

SESSION 2022

AGRÉGATION
CONCOURS INTERNE ET CAER

Section
SCIENCES MÉDICO-SOCIALES

**Exploitation pédagogique d'un dossier
Scientifique et technique**

Durée : 6 heures

L'usage de tout ouvrage de référence, de tout dictionnaire et de tout matériel électronique (y compris la calculatrice) est rigoureusement interdit.

Si vous repérez ce qui vous semble être une erreur d'énoncé, vous devez le signaler très lisiblement sur votre copie, en proposer la correction et poursuivre l'épreuve en conséquence.

De même, si cela vous conduit à formuler une ou plusieurs hypothèses, vous devez la (ou les) mentionner explicitement.

NB : Conformément au principe d'anonymat, votre copie ne doit comporter aucun signe distinctif, tel que nom, signature, origine, etc. Si le travail qui vous est demandé consiste notamment en la rédaction d'un projet ou d'une note, vous devrez impérativement vous abstenir de la signer ou de l'identifier.

Tournez la page S.V.P.

Sujet

« En France, la controverse autour des déserts médicaux et le développement du travail en équipe dans de nouveaux modèles organisationnels (maisons de santé, communautés professionnelles territoriales de santé) ont largement contribué à promouvoir des initiatives d'exercice coordonné [...] ».

Bourgueil Yann, Ramond-Roquin Aline et Schweyer François-Xavier,
Les soins primaires en question(s), Presses de l'EHESP, 2021, 121 pages.

PREMIERE PARTIE

L'exercice coordonné pluriprofessionnel répond-il aux enjeux d'accès aux soins primaires dans les zones à faible densité médicale ?

DEUXIEME PARTIE

A partir du dossier scientifique et technique, élaborez une activité permettant l'évaluation des connaissances et méthodes acquises par les élèves de la série ST2S à un niveau du cycle terminal que vous préciserez.

Votre proposition comportera une explicitation des objectifs cognitifs et méthodologiques évalués et situera l'activité dans un processus d'apprentissage. Vous justifierez clairement vos choix.

Liste des annexes

N°	Documents, sources des extraits
1.	<p>Stratégie nationale de santé 2018-2022, axe 2 : lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé (extraits) Ministère des solidarités et de la santé, Stratégie nationale de santé 2018-2022, 2017, [en ligne], consulté le 2 novembre 2021, https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022</p>
2.	<p>Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : vers un modèle organisationnel des soins primaires Jihane Sebai, Fatima Yatim, Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire, in Revue française d'administration publique- 2017/4 (N° 164), pp. 887 à 902, [en ligne], consulté le 17 septembre 2021, https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2017-4-page-887.htm</p>
3.	<p>Les déserts médicaux en Île-de-France : constats et facteurs Catherine Mangeney, sous la direction d'Isabelle Grémy, Les déserts médicaux en Île-de-France, de quoi parle-t-on ? Quels leviers d'action ? Paris : Observatoire régional de santé Île-de-France, Mars 2018, [en ligne], consulté le 17 septembre 2021, https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/Etude_1490/ORS_deserts_medicaux_vf.pdf</p>
4.	<p>Les communautés professionnelles territoriales de santé : une organisation territoriale des soins Emilie Fauchier-Magnan - Véronique Wallon, Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, Appui à la DGOS, août 2018, [en ligne], consulté le 17 septembre 2021, https://www.igas.gouv.fr</p>
5.	<p>Organisation des soins et équipe de soins primaires Articles L1411-11 et L1411-11-1 du code la santé publique, [en ligne], consulté le 17 septembre 2021, https://www.legifrance.gouv.fr</p>
6.	<p>Territoires sous-dotés en médecins généralistes Blandine Legendre, En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6% de la population, Etudes et Résultats, n°1144, DREES, février 2020, [en ligne], consulté le 18 septembre 2021, https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/en-2018-les-territoires-sous-dotes-en-medecins-generalistes</p>
7.	<p>Accès aux soins et pratiques de recours - Étude sur le vécu des patients Loïcka Forzy, Lou Titli, Morgane Carpezat et Claire Verdier (ASDO), Accès aux soins et pratiques de recours - Étude sur le vécu des patients, Les dossiers de la DREES, n° 77, avril 2021, [en ligne], consulté le 17 septembre 2021, https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/acces-aux-soins-et-pratiques-de-recours-etude-sur-le-vecu-des</p>
8.	<p>Médecine : la délégation de compétences Babinet Olivier, Isnard-Bagnis Corinne, <i>Les déserts médicaux en question(s)</i>, Presses de l'EHESP, 2021, 141p.</p>
9.	<p>Organisation territoriale et réforme du financement des soins Assurance maladie, Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits d'Assurance maladie au titre de 2022 (loi du 13 août 2005) - « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance maladie pour 2022 » -, juillet 2021 [en ligne], consulté le 4 novembre 2021, https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-rapport-propositions-pour-2022-charges-produits</p>

ANNEXE 1. Stratégie nationale de santé 2018-2022, axe 2 : lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé (extraits)

Garantir l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire

Tous les territoires ne bénéficient pas du même niveau de couverture de leurs besoins.

En médecine générale, en 2013, l'accessibilité des 10 % des Français les mieux dotés est trois fois meilleure que celle des 10 % des Français les plus éloignés de l'offre. Les inégalités territoriales sont encore plus marquées pour l'accès aux professionnels paramédicaux et aux spécialistes hors médecine générale : ce rapport atteint 5 pour les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers, 6 pour les ophtalmologues, 14 pour les pédiatres, 19 pour les psychiatres. Les spécialistes sont en moyenne 3 fois moins nombreux en quartier prioritaire de la politique de la ville que dans les autres unités urbaines. Une action déterminée doit être entreprise pour garantir à chaque citoyen l'accès à des soins de qualité, quel que soit l'endroit où il vit. Il s'agit de définir une nouvelle organisation des soins, fondée sur l'accompagnement des dynamiques issues des territoires et le soutien à l'innovation.

C'est également un enjeu central des politiques menées par les collectivités territoriales en matière d'aménagement territorial et de soutien à l'attractivité dans les territoires.

Renforcer la présence médicale et soignante en fonction des besoins des territoires

Les tensions démographiques risquent de s'aggraver dans les prochaines années en raison de la diminution probable du nombre de médecins généralistes en exercice jusqu'en 2025 et du prochain départ à la retraite de générations de médecins.

Tous les leviers doivent être mobilisés pour accroître la présence de professionnels de santé dans les territoires et la disponibilité de leur temps médical. Ainsi, les tâches administratives comptent en moyenne pour 7 % du temps des médecins généralistes. Les efforts de coordination avec les autres professionnels de santé consomment également une part importante du temps de travail des professionnels.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Favoriser la diversification de l'exercice des professionnels entre libéral et salarié, entre les activités de soins, de prévention et de recherche, ainsi qu'entre ville, médico-social et hôpital et accroître les possibilités d'exercice multi sites et d'évolutivité des carrières professionnelles au cours du temps ;
- Favoriser un nouveau partage des tâches au sein des équipes de soins, fondée sur un rôle accru des professionnels non médecins, le déploiement de la pratique avancée et le développement de formes innovantes de coopération. [...]

Faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover

Pour remédier à ce problème complexe de disparité d'accessibilité à l'offre de santé, la solution ne peut venir d'une mesure unique, mais d'un ensemble d'outils innovants, souples et adaptables au niveau local. Ceci nécessite une structuration des soins primaires et leur articulation avec les spécialistes de recours, qu'ils exercent en ville ou en établissement de santé. Plus généralement, il s'agit de libérer les capacités des acteurs locaux de développer des projets adaptés aux caractéristiques des territoires.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Améliorer l'attractivité des territoires, en commençant par les plus fragiles, en intégrant l'organisation en matière de santé à une politique globale d'aménagement des territoires ;
- Développer des systèmes de transports efficaces desservant les services de santé [...].

Source : Ministère des solidarités et de la santé, Stratégie nationale de santé 2018-2022, 2017 [en ligne], consulté le 2 novembre 2021, <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>

ANNEXE 2. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : vers un modèle organisationnel des soins primaires

Dans un contexte de croissance des maladies chroniques et de crise de la démographie médicale en France (Czernichow, 2015), les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) apparaissent comme une réponse efficace aux nouveaux besoins en matière de santé (Bras, 2011). Comme leur équivalent au niveau international (*Medical home, Family health groups, Patient-Centered Medical Home, etc.*), les MSP se fondent sur des regroupements de professionnels de santé et sur des pratiques coordonnées et pluridisciplinaires ; ce qui les distingue des formes traditionnelles de l'exercice libéral dans le secteur des soins de premier recours (Kringos *et al.*, 2010). Le but de ces structures est double : améliorer la qualité des soins et maintenir une offre de santé suffisante sur les territoires ; tout en bonifiant les conditions d'exercice pour les professionnels (Evrard *et al.*, 2011). Aussi, l'enjeu à l'intérieur des MSP est-il de développer de nouvelles pratiques : en termes de délivrance des soins (accès, continuité, *etc.*) (Couffinhal *et al.*, 2005) ; en termes de logiques de soins (soins centrés sur le patient, prises en charge globales, partage de décision, *etc.*) (Baudier *et al.*, 2009) ; et en termes d'organisation du travail en équipe (délégation, concertation, coordination, *etc.*) (Luciano *et al.*, 2010). Toutefois, l'enjeu est également externe dans la mesure où il s'agit de favoriser des relations de coopération interprofessionnelle avec les autres structures sanitaires, médico-sociales et sociales, et de participer aux actions de santé publique en matière de prévention et d'éducation.

Pour l'ensemble de ces raisons, les MSP sont fortement encouragées par les pouvoirs publics, et les recommandations pour en guider la mise en place sont nombreuses (Baudier et Clément, 2009). Ces recommandations sont largement inspirées par une dynamique qui a marqué l'ensemble des systèmes de santé des pays développés pour aller dans le sens d'une intégration accrue où le secteur des soins de premier recours est appelé à jouer un rôle central. Les enjeux identifiés dans la littérature sont de diverses natures : sanitaires, sociaux, économiques, mais également organisationnels. En effet, comme le montrent les expérimentations menées au niveau international, ce sont les évolutions organisationnelles qui déterminent le succès de ce type de structures (Bras, 2011 ; Kilo et Wasson, 2010). Or, en France, le secteur des soins de premier recours présente de nombreuses spécificités professionnelles et institutionnelles qui tranchent par rapport au modèle organisationnel attendu : transversalité des prises en charge, personnalisation des parcours des usagers, équipes pluridisciplinaires, coordination et coopération interprofessionnelles, *etc.*

[...] Bien qu'elles soient hétérogènes, les MSP présentent des points communs qui les distinguent des formes d'organisation traditionnelle d'exercice dans le secteur des soins de premier recours. Les éléments du bilan proposé à travers cette analyse permettent en effet de mettre en avant un certain nombre d'évolutions qui répondent aux attentes des pouvoirs publics et des professionnels. L'interprofessionnalité des équipes et leurs tailles importantes laissent supposer un élargissement de l'offre de soins à la population pour faciliter une prise en charge globale (pratique d'actes médicaux, infirmiers et paramédicaux) (Czernichow, 2015). Ce constat est par ailleurs confirmé dans une étude de Mousqués (2015) qui montre que les MSP, ainsi que les autres formes d'exercice regroupé pluriprofessionnel, permettent une augmentation de la taille de la file active et du nombre des patients inscrits par médecin traitant. Les structures semblent en outre favoriser les partenariats avec l'environnement comme les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et les autres acteurs sanitaires (réseaux de santé, services sociaux de la municipalité, *etc.*) (Kringos *et al.*, 2010). [...]

Toutefois, malgré les avancées réalisées, nos données montrent aussi une dynamique qui s'écarte quelque peu des finalités visées par les pouvoirs publics. Qu'il s'agisse des zones d'implantation (faible implantation dans les zones prioritaires SROS et dans les zones urbaines

défavorisées en offre de soins), ou qu'il s'agisse de la faible pratique de l'éducation thérapeutique, les résultats semblent refléter davantage une dynamique propre aux professionnels qu'une réponse aux attentes des pouvoirs publics. Toutefois, c'est sur le plan organisationnel que l'écart par rapport au modèle organisationnel promu est grand. En effet, sur deux objectifs majeurs des MSP que sont la coordination et la coopération internes, nos résultats montrent un très faible niveau des pratiques innovantes favorisant le travail interprofessionnel et interdisciplinaire. Or, il s'agit là de deux conditions majeures pour faire exister une réelle dynamique collaborative centrée sur la prise en charge des patients ; et plus particulièrement lorsque cette prise en charge exige l'intervention de professionnels différents et nombreux (Huard et Schaller, 2010). Par ailleurs, ces constats sont à rapprocher avec d'autres caractéristiques organisationnelles relevées dans notre analyse : à savoir l'absence de systèmes d'information partagés informatisés, compte tenu du très faible pourcentage de structures qui en disposent ainsi que la faible mobilisation des nouveaux modes de financement. [...]

Aussi, la faible maturité organisationnelle peut s'inscrire naturellement dans une dynamique de croissance compte tenu du jeune âge des MSP et de la complexité des évolutions attendues, les explications peuvent également être d'une autre nature. En effet, comme le soulignent Huard et Schaller (2014), la logique politico-administrative qui sous-tend la promotion des MSP en France n'est pas celle de la majorité des professionnels de santé et de leurs organisations représentatives, même pour ceux qui en encouragent la création. Il peut ainsi exister une différence entre les besoins et les capacités des professionnels d'une part, et les attentes et les exigences des pouvoirs publics d'autre part. En outre, comme le souligne et l'analyse Fournier (2015), l'enjeu est également celui du passage d'une médecine libérale à une médecine libérale et sociale qui inscrit son action dans une logique de santé publique. Or, selon l'auteure, de cette divergence naît une tension forte entre, d'une part, une logique médicale portée par les professionnels, et qui s'adresse à une patientèle et à des demandes individuelles, et, d'autre part, une logique populationnelle standardisée et territorialisée, portée par les pouvoirs publics. D'autant qu'à cette tension qui sous-tend les relations avec les pouvoirs publics s'ajoutent des tensions à la fois internes aux structures et externes dans leurs relations avec les autres professionnels de santé. En effet, les structures de coordination des soins de premier de recours, en France comme ailleurs, se trouvent face à de nombreuses difficultés dont principalement celles liées à la coexistence de différentes professions autonomes, à l'attachement à la rémunération à l'acte, et à des difficultés de gouvernance (question de légitimité et d'autorité) (Ghorob et Bodenheimer, 2012). [...]

Le cheminement vers un nouveau modèle organisationnel des soins primaires, et de l'ensemble du système de santé français, implique par conséquent des évolutions structurelles majeures. [...] Qu'il s'agisse des systèmes d'information, de l'organisation du travail, des modes de rémunération et de financement, etc., l'ensemble de ces facteurs déterminent la mise en place du modèle organisationnel souhaité. Le passage d'un modèle à un autre ne peut se faire sans répondre aux prérequis nécessaires. Toutefois, les déterminants organisationnels sont aussi liés à des déterminants structurels qui impliquent des évolutions dépendantes de la volonté politique et des orientations prises par les pouvoirs publics. Parmi ces évolutions structurelles, on peut identifier la mise en place, au niveau national, d'un dossier patient partagé ; la mise en place d'un cadre réglementaire qui facilite les rapprochements entre les juridictions professionnelles (par exemple pour la délégation des compétences entre médecins et infirmiers) ; l'encouragement, le financement mais aussi l'encadrement des pratiques innovantes en matière d'usage des technologies (à l'image de la télémédecine). [...]

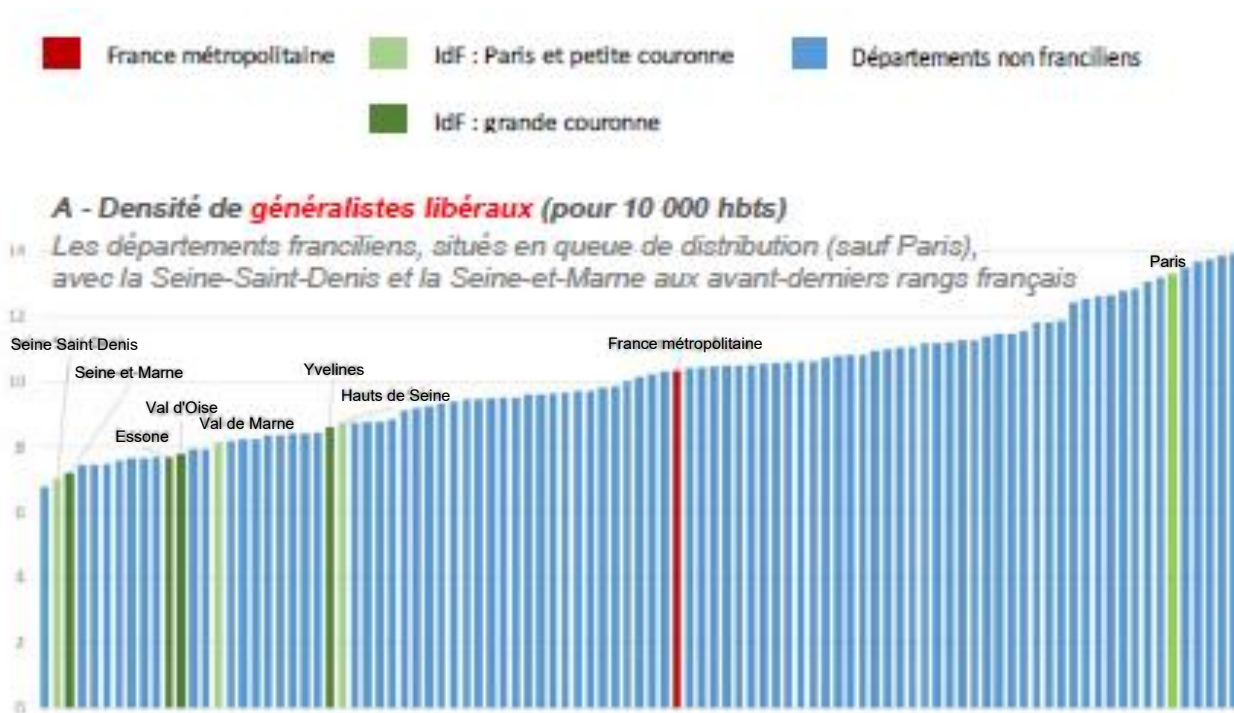
Source : Jihane Sebai, Fatima Yatim, Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire, in *Revue française d'administration publique*- 2017/4 (N° 164), pp. 887 à 902, [en ligne], consulté le 17 septembre 2021 <https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2017-4-page-887.htm>

ANNEXE 3. Les déserts médicaux en Île-de-France : constats et facteurs

[...] Loin des idées reçues d'un « éden francilien » ou d'un oasis francilien dans un désert français, les densités médicales et paramédicales montrent, qu'en ce qui concerne la médecine de ville libérale, la situation francilienne est loin d'être homogène d'un département à l'autre mais aussi d'une spécialité à l'autre. Si l'on classe l'ensemble des départements de France métropolitaine en fonction de leur densité médicale pour différentes spécialités libérales (Figure 1), il apparaît que les départements franciliens ne se positionnent pas tous et pas toujours dans le haut du classement.

[...] De fait, le département rural de la Seine-et-Marne et le département socialement défavorisé de la Seine-Saint-Denis apparaissent quasiment systématiquement en queue de distribution française ou francilienne : que ce soit pour les densités de généralistes, [...] pour les densités de spécialistes de premier recours, de dentistes ou d'infirmiers libéraux. Ces éléments laissent penser que les habitants de ces départements cumulent les inégalités d'accès à différents types de professionnels de santé libéraux, plaidant pour une définition de « déserts » médicaux qui seraient pluri-professionnels. A noter également la situation particulièrement déficitaire pour l'ensemble des départements franciliens, en ce qui concerne les infirmiers libéraux.

Figure 1. Densités de professionnels de santé libéraux dans les départements français en 2016



Source : RPPS et ADELI pour les paramédicaux – Drees- Fnors – 2016, traitements ORS Île-de-France

[...] Pour expliquer ce phénomène, il convient de mettre en regard la géographie sociale et morphologique francilienne et les aspirations des médecins. En effet, ces derniers expriment le souhait, comme le reste de la société française, d'une meilleure conciliation entre carrière professionnelle et épanouissement personnel qu'ils envisagent dans un cadre de vie de qualité pour eux-mêmes mais aussi pour leur conjoint (accès à l'emploi, aux loisirs, à la culture, à un cadre de vie agréable et sécurisé) et leurs enfants (accès à des équipements scolaires, sportifs et culturels de qualité notamment) [Urcam, 2002 ; URML, 2003 ; Sawaya, Bouillot, 2013]. [...]

Figure 2. Attraits et freins à l'installation dans les territoires ruraux et banlieues défavorisées

	ATTRAITES	FREINS
Territoires ruraux	<ul style="list-style-type: none"> - Attrait du cadre de vie et qualité de vie personnelle (nature, logement,...) - Qualité des relations humaines avec les patients - Diversité de l'exercice liée à l'absence ou l'éloignement de l'offre spécialisée 	<ul style="list-style-type: none"> - Isolement professionnel (notamment absence de plateau technique et autres spécialités et professionnels de santé) - Difficulté pour le conjoint de trouver un emploi - Charge de travail trop importante, visites à domicile et permanence des soins contraignante - Manque d'activités et de loisirs pour la famille
Banlieues défavorisées	<ul style="list-style-type: none"> - Utilité sociale - Aides financières et revenus plus élevés 	<ul style="list-style-type: none"> - Environnement de travail moins agréable - Insécurité - Charge de travail trop importante - Exercice de la médecine plus difficile : problèmes sociaux, relations parfois difficiles avec les patients - Barrière culturelle
<ul style="list-style-type: none"> - 55 % des internes en médecine générale seraient prêts à exercer en zone rurale. 37 % des internes en médecine générale seraient prêts à exercer en banlieues défavorisées. - 19 % des médecins déjà installés depuis moins de cinq ans en zone convenablement dotée seraient prêts à exercer en zone rurale ou en banlieues défavorisées 		

Source : Enquête sur l'impact des politiques publiques visant à inciter les jeunes médecins à l'exercice dans les zones « délaissées », enquête BVA commanditée par le ministère en charge de la santé, octobre 2010/ cf. annexe 2

In : Jerber, 2015

[...] Outre l'impact sur l'état de santé des populations [Vigneron, 2011] et la qualité de vie des médecins eux-mêmes, la dégradation de l'accessibilité à l'offre de soins de proximité a également des conséquences sur l'ensemble de la chaîne de soins ainsi que sur les dépenses générales du système (engorgement des urgences, prévention en berne, patients pris en charge plus tardivement et nécessitant des soins plus complexes et donc plus onéreux ...).

Si le caractère fondamental des enjeux semble faire consensus, les éléments de diagnostic et les mesures correctrices à mettre en œuvre font l'objet de profonds débats. [...]

Source : Catherine Mangeney, sous la direction d'Isabelle Grémy, Les déserts médicaux en Île-de-France, de quoi parle-t-on ? Quels leviers d'action ?, Paris : Observatoire régional de santé Île-de-France, Mars 2018, [en ligne], consulté le 17 septembre 2021, https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/Etude_1490/ORS_deserts_medicaux_vf.pdf

ANNEXE 4. Les communautés professionnelles territoriales de santé : une organisation territoriale des soins

Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), créées par la loi du 26 janvier 2016, sont l'association de professionnels de santé du premier et du second recours, et d'acteurs sociaux et médico-sociaux, sur la base d'un projet de santé, pour une meilleure organisation des parcours des patients. Elles doivent aussi permettre d'améliorer l'exercice des professionnels de santé de ville médecins, infirmiers, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, orthophonistes, pédicures-podologues, sages-femmes ou encore orthoptistes, qu'ils exercent en libéral, sous statut salarié en dehors de l'hôpital, ou sous un statut mixte (libéral et hospitalier). [...]

Les CPTS ont été créées pour transformer les logiques de prise en charge médicale des patients et des populations. Une telle transformation est nécessaire et urgente :

- pour permettre le maintien ou le retour à domicile et les soins en ambulatoire, plutôt qu'à l'hôpital ou en établissement ;
- pour adapter la prise en charge médicale au développement du caractère chronique de nombreuses pathologies, dans un système de santé conçu pour traiter des épisodes de soins aigus et spécialisés ;
- pour retrouver du temps médical au sein de l'exercice ambulatoire et de l'attractivité pour la profession de médecin de ville.

Aujourd'hui, la clé de cette transformation, équivalente à celle du milieu du XX^{ème} siècle qui a révolutionné l'hôpital, repose sur la capacité de la médecine de ville à prendre en charge de manière organisée patients et populations. Des évolutions sont déjà engagées avec l'extension de l'exercice en cabinet de groupe et le développement des maisons de santé pluri professionnelles (MSP) par rapport à l'exercice libéral en cabinet isolé, de moins en moins attractif pour les jeunes médecins. Mais elles concernent encore un nombre de professionnels trop réduit, et leur rythme est insuffisant pour répondre à l'urgence de la transformation.

Il s'agit donc de basculer vers un exercice médical différent, avec une forme nouvelle d'exercice coordonné de la médecine de ville, juridiquement moins intégrée que les centres de santé ou les MSP, et respectant les équilibres historiques entre médecine libérale et médecine salariée. Pour les patients, elle doit, en respectant leur libre choix, constituer une garantie d'accès aux soins, de fluidité de leur parcours, et de prise en compte par les professionnels de santé de missions actuellement insuffisamment développées, telles le dépistage ou l'éducation thérapeutique.

Depuis la création des CPTS [...], le soutien public à leur émergence a été très modeste. La loi ne prévoit pas de texte d'application, et aucun texte n'a encadré ou soutenu le développement des CPTS, à l'exception d'une instruction peu précise et peu incitative en décembre 2016. Les Agences régionales de santé (ARS), à quelques exceptions près, se sont peu saisies du sujet et n'ont pas organisé de politiques actives de soutien à l'émergence des CPTS. Le soutien financier à l'exercice en CPTS est resté très modeste, que ce soit au niveau national (levier conventionnel) ou régional (fonds d'intervention régional). Le développement des CPTS a donc été très largement laissé à l'initiative des acteurs de terrain. Dans ce contexte, les deux cents projets recensés peuvent être considérés comme témoignant d'une réelle mobilisation des professionnels de santé. [...]

L'article 65 de la loi¹ créant les CPTS prévoit :

- un objectif de nature générique : « Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action [...] et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé [...], des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé » ;
- un principe de composition : « La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours [...] et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé » ;
- une obligation : « Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé. Le projet de santé précise en particulier le territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé » ;
- une disposition de précaution : « A défaut d'initiative des professionnels, l'agence régionale de santé prend, en concertation avec les unions régionales des professionnels de santé et les représentants des centres de santé, les initiatives nécessaires à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé ».

[...] La présence de maisons de santé pluri professionnelles sur un territoire est de fait un élément facilitateur et structurant pour l'émergence de CPTS. Elles fonctionnent déjà le plus souvent dans une logique interprofessionnelle, et leur organisation opérationnelle facilite la continuité des soins et la prise en charge des soins non programmés. Assez naturellement, certaines dépassent le champ de leur patientèle pour s'adresser aux besoins de santé de l'ensemble du territoire, en associant les autres acteurs de santé, et notamment les professionnels « isolés ». [...]

De manière pragmatique, le ou les porteurs de projet cherchent d'abord à résoudre un problème opérationnel – démographie médicale, sujet de santé publique, lien ville-hôpital ou organisation des soins non programmés notamment.

La CPTS de Yenne² (10 000 habitants) par exemple a ainsi initié le travail en équipe interprofessionnelle par des thématiques de santé publique (prévention de l'obésité, troubles de déficit d'attention pour les enfants) et d'éducation thérapeutique. La thématique de l'organisation des soins non programmés est aussi un bon sujet de mobilisation des professionnels de santé autour d'un projet commun.

Le ou les porteurs de projet élargissent généralement ensuite leur perspective par une approche populationnelle, et s'attachent à élargir le champ thématique et le nombre de professionnels mobilisables autour du projet. Ils développent des outils « à leur main » et s'appuient sur les ressources existant par ailleurs (temps de coordination de MSP ou de réseau), selon des organisations juridiques ou administratives très légères. Ce pragmatisme et leur dynamisme leur permettent de conduire la phase de conception du projet, mais – ils en sont généralement conscients – ne suffisent pas à structurer de manière professionnalisée et durable un projet de territoire. [...]

Source : Emilie FAUCHIER-MAGNAN - Véronique WALLON, Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, Appui à la DGOS, août 2018, [en ligne], consulté le 17 septembre 2021, <https://www.igas.gouv.fr>

¹ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

² Région Auvergne-Rhône-Alpes département de la Savoie.

Article L1411-11 du code la santé publique, modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 :

L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé conformément au schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-2.

Ces soins comprennent :

- 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- 4° L'éducation pour la santé.

Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

Article L1411-11-1 du code la santé publique, modifié par la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 :

« Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé.

L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Une équipe de soins spécialisés est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités hors médecine générale, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, dont les équipes de soins primaires, sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent entre eux.

L'équipe de soins spécialisés contribue avec les acteurs des soins de premier recours à la structuration des parcours de santé.

Source : Code de la santé publique, [en ligne], consulté le 17 septembre 2021, https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc

Annexe 6. Territoires sous-dotés en médecins généralistes.

En 2018, les Français ont accès, en moyenne, à 3,93 consultations par an par habitant (C/an/hab) chez un médecin généraliste, libéral ou salarié d'un centre de santé, exerçant dans une commune à moins de 20 minutes en voiture de leur lieu de résidence. Ce nombre de consultations par an et par habitant, appelé indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) [encadré 1], permet de rendre compte de l'accessibilité de la population aux médecins généralistes.

Mesuré au niveau communal, l'APL moyen aux médecins généralistes se dégrade de 3,3 % entre 2015 et 2018. En 2015, les Français pouvaient en effet se rendre en moyenne à 4,06 consultations par an. L'accessibilité se réduit sur l'ensemble du territoire, mais de manière plus prononcée dans les communes les moins bien dotées en médecins généralistes. L'accessibilité des 10 % de la population les mieux lotis baisse en effet deux fois moins que celle des 10 % les moins bien lotis. Les inégalités territoriales se creusent ainsi par le bas : si, en 2015, les 10 % les mieux dotés avaient accès à 2,17 fois plus de consultations que les 10 % les moins bien dotés (rapport inter-décile), en 2018, ils ont accès à 2,24 fois plus de consultations. [...]

ENCADRE 1 : L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il permet de mesurer à la fois la proximité et la disponibilité des professionnels de santé [...]. Calculé au niveau de la commune, il tient compte de l'offre et de la demande issues des communes environnantes, de façon décroissante avec la distance. Il intègre en outre une estimation du niveau d'activité des professionnels en exercice, sur la base des observations passées, ainsi que des besoins des soins de la population locale, en fonction des consommations de soins moyennes observées par tranches d'âge.

L'APL est un indicateur paramétrable (mode de prise en compte de l'activité des médecins, estimation des besoins de soins et profil de la décroissance et de l'accessibilité avec la distance). [...]

Pour mesurer la sous-densité médicale, l'unité géographique d'analyse et la borne d'accessibilité en deçà de laquelle un territoire est considéré comme sous-dense doivent être définies au préalable (encadré 2). [...]

ENCADRE 2 : la sous-densité se mesure à l'échelle du territoire de vie-santé

Le « territoire de vie-santé » est un agrégat de communes autour d'un pôle d'équipements et de services, constitué selon une logique proche du découpage en « bassins de vie » de l'Insee. Ce découpage vise à délimiter le territoire le plus resserré possible au sein duquel les habitants ont accès aux équipements et services considérés comme les plus courants. Chaque commune appartient à un et à un seul territoire de vie-santé (1). Ce découpage s'affranchit des délimitations administratives : des communes appartenant à des régions ou à des départements différents peuvent ainsi appartenir à un même territoire de vie-santé. Le territoire de vie-santé est l'unité géographique de référence utilisée dans les politiques incitatives à l'installation en zone sous-dense (par exemple, pour le zonage médecin). [...]

(1) Une seule exception concerne les arrondissements de Paris, de Lyon et de Marseille, qui constituent des territoires de vie-santé à part entière.

La sous-densité médicale s'étend à partir de zones déjà sous-denses.

[...] Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 C/an/hab. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 C/an/hab et il est considéré doté si son APL excède 4 C/an/hab³.

Sur les 2 823 territoires de vie-santé français (hors Mayotte), environ la moitié sont des « zones demeurant moyennement dotées ». Leur accessibilité se détériore toutefois (-3,9 % en moyenne entre ces deux dates, pour atteindre 3,2 C/an/hab au niveau agrégé en 2018) en raison d'une baisse moyenne du nombre de médecins de 1,5 % combinée à une croissance démographique moyenne de 1,0 %. [...]

150 « zones demeurant sous-dotées » avaient un APL inférieur à 2,5 C/an/hab en 2015 et sont toujours sous-dotées en 2018 (2,0 C/an/hab en moyenne en 2018). Ces territoires sont concentrés dans le centre de la France et dans certains départements d'outre-mer. L'accessibilité y baisse de 2,3 %, encore une fois à cause d'une inadéquation croissante entre l'offre et la demande de soins, avec une baisse moyenne du nombre de médecins dans ces territoires de 2,8 % et d'une croissance démographique de 1,3 %.

Enfin, dans les 94 « zones devenues sous-dotées », l'APL diminue sous le seuil des 2,5 C/an/hab entre 2015 et 2018. Ces territoires sont notamment situés en Normandie et dans le centre de la France, dans les espaces frontaliers ou proches de territoires déjà sous-denses. La dégradation de l'APL y est plus forte en moyenne que les autres territoires (-17,1% durant la période, pour atteindre 2,4 C/an/hab en moyenne en 2018), en raison d'une baisse particulièrement importante du nombre de médecins (-17,4%). Par rapport aux autres types de territoires, l'effet d'accroissement des besoins en soins est pourtant plus modéré, avec une croissance démographique de 0,4% seulement. [...]

Les zones demeurant sous-denses et, dans une moindre mesure, celles qui le sont devenues, sont moins bien équipées que la moyenne, que ce soit en matière de commerces, d'établissements scolaires ou d'équipements sportifs et culturels. La densité de médecins spécialistes autres que les généralistes et de professionnels paramédicaux y est également plus faible qu'ailleurs. Les zones devenues sous-denses se distinguent par une croissance démographique particulièrement faible, ce qui peut s'interpréter comme une faible attractivité de ces territoires. Ce sont également des zones peu densément peuplées. La température y est en moyenne plus basse que dans les autres zones. Les zones qui étaient déjà sous-dotées en 2015 sont plus souvent isolées géographiquement et relativement moins nombreuses à comporter une gare ferroviaire sur leur territoire. Les habitants des communes rurales, qu'elles soient hors aire urbaine ou périphérique d'un grand pôle, sont surreprésentés dans ces deux types de zone, mais on y trouve aussi certaines banlieues parisiennes. [...]

Source : Blandine Legendre, En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6% de la population, Etudes et Résultats, n°1144, DREES, février 2020, [en ligne], consulté le 18 septembre 2021, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/en-2018-les-territoires-sous-dotes-en-medecins-generalistes>

³ La borne supérieure à 4 C/an/hab définit les territoires suffisamment dotés pour ne plus être éligibles aux aides de l'Etat ou de l'assurance-maladie dans le zonage médecin (toutefois, l'APL utilisé dans le zonage exclut les professionnels âgés de plus de 65 ans)

Cette étude propose un éclairage qualitatif sur les logiques de recours aux soins des patients, à partir de 25 entretiens sociologiques réalisés entre janvier et avril 2019 sur trois territoires urbains ayant une accessibilité aux médecins généralistes légèrement inférieure à la moyenne nationale. Elle articule une approche spatiale de leurs pratiques de soins avec d'autres dimensions entrant en jeu dans l'organisation concrète des consultations de professionnels de santé. L'objectif était de comprendre comment la variable spatiale joue concrètement dans les logiques de choix des professionnels et dans l'organisation des pratiques de soins, mais également d'identifier quels autres facteurs peuvent apparaître comme des facilitateurs ou, à l'inverse, comme des freins dans l'accès aux soins. Pour cela, l'étude se penche sur l'organisation concrète, sur le plan spatial et temporel, des pratiques de soins, en les situant dans des emplois du temps « ordinaires » et quotidiens.

[...] Les récits des enquêtés quant à leur vécu de l'accès aux soins frappent [en premier lieu] par des dissonances entre un discours « général » sur l'offre de soins sur leur territoire et leurs expériences individuelles en la matière. Bien que leur propre vécu de l'accès aux soins puisse fortement différer, tous les enquêtés s'accordent sur l'idée d'un manque de professionnels de santé dans leur commune de résidence et de difficultés plus marquées que par le passé. Beaucoup d'entre eux partagent le sentiment d'être dans une situation relativement « privilégiée » au regard des difficultés qu'ils prêtent de manière générale aux habitants de leur ville.

[...] Le second élément récurrent dans les entretiens tient au sentiment partagé que la problématique liée à un manque d'offre a émergé au cours des dernières années : ainsi, l'accès aux soins est perçu comme se dégradant au fil du temps et devenant de plus en plus difficile. Beaucoup considèrent qu'ils ont eu la chance de s'installer dans leur commune de résidence à un moment où trouver un médecin ne posait pas de difficultés particulières, alors que ce ne serait plus le cas aujourd'hui. [...]

Si les enquêtés de notre panel partagent le sentiment d'un manque de professionnels de santé sur leur territoire, il est intéressant de noter que ce ressenti des difficultés ne s'exprime pas tant en termes de distance qu'à travers d'autres manifestations. L'analyse des entretiens montre que le prisme géographique n'est en réalité que très rarement présent dans les discours relatifs aux difficultés d'accès aux soins. Celles-ci sont en revanche beaucoup plus souvent pointées au travers de trois phénomènes.

En premier lieu, les délais d'obtention des rendez-vous médicaux – en particulier lorsqu'il s'agit de spécialistes – sont le motif le plus fréquent d'insatisfaction parmi les enquêtés. L'importance du temps d'attente comme facteur de difficultés d'accès aux soins a déjà été relevée dans d'autres travaux⁴. Il s'agit, pour les enquêtés, de la manifestation la plus concrète de la pénurie de professionnels de santé qu'ils prêtent à leur territoire. Cela semble être un motif de report – voire de renoncement ? – aux soins beaucoup plus répandu que d'autres facteurs, comme la distance géographique. Les longs délais d'obtention d'un rendez-vous sont souvent perçus comme particulièrement décourageants et s'avèrent très inadaptés par rapport aux logiques de recours aux soins d'un certain nombre d'enquêtés – qui consultent surtout « en urgence » et ont du mal à s'inscrire dans une logique d'anticipation [...].

⁴ Nguyen-Khac Apolline, « Mesures de l'accès aux soins : l'apport d'enquêtes sur les pratiques et perceptions des patients », *Revue française des affaires sociales*, 2017.

La seconde manifestation du manque de professionnels souvent citée par les enquêtés renvoie aux refus de patientèle, auxquels ils ont pu être confrontés directement ou indirectement, via leur entourage. Ces refus de patientèle font référence aux situations dans lesquelles les professionnels acceptent de recevoir un patient pour une consultation, mais refusent de l'inscrire à terme dans leur « fichier » de patients réguliers. Il s'agit d'un type de difficulté vécu comme particulièrement problématique, car cela se traduit pour les enquêtés par une réduction des possibilités de choix des professionnels (qui pourrait amener, à leurs yeux, à une qualité de prise en charge moindre). Ces refus de patientèle peuvent en effet induire un choix « par défaut » du professionnel de santé : certains des enquêtés ne s'estiment pas tout à fait satisfaits de leur médecin généraliste, mais considèrent qu'il serait de toute façon trop complexe d'en changer. L'autre cas de figure rencontré chez plusieurs enquêtés renvoie à des situations de « nomadisme » contraint : les enquêtés ne parvenant pas à trouver de professionnel de santé les acceptant dans la durée, ils sont amenés à en consulter plusieurs, ce qui peut être perçu comme moins « sécurisant » (manque de continuité dans le suivi, etc.).

[...] Enfin, la troisième forme principale d'expression de ces difficultés tient aux transformations dans la relation au médecin, évolutions regrettées par une partie importante des enquêtés. Nombre d'entre eux citent le raccourcissement des durées de consultation et y voient une manifestation criante du manque de professionnels. Face à la hausse du nombre de patients, les médecins seraient contraints de resserrer davantage le temps sur lequel ils reçoivent les patients, ce qui aurait des incidences sur la qualité de la relation patient-médecin : moins de possibilités d'échanges et un rapport plus « instrumental » à la consultation. [...]

[...] Quelques enquêtés n'expriment pas un ressenti aigu des difficultés alors même qu'ils ont pu évoquer au cours de l'entretien des entraves réelles. Ils n'ont en fait pas vraiment conscience de renoncer à des soins ou de les reporter. Cela tient d'abord à une appréhension moins vive de leurs besoins : ne pas avoir de suivi gynécologique, ne pas consulter un dentiste ni un ophtalmologue pendant plusieurs années ou différer une consultation sont autant de pratiques qui ne sont pas nécessairement considérées comme problématiques. Mais ces formes « masquées » de report ou de renoncement sont aussi en lien avec la valorisation, chez ces enquêtés, de leur capacité à « se débrouiller » eux-mêmes et à ne pas peser sur « le système ». [...]

Ces formes « masquées » de renoncement sont dues à la perception d'une responsabilité individuelle, plus que d'une responsabilité collective. Si les enquêtés reportent leurs soins, c'est, selon eux, avant tout de leur propre fait. Les facteurs pouvant amener à un report ou renoncement aux soins sont multiples et, souvent, se cumulent : distance du professionnel de santé, délai de prise de rendez-vous, manque de temps, appréhension du soin en lui-même (un soin jugé moins « vital »), mauvaise entente avec le professionnel, etc. Or ces difficultés, que l'on peut qualifier d'« exogènes » et qui contribuent largement au report de soins, sont souvent intériorisées, les enquêtés présentant l'abandon de soins comme une responsabilité de leur part (« je n'ai pas pris le temps », « je n'ai pas réussi à m'organiser »). Beaucoup de ces enquêtés se perçoivent – parfois à demi-mots – comme de « mauvais patients ». Cette intériorisation de contraintes exogènes contribue de fait à la perception d'un accès aux soins non difficile, puisqu'ils s'attribuent la responsabilité d'un parcours de soins intermittent et de consultations insuffisantes au regard des normes en matière de suivi. [...]

Source : Loïcka Forzy, Lou Titli, Morgane Carpezat et Claire Verdier (ASDO),
Accès aux soins et pratiques de recours - Étude sur le vécu des patients,
Les dossiers de la DREES, n° 77, avril 2021, [en ligne], consulté le 17 septembre 2021,
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/acces-aux-soins-et-pratiques-de-recours-etude-sur-le-vecu-des>

Délégation de compétences

Une [...] piste pour compenser la présence insuffisante du corps des médecins sur un territoire consiste à confier aux autres professionnels du soin (infirmiers, pharmaciens, orthoptistes, opticiens, manipulateurs en radiologie...) – qui eux montrent une démographie positive – des tâches qui sont normalement dévolues aux seuls médecins. L'extension des délégations de tâches, que certains préfèrent appeler délégations ou partages de compétences, est l'un des remèdes majeurs aux maux actuels du système de santé. [...]

Pour gagner du temps médical, la loi HPST⁵ autorise les « coopérations entre professionnels de santé », c'est-à-dire un protocole entre professionnels, accepté par l'ARS, pour la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins. Par la délégation de tâches, un médecin transfère ainsi des actes techniques ou cliniques, mais il en garde la maîtrise, en particulier en termes de responsabilité juridique. D'une portée plus importante, ces protocoles de coopération autonomisent l'auxiliaire médical et lui confèrent juridiquement la possibilité de pratiquer certains actes sous sa propre responsabilité.

Cette innovation peut d'ores et déjà se prévaloir de belles réussites : le protocole de coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes, le suivi global de patients chroniques par les infirmières dans le cadre de l'Association de santé libérale en équipe (Asalée) ou encore le statut de « pharmacien correspondant » qui lui confie le suivi et l'ajustement du traitement de patients chroniques.

Au sein de la médecine libérale, contre toute attente, les délégations de tâches se sont remarquablement bien déployées dans certaines spécialités et suscitent de fortes résistances dans d'autres.

La délégation de compétences en pratique

[...] La délégation de compétences n'a [...] pas pris auprès des infirmiers libéraux pour plusieurs raisons : absence de rémunération supplémentaire, exercice d'une nouvelle compétence sans reconnaissance statutaire...

Les protocoles adoptés sont principalement mis en œuvre dans les établissements de santé, où les professionnels de santé sont salariés et non payés à l'acte. Pourtant, à l'hôpital comme en libéral, les infirmières disposent d'un atout majeur : leur proximité avec le patient.

Une chose est certaine : les Français sont mûrs. Ils plébiscitent les délégations de tâches aux infirmiers⁶. 82% des Français interrogés se disent prêts à ce qu'un infirmier ayant reçu une formation adéquate puisse prescrire des analyses et traitement médicaux courants, des radiographies, voire des soins impliquant des « petits gestes chirurgicaux » (sans confirmation d'un médecin). [...]

⁵ Article 51 de la loi Bachelot du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST)

⁶ Enquête CHAM/IPSOS, la gouvernance sanitaire vue par les Européens ». Echantillons nationaux représentatifs de 200 personnes âgées de 18 ans et plus dans 5 pays européens (France, Allemagne, Italie, Suède et Portugal), obtenus selon la méthode des quotas, septembre 2019.

Les infirmiers en pratique avancée (IPA)

Il faut citer un cas particulier de délégation de compétences : l'émergence d'un nouveau métier, l'infirmier en pratique avancée (IPA), « super infirmier » formé, par délégation de tâches, à des actes jusqu'ici réservés aux médecins. Ce nouveau métier a été créé en 2018⁷. Une formation spécifique de deux ans lui est dédiée conférant un diplôme d'Etat d'IPA et un grade master. A terme, il devrait concerner 3% à 10% des infirmiers.

Les IPA sont des infirmiers en capacité de réaliser des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage, des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique, des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examen complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.

La mise en œuvre de la formation des IPA ne concerne actuellement que quatre domaines pathologiques :

- pathologies chroniques stabilisées, prévention et polyopathologies courantes en soins primaires ;
- oncologie et hématologie ;
- maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale ;
- psychiatrie et santé mentale.

[...]

Source : Babinet Olivier, Isnard-Bagnis Corinne, *Les déserts médicaux en question(s)*, Presses de l'EHESP, 2021, 141p.

⁷ Décret n°2018-629 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée

[...] Le renforcement de l'exercice coordonné, sous ses différentes formes et ses différentes modalités, est au coeur des évolutions de la structuration des soins primaires. Autour d'un premier noyau de coordination habituellement composé du trio « médecin généraliste/infirmier/pharmacien », les besoins de prise en charge des patients nécessitent d'étendre la coordination à d'autres catégories de professionnels de santé – médecins spécialistes, kinésithérapeutes, orthophonistes, sages-femmes et dans certain cas les professionnels du médico-social et du social – afin d'assurer une prise en charge des patients dans toutes ses dimensions.

Si l'exercice coordonné – dans le sens où les professionnels travaillent ensemble – et l'exercice regroupé – dans le sens où les professionnels travaillent à côté ou dans la même structure – sont liés, ils ne sont pas forcément synonymes et des organisations se forment « sans murs », pour assurer des niveaux de coordination plus larges (au niveau de territoire, comme les CPTS) ou plus souples (*via* des équipes de soins, comme les équipes de soins primaires – ESP – ou spécialisés – ESS).

De nouvelles formes d'exercice regroupé se sont affirmées ou ont émergé récemment, telles que les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou encore les CPTS. En juillet 2020, on recensait plus de 1 600 MSP en fonctionnement et plus de 500 CPTS en cours de déploiement. Les politiques publiques encouragent très fortement l'exercice coordonné et ambitionnent d'en faire le mode d'exercice de référence par rapport à l'exercice isolé. L'Assurance Maladie accompagne cette évolution de longue date. [...]

Fondé sur une démarche collective, l'exercice coordonné est le vecteur d'une meilleure organisation des soins. Ces organisations sont moins centrées sur les soins curatifs et plus sur la prévention et la promotion de la santé. Elles favorisent aussi des prises en charge plus globales, en équipe pluridisciplinaire, la délégation des tâches et un meilleur suivi du patient. Les équipes envisagent leur intervention non comme une succession d'actes individuels monoprofessionnels, mais comme une intervention globale pensée comme telle, répondant aux besoins du patient et reposant sur la synergie de leurs compétences propres.

À une maille territoriale, cette meilleure organisation favorise la coordination entre la ville et l'hôpital ou les structures médico-sociales, à travers les échanges et la contractualisation entre les établissements et l'ambulatorio. La CPTS peut ainsi devenir un interlocuteur légitime pour les établissements de santé et permettre d'organiser hospitalisations en accès direct, sortie d'hospitalisation, réponse aux soins non programmés, suivi des maladies chroniques à l'échelle d'un territoire. De même, une organisation coordonnée au niveau d'un territoire est plus à même de contractualiser avec les établissements médico-sociaux pour assurer par exemple la prise en charge des résidents par des équipes pluriprofessionnelles, plutôt que des professionnels isolés. [...]

L'exercice coordonné constitue un cadre propice à une organisation plus respectueuse du temps des professionnels, à travers une organisation plus efficiente et pertinente, permettant de mutualiser certaines ressources médicales ou administratives autour de fonctions difficiles à déployer sur des exercices individuels, comme les démarches qualité ou la coordination avec les autres acteurs du territoire. L'exercice coordonné, notamment en structure, est ainsi un cadre privilégié pour intégrer de nouveaux métiers, comme les coordinateurs, les infirmiers en pratique avancée (IPA), les médiateurs en santé ou les assistants médicaux, et de nouvelles professions, notamment non conventionnées comme les psychologues. Ces nouveaux métiers trouvent souvent leur pleine expression à travers des modes de financement plus diversifiés,

pouvant reposer sur des forfaits ou la prise en compte des résultats des soins, moins centrés sur l'acte. [...]

Les structures coordonnées constituent en outre plus facilement des terrains de stages de formation pour les professionnels de santé, faisant ainsi connaître l'exercice libéral et favorisant l'installation de nouveaux professionnels.

Un système qui a largement évolué

[...] Ces formes de regroupement et de coordination se traduisent par des formes de partage/collaboration qui peuvent aller d'une simple mutualisation des locaux, du secrétariat, etc. au partage des connaissances, des expertises et, dans les cas des organisations les plus intégrées, à de véritables projets de santé portés par les professionnels exerçant dans ces structures ou participant à ces organisations.

Le développement de la coordination s'appuie sur des cadres conventionnels différents, qui reflètent les différents niveaux de coordination attendus. [...]

L'accord-cadre interprofessionnel (Acip) de 2018, en cohérence avec le plan "Ma santé 2022", fait de la généralisation de l'exercice coordonné la norme de l'organisation future des soins primaires, que ce soit au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles, d'équipes de soins primaires ou d'autres formes d'organisations pluriprofessionnelles que sont les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

[...] L'Acip reconnaît que l'exercice coordonné peut prendre deux dimensions : une coordination de proximité autour du patient et une coordination à l'échelle des territoires.

Aujourd'hui, la coordination de proximité est essentiellement réalisée au sein de structures intégrées où exercent différentes professions de santé. C'est le cas notamment des centres de santé et des maisons de santé pluriprofessionnelles qui dispensent des soins de 1er recours, et le cas échéant de 2e recours. Ces structures pratiquent à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, sans hébergement, ou au domicile du patient. [...]

L'exercice coordonné implique également que les professionnels de santé organisent à l'échelle de leur territoire une réponse collective aux besoins de santé de la population au sein des CPTS. Les CPTS sont des organisations conçues autour d'un projet de santé et constituées à l'initiative des professionnels de santé sur un territoire donné (potentiellement plusieurs par département). Elles sont composées de professionnels de santé comme d'établissements de santé et d'acteurs médico-sociaux et sociaux. Une CPTS a comme vocation d'être une organisation souple de coordination à la main des professionnels eux-mêmes, selon les besoins spécifiques du territoire, dont les acteurs déterminent eux-mêmes le périmètre géographique.

L'exercice regroupé est devenu majoritaire pour les médecins généralistes. Selon l'enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – Drees (panel des médecins généralistes), en 2019, 61 % de l'ensemble des médecins généralistes exercent en groupe, soit 7 points de plus qu'en 2010. Cette proportion est encore plus importante pour les jeunes médecins, plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exerçant en groupe.

L'exercice pluriprofessionnel se renforce dans le cadre conventionnel. L'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) à destination des structures pluriprofessionnelles signé en 2017 offre une rémunération spécifique et forfaitaire adaptée aux besoins des maisons de santé

pluriprofessionnelles (MSP) et des centres de santé, notamment pour valoriser la coordination, le travail en équipe et les systèmes d'information partagés. [...]

4,2 millions de personnes ont leur médecin traitant qui exerce dans une MSP adhérant à l'ACI, soit environ 10 % des personnes ayant un médecin traitant en France. À cela s'ajoutent près de 900 000 personnes qui ont déclaré un médecin de centre de santé comme médecin traitant. Au total 14 200 professionnels de santé exercent en MSP (signataires ACI), dont plus de 5 000 médecins généralistes (soit environ 10 % des médecins généralistes libéraux en France) et 15 800 équivalents temps plein (ETP) sont salariés dans les centres de santé, dont 1 380 ETP médecins. [...]

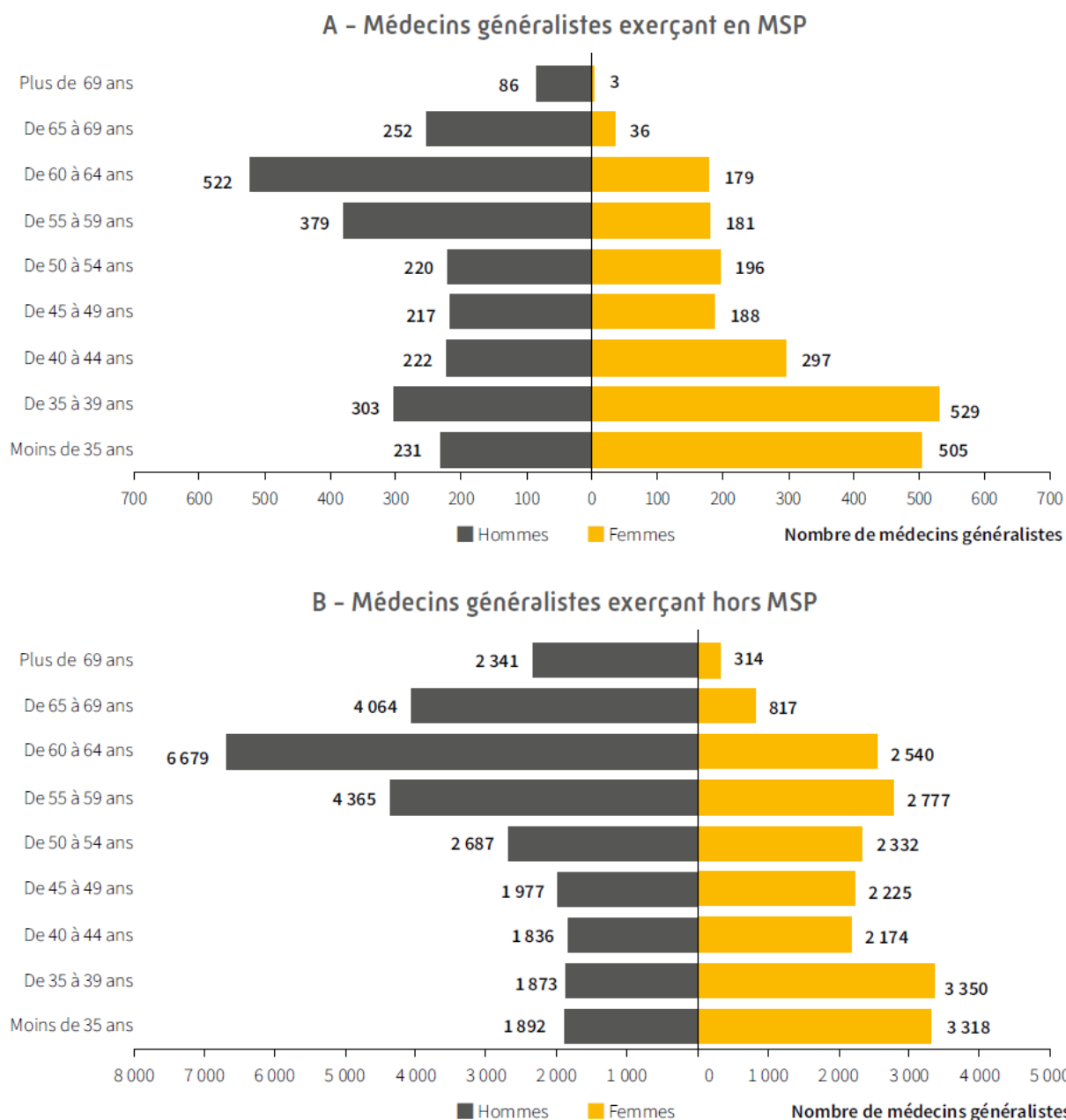
Tableau : Fréquence des professions au sein des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)

Professions	Fréquence dans les MSP
Médecin généraliste	100%
Infirmier	96%
Masseur-kinésithérapeute	72%
Pédicure	56%
Diététicien	48%
Orthophoniste	46%
Sage-femme	45%
Pharmacien	44%
Psychologue	41%
Chirurgie dentaire	32%
Ostéopathe	19%
Psychomotricien	12%
Orthoptiste	11%
Ergothérapeute	9%
Psychiatrie générale	6%
Autre	5%
Sophrologue	5%
Biologiste	5%
Pathologie cardiovasculaire	5%
Chirurgie orthopédique et traumatologie	4%

Source : CNAM (Suivi des adhésions à l'ACI), 2021

[...] Les jeunes médecins sont plus attirés par l'exercice en maisons de santé pluriprofessionnelles – MSP (40 % des médecins généralistes libéraux en MSP ont moins de 40 ans *versus* 11 % pour les autres médecins généralistes libéraux) (**figure**). [...]

Figure : Pyramide des âges des médecins généralistes libéraux selon leur mode d'exercice en 2020 : en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) [A] ou hors MSP [B]



Champ : données au 31 décembre 2020
Source : Cnam (SNDS)

Après une période assez stable au début des années 2000, les effectifs de médecins généralistes baissent tendanciellement depuis 2005, passant de plus de 55 000 à environ 52 000 en 2020 (- 5,3 %). Dans le même temps, la densité de médecins généralistes libéraux (hors médecins à expertise particulière – MEP) par habitant a diminué depuis l'an 2000 passant de 91 à 78 pour 100 000 habitants.

Selon les projections de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), cette tendance va se poursuivre dans les années à venir avec une stagnation des effectifs et de la densité de médecins généralistes jusqu'en 2030.

Une progression de la file active (patients vus au moins une fois dans l'année) des médecins généralistes est constatée au cours des dernières années du fait notamment de la baisse des effectifs de médecins généralistes sans que ce soit complètement mécanique. La file active d'un médecin généraliste s'élève ainsi en moyenne à 1 680 patients en 2019. [...]

Les médecins généralistes exerçant en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ont une file active plus élevée que les autres et voient 133 patients de plus que les autres médecins généralistes (1 801 pour les médecins généralistes en MSP *versus* 1 668 pour les autres généralistes libéraux, en 2019). En revanche, le nombre de patients avec un médecin traitant généraliste exerçant en MSP et le nombre de patients des autres médecins généralistes est très proche, avec quatre patients de plus pour les médecins en MSP en 2019 (962 patients pour les médecins généralistes en MSP *versus* 958 pour les autres médecins généralistes). Entre 2017 et 2019, la file active des médecins généralistes exerçant en MSP a progressé en moyenne de 2,6 %, tout comme celle des autres généralistes. [...]

Source : Assurance maladie, Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits d'Assurance maladie au titre de 2022 (loi du 13 août 2005) - « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance maladie pour 2022 » -, juillet 2021 [en ligne], consulté le 4 novembre 2021, <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-rapport-propositions-pour-2022-charges-produits>

INFORMATION AUX CANDIDATS

Vous trouverez ci-après les codes nécessaires vous permettant de compléter les rubriques figurant en en-tête de votre copie.

Ces codes doivent être reportés sur chacune des copies que vous remettrez.

► Concours interne de l'Agrégation de l'enseignement public :

Concours	Section/option	Epreuve	Matière
EAI	7300A	101	7398

► Concours interne du CAER / Agrégation de l'enseignement privé :

Concours	Section/option	Epreuve	Matière
EAI	7300A	101	7398