'aller plus loin que des procédures *ad hoc* de coordination individuelle. Les équipes de soins primaires plus intégrées qui existent aujourd'hui, maisons de santé et centres de santé pluriprofessionnels, ont démontré leur pouvoir de transformation du système : elles permettent de suivre plus de patients, d'améliorer la qualité des soins, d'enrichir la gamme des services proposés, notamment avec des actions de prévention impossibles à envisager pour des médecins travaillant seuls. Pour répondre aux défis de la santé publique, des pathologies chroniques, du grand âge, des populations

---

<sup>16</sup> Contribution à la stratégie de transformation de notre système de santé (2018)

vulnérables, des inégalités de santé, des équipes structurées au sein desquelles les professionnels se connaissent, travaillent quotidiennement ensemble, partagent un projet de santé et les données utiles à leur activité via l'interopérabilité des systèmes d'information, quelles que soient leurs modalités d'organisation (MSP, CDS, autres), doivent devenir d'ici 10 ans le mode d'exercice majoritaire<sup>17</sup>. Elles ont pour mission, en relation avec leur environnement, d'assurer la gamme de services définie (cf. partie 1).

Ces équipes structurées seraient composées :

- du premier niveau d'équipe, composé de médecins traitants, infirmières et assistants collaborant étroitement au quotidien au service d'une patientèle commune décrit dans la partie précédente ;
- au sein d'une équipe structurée pouvant assurer la gamme de services attendus et offrant pour cela une palette de compétences plus large, présentes en interne pour certaines, et pour d'autres acquises par des voies diverses<sup>18</sup> : autres spécialités que la médecine générale, dentistes, psychologues, infirmières (éventuellement IPA) libérales, pharmaciens, diététiciens, masseur-kinésithérapeute, orthophonistes, podologues.

S'il faut laisser une grande souplesse d'organisation aux équipes, elles doivent toutes être structurées afin d'assurer des fonctions socles, pour lesquelles des ressources sont nécessaires : soins somatiques et en santé mentale, prévention, accompagnement et éducation thérapeutique ; orientation et gestion des parcours des patients, soins à domicile pour lesquels l'équipe a un rôle d'effecteur et de point d'ancrage lorsqu'interviennent des acteurs plus techniques réalisant des soins plus complexes (HAD notamment) ; accompagnement social<sup>19</sup> ; certaines fonctions socles sont nécessaires au fonctionnement d'équipe : locaux et équipements, accueil, secrétariat, coordination, gestion, systèmes d'information (y compris pour identifier les domaines d'amélioration de la qualité, les besoins non couverts, etc.).

Cette réflexion sur les organisations de soins de proximité doit être approfondie avec les structures existantes pour évaluer les ressources (quantité et qualité) permettant de fournir les services requis et les financements envisageables, afin de construire un programme à moyen et long terme pour étoffer progressivement les équipes. Par ailleurs, les locaux constituent un frein massif au développement d'équipes structurées de soins de proximité et investir dans des locaux adaptés, *via* un plan d'investissement qui pourrait associer les collectivités locales et l'État, constitue une priorité.

Si la gamme des services à rendre en proximité et les fonctions-socle peuvent être considérées comme des invariants, il ne s'agit pas d'imposer une norme d'organisation. Au contraire, l'objectif est de libérer l'innovation de terrain, d'inventer les soins de proximité de demain, fondés sur un usage plus systématique des outils numériques, des nouveaux partages de compétences entre professionnels, la participation de la population (citoyens, patients, représentants des usagers et des assurés sociaux), l'implication dans les problématiques de santé publique du territoire et la réduction des inégalités sociales de santé. Il faut pour cela lever les freins structurels, financiers et juridiques, qui rigidifient les pratiques et sont source d'immobilisme. Diversifier les modes de contacts ne peut pas s'envisager dans un cadre où l'on rémunérerait chaque mail ou échange téléphonique. Ceci

---

<sup>17</sup> Elles représentent aujourd'hui environ 20% des praticiens. Comme indiqué précédemment, cette structuration n'implique pas forcément un regroupement physique.

<sup>18</sup> sous-traitance, mutualisation avec d'autres unités ou à un niveau territorial, mobilisation de l'environnement...

<sup>19</sup> Le Hcaam indiquait dans son avis de 2018 (*op cit*) : « C'est le réseau de proximité qui doit à terme assumer la responsabilité sociale aujourd'hui confiée, en dernier recours, à l'hôpital (accès aux droits, gestion des relations avec les tutelles éventuelles, prise en compte de l'isolement...). ». Le lien avec les services sociaux suffit dans certains territoires ; dans d'autres, des ressources internes à la structure peuvent être nécessaires.



suppose une part plus importante de rémunérations forfaitisées et de rémunérations collectives, qui donnent des marges de manœuvre aux équipes pour s'organiser différemment. Il s'agit ainsi de poursuivre le mouvement engagé vers une mixité des modes de financement (paiement à l'acte, forfaits et rémunérations collectives, salariat), afin de tirer parti des avantages de chacun de ces modes tout en limitant ses inconvénients. Ces évolutions ne peuvent se produire à grande échelle que de manière progressive ; elles n'emportent pas l'adhésion de l'ensemble des professionnels. Elles pourraient être proposées comme une option à des équipes volontaires, qui se considèrent comme suffisamment structurées et matures pour bénéficier des opportunités offertes par ces modes de financement. En échange d'une plus grande liberté d'organisation, ces équipes auraient à rendre des comptes sur l'usage des ressources et l'atteinte d'objectifs de résultats.

Pour faciliter et accélérer la transformation vers des équipes structurées de soins de proximité, il faut rendre moins lourdes les démarches pour créer ces collectifs et les faire vivre dans la durée, et pour cela :

- renforcer la posture d'aide et de co-construction des caisses, services de l'Etat (ARS notamment) et collectivités territoriales - même si cette orientation est déjà très présente. Développer des compétences en accompagnement de projet et en ingénierie immobilière au sein de ces institutions est essentiel, car un fort mouvement de création de structures coordonnées va se produire dans les prochaines années. Il faut également mettre à disposition des professionnels des ressources méthodologiques et faciliter leur usage des données, construire des dispositifs d'observation et d'évaluation permettant de capitaliser sur les expériences acquises
- mieux préparer les professionnels, en développant la formation (initiale et continue) au management, à la gestion de projet, à l'exercice pluriprofessionnel
- simplifier la contractualisation ; mutualiser et professionnaliser des fonctions de gestion en les confiant à des organisations tierces<sup>20</sup>
- développer des rémunérations d'équipe, des modèles d'intéressement collectif à la performance (de type incitation à une prise en charge partagée (IPEP)), des possibilités de salariat (y compris dans les structures libérales) pour favoriser les coopérations professionnelles et le partage d'activité.

S'il faut ainsi faciliter et soutenir le caractère entrepreneurial des professionnels quand il s'exprime, il faut aussi reconnaître le souhait d'une partie des professionnels d'exercer dans un cadre collectif sans investir dans la création d'équipe. Il faut donc fournir une palette de modes d'exercice, en facilitant l'intégration dans des structures déjà constituées, sous une forme libérale, ou salariée (centres de santé, postes salariés dans des équipes libérales).

## 2.2. Bâtir une organisation collective sur un territoire au service de la population

Pour pouvoir assurer les services en proximité, les équipes de soins de proximité doivent être structurées et pouvoir s'appuyer sur l'ensemble des acteurs présents sur le territoire.

C'est le cas des établissements de santé publics et privés, et notamment, pour ce qui concerne les soins à domicile, l'HAD. Le Hcaam avait notamment souligné, dans son avis de 2018, l'importance de pouvoir disposer d'une ligne d'hospitalisation de premier recours

---

<sup>20</sup> Comme les groupements d'employeurs ou l'association Asalée qui s'occupent de la gestion des ressources humaines



dont les missions seraient repensées. Les hôpitaux de proximité sont aujourd'hui reconnus et en cours de labellisation par les ARS : « *En lien étroit avec les acteurs de leur territoire et en prenant en compte les projets des CPTS, les hôpitaux de proximité :*

- *apportent un appui aux professionnels de santé libéraux et aux autres acteurs impliqués pour répondre aux besoins de soins de la population*
- *favorisent la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et leur maintien dans leur lieu de vie, en relation avec les médecins traitants*
- *participent à la prévention et à la mise en place d'actions de promotion de la santé dans leur territoire*
- *contribuent, en fonction de l'offre existante, à la permanence des soins et à la continuité des prises en charge »<sup>21</sup>*

Leurs modalités de gouvernance prévoient que « *l'établissement sera tenu de formaliser une convention avec les acteurs du territoire (CPTS, structures d'exercice coordonné, acteurs du domicile, du médico-social...) décrivant les modalités d'organisation des partenaires pour favoriser l'émergence de projets co-construits* »<sup>22</sup>. Pour les établissements publics de santé, une contractualisation est également prévue avec le GHT. Un peu plus de 240 établissements sont aujourd'hui labellisés.

Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC)<sup>23</sup> viennent unifier les dispositifs antérieurs d'appui à l'organisation et la coordination des parcours des patients dans les territoires : réseaux de santé, Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), plateformes territoriales d'appui (PTA), coordinations territoriales d'appui (CTA), ainsi éventuellement que les centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Les DAC viennent prioritairement en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des situations complexes liées notamment à des personnes cumulant diverses difficultés, avec l'organisation d'un plan d'action personnalisé. Les DAC peuvent également répondre aux demandes des personnes et de leurs aidants. La DGOS dénombre en novembre 2021 119 DAC constitués ou en construction, dont la moitié environ sont départementaux et l'autre moitié infra-départementaux.

Pour un professionnel de santé français, élargir l'horizon de son action, au-delà de la relation avec « son » patient dans le cadre du colloque singulier, à la population et aux autres offreurs de soins du territoire constitue une transformation profonde. Reconnaître et assumer cette mission de service public à la population engage la nécessité de se connaître, de coopérer et formaliser un minimum de règles devant s'appliquer à tous. Le choix a été fait en 2016 de privilégier la capacité des acteurs des soins de proximité à s'organiser dans le cadre de communautés professionnelles<sup>24</sup> pour assumer un ensemble de missions collectives auprès de la population. L'accord conventionnel interprofessionnel de 2019 a défini trois missions socles pour faciliter l'accès aux soins, organiser les parcours de soins, développer des actions de prévention sur le territoire et deux missions complémentaires optionnelles que sont le développement de la qualité et de la pertinence des soins ainsi que l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire ; une

---

<sup>21</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/min\\_labellisation\\_hopitaux\\_de\\_proximite\\_2021-10-05-2021.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/min_labellisation_hopitaux_de_proximite_2021-10-05-2021.pdf)

<sup>22</sup> Annexe au dossier d'inscription sur la liste régionale des hôpitaux de proximité

<sup>23</sup> Le décret du 18 mars 2021 relatifs aux dispositifs d'appui à la coordination et aux dispositifs spécifiques régionaux précise les dispositions de l'article 23 de la loi OTSS.

<sup>24</sup> Pour assurer le service à la population, deux niveaux sont essentiels, qu'il est important de distinguer :

-celui de l'organisation des soignants, les effecteurs de soins qui fournissent concrètement les services au patient et à la patientèle

-celui de l'organisation collective sur un territoire plus large, au service de l'ensemble de la population ; à ce niveau, qui est celui des CPTS, les organisations ne sont pas des effecteurs de soins.

mission socle consistant à élaborer un plan de crise en cas de crise sanitaire grave a été ajoutée suite à l'épidémie de Covid.

Le champ d'intervention des CPTS ne se limite pas aux soins primaires et aux actions de prévention et promotion de la santé (en lien le cas échéant avec les collectivités) ; il peut inclure le 2<sup>e</sup> recours, le médico-social, l'hôpital... Le développement des CPTS, s'il paraît en deçà de l'objectif envisagé de 1 000 CPTS en 2022, est néanmoins réel et significatif (243 ACI CPTS signés début 2022 couvrant près d'un quart de la population française et de nombreux projets en cours d'élaboration). Elles présentent une grande diversité de taille, de population couverte et de réalisations. Ces organisations sont encore jeunes. Si certaines donnent à voir des exemples intéressants de ce que cette forme de coopération peut amener à l'échelon du territoire, c'est dans la durée, en capitalisant sur l'expérience acquise, que leur potentiel pourra se développer. Cela implique qu'elles soient évaluées, et que les résultats de ces évaluations soient mutualisés.

Les équipes animatrices des CPTS sont constituées de professionnels qui témoignent que l'engagement dans le service au public est compatible avec un exercice libéral, il est vrai au prix d'un fort investissement des leaders de ces projets. Une partie des tâches de gestion des CPTS pourrait être mutualisée, externalisée ou confiée à d'autres personnels pour permettre aux professionnels de santé de se concentrer sur les activités stratégiques et d'animation. L'avenant 2 de la convention ACI CPTS annonce un soutien accru au déploiement des CPTS par le moyen d'un « accélérateur » et le support, par les services des ARS et de l'Assurance maladie, aux promoteurs. Il est important de reconnaître et de valoriser ces professionnels.

Le développement des CPTS doit se poursuivre pour qu'elles maillent l'ensemble du territoire et matérialisent réellement l'engagement de tous les professionnels de proximité dans la mission de service public de l'accès aux soins<sup>25</sup>. Les procédures de création pourraient être simplifiées. En fonction des évaluations de leurs actions, leurs missions devraient être progressivement élargies pour qu'elles contribuent au développement, à la répartition et à la régulation de l'offre de soins de proximité sur le territoire<sup>26</sup>. Les plus matures d'entre elles devraient se voir confier dès aujourd'hui une mission prioritaire : mission de crise sur l'accès aux soins (cf. partie 1).

L'accès à la médecine spécialisée représente un problème croissant sur les territoires, pour les patients et pour les soins primaires qui ont besoin de pouvoir y recourir et dont c'est une condition d'implantation et de maintien. Si ses effectifs ont moins diminué qu'en médecine générale, ils sont moins bien répartis sur le territoire et la sur-spécialisation

---

<sup>25</sup> L'avis du Hcaam de 2018 indiquait : « *L'adhésion des professionnels aux CPTS et leur implication dans le fonctionnement de celles-ci doivent conditionner leur accès à des conditions d'exercice améliorées. Ainsi, l'adhésion des professionnels à ce cadre conditionnera l'accès aux moyens supplémentaires mis en place, par exemple : accès à des moyens de supports administratifs ou paramédicaux, support technique à la coordination avec les autres professionnels ou structures, aide à l'installation et à la mobilité... L'accès aux formes de rémunérations nouvelles des structures regroupées doit également être conditionné à cette adhésion. Ainsi, à terme, chaque professionnel sera engagé dans une double contractualisation : au niveau national pour les conditions générales de son activité (conventionnement national des individus et des équipes), comme actuellement, et au niveau territorial dans le cadre du réseau de proximité* » (contractualisation territoriale avec la CPTS).

<sup>26</sup> L'action de la CPTS dans ce domaine permettrait notamment d'appuyer, sur le terrain, les professionnels qui s'organisent pour assurer le service à la population dans les territoires où les besoins ne sont pas couverts, en utilisant les leviers disponibles (consultations avancées, organisations multi-sites, télémédecine...) et en mobilisant notamment les dispositifs contractuels proposés par les conventions nationales. Il s'agit là de prolonger et d'élargir les missions qu'elle a déjà sur l'accès aux soins, par exemple concernant le médecin traitant.

contribue à réduire leur accessibilité. Dès lors, c'est moins à l'échelle des effecteurs de soins (les cabinets de spécialistes, plus ou moins regroupés) que les solutions peuvent être trouvées qu'à un niveau territorial plus large, par une organisation collective par les spécialistes eux-mêmes, leur permettant de se projeter sur les territoires. Prévues par la loi de 2019, à la suite des travaux du Hcaam<sup>27</sup>, les équipes de soins spécialisés (ESS) ont pour mission de définir une organisation collective permettant d'assurer un accès satisfaisant et équitable aux soins spécialisés, dans une optique de responsabilité populationnelle et pouvant associer de façon solidaire le secteur public et le secteur privé. Elles doivent devenir une réalité dans les territoires : ce chantier doit être ouvert en priorité. A l'échelon de CPTS ou d'inter CPTS, par grand domaines de spécialités, elles peuvent coordonner l'organisation des consultations avancées et exercices multi sites (notamment au sein des maisons ou centres de santé ou des hôpitaux de proximité), développer la télé-médecine, les programmes de formation et d'échanges de pratiques entre médecins de ville de premier et de second recours, voire troisième recours selon leur spécialité, contractualiser sur des objectifs d'accès aux soins et de qualité, en prévoyant des modalités d'accès rapide pour les médecins généralistes. Il faut évaluer ce qui a déjà été fait dans certaines spécialités<sup>28</sup> et sur cette base préciser les missions de ces équipes et les moyens de favoriser leur déploiement.

La responsabilité populationnelle des soins de proximité doit également les conduire à mieux prendre en compte et accompagner les activités de la population qui ont un impact sur leur santé. Dans le modèle d'organisation optimale des services en santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)<sup>29</sup>, l'auto-soin et les soins communautaires informels représentent la quantité la plus importante de services et ne sont pas fournis par des professionnels de santé.

L'auto-soin, assuré par les personnes concernées et leur entourage, est présent quel que soit l'état de santé de ces personnes. Il relève de la prévention pour les personnes bien portantes. Pour les autres, l'auto-soin reste essentiel et il est soutenu par les services de santé et du social, qui fournissent des outils (y compris numériques) d'aide à la gestion des troubles et à l'amélioration des habitudes de vie. Le progrès technique a considérablement accru le champ de l'auto-soin : des dispositifs très accessibles permettent de surveiller sa tension ou sa saturation d'oxygène, de faire son électrocardiogramme... ; on peut également citer les autotests Covid.

L'éducation à la santé et la formation aux premiers secours (en santé somatique et mentale) jouent un rôle très important. Ces services, qui outillent l'auto-soin, doivent être assurés à tous les âges de la vie, dans les structures de soins comme dans les autres collectifs (école et université, travail, associations). Les soins communautaires informels désignent les services fournis en-dehors du système formel de santé : associations généralistes (sportives, artistiques...), professionnels d'autres secteurs tels que les

---

<sup>27</sup> *Organiser la médecine spécialisée et le second recours, op cit*

<sup>28</sup> L'avis du Hcaam sur la médecine spécialisée de 2020 présentait notamment des initiatives en cardiologie (dans le Vaucluse, à Angers) souvent en partenariat avec les hôpitaux dans le cadre de groupements de coopération sanitaire (GCS) ; en hépato-gastro-entérologie (HGE) avec des expériences de regroupements « virtuels » d'équipes d'HGE situées sur des territoires différents et pouvant contractualiser avec les CPTS ; en dermatologie en Ile de France (un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom) a été signé en décembre 2019 entre l'URPS médecins libéraux Île-de-France et l'Agence régionale de santé pour donner des moyens à cette équipe) ; en ophtalmologie...

<sup>29</sup> OMS, *Improving Health Systems and Services for Mental Health*, 2009. Ce modèle conforme au principe de gradation des soins a été conçu pour la santé mentale et s'applique bien au-delà : le Hcaam a proposé pour la prévention de l'obésité un modèle reposant sur les mêmes principes, conçu pour être modélisateur de la prévention des pathologies chroniques en général : Avis du Hcaam *La prévention dans le système de soins : organisation, territoires et financement - A partir de l'exemple de l'obésité*, 2018

enseignants... On pourrait ajouter les services sociaux (dont le logement social) ou médico-sociaux, l'emploi adapté... Les actions communautaires ainsi que celles des associations de malades ou de proches permettent de toucher des publics éloignés du système de soins et contribuent au lien social.

### 2.3. Mettre en place des formations cohérentes avec les orientations proposées pour l'organisation des soins

Il faut être en mesure de déterminer les effectifs de professionnels à former et les contenus des formations pour répondre aux besoins de la population et ne pas réitérer les erreurs des politiques de *stop and go* des années passées. Par exemple, le nombre d'infirmières formées doit tenir compte de la proposition de cet avis d'augmenter le nombre d'infirmières travaillant conjointement avec un médecin. Ces travaux prospectifs nécessitent des moyens importants : ceux des institutions qui en ont la charge doivent être renforcés.

La Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) doit inclure une dimension territoriale : *« Pour renforcer l'attractivité de certains exercices et faciliter la mobilité et les parcours des professionnels, différents leviers peuvent être mobilisés mais restent largement insuffisants et devraient surtout être mutualisés dans un cadre prospectif commun partagé par l'ensemble des acteurs. Il est tout aussi nécessaire de reconnaître et valoriser ces mobilités, car aujourd'hui un professionnel de santé qui accepte d'exercer en zone sous-dense ou dans le secteur médico-social risque de se voir pénalisé en termes de carrière, quels que soient les incitatifs financiers ponctuels. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences au niveau territorial nécessite en préalable de disposer des données pour l'ensemble des professions à un niveau fin et par secteur (public, privé, libéral, médico-social) ainsi que des outils d'analyse prospective permettant d'estimer les besoins à 5 et 10 ans. Des plateformes d'accompagnement à l'échelon régional (par exemple sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP) ou d'un groupement de coopération sanitaire (GCS)) pourraient être créées pour mettre en place une véritable gestion prévisionnelle et d'accompagnement des ressources humaines (RH) en santé. A partir de l'expérience des « Classmo », ces plateformes « légères » auraient vocation à accompagner les établissements et les professionnels, à leur demande, par exemple au moment des réorganisations ou pour faciliter individuellement les mobilités, les réorientations de carrière et les reconversions<sup>30</sup>. Sur le modèle des centres de gestion des fonctionnaires territoriaux privés d'emploi, des portages d'emploi au-delà des structures de rattachement pourraient être envisagés dans une phase transitoire. Elles pourraient également soutenir des innovations en matière de RH, par un appui à la gestion de projet, à leur financement, leur évaluation et leur modélisation. »<sup>31</sup>.*

Le contenu des formations en santé est déterminant dans la transmission et l'assimilation des pratiques et des valeurs professionnelles. Il faut mieux former à l'exercice des soins de proximité, notamment en zone sous-dense, aux pratiques coopératives et à la responsabilité collective et populationnelle. Il faut pour cela *« augmenter les capacités d'encadrement des territoires sous-denses en professionnels de santé, en créant des « antennes » territoriales universitaires de formations en santé (autour des instituts*

---

<sup>30</sup> Des « sas professionnels » pourraient être créés. Par exemple en cas de changement de poste : sas formation, sas découverte (missions courtes dans un autre domaine), sas santé publique, sas service public (participation à un projet) ...

<sup>31</sup> Billaud V. « Une plateforme régionale pour favoriser les trajectoires professionnelles répondant aux besoins » in *Les ressources humaines, levier de la transformation du système de santé*, Actes des séminaires Hcaam 2019-2020

*paramédicaux, des établissements de santé hors CHU et des CPTS) », « créer un label universitaire pour les CPTS et renforcer l'universitarisation des établissements hors CHU »<sup>32</sup>.*

---

<sup>32</sup> Touzé E., « Formations en santé : 20 propositions pour parachever les transformations », Note Lisa, 2022