

## **L'offre de soin de second recours en région Centre-Val de Loire**

**Tuteur : Régine Bercot, professeur émérite de sociologie**

La proposition d'étude a été formulée par l'URPS-ML (Union régionale des Professionnelles de santé représentant les médecins libéraux) de la région Centre-Val de Loire. L'URPS selon le décret 2010 a vocation à participer à l'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins, et à l'organisation de l'exercice professionnel. Plus particulièrement en ce qui concerne la permanence des soins, la continuité et les formes d'exercice.

Le paysage du territoire avait déjà été brossé par une étude rétrospective réalisée par l'URPS-ML et la DCGDR (direction de la coordination de la gestion du risque, organe assurant la coordination des Caisses Primaires d'Assurance Maladie au sein de chaque région). Elle mettait en évidence les fortes disparités territoriales d'accès aux soins et l'inadéquation entre besoins de la population et l'offre de soin sur les lieux de vie, tant en matière d'offre de soin libéral que d'offre hospitalière. L'offre est en effet répartie de manière très inégale selon les territoires du Centre-Val de Loire.

### **Plusieurs interrogations formulées ainsi par l'organisme demandeur :**

*« Comment renforcer l'accès aux soins de second recours sur le territoire ? Comment construire une plus juste répartition de l'offre ? Quels sont les leviers pour mobiliser les spécialistes et leur permettre de s'organiser de manière coordonnée » (p.1 de la demande).* L'URPS était aussi intéressée à mesurer la pertinence des différents dispositifs permettant de structurer et consolider le lien entre soins de 1<sup>er</sup> et 2<sup>d</sup> recours et identifier leurs modalités de déploiement optimales

- Les ESS (Équipes de soins spécialisées) introduites par une loi de 2019 et qui n'existent que sous forme expérimentale ;
- Les consultations avancées. Elles existent dans les MSP (maisons de santé pluriprofessionnelles) et permettent une meilleure répartition spatiale ;
- Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) particulièrement développées dans la région.

Un spectre de questions large et qui a supposé pour l'équipe étudiante **d'effectuer des choix**, mais aussi de **renoncer à certaines pistes après le dialogue engagé à mi-parcours**. Cette configuration du dialogue entre commanditaires et étudiants n'est certainement pas confortable pour eux mais c'est très formateur car cela suppose un travail de dialogue et de remise en question pour s'approprier le projet. En effet, le choix des orientations à développer est dans ce cas une partie essentielle du travail à effectuer. Les choix ne sont pas si faciles à opérer. Ils supposent des lectures et des réflexions collectives au sein du groupe et avec le tuteur.

**Le travail de l'équipe d'étudiants s'est focalisé sur deux dimensions qui figurent (et illustrent plus généralement ce que peut être) la reformulation du questionnement de départ :**

- Quelles sont les nouvelles manières de faire de la médecine – ici le nouveau type de coopération à construire- pour mieux répondre aux besoins ? Leur mise en œuvre passe par un travail collectif nécessitant une autre trajectoire patient et un autre rapport du médecin mais aussi du patient au soin ; une illustration en est faite avec la télémédecine. Elle est abordée ici en soulignant tout à la fois son intérêt et les difficultés de son développement. Les difficultés liées au cloisonnement ville/hôpital font également partie de nouveau registre de coopération à construire.
- Les attentes et réticences des médecins spécialistes en se référant notamment à la culture des médecins, à l'existence de la hiérarchie et au prestige des professions voire à la peur pour certain.e.s de la voir remise en cause.

A noter -et on pourra en débattre- qu'on ne peut traiter les spécialistes comme une entité homogène mais il serait nécessaire, pour approfondir davantage, de considérer le rapport des spécialistes au travail collectif en le rapportant au type de type de spécialité à la forme du diagnostic et de soin. Pour ce faire, il est nécessaire de rentrer dans la dimension plus concrète du travail.

#### **Partenaire :**

L'URPS-Médecins libéraux de Centre-Val de Loire (URPS-ML CVDL) représente les plus de 3000 médecins libéraux de la région et a pour objectifs de promouvoir l'organisation et la qualité des soins. En ce sens, l'URPS-ML CVDL constitue un acteur essentiel de la mise en place de politiques de santé à l'échelle du territoire, notamment dans l'articulation d'un projet régional de santé. L'URPS-ML CVDL tend à faciliter l'exercice des professionnels et des futurs professionnels, à favoriser l'accès aux soins. Cet URPS est administré par une assemblée générale composée de 30 médecins élus par l'ensemble des médecins exerçant en libéral, en ville ou en établissement de soins. Répartis en deux collèges, généralistes et spécialistes, ils sont nommés pour des mandats de 5 ans renouvelables. Ils assurent une représentativité régionale et locale et pilotent le fonctionnement de l'association en définissant notamment les axes de travail, les commissions ou les budgets. Les différentes commissions composées d'élus examinent les questions relatives à chaque sujet et mettent en place des actions adaptées. L'URPS-ML CVDL a choisi d'axer ses commissions sur les sujets suivants : exercice professionnel, second et troisième recours, exercices coordonnés, continuité et permanence des soins, e-santé. Dans un contexte de très fortes inégalités dans l'accès aux soins sur le territoire du Centre-Val de Loire, l'URPS Médecins Libéraux de la région a chargé notre groupe d'effectuer une analyse des leviers favorisant la coopération dans la médecine de second recours et visant à couvrir de façon homogène l'offre de soin de médecine spécialisée sur la région.

Le contenu de notre étude s'appuie sur les témoignages de professionnels de santé, de spécialistes de la santé, et de personnes associées à la gestion des soins sur la

région Centre-Val de Loire (professionnels libéraux et acteurs de la santé). Nous avons recueilli ces témoignages en suivant une démarche sociologique et en axant notre méthodologie de travail sur des entretiens qualitatifs semi-directifs que nous menons depuis Février 2023.

La première partie de notre travail a été consacrée à la mise à jour de nos connaissances en s'appuyant sur un corpus de littérature scientifique mais aussi de suivi de l'actualité, pour saisir au mieux les enjeux du sujet.

Le travail principal effectué pour répondre aux problématiques soulevées par la définition des enjeux de ce projet collectif a été celui d'une analyse de données qualitatives, afin de mesurer l'intégration, l'acceptation, la connaissance et la pertinence des outils mis à la disposition des professionnels de santé dans la diminution et la résolution potentielle des effets d'une offre médicale sous-dense en Centre-Val de Loire.

Le terrain sur lequel nous projetions notre travail d'enquête correspondait à l'ensemble du territoire du Centre-Val de Loire mais l'échelle s'est recentrée autour du cœur de la région au fil des entretiens, laissant les espaces frontaliers avec d'autres régions en marge. Les centres départementaux de Tours, Orléans, Chartres... sont apparus comme des lieux structurants, qui revenaient fréquemment lors de la description de leur profil par les personnes interrogées.

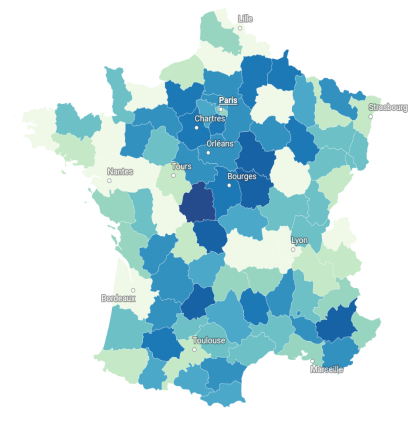
Nos entretiens ont été conduits auprès de deux catégories de profils que nous avons choisis de distinguer à posteriori en « acteurs de la santé » (chargés de missions, administrateurs, élus URPS, gestion de structures de coopération, etc.) et « professionnels de santé » (paramédicaux, médecins généralistes et spécialistes, etc.), avec parfois des recoupements entre les deux catégories (passage d'une catégorie à une autre, souvent du médical à l'administratif, ou encore médecins élus auprès de l'URPS, etc.). Nous avons progressivement choisi de nous intéresser, au fil de nos entretiens, à la dermatologie. Cette spécialité nous a parue particulièrement adaptée à la pratique de la télémedecine, notamment via la télé expertise, et nous avons ainsi fait le choix de nous rapprocher de spécialistes en dermatologie après avoir réalisé un premier entretien particulièrement intéressant.

## **ENJEUX**

La désertification médicale en France n'est pas un phénomène nouveau et de nombreuses mesures ont déjà été prises pour tenter de l'endiguer. Cependant, celles-ci ne parviennent pas à atteindre les objectifs visés et à garantir à chaque territoire un accès à une offre de soin de qualité. Les politiques de santé ont longtemps oscillé entre limiter le nombre de médecins ou au contraire tout faire pour augmenter la démographie médicale. Aujourd'hui, l'accent est clairement mis sur la deuxième option, notamment avec la suppression du numerus clausus. Néanmoins, les conséquences de cette réforme ne vont se faire sentir que dans 10 ans, lorsque les étudiants en médecine plus nombreux commenceront à exercer. Pourtant, le problème est déjà présent et ne va faire qu'empirer. En effet, il y a peu de jeunes médecins installés en Centre-Val de Loire et la moyenne d'âge

des praticiens exerçants est plus élevée que dans d'autres territoires français. Dans les années à venir, les nombreux départs à la retraite vont encore davantage affaiblir l'offre de soins sur le territoire.

Moyenne d'âge des médecins inscrits au tableau de l'ordre en activité régulière, tous modes d'exercice et toutes qualifications  
France : 49 ans

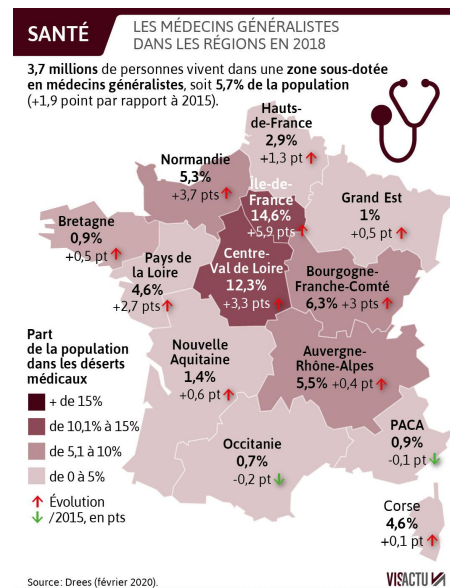


Chiffres 2021  
Carte : La République du Centre / Philippe Crost - Source : Conseil national de l'ordre des médecins - Créé avec Datawrapper

Améliorer la couverture médicale dans 10 ans est primordial, mais il faut en parallèle réussir à mettre en place de nouveaux dispositifs pour pouvoir à court-terme densifier le maillage médical, particulièrement dans les zones les plus touchées.

Comme on peut le voir sur cette carte, la région Centre-Val de Loire fait partie de ces territoires les plus médicalement exsangues. Cela s'explique notamment par

son caractère très rural qui effraie les nouveaux médecins et les dissuade de s'installer. Pour tenter d'inverser la tendance, la région est pionnière dans le déploiement de mécanismes innovants promouvant l'exercice coordonné. Cela se traduit par l'émergence de nouvelles structures et dispositifs qui ont deux buts conjoints : permettre aux habitants un meilleur accès aux soins et rendre plus attractif l'exercice médical en milieu rural. Notre travail est venu s'inscrire dans ces dynamiques déjà existantes pour permettre aux médecins porteurs de ces projets de mieux comprendre comment ceux-ci s'intègrent dans le quotidien des médecins et également quel est leur ressenti vis-à-vis de ces évolutions. En effet, l'URPS ML Centre-Val de Loire avait besoin de pouvoir accéder à ce type d'informations et il fallait pour cela qu'un acteur extérieur intervienne. Notre travail tout au long de ces 9 mois d'enquête aura donc été de recueillir les témoignages d'acteurs impliqués dans ces démarches. De plus, la demande de l'URPS ML Centre-Val de Loire portait précisément sur les médecins spécialistes afin de mieux appréhender leurs attentes et besoins. En effet, la lutte contre les déserts médicaux est, pour beaucoup de personnes, synonyme de la nécessité de pouvoir garantir à tous l'accès à un médecin généraliste. Les politiques de territorialisation de la santé sont venues renforcer cette idée en se concentrant principalement sur le premier recours. De fait, très peu d'études ont été faites à propos de la médecine de second recours. La première explication est notamment qu'au vu de la diversité des spécialités, il est difficile de toutes les rassembler pour les analyser en les catégorisant comme la médecine de second recours. Pourtant, avoir facilement accès à un dermatologue ou un dentiste est tout autant crucial qu'avoir accès à un médecin généraliste. Notre travail a donc eu vocation à aider à combler ce trou en donnant la parole aux spécialistes pour s'assurer que les dispositifs pensés répondent à leurs attentes.



L'allongement de l'espérance de vie couplée au vieillissement de la population a fait émerger de nouveaux enjeux auxquels la médecine spécialisée doit faire face. Face à la

pénurie, il ne s'agit plus maintenant de simplement former des médecins mais il faut également homogénéiser l'implantation. Pour réaliser ce zonage, ce sont les instances territoriales qui doivent entrer en jeu pour permettre un dialogue constant entre les acteurs locaux et médicaux. Les dynamiques que l'on voit émerger sont le résultat de processus politiques complexes en cours de développement.

Le sujet s'inscrit parfaitement dans la thématique : Santé et Territoires en ce sens qu'il soulève des enjeux actuels importants et une dimension prospective nécessaire dans le cadre de l'accès aux soins. Ce projet collectif s'inscrit dans la volonté de l'Ecole Urbaine de confronter les étudiants aux problèmes qu'ils auront à affronter dans leur vie professionnelle. Ce projet a nécessité une conduite de projet avec la prise en compte de contraintes et d'imprévus mais aussi des prises de contact, des conduites d'entretiens et une adaptation à la sphère médicale.

### **Principaux résultats :**

#### **Analyse de l'état de l'art:**

L'analyse de l'état de l'art nous a permis de situer notre sujet dans un contexte plus large, et de comprendre les mécanismes ayant conduit à la formation et à la pérennisation d'une sous-dotation de la région en termes d'offre médicale. Trois points sont à retenir à cet égard :

- La sous-dotation de certains territoires en termes d'offre médicale est une problématique qui s'inscrit dans une chronologie longue, et à l'échelle nationale.
- Plusieurs séries de politiques publiques ont tenté, sans succès, d'améliorer la répartition de l'offre médicale sur le territoire, dans la perspective de se saisir des enjeux liés à la gestion des « déserts médicaux géographiques »
- L'évolution du recours aux soins, conséquence du vieillissement de la population française (poly pathologies), mais aussi de notre mode de consommation de la santé va exercer une pression croissante sur la demande d'accès aux soins.

Ces trois considérations d'ordre général ont été utiles dans la définition et l'appréhension de notre terrain, espace particulièrement touché par la « pénurie » de médecins et la mauvaise répartition de l'offre de soin. elles permettent également de comprendre l'importance de « préparer l'avenir », c'est-à-dire de prendre en compte les évolutions prochaine du nombre de médecins formés en France (passage au *numerus apertus*), l'intégration de certains outils d'e-santé, la diffusion de modes de coopération dans la pratiques des professionnels de santé ...

## **COMPRENDRE LA COOPÉRATION**

### **1. Des structures coopératives conçues à partir des besoins des professionnels de santé**

L'exercice coordonné apparaît aujourd'hui comme une nécessité mais la forme qu'il doit prendre est encore sujette à de nombreux débats. Coordonner des équipes médicales pluri-professionnelles s'avère extrêmement compliqué puisqu'il faut prendre en compte les

spécificités de chaque profession. En plus de cela s'ajoute le besoin d'adapter les propositions aux territoires dans lesquels elles doivent se déployer. Les particularités des régions impliquent qu'un même dispositif ne puisse représenter une solution pour chacune d'entre elles, parce que les profils des habitants, et donc des patients, diffèrent selon les situations socio-économiques.

Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) sont des structures prisées par les professionnels car elles constituent un atout considérable pour améliorer leurs conditions d'exercice. En effet, elles présentent trois avantages : elles permettent le travail en équipe tout en s'installant en libéral, elles sont une manne financière pour les nouveaux arrivants et elles offrent aux médecins la possibilité de se concentrer exclusivement sur l'aspect médical de leur métier. Ces trois facteurs déterminant, étant les raisons principales pour la création d'une MSP ou CPTS, nous permettent de comprendre que ce qui anime les dynamiques de conception sont principalement les possibilités de faciliter l'exercice des professionnels de santé.

Le travail en équipe est devenu un facteur primordial pour les jeunes générations, plus que pour les anciennes. Les étudiants en médecine réalisent la majorité de leur stage à l'hôpital ainsi que leur internat dans sa totalité. Ce mode de formation hospitalo-centré développe une habitude du fonctionnement de travail en groupe et d'une certaine proximité avec leurs confrères. Ainsi, il paraît évident que la perspective d'exercer seul dans un territoire sous-dense peut rebuter les jeunes médecins. Les jeunes médecins qui envisagent toujours l'installation libérale semblent la désirer davantage en groupe plutôt qu'isolée. L'exercice de groupe en MSP permet de conserver une ambiance de travail collective même dans le contexte libéral.

D'un point de vue pratique, l'exercice de groupe propose également plusieurs avantages financiers. De multiples aides existent déjà pour inciter les nouveaux médecins à s'installer dans des déserts médicaux, mais celles-ci ne sont pas toujours suffisantes pour les spécialistes. Travailler en MSP et participer à sa conception permet de mutualiser les coûts d'installation et d'achats d'équipements, qui sont souvent très élevés pour les spécialistes. On estime le coût de l'installation d'un professionnel libéral de santé exerçant au sein de sa propre structure entre 15 000 et 150 000 € selon la spécialité exercée. Un investissement financier conséquent qui est partagé lors d'une installation en MSP. Parallèlement, l'installation en structure peut permettre des locaux de meilleure qualité (aménagements, équipements, etc.) car le budget est plus conséquent.

Être entouré et être soutenu financièrement ne sont pas les seuls avantages qui sont mentionnés dans les entretiens. Le troisième intérêt majeur qui est ressorti est celui de ne plus avoir à se préoccuper des tâches de back office. Cette expression réfère à toutes les actions non-médicales qu'un médecin doit réaliser dans le cadre de son exercice. La prise de rendez-vous, les appels téléphoniques, le remplissage de dossiers médicaux, etc., sont particulièrement chronophages et, durant leur réalisation, les professionnels de santé ne peuvent pas traiter de patients. Cela s'inscrit dans un contexte où les médecins sont déjà débordés et n'ont pas le temps de s'occuper de tous les patients. Cette volonté de déléguer dénote d'une envie des professionnels de se concentrer uniquement sur l'aspect médical de leur travail. Les CPTS et les MSP sont alors perçues comme des structures qui offrirait aux praticiens la possibilité de ne plus avoir à gérer ces tâches administratives.

Par conséquent, on peut conclure en disant que ce sont des avantages pour améliorer les conditions d'exercice du praticien qui ont été au coeur de la conception de ces dispositifs.

## **2. Équipes de soins spécialisées : Exemple de coopération « sans murs » ancré dans le territoire**

Les équipes de soins spécialisés (ESS) regroupent un ensemble de professionnels de santé composé de médecins spécialistes d'une ou de plusieurs spécialités hors médecine générale. Ils choisissent d'effectuer leur activité de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire, sur la base d'un projet de santé qu'ils réfléchissent au préalable entre eux. Les ESS doivent aussi être un outil pour faciliter les relations entre la médecine de ville et les établissements de santé pour remplir l'objectif fixé par le projet de soin. L'ESS est pensée pour fonctionner en lien étroit avec les autres acteurs de coopération du système de santé.

Aucune équipe de soins spécialisés n'a pour l'instant vu le jour en Centre-Val de Loire mais des projets émergent. Les ESS proposent des réponses aux difficultés de coordination pour les prises en charge nécessitant le recours à plusieurs spécialités différentes. Ainsi, la création d'ESS autour d'un problème de santé commun permet au patient d'être introduit dans un parcours de soin où tous les spécialistes nécessaires à son traitement sont en coopération. Néanmoins, l'ESS a aussi pour objet par son efficacité de jouer un rôle majeur dans l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé.

L'objectif des ESS est de proposer aux patients le soin adapté, au bon endroit et au bon moment. De plus, au sein des ESS les liens entre les médecins spécialistes s'établissent directement sous l'angle d'une coopération. Le projet de soin est le facteur qui conditionne la coopération, ainsi l'organisation est axée autour de l'action définie en commun et non sur « une phase transitoire de recherche de négociation sur l'objectif »<sup>1</sup>. Ainsi, l'ESS se structure autour d'un besoin identifié à partir de la population en termes de soins spécialisés, et non à partir des intérêts des professionnels de santé. Comme le déploiement des ESS est encore en phase de projet en Centre-Val de Loire, la mention de ce type d'organisation coopérative est peu revenue au cours des entretiens.

### **➤ Les bénéfiques à intégrer des Infirmier.e.s en pratique avancée (IPA) au sein des ESS**

Les IPA sont des acteurs clés dans les ESS, leur place dans le système de santé étant bénéfique pour les patients et pour les spécialistes. Au sein d'une ESS, les IPA peuvent également apporter une vision globale du parcours. Sur délégation du médecin, l'IPA assure un suivi global du patient. Ils peuvent également coordonner et orienter les patients au sein de l'ESS ou encore agir comme des facilitateurs de l'accès aux soins des populations marginalisées (vulnérables, isolées...). Pour les patients, les IPA représentent un interlocuteur privilégié accessible plus souvent et aussi plus rapidement. Pour les médecins spécialistes, les IPA apportent un relais de proximité pour les patients.

---

<sup>1</sup> BERCOT, R. , Changements dans les relations au travail : Entre ouverture et fermeture", revue Réseaux volume 19, n°108, 2001, (pp. 179-206).

Les ESS s'inscrivent aussi dans un projet d'offre de soin de proximité. Dans cette logique de proximité, dans leur parcours de soins les patients sont orientés vers des professionnels médicaux et paramédicaux (pharmaciens, diététiciens, infirmiers...) de leur territoire de proximité. En 2023, sur la région CVDL pour le traitement de l'obésité et du diabète c'est un patient sur deux qui est traité hors du département. En ce sens, les hôpitaux de proximité sont des interlocuteurs privilégiés pour les acteurs concernés.

## ADAPTER LA COOPÉRATION À UNE CULTURE MÉDICALE MOUVANTE

### 1. Evolution des pratiques liées au temps de travail : nouvelles attentes et opportunité de fluidification de l'offre de soin de second recours

#### *a. Modification du rapport à la contrainte : nouvelles attentes et fracture générationnelle*

La culture médicale, comme tout mode d'exercice, a évolué avec les générations. Il a été observé que la culture médicale a plus évolué ces cinquante dernières années que dans les siècles précédents. En effet, la représentation que se font les médecins de la manière dont doit s'exercer leur profession n'est pas universelle. Elle est socialement et géographiquement située. Dans les années 50, l'exercice médical se concevait presque exclusivement en solitaire, dans le domaine privé comme public. La mentalité des médecins spécialistes a changé, concernant la manière d'exercer ou encore la charge de travail à endosser. Ainsi, les projets ou logiques de coopération dans le second recours doivent se développer en tenant compte de ces nouvelles dynamiques s'ils ne veulent pas être déconnectés des nouveaux enjeux médicaux. La culture du travail sans compter ses heures génère du stress et un épuisement professionnel qui occasionnent une fatigue mentale et physique. Ces conséquences négatives ont un impact direct sur les services proposés aux patients. La surcharge de travail diminue la qualité des interactions et la communication avec les patients. Le docteur Cécilia Costa, vice-présidente de l'Union Régionale des Professionnels de Santé - Médecins Libéraux de Corse a affirmé pour un article France 3 : « Il ne faut pas banaliser de travailler 70 heures par semaine, ce n'est pas normal. Ni pour un médecin, ni pour personne. C'est fondamental que la population comprenne cela ».

En 2019, une enquête de l'Ordre des médecins<sup>2</sup> s'est intéressée aux motifs menant les praticiens tout juste diplômés à ouvrir un cabinet. 82% des internes interrogés ont précisé qu'ils souhaitaient déterminer leur choix en fonction des horaires de travail qu'ils auront à faire.

*« Comment est-ce que vous estimez votre charge de travail ? Elle est importante ? Est-ce que c'est supportable pour vous ? Est-ce que vous voudriez en avoir moins dans les années à venir ? »*

*Euh. J'aimerais surtout avoir la liberté de pouvoir choisir un mode, de fixer mon rythme comme je... Actuellement, c'est un peu une obligation mais en tout cas de travailler pas le samedi, de travailler éventuellement cinq jours par semaine. Par exemple, je trouve que dans*

---

<sup>2</sup> Étude menée par la commission jeunes médecins de l'ordre, entre janvier et février 2019, sur 2.443 internes interrogés, 75% envisagent le mode d'exercice libéral.



*ma spécialité, ça n'a pas d'intérêt ou pas beaucoup d'intérêt, sachant que ce que je fais c'est des consultations à priori programmées, il y a des rendez-vous"*

Rhumatologie, sortie récente d'Internat - F

Cette restructuration du temps travaillé pourrait avoir des répercussions sur l'organisation des structures de coopération. En plus, d'améliorer la qualité des soins proposés par des médecins physiquement et mentalement davantage disponibles, ce système permettrait de diversifier l'offre sur le territoire. Cette fracture de conception du temps de travail se traduit aussi dans les structures de coopération.

*« Par exemple, ma collègue qui vient de s'installer vient d'avoir une petite fille. Eh bien elle a dit "ah ben moi j'aimerais avoir des jours d'enfants malades". J'ai dit ben non. Si tu n'es pas là un jour, il faut que tu le rattrapes. Est-ce que si tu es salariée dans un établissement public tu peux ne pas être là ? T'es pas là, tu ne rapportes pas d'argent et nous on n'a pas vocation à faire du mi-temps, eh ben tu viens un autre jour pour rattraper le jour où t'es pas là, quand tu vas garder ta fille. Voilà, vous voyez, on voit ça. Ce sont des discussions un peu franches. Elle trouvait qu'elle c'était normal qu'elle reste présente pour ses enfants malades mais nous non ». Gastro Entérologue en fin de carrière à propos d'une jeune médecin au sein d'une MSP - H*

L'opposition du facteur argent d'une part et la volonté d'équilibre vie privée-vie professionnelle de l'autre illustre bien la friction générationnelle de l'intérêt vis-à-vis du métier et du nombre d'heures travaillées.

#### *b. Déconstruire le mode de consommation de la santé : un levier pour désengorger la médecine spécialisée*

La saturation existante de l'agenda des médecins de second recours ne semble pas permettre un allègement des heures travaillées, surtout dans un territoire médicalement sous-dense. Néanmoins, les entretiens ont montré à plusieurs reprises une désinformation des patients les poussant à consulter le second recours sans raison apparente et à se retrouver face à des professions en tension. Il semble que l'enjeu d'information autour des compétences de chaque professionnel de santé ainsi qu'une déconstruction du mode de consommation de la santé puisse être un levier de fluidification de l'offre de soin de second recours. Si le patient connaît les compétences de chaque professionnel, il peut faire le bon choix de soin et ainsi ne pas surcharger le second recours. L'exemple de la gynécologie est particulièrement éclairant sur cette piste d'action.

Historiquement et par le biais de facteurs sociétaux, il a été progressivement admis que pour les questions de contraception, de santé intime ou encore de grossesse le spécialiste à consulter était le gynécologue. Les médecins généralistes et les sages-femmes ont les compétences pour assurer le suivi d'une grossesse, poser un dispositif intra-utérin, prescrire une contraception ou encore effectuer un frottis. Les médecins spécialistes en gynécologie ont en revanche des compétences propres à leur spécialité que d'autres professionnels de santé ne peuvent remplacer.

*« En revanche la femme qui a un cancer du sein ne peut s'adresser qu'au gynécologue, parce qu'il est le seul compétent. Et si ce gynécologue il a passé tout son temps à faire des frottis à des femmes qui auraient pu les faire avec d'autres professionnels de santé. Et bien il n'a plus le temps de voir cette patiente. Et ça en fait aujourd'hui, c'est pas du tout, c'est pas du tout géré. » Sage Femme - F*

Le manque d'information crée un besoin d'avoir accès au second recours biaisé chez la population. Les médecins spécialistes dont le secteur est en tension ont un rôle à jouer dans la fluidification et la répartition des patients. Ils gagneraient à participer à une campagne d'information relative aux compétences des différents acteurs du soin. Dans l'intérêt des patients, une redirection directe des médecins spécialistes pourrait faciliter l'accessibilité aux soins demandés dans une région où la moyenne d'attente pour un rendez-vous gynécologique est de 84 jours (2019)<sup>3</sup>. L'idée n'est pas de cloisonner la médecine spécialisée mais de diriger les patients dans un premier temps vers un professionnel plus disponible en maintenant l'accès au second recours en cas de complication. Ainsi, des créneaux d'accès aux soins de second recours seraient libérés. De plus, dans une logique de coopération territoriale, les patients peuvent être réorientés vers des professionnels de proximité.

## **2. Culture des pratiques : le rôle de l'e-santé dans l'organisation actuelle des prises en charge et des parcours de soins.**

Les outils développés dans le domaine de la santé grâce aux technologies de l'information et de la communication se multiplient depuis le début des années 70, et commencent à se généraliser dans les années 90. Ils répondent à un besoin essentiel de communication, d'efficacité, d'apprentissage et de sécurité des professionnels de santé, et la définition de l'e-santé - en tant que l'usage de ces technologies dans le domaine de la santé, à des fins cliniques, éducationnelles, administratives, localement et à distance - est fixée internationalement à la fin du XXe siècle. Si ces nouveaux outils ne représentent donc pas une avancée récente et révolutionnaire dans le monde des métiers de la santé, il est évident que la numérisation progressive de notre société, depuis ces vingt dernières années, accélère et accentue leur potentiel, décuplé dans un contexte de pandémie tel que nous le connaissons aujourd'hui.

Ces outils font depuis le début des années 2010 l'objet de politiques publiques en France, et sont intégrés dans l'action face aux « déserts médicaux géographiques », non comme un outil palliatif, mais comme un ensemble d'outils permettant d'améliorer un réseau de santé déjà organisé et performant. D'après l'Agence du Numérique en Santé, rattachée au Ministère de la Santé et de la Prévention, l'e-santé répond à un grand nombre de problématiques : inégalités dans l'accès aux soins, vieillissement de la population, désertification médicale, évolution de la démographie médicale, hausse des pathologies chroniques, prise en charge de la dépendance, soutenabilité économique du secteur de la santé, défis sanitaires et sociaux contemporains... Elle a pour principal objectif de fluidifier l'accès et l'organisation de la santé, à la fois pour le patient et pour le professionnel de santé.

---

<sup>3</sup> Enquête en ligne sur les délais d'attente en Centre-Val de Loire, 2019

### **Domaines de l'e-santé :**

\* téléconsultation : s'insère dans parcours de soin coordonné, peut concerner n'importe quel patient

\* télé expertise : concerne environ 20 millions de personnes en France, lorsqu'un médecin demande conseil à un confrère. Donc principalement pour des cas complexes mais aussi dans des zones sous-denses. Plus largement, elle recoupe les personnes pour qui l'accès aux soins est complexifié par leur situation pathologique, sociale, géographique ou économique.

\* télésurveillance médicale

\* régulation médicale

\* outils

Les outils sont en constante évolution et adaptation, mais aussi en cours de création.

De manière générale, la question de l'e-santé est largement intégrée au discours des acteurs de la santé, en raison de son inscription comme feuille de route à l'échelle nationale. Les relais régionaux en matière d'organisation de la santé (Agence Régionale de Santé, URPS) mesurent parfaitement l'ampleur des possibilités qu'offre l'e-santé. Les outils de l'e-santé sont appréhendés par ces acteurs comme une dimension essentielle dans la construction du futur de la santé, au travers de multiples outils : dossiers numérisés, débuts de diagnostics, communication entre les professionnels de santé... L'horizon 2030-2035 a été évoqué par un chargé de mission en e-santé comme un tournant qui marquera l'intégration des outils à la pratique des professionnels de santé, et qui coïnciderait avec les premiers effets positifs de la réforme des études de médecine. Ces outils sont donc abordés comme faisant partie de la réponse à la problématique des « déserts médicaux géographiques », et intégrés dans une réflexion en matière de politiques publiques. Ils sont abordés comme un soutien aux professionnels, un moyen de les accompagner et de faciliter et fluidifier leurs pratiques. Ils sont également mobilisés par des acteurs de la santé en contact direct avec les professionnels de santé. En revanche, cette approche nous a paru déterritorialisée, et davantage pensée à l'échelle nationale plutôt qu'à l'échelle de la région Centre-Val de Loire. Cela montre une incohérence entre les modalités de mise en place des outils d'e-santé, qui doivent être territorialisés et adaptés à la situation locale (besoins des patients potentiels, disponibilités des praticiens, moyens technologiques à disposition), et le discours qui les entoure. Nous avons donc remarqué un décalage très fort entre les attentes des professionnels de santé, et la réalité des outils et de leur utilisation. De manière générale, l'impression d'avoir des outils performants mais peu adaptés à un usage réellement utile est partagée.

*« Et aussi on a un logiciel de d'agendas partagés pour nos actions et tout ça. Enfin pour nos soins programmés, non-programmés, pour des actions qu'on peut mettre en place, qui permet au moins de se coordonner de façon très sécurisée. Et c'est un vrai souhait des professionnels d'avoir des logiciels qui soient sécurisés, d'arrêter d'utiliser WhatsApp [...] ne pas parler des patients sur WhatsApp ou de ne pas envoyer des mails sécurisés pour donner un avis sur des*

*patients. Donc on essaie de construire ça, mais c'est assez compliqué. [...] Mais juste avoir un agenda partagé pour certains, [...], c'est déjà... ça change radicalement les choses. »*

Coordinateur d'une CPTS - H

Les facteurs humains jouent un rôle crucial dans l'appropriation des outils d'e-santé par les professionnels de santé. Il nous a été souligné à plusieurs reprises, par des acteurs mais surtout par des professionnels de santé, que la formation à la maîtrise de ces outils est complexe, longue, et mal organisée à l'échelle territoriale. Elle repose sur une prise d'initiative personnelle (par exemple pour proposer des télé consultations), et rencontre avant même sa mise en place et son utilisation un frein majeur. L'utilisation des outils de l'e-santé requiert donc un triple pré-requis à priori : temps disponible, connaissances des dispositifs et motivation. Ces pré-requis sont lourds, et excluent quasi systématiquement les professionnels les plus âgés, qui ne voient pas l'intérêt de changer un système d'organisation développé pendant plusieurs années de pratique et essentiel à leur fonctionnement. Il pousse également une partie des professionnels à préférer des outils de communication et d'information plus simples d'utilisation, comme les mails, les messageries personnelles (notamment WhatsApp) qui, bien que non sécurisées, répondent au besoin de communiquer rapidement et facilement. L'utilisation de ces outils soulève également des interrogations concernant la tarification des actes réalisés via téléexpertise notamment.

### **3. L'existence de hiérarchies informelles: une construction sociale de l'imaginaire de soi et d'autrui entre professions de santé**

La coopération et la mise en réseau est intrinsèque aux pratiques des professions de santé afin de répondre à la demande de soins et de prise en charge. La coopération peut aboutir sur une forme formelle, comme informelle. A travers notre travail, nous étions amenés à nous pencher sur les formes de coopérations informelles, et comment elles se structurent. Les différents entretiens ont fait émerger l'existence de plusieurs hiérarchies informelles qui varient selon de nombreux facteurs socioprofessionnels et culturels.

Ces hiérarchies informelles sont très corporatistes, c'est-à-dire qu'elle est déterminée par le corps médical dont fait partie un professionnel de santé lorsqu'il échange avec un autre professionnel. Nous avons identifié trois formes de hiérarchies informelles dans les entretiens de professionnels de santé et des acteurs de la santé sur le territoire Centre-Val de Loire.

Cette catégorisation par les métiers des professionnels existe dès les études de médecine, où le choix de filière détermine la profession des étudiants. Elle est notamment due à la différenciation des compétences que les métiers impliquent, et donc à l'expertise dont peuvent bénéficier les professionnels de santé lors de ces interactions. Cette catégorisation se poursuit aussi à travers le choix d'exercice de leur profession (exercice libérale ou à l'hôpital) . La pluralité des hiérarchies informelles est engendrée par les visions multiples des professionnels de santé de leur métier par rapport à ceux d'autrui.

Ces représentations peuvent être construites à partir de biais voire même de représentations fausses débouchant ainsi sur des aprioris et des clichés. C'est notamment le cas pour les sages-femmes ou les infirmières qui manquent de reconnaissance de leur profession de la part des autres professions de santé. Nous nous sommes aperçues que

ces hiérarchies sont, dans une certaine mesure, une traduction d'un manque de reconnaissance mutuelle de leur travail, et que la nature de la coopération est fondée en partie sur cette image construite d'autrui. De nombreux entretiens révèlent comment de nombreuses professions se considèrent comme n'étant pas suffisamment reconnues dans leur travail (à des degrés variables).

Cette hiérarchisation peut impacter négativement la pratique de certains professionnels de santé, pouvant parfois aller à contresens de la prise en charge des soins des patients. De plus, les difficultés de communication entre la médecine de ville et hospitalière amplifient certains comportements (mépris, jugement de l'autre, "guerre d'ego") qui freinent les projets de coopération dont les acteurs de la santé essaient de mettre en place. Les acteurs sont aussi sujets à des formes de hiérarchies informelles débouchant sur des freins à la coopération.

Par conséquent, ces hiérarchies informelles révèlent une situation paradoxale puisque les professionnels de santé, qui sont interdépendants du fait de la nature de leur fonction, ne forment pas une coopération égalitaire qui permettrait non seulement une meilleure couverture des besoins de santé mais aussi d'avoir la reconnaissance dont ils expriment avoir besoin.

#### **4. Variance culturelle à l'échelle internationale**

Les pratiques médicales varient d'un territoire à un autre. C'est notamment le cas entre différents pays. En effet, des facteurs sociaux, institutionnels, politiques ou économiques impactent l'organisation territoriale et les pratiques médicales. Le facteur culturel affecte aussi fortement les comportements et pratiques des professionnels de santé. Ces facteurs ont comme conséquence de régir leur degré de capacité et/ou volonté de changer leurs pratiques et/ou de coopérer avec d'autres professions médicales.

Ainsi, les professionnels de santé, avec leur parcours étudiant et professionnel, s'adaptent à la culture médicale de leur pays et au contexte politico-social de leur territoire. Le Canada, l'Allemagne, la Suède et la Norvège nous ont paru intéressants par rapport aux pratiques culturelles de la France afin de comprendre comment ces variances culturelles peuvent révéler en quoi les pratiques médicales ne sont pas universelles et sont intrinsèquement liées à un contexte politico-culturel et territorial.

A titre d'exemple, c'est le cas sur le rôle des infirmiers et du champ de compétences qui leur est attribué. Dans les pays nordiques et anglo-saxons, les infirmiers ont davantage de compétences et de reconnaissance qu'en France. Elles ont en moyenne, plus d'autonomie dans l'exercice médicale de soins primaires. Il s'est donc davantage développé ce qu'on appelle du task shifting, c'est-à-dire "la redistribution rationnelle des tâches entre les équipes des personnels de santé.

L'organisation des médecins diverge également. En Norvège, les municipalités organisent les gardes en horaires atypiques des médecins généralistes afin de répondre aux demandes de soins urgents. Elle est encadrée par la régulation norvégienne. Dans les villes, des spécialistes prennent aussi part à ces gardes en horaires atypiques à la place des médecins généralistes.

La pratique de l'e-santé diverge aussi selon les pays. En Suède, le pays s'est donné comme ambition d'être l'objectif d'être le premier mondial en 2025, à travers son programme Vision for eHealth 2025. Une pluralité d'acteurs privés (KRY, Doctor 24 etc...) ont donc émergé et proposent des consultations en ligne disponibles en moins de 15 minutes, permettant ainsi d'obtenir un rendez-vous avec un médecin généraliste plus rapidement qu'en consultation physique. De plus, avec le développement de l'Intelligence Artificielle, le numérique devient un atout et se perfectionne en matière de diagnostic. Par exemple, l'hôpital de Vasterbotten a développé une application permettant de diagnostiquer des patients ayant une infection nosocomiale.

## **QUELS OBSTACLES AUX DYNAMIQUES DE COOPÉRATION?**

### **1. Freins à la coopération : un attachement à la liberté de l'exercice libéral**

L'aspiration à s'installer en libéral est souvent motivée par une volonté de liberté dans l'exercice de sa pratique. Nos terrains nous ont confirmé une forme de défiance à l'égard de l'Etat mais aussi des structures de coopération collectives de la part des médecins spécialistes. Les initiatives de regroupements peuvent être perçues comme des ingérences dans le mode de fonctionnement libéral, voire même comme une perte d'autonomie. Même quand ils sont intégrés à des structures de coopération, des freins apparaissent à l'implication des médecins spécialistes.

D'une part, l'intégration des acteurs hors médicaux tels que l'Agence Régionale de Santé dans la mise en place des projets peut être mal perçue par les médecins. L'intervention progressive des institutions est perçue comme une intrusion et une déformation de la structure pour laquelle ils s'étaient engagés. Ainsi, il se crée un décalage entre les attentes des professionnels et les objectifs portés par la structure en question. A terme, ces décalages entraînent un recul de l'implication des médecins dans les structures et, de fait, dans la coopération.

*« On est en train de recréer ou alors de vouloir créer par une entité, en fait une technostructure libérale de gestion libérale, une technostructure de gestion libérale sous couvert d'organisation territoriale. Et là, aujourd'hui, les libéraux dans le cadre des CPTS et tout et bien, ils ont besoin de retrouver du sens à leur rôle de soignants. » Sage Femme - F*

L'évocation d'une organisation techno-structurale de la médecine libérale insinue que l'intégration des institutions altère la prise en compte des enjeux identifiés sur le territoire par les soignants pour résoudre les questions techniques d'organisation des soins liées par exemple à un manque de personnel. La manière de "gérer" le libéral au sein des structures est aussi décriée par peur de voir se déporter dans le secteur libéral une gestion hospitalo-centrée. Dans leurs discours, les répondants reconnaissent les avantages de l'exercice coordonné et l'aide que peuvent apporter les différents dispositifs. Cependant, cette crainte de voir leur liberté réduite liée à l'intervention d'acteurs extérieurs les rendent plus réticents à l'idée.

### **2. L'URPS ML, un acteur structurant**

L'URPS ML est l'acteur tout indiqué pour faire le pont entre les institutions et les médecins puisque l'URPS ML est en lien étroit avec les ARS, tout en étant un syndicat composé exclusivement de médecins. Les professionnels déjà impliqués dans les dynamiques de coopération sont conscients de l'action des URPS et les ont reconnues comme des acteurs ressources, pouvant les aider à porter des projets ambitieux. Pourtant, il reste difficile pour l'URPS de toucher les professionnels de santé, ce qui résulte en une incompréhension de leurs actions, voire même un rejet de celles-ci. En effet, l'une des choses particulièrement criantes de notre étude, est le fait que les répondants en grande majorité ne connaissaient pas l'URPS ML.

*« On est tous obligés de cotiser pour les URPS, c'est financé par les cotisations des médecins libéraux. Je pense que ça c'est pas clair pour au moins la moitié voire plus. Des professionnels de santé ne savent même pas qu'ils cotisent et que c'est eux qui financent les URPS. »*

Spécialiste médecine physique - F

*« Autant le conseil de l'ordre c'est connu, de toute façon, on paye une cotisation et on est obligé d'adhérer à l'ordre des médecins pour pouvoir exercer. Donc les choses sont assez simples. Autant l'URPS. Euh. Les gens ne savent pas que ça existe en fait je pense. »*

Directrice médicale - F

On peut noter une certaine lassitude et une réaction très désabusée de ces acteurs vis-à-vis des syndicats. Cela est particulièrement prégnant dans le deuxième témoignage où la répondante ressent un certain « mépris » de la part des URPS vis-à-vis de son travail. Elle conclut son entretien en indiquant qu'elle n'est pas la seule à avoir cette opinion et cette vision négative du syndicat. Elle ne remet que peu en question l'intérêt de ses actions mais soulève la remarque qu'elle n'est pas sûre que ce soit les actions les plus adaptées et surtout, qu'elles seraient plus efficaces si les URPS diversifiaient les acteurs avec lesquels ils travaillaient.

Par conséquent, les répondants déjà impliqués dans les URPS connaissent et maîtrisent les nombreuses aides qu'elles proposent et, avec leur soutien, ils peuvent mettre en place des projets plus ambitieux que, sans elles, ils n'auraient pu réaliser. Néanmoins, ils ne sont qu'un petit nombre à pouvoir se reposer sur elles parce que très peu sont au courant de leurs actions. En effet, le problème majeur des URPS actuellement est leur manque de visibilité et d'identification auprès des corps médicaux. Ce n'est pas que les actions elles-mêmes sont mauvaises, mais c'est que le manque de communication et d'information rend les missions opaques et difficiles à appréhender pour les médecins qui ne s'intéressent pas à la question. Cette fracture mène certains répondants à percevoir l'URPS-ML CVDL comme refermée sur elle-même et déconnectée des besoins de certains territoires et acteurs.

### **3. Quelles pistes d'action envisagées ?**

A l'aune de notre travail, nous pouvons conclure que les structures de coopération fonctionnent, répondent à un besoin avéré des patients et des médecins, et sont en phase avec l'évolution de la culture médicale. Cependant, un manque d'information et une méconnaissance des dispositifs rendent la traduction de ces dynamiques dans la région

Centre-Val de Loire difficile et les URPS peinent à impulser un mouvement général. Pour pallier cela, nous proposons de revoir la stratégie de communication du syndicat. En effet, les répondants ont mentionné le fait que la communication par mails était très intéressante et bien réalisée, mais simplement que les professionnels n'avaient pas le temps. Le mail n'est plus un médium pertinent à l'heure actuelle parce que les médecins en reçoivent trop et que par conséquent, ceux provenant de l'URPS-ML CVDL se retrouvent noyés dans la masse. De plus, ils empêchent la création de relations informelles, qui sont selon les répondants le mode de communication le plus efficace pour monter et réaliser un projet. Cette présence trop numérique accentue l'impression d'une déconnexion entre l'URPS-ML CVDL et les besoins du territoire parce que, concrètement, les professionnels ne savent pas vers quelle personne exactement se tourner.

Cependant, il est difficile de nouer des relations informelles avec de nombreux professionnels lorsque ceux-ci ont peu de temps. Par conséquent, il faudrait renforcer la présence physique de l'URPS-ML CVDL lors de réunions avec des médecins en dehors des cercles syndiqués. Lorsque nous avons proposé aux répondants la possibilité pour l'URPS-ML CVDL de réaliser des réunions d'information sur leur travail, ceux-ci ont eu des réactions mitigées. En effet, les professionnels de santé sont difficilement mobilisables pour des sujets n'ayant pas un lien direct avec la médecine. Il y a réellement une focalisation de leur part sur l'aspect scientifique de ces disciplines plutôt que de les voir comme inscrites dans un système avec différentes facettes et différents acteurs. Ils ont donc émis des réticences, expliquant que sans un aspect scientifique fort, les médecins ne viendraient pas.

Par conséquent, l'URPS-ML CVDL devrait profiter de réunions médicales pour faire de brèves présentations de leur travail. Les répondants ont suggéré que 15 minutes devrait être le maximum pour ne pas trop empiéter sur le sujet initial de la discussion et créer de la frustration chez les personnes assistant à la réunion. Des séances d'explication plus longues sont envisageables pour les étudiants mais il faudrait une présence physique et il faudrait que ce soit réalisé avec le soutien des universités, pourquoi pas en offrant une compensation aux étudiants qui prendraient part.

### **Enseignements:**

Ce travail de recherche et de réflexion collective s'articule autour des attentes et besoins de l'URPS-ML CVL sur le sujet des logiques de coopération dans la pratique des professionnels de santé en région Centre-Val de Loire. Étant une union syndicale professionnelle, ce projet collectif a la particularité de s'adapter aux spécificités de cette instance tout en offrant une recherche académique sur la thématique étudiée.

Ce projet collectif a permis de faire apparaître les différentes dynamiques et rapports de force dans les logiques de coopération dans le domaine de la santé, ainsi que de comprendre la multiplicité des facteurs qui impactent ces logiques. Par conséquent, nous étions amenés à être en contact avec une diversité d'acteurs et de points de vue. Les entretiens et leurs analyses sont un moyen pour connaître de manière plus approfondie les ressentis des professionnels et acteurs de la santé face aux différentes formes d'actions et politiques de coopération.



Les résultats mettent aussi particulièrement en évidence comment le facteur humain et les outils de communication sont importants dans la nature des dynamiques de coopération. La méconnaissance d'autrui et l'image collective que cela peut parfois générer aboutissent sur des entraves au développement de projets et actions de coopération pourtant essentiels pour résoudre la problématique de la désertification médicale dans des territoires comme de la région du Centre-Val de Loire. Les résultats de ce travail confortent les hypothèses et pistes déjà entreprises par l'URPS-ML CVL face aux freins aux logiques de coopération, tout en apportant une dimension nouvelle à travers le prisme des entretiens.

Suite à notre recherche nous avons proposé plusieurs préconisations afin de faire évoluer les pratiques professionnelles dans le secteur de la santé. Cela s'articule notamment autour de l'amélioration et du renforcement de la communication et du dialogue entre professionnels et acteurs de santé. De plus, pour les instances de représentations comme l'URPS-ML CVL, il y a un enjeu de renforcer la visibilité de leurs actions et projets qui ciblent ces problématiques. Cela s'articule notamment autour du renforcement de la présence physique de l'instance à des réunions professionnelles et entre acteurs de la santé, de changer de méthode de communication en réduisant l'importance de la communication par email ainsi que d'accroître la visibilité de l'URPS vis-à-vis des étudiants en médecine.

#### **Pour en savoir plus:**

AICH P., FASSIN D., SALIBA J., 1994, « Crise, pouvoir et légitimité », in AICH, Fassin (dir) Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoirs et crise de légitimité, Paris, Anthropos, 9-43

BABINET, O., ISNARD BAGNIS, C. Les déserts médicaux en question(s). Presses de l'EHESP. 2021

DUMONTET, M., SAMSON, A et FRANC, C. « Comment les médecins choisissent-ils leur lieu d'exercice ? », *Revue française d'économie*, vol. xxxi, no. 4, 2016, pp. 221-267.