



Université
de Lille



**L'EXERCICE COORDONNÉ :
VERS LA FIN DE L'EXERCICE DE LA MEDECINE LIBÉRALE ?**

MASTER 2 DROIT ET POLITIQUES DE SANTÉ

Année Universitaire 2022-2023

Sous la direction de Madame Johanne SAISON, Professeure de Droit public

Mémoire présenté et soutenu par

Borgia Nikita MARTIN

REMERCIEMENTS

A Dieu, avant tout, pour la force et l'énergie dont il m'a fait grâce à chaque étape de ce mémoire.

A Madame Johanne Saison pour votre sens de compréhension, votre gentillesse et surtout vos divers enseignements durant tout le cycle de master.

A ma tutrice de stage, Madame Nathalie Albert, pour m'avoir donné l'opportunité de découvrir le milieu de la psychiatrie à travers mon stage effectué à vos côtés.

A tous mes professeurs de ce cycle de Master, vous avez contribué à enrichir ma connaissance dans le domaine du droit de la santé.

A ma famille, vous avez toujours été présents pour moi, je vous dédie ce travail au nom de toutes ces années d'appui et de soutien moral et financier dont vous m'aviez gratifié depuis mon départ du pays (Benin) pour la poursuite des études en France.

A Paul Vissoh, tu as toujours cru en moi, soutenu et encouragé pendant la rédaction de ce mémoire.

A Axel Domingo pour ton sens d'écoute, tes analyses philosophiques m'ont permis de mener certaines réflexions.

A Loïc Kakalaka, pour l'accompagnement et la disponibilité aux dernières heures de rédaction.

Merci à Elsie et Nanhy Onstagah, vous êtes ma famille d'accueil, vous m'aviez tenu la main et accompagné dès ma descente dans la région de Lille et pendant tout ce cycle de master.

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	5
Introduction	7
PARTIE I : La nécessité de l'exercice coordonné pour une amélioration du système de santé ...	13
Chapitre I : L'exercice coordonné, un nouveau mode d'exercice médical jugé nécessaire pour un meilleur fonctionnement du système de santé	14
Section I : La nécessité de l'exercice coordonné comme moyen de restauration de l'équité territoriale	14
Paragraphe I : L'introduction des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles	15
Paragraphe II : La création des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé	17
Section II : La nécessité de l'exercice coordonné comme moyen de garantir l'accès à la santé à tous	20
Paragraphe I : La réglementation de la télémédecine	21
Paragraphe II : L'introduction de l'accès direct aux soins indépendamment des médecins	23
Chapitre II : L'exercice coordonné, un nouveau mode d'exercice médical impliquant essentiellement la médecine libérale pour l'amélioration des soins de santé	25
Section I : La forte implication des libéraux pour une meilleure coordination des soins	26
Paragraphe I : La structuration du parcours de soin des patients	27
Paragraphe II : La prise en charge des Soins Non Programmés des patients	28
Section II : La forte implication des libéraux pour une meilleure prise en charge des pathologies spécifiques	30
Paragraphe I : La mise en place de la prévention des maladies chroniques	31
Paragraphe II : La mise en place de L'Éducation Thérapeutique du Patient	32
Partie II : L'adaptabilité forcée de l'exercice libéral à l'exercice coordonné	35
Chapitre I : L'exercice coordonné, une opportunité pour les professionnels libéraux	36
Section I : Une solution face aux difficultés de la médecine libérale	36
Paragraphe I : L'amélioration des conditions de travail de la médecine libérale avec l'exercice coordonné	37
Paragraphe II : L'amélioration des rapports médecins libéraux / Assurance maladie avec l'exercice coordonné	39
Section II : Un glissement manifeste des jeunes médecins vers l'exercice coordonné	41
Paragraphe I : Le désintérêt des jeunes médecins pour l'installation en début de carrière	41

Paragraphe II : La place de la pratique libérale au sein des études de médecine	44
Chapitre II : L'exercice coordonné, une solution indéniable pour les politiques	46
Section I : La volonté des politiques de la mutation de l'exercice libéral vers l'exercice coordonné ..	47
Paragraphe I : La modification des fondamentaux de la médecine libérale.....	48
Paragraphe II : L'instauration de la permanence des soins obligatoire pour la médecine libérale	50
Section II : Le conditionnement des professionnels libéraux à l'exercice coordonné par les politiques	51
Paragraphe I : Le déploiement de moyens d'incitation à l'exercice coordonné	52
Paragraphe II : La tentative de régulation de la liberté d'installation.....	54
Conclusion	57
BIBLIOGRAPHIE	59

LISTE DES ABREVIATIONS

- **ACI** : Accord Conventionnel Interprofessionnel
- **ALD** : Affection de longue durée
- **ANEMF** : Association nationale des étudiants en médecine de France
- **AM** : Assurance Maladie
- **ANEMF** : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France
- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **ASALEE** : Action de Santé Libérale En Équipe.
- **BPCO** : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
- **CAIM** : Contrat d'aide à l'installation des médecins
- **CDE** : Contrat de début d'exercice
- **CDS** : Centre de Santé
- **CNOM** : Conseil national de l'ordre des médecins
- **CNAM** : Caisse nationale d'Assurance Maladie
- **COSCOM** : Contrat de stabilisation et de coordination médecin
- **CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- **CPTS** : Communauté professionnelle territoriale de santé
- **CSP** : Code de Santé publique
- **CSS** : Code de Sécurité Sociale
- **DAC** : Dispositif d'Appui à la Coordination
- **DM** : Dossier Médical
- **DMP** : Dossier Médical Partagé
- **DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des statistiques
- **ECG** : Electrocardiogrammes
- **EPHAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées et Dépendantes
- **ESP** : Equipe de Soins Primaires
- **ESS** : Equipe de Soins Spécialisés
- **ETP** : Education Thérapeutique du Patient
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **HPST** : Hôpital, patient santé territoire
- **IGAS** : Inspection générale des affaires sociales
- **INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques
- **IPA** : Infirmière à pratique avancée
- **MG** : Médecin généraliste
- **MGL** : Médecin Généraliste Libéral
- **MSP** : Maison de santé pluriprofessionnelle

- **OMS** : Organisation mondiale de santé
- **OSNP** : Opérateurs Soins Non Programmés
- **PDSA** : Permanence des soins ambulatoire
- **PIAS** : Contrat de praticien isolé à activité saisonnière
- **PPL** : Proposition de Projet de Loi
- **PTA** : Plateformes Territoriales d'Appui
- **PTMG** : Contrat de praticien territorial de médecine générale
- **PTMA** : Contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire
- **PTMR** : Contrat de praticien territorial de médecine de remplacement
- **ROSP** : Rémunération sur Objectif de Santé Publique
- **SAMU** : Service d'Aide Médicale Urgente
- **SAS** : Service d'accès aux soins
- **SASPAS** : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé
- **SNP** : Soins Non Programmés
- **SU** : Service d'Urgence
- **TC** : Téléconsultation
- **TE** : Téléexpertise
- **TM** : Télémédecine
- **UNPS** : Union nationale des professionnels de santé
- **URPS** : Union Régionale des Professionnels de Santé

Introduction

« Le médecin de campagne isolé et chaleureux, symbole de la liberté d'exercice, c'est fini. Les gens doivent se parler, s'organiser ensemble autour du patient. Je veux que l'exercice isolé devienne une aberration. »¹

C'est en ces termes que le gouvernement a affiché, de façon claire et précise, sa volonté de mettre fin à l'exercice libéral, qualifié d'exercice isolé, au travers du discours du président Emmanuel Macron en 2018.

Le déclin de la médecine générale, la baisse constante du nombre de médecins généralistes qui de plus avancent en âge, l'augmentation et le vieillissement de la population, le développement des pathologies chroniques, l'engorgement des urgences, l'inégal accès aux soins sur les territoires, tels sont, parmi d'autres, les grands maux auxquels doit faire face notre système de santé².

En effet, ces dernières années la France est confrontée à une problématique de démographie médicale qui touche toutes les régions. Cela se manifeste très souvent par des difficultés d'accès aux soins, notamment les soins de premiers recours. Cette situation est généralement qualifiée de « désert médical », et correspond à l'absence, ou l'insuffisance, de professionnels de santé dans les zones ou territoires où l'offre de soins est inférieure au besoin des usagers du système de santé³. En découle cela une inégalité d'accès aux soins d'ordre géographique.

Mais les inégalités entre territoires n'ont jamais été aussi marquées⁴. Il y a quelques années encore les inégalités d'accès aux soins étaient liées aux disparités régionales. Aujourd'hui, elles sont tout autant liées à l'espace géographique qu'à la baisse constante du nombre de médecins généralistes qui s'observe depuis dix ans sur le plan national⁵. L'accès au médecin généraliste devient aussi difficile dans les communes rurales, les périphéries des grands pôles et dans les communes hors influence des pôles, que dans les zones urbaines.

¹ Discours du lancement de la réforme Ma Santé 2022

² Laure (P.), « Le renouveau d'une utopie ? Lutter contre les inégalités sociales de santé en médecine générale : les métamorphoses de la médecine sociale dans les quartiers populaires en France, des années 1970 à aujourd'hui », *Revue française des affaires sociales*, Mars 2021, p 305 à 317

³ DREES, CARPEZAT (M.), FORZY (L.), TITLY (L.), « Accès aux soins et pratique de recours : étude sur le vécu des patients », Les dossiers de la Drees, 2021, 190p

⁴ Au regard des divers rapport de la DRESS sur la démographie médicale

⁵ *ibid.*

La pénurie de médecins généralistes est telle qu'une baisse annuelle de 1% est observée entre 2017 et 2021. En 2021, le nombre de médecins généralistes inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) était de 85 364⁶. Ce nombre est en constante diminution avec seulement 82 858 médecins généralistes inscrits au 1er janvier 2023⁷. C'est ainsi qu'une baisse régulière de 10,4 % de médecins généralistes est observée sur le plan national depuis 2010.

La diminution constante des effectifs de généralistes, qui participe ainsi à l'inégalité de l'accès aux soins, est essentiellement due aux départs à la retraite non remplacés de la génération du baby-boom⁸. Il s'agit là de la résultante de décisions politiques appliquées depuis plusieurs années en rapport avec le *numerus clausus*⁹. Bien que prévisible, cette situation n'a pourtant pas été anticipée pour compenser les départs à la retraite des aînés et éviter les actuelles inégalités d'accès aux soins auxquelles est confronté le système. Un quart des médecins inscrits au tableau de l'ordre sont des médecins retraités et sans activité, d'où le paradoxe suivant : « *la France n'a jamais autant compté de médecins et pourtant des déserts médicaux s'observent* »¹⁰.

Malgré la suppression du *numerus clausus* et l'augmentation prévue de 20% du nombre d'étudiants en médecine entre 2021 et 2025, la situation n'est pas en mesure de se stabiliser avant 2030¹¹. On observera ensuite une hausse assez importante des effectifs de médecins jusqu'en 2050 avec 1,5 % de croissance annuelle moyenne des effectifs entre 2030 et 2050¹².

A la baisse des effectifs s'ajoute l'inégale répartition des médecins sur l'ensemble du territoire en raison du principe phare de la liberté d'installation.

A l'inverse de ce phénomène de diminution, on observe dans le même temps une augmentation de la population générale, de 30% en un peu plus de 50 ans, accompagnée d'une croissance du vieillissement, également prévisible mais non anticipée. L'espérance de vie en 2018 en France métropolitaine était de 79,5 ans pour les hommes contre 67 ans en 1960 et de 85,4 ans pour les femmes contre 73,6 ans en 1960. Les statistiques prévoient une continuité de l'accroissement

⁶ *Ibid.*

⁷ DREES Anguis (M.), Maxime (M.), Pisarik (J.), Vergier(N.), Chaput (H.), « *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ?* », *Constat et projections démographiques*, la Drees N° 76, mars 2021, p74

⁸ Pour désigner les anciennes générations de médecins généralistes

⁹ Décision administrative prise dans les années 80 par les politiques dans le but de limiter le nombre d'étudiants pouvant accéder en deuxième année de médecine

¹⁰ Mourgues (J-M.), *Atlas de la démographie médicale en France*, conseil de l'ordre des médecins, 2023, p137

¹¹ *Ibid.*

¹² *Ibid*

du vieillissement de la population française d'ici 2030. Ainsi, en 2030, la population française s'élèvera à 70 millions, soit une progression de 7% sur dix ans¹³.

Le facteur de vieillissement de la population favorise le développement de pathologies chroniques et conduit à une augmentation du nombre de patients en quête de soins durables et constants. Par conséquent, il y a une forte augmentation de la demande de soin que l'offre n'arrive pas à satisfaire. En effet, selon les statistiques de la DRESS, il y a environ 8,3 médecins généralistes pour 10 000 habitants. Cette situation crée un manque de temps médical et pousse un médecin sur deux à refuser tout nouveau patient. 20% des Français n'ont donc pas de médecin traitant.

Face au besoin de santé, à l'impossibilité de prise de rendez-vous et à l'absence de médecin traitant, les patients n'ont d'autre choix que de se rendre aux urgences. Cela provoque donc un engorgement de ces services. Ainsi en France, en vingt ans, le nombre de passages aux urgences a doublé, avec une progression d'environ 5% par an en moyenne. Plus de 20% des consultations de soins primaires non programmées se retrouvent à tort aux urgences hospitalières¹⁴. L'engorgement des urgences crée donc un obstacle au partage de l'organisation des soins entre ville et hôpital et à la prise en charge des soins non programmés¹⁵.

Ces différents facteurs, en mettant en difficulté le système de santé ces dernières années, ont inévitablement conduit à sa transformation et réorganisation. Ces dernières s'inscrivent dans un cadre institutionnel avec l'adoption de nouveaux modes d'exercice de la pratique médicale.

Pour les politiques de santé, une approche globale et transversale des services de santé sur les territoires¹⁶ est nécessaire à l'amélioration du fonctionnement du système. C'est ainsi qu'apparut dans les discours politiques la notion de territorialisation, correspondant à « *un rapport entre population et collectivités territoriales autour d'un projet de santé publique sur un territoire défini* »¹⁷. Il s'agit avec cette approche d'une part de garantir aux populations un accès effectif et efficace aux soins, en mettant en place des services de proximité, et d'autre part

¹³ Blanpain (N.), et Buisson (G.), « Projections de population à l'horizon 2070 : Deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013 », *Enquêtes et études démographiques*, Insee, N°1619, 2016, p1

¹⁴ En France, en vingt ans, le nombre de passages aux urgences a doublé, avec une progression d'environ 5% par an en moyenne. Plus de 20% des consultations de soins primaires non programmées se retrouvent à tort aux urgences hospitalières.

¹⁵ Matthias (B.), « Diviser et récompenser ? La régulation des médecins de ville via les instruments d'action publique en France et en Allemagne », *Revue française des affaires sociales*, 2020, p215 à 236

¹⁶ Schweyer (F-X.), « Les territoires de santé et la médecine libérale : les enjeux d'une convergence », *Erudit*, 2004, p4

¹⁷ Bernard (M.), « Politique d'organisation du système de santé en France », *Edition l'Harmattan*, 2022, p523

de coordonner les soins du patient pour en améliorer la prise en charge et la qualité. D'où les nouveaux modèles organisationnels des soins regroupés sous le terme « *d'exercice coordonné* ».

L'exercice coordonné, autrement nommé « *exercice collectif* », « *exercice pluriprofessionnel* » ou « *exercice pluridisciplinaire* », est un modèle organisationnel des soins autour du patient permettant une coordination de la prise en charge. Il conduit à une prise en charge globale du patient en favorisant les échanges et la coordination entre les professionnels de santé. C'est une coopération entre les professionnels de santé qui s'articule autour du parcours de soin du patient.

C'est pourquoi depuis une quinzaine d'années on assiste à une accélération du rythme des transformations des soins primaires, à la suite de réformes orchestrées par les politiques de santé afin de développer l'exercice coordonné sous des formes diverses¹⁸.

On assiste tout d'abord à une démarche de transformation institutionnelle du secteur sanitaire, visant à renforcer la capacité de l'État à réguler le secteur hospitalier, avec la création des agences régionales de santé (ARS)¹⁹ et la mise en place de dispositifs assurant la coordination territoriale des soins ; ces dispositifs prennent plusieurs formes : ESP, MSP, CPTS, CDS²⁰. Vient ensuite la mise en œuvre de stratégies pour le déploiement de ces divers dispositifs d'exercice coordonné avec l'accompagnement de l'ARS²¹.

Les structures d'exercice coordonné s'articulent principalement dans la coordination des soins de proximité et de premier recours des patients, afin d'améliorer la coordination entre les professionnels de santé tout en offrant à ces derniers un cadre attractif d'exercice.

Or en France les médecins généralistes libéraux (9 généralistes sur 10 sont des libéraux)²² jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des soins de premier recours. Ils sont le « pivot du parcours de soin » et la pierre angulaire de l'offre de soins dite « *de premier recours* », du fait de leur contact immédiat avec la population²³.

¹⁸ Cf. *supra*

¹⁹ Instaurées par la loi HPST n°2009 du 21 juillet 2009

²⁰ Cf. *infra*.

²¹ Le développement des structures d'exercice coordonné constitue une priorité de l'Agence Régionale de Santé

²² Barlet (M.), Chaput (H.), Marbot (C.), Monziols (M.), démographie des professionnels de santé : qui sont les médecins de 2018 ? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? Combien d'infirmiers en 2040 ?, DREES, Études et Résultats, p14

²³ Cour des comptes, rapport annuel, Le médecin traitant et le parcours de soins coordonné : une réforme inaboutie, 2013, 32p

L'approche globale et transversale des patients souhaitée par l'exercice coordonné implique donc essentiellement la mobilisation des médecins libéraux, pour l'organisation et la structuration des soins de proximité et de premiers recours des patients. D'où la nécessité d'une coopération des professionnels libéraux avec les autres professionnels de santé, spécialistes, hospitaliers et même les établissements de santé sanitaires et médico-sociaux.

L'engagement des professionnels libéraux dans la transformation du système de santé est essentiel à l'amélioration de la prise en charge et de la qualité de soin des patients. Pour les politiques de santé il est difficile pour un médecin seul dans son cabinet d'assurer la prise en charge globale du patient avec les actions de prévention et d'éducation thérapeutique nécessaires²⁴. Dans cette perspective a été lancée en 2018, en appui de la loi de modernisation de 2016, la stratégie « Ma santé 2022 » avec pour objectifs le développement et le déploiement de 1 000 CPTS et 2 000 MSP.

Avec le lancement du projet « Ma santé 2022 », émane la volonté du gouvernement d'en finir avec l'exercice libéral.

Et pourtant, l'exercice libéral est le socle de l'exercice médical. Il s'est construit autour d'une dimension historique²⁵ qui explique son lien à la pratique médicale. Il n'existe pas de définition juridique en tant que telle de l'exercice libéral mais de l'article L.162-2 du code de la sécurité sociale²⁶ ressortent cinq principes fondateurs : le principe du libre choix du médecin par le malade, le principe de la liberté de prescrire du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade et enfin le principe de la liberté d'installation du médecin.

Il existe aussi une approche consistant à se référer à des critères fiscaux et sociaux. Le professionnel libéral n'a pas d'activité salariée, pas de lien de sujétion avec un employeur ni d'engagement de travail définissant ses conditions d'exercice. On trouve enfin une approche économique : être libéral consiste à organiser soi-même son activité, avec en contrepartie une rémunération correspondant à la totalité du bénéfice d'exploitation²⁷.

²⁴ Ces actions sont pour les patients avec des maladies chroniques.

²⁵ Lenglet (F.), *Exercer en Libéral : Perception par le médecin généraliste*, Thèse en médecine sous dir. M. LEFETZ Aimeric, univ. AMIENS, mars 2016, p82

²⁶ « Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 »

²⁷ Leicher C., « Le médecin libéral en 2010 », *Les tribunes de la santé*, Presses de Sciences Po, 2010, N°28, p.58.

L'exercice libéral doit donc répondre à quatre critères cumulatifs : le professionnel exerce sous sa propre responsabilité, et assume donc les conséquences liées à cette activité, sauf exception ; le professionnel a un lien direct et personnel avec son patient ; la rémunération du professionnel est directement liée à son activité ; le professionnel décide de son lieu de travail et de son mode d'exercice²⁸.

L'exercice libéral en santé n'est pas seulement le propre des médecins. Il implique d'autres professionnels : les infirmiers, les auxiliaires de santé, les médecins spécialistes tels que les dermatologues, kinésithérapeutes, endocrinologues, les pharmaciens etc., qui ensemble forment la médecine de ville.

Les transformations et réorganisations que connaît le système de santé ces dernières années impactent les principes fondamentaux de la médecine libérale et font évoluer ses pratiques. D'incitations à la contrainte, plusieurs réformes voient le jour pour réguler l'exercice libéral afin de faire de l'exercice coordonné la norme de la pratique.

On peut alors se demander si l'exercice coordonné ne vise pas à mettre fin à l'exercice libéral.

L'exercice coordonné revêt d'importants enjeux quant au fonctionnement et à l'amélioration du système de santé. Mais ce mode d'exercice change l'organisation et la manière de travailler de la médecine libérale qui étaient ancrées dans la pratique médicale.

Répondre à cette problématique nous permettra de réaliser la dimension que prend l'exercice coordonné dans la pratique médicale et l'instrumentalisation qu'en font les politiques de santé pour réguler cette dernière.

Dans une première partie nous analyserons ainsi la nécessité de l'exercice coordonné pour le bon fonctionnement du système de santé (Partie I) et dans un second temps nous étudierons l'adaptabilité forcée de l'exercice libéral à l'exercice coordonné (Partie II).

²⁸ *ibid.*

PARTIE I : La nécessité de l'exercice coordonné pour une amélioration du système de santé

Il est indéniable qu'aujourd'hui plus que jamais le système de santé est confronté à de grands enjeux : en premier lieu, à celui des inégalités territoriales de santé qui deviennent de plus en plus importantes et ne cessent de se creuser ; s'oppose à cela la problématique du vieillissement de la population qui s'accompagne du développement excessif des maladies chroniques nommées maladies de longue durée.

Les inégalités ne se limitent plus à une région ou aux zones rurales, elles se retrouvent désormais à toutes les échelles géographiques selon un dispositif général centre/périphérie²⁹. La situation devient préoccupante dans de nombreux territoires, fréquemment ruraux, et même dans les banlieues défavorisées des grandes métropoles³⁰. Ces situations ne concernent plus seulement quelques zones isolées mais bien des départements entiers, voire des régions entières³¹. Cette disparité sur l'ensemble du territoire, observable depuis plusieurs années déjà, est due à plusieurs facteurs, notamment à la baisse progressive et à l'absence de médecins sur les territoires. Cela affecte naturellement l'offre de soin et constitue véritablement un grand enjeu pour le système de santé.

De plus, le manque de coordination des acteurs, le cloisonnement professionnel et structurel, ainsi que la multiplication des lieux de soins complexifient également l'organisation du système de santé et pénalisent la qualité d'accompagnement des publics les plus fragiles³². La structuration des soins de premier et second recours est difficile.

Face à ces différents dysfonctionnements les gouvernements successifs estiment nécessaire l'introduction des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) dans le champ sanitaire. L'exercice coordonné entre les professionnels de santé est ainsi jugé nécessaire, d'une part pour

²⁹ Vigneron (E.), *Les inégalités de santé dans les territoires français, État des lieux et voies de progrès*, Elsevier Masson, 2011, p124.

³⁰ Une large part de la Lorraine, le sud de Champagne-Ardenne, l'Oise et l'Aisne, ainsi que la baie de Somme en Picardie, la Haute-Normandie, mais aussi une large part de la région Centre ou de la Bourgogne, sans compter le nord des Pays-de-la-Loire, avec la Mayenne et la Sarthe. Le Poitou-Charentes, avec le nord des Deux-Sèvres ou la Charente intérieure, le Limousin avec la Creuse, l'Aquitaine avec la Dordogne et le Lot-et-Garonne, le Languedoc-Roussillon avec la Lozère, Rhône-Alpes avec l'Ain ou la Franche-Comté avec le Jura... sans compter le Nord-Pas-de-Calais ou la Corse avec la Haute-Corse, il n'est plus de région qui ne soit concernée, y compris outre-mer avec la Guyane et la Martinique ou même au cœur du pays avec la Seine-et-Marne aux portes de Paris.

³¹ Trugeon (A.), Thomas (N.), Michelot (F.), Lémery (B.), « Inégalités socio-sanitaires en France, De la région au canton », Elsevier Masson, 2e éd., 2011, p23.

³² Christelle (R.), Tiphaine (P.), « Ambiguïté et appropriation d'un dispositif d'appui à la coordination par les médecins traitants », Dans *Journal de gestion et d'économie de la santé*, mai 2020 N° 5-6, p391-410

un meilleur fonctionnement du système de santé (Chapitre 1), et d'autre part pour améliorer l'accès aux soins, renforcer la prévention et créer de nouveaux droits pour les patients (Chapitre 2).

Chapitre I : L'exercice coordonné, un nouveau mode d'exercice médical jugé nécessaire pour un meilleur fonctionnement du système de santé

Les politiques publiques s'efforcent tant bien que mal, et par tous les moyens, de restaurer l'égalité territoriale et d'assurer l'accès aux soins à chaque patient ; cela se traduit par la mise en place des soins de proximité et par la structuration du parcours de soin. Dans cette perspective, diverses réformes ont vu le jour pour revoir l'organisation du système de santé et faire évoluer l'exercice médical tout en apportant des solutions aux différentes problématiques. Ces réformes tournent essentiellement autour de l'exercice coordonné. Seuls les groupements de professionnels de santé, le maillage territorial, l'exercice collectif et la coordination des soins sont capables de restaurer l'équité territoriale et d'améliorer l'accès aux soins (Section 1).

Pour répondre à ces mêmes difficultés démographiques et faciliter l'accès de la population aux soins de proximité, mais également pour pallier le manque de professionnels médicaux des territoires et des établissements isolés, de nouvelles pratiques sont instaurées par le gouvernement dans le cadre de l'exercice coordonné pour garantir l'accès au soin à tous (Section 2).

Section I : La nécessité de l'exercice coordonné comme moyen de restauration de l'équité territoriale

L'exercice coordonné est une véritable approche pluriprofessionnelle et globale des parcours de santé. Il consiste à rassembler plusieurs professionnels pour travailler de façon collective. Cet exercice propose structurellement une réponse coordonnée aux besoins de soins des patients d'un territoire. Il permet de rétablir l'égalité de l'offre de soin sur l'ensemble du territoire et d'améliorer l'efficacité et l'efficience des soins proposés.

A cet effet, plusieurs formes d'organisations coordonnées territoriales ont été mises en place par les politiques à travers des réformes afin de répondre véritablement aux problèmes de déserts médicaux et d'améliorer l'offre de soin sur le territoire.

Ces diverses formes d'exercice proposent naturellement une réponse coordonnée aux besoins des patients rencontrant des difficultés d'accès aux soins dans leur territoire. Il existe plusieurs formes d'exercice coordonné. D'une part, nous avons les équipes de soins primaires (ESP)³³ constituées de professionnels de santé de premier recours qui peuvent prendre la forme de Centres de santé (CDS), ou de Maisons de santé pluriprofessionnelles (Paragraphe 1). Cette forme de regroupement s'appuie essentiellement sur des professionnels de santé libéraux installés sur ledit territoire. D'autre part, nous avons une coopération d'exercice coordonné beaucoup plus large qui regroupe les professionnels de santé physique, les établissements de santé, les établissements médico-sociaux, avec une approche populationnelle : communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) (Paragraphe 2)

Paragraphe I : L'introduction des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

Les MSP sont des structures exerçant de manière coordonnée sur la base d'un projet de santé obligatoire³⁴ validé par l'ARS. Le projet de santé des MSP doit contenir l'organisation interne de la structure, avec les missions de coordination des soins autour du patient, les modalités de gestion financière et matérielle, le logiciel informatique commun aux différents professionnels et l'élaboration des protocoles transversaux pour la prise en charge des patients³⁵. Sur la base de ces différents points décrits dans leur projet de santé, les MSP obtiennent la certification de leur structure permettant ainsi de les différencier des autres structures d'exercice coordonné.

En effet, les MSP ont été instituées par la loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007. Introduite dans le code de santé publique en 2007, elles ouvrent pour la

³³ Article L1411-11-1 du Code de la Santé Publique : 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 (...) 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.

³⁴ Articles L. 6323-1 et 6323-3 du Code de la Santé publique

³⁵ Lucie (R.), La qualité de vie des médecins généralistes en structures d'exercice coordonné dans les Hauts-de-France en 2021, Thèse en médecine sous dir. M. Sylvain DURIEZ, Univ. Lille 2, 27 avril 2022, 89p

première fois un mode d'exercice collectif, essentiellement aux professionnels libéraux. Ce nouveau mode d'exercice consiste à rassembler les professionnels médicaux, les auxiliaires médicaux, les pharmaciens, pour un travail coordonné afin de structurer le parcours de soin du patient³⁶. L'objectif du mode d'exercice collectif est de rassembler les professionnels de santé en un seul lieu afin d'assurer une prise en charge globale et coordonnée entre les différents acteurs autour des besoins du patient. Il permet également de structurer le parcours de soin des patients ainsi que d'assurer une continuité des soins en cas d'absence ou indisponibilité d'un professionnel.

L'exercice coordonné dans une MSP regroupe les professionnels dans un cadre d'exercice libéral, chacun possédant sa propre patientèle, mais ils peuvent avoir en commun un certain nombre de patients. Ils disposent de logiciels médicaux labellisés par l'ASIP (Agence des systèmes d'information partagés de santé), qui permettent de partager les informations du dossier médical d'un même patient. Ce dispositif donne la possibilité aux MSP d'être des personnes morales physiques ou virtuelles. Par ailleurs, il favorise également le développement de la télémédecine qui est une pratique rénovant en partie l'exercice libéral.

La présence d'une MSP dans une région facilite l'accès des patients à un médecin généraliste ou à un spécialiste. Elle permet aux patients n'ayant pas de médecin traitant de pouvoir avoir rapidement accès aux soins en cas de besoin, ce qui permet à la fois de désengorger les urgences et d'établir une égalité des soins. Un patient qui se rend en consultation dans une MSP et qui a besoin de rencontrer un spécialiste peut se voir dirigé directement vers un spécialiste sans avoir à quitter l'établissement. Cela reste un point positif pour le patient et facilite également l'échange d'information sur la santé du patient entre les professionnels.

Les MSP sont à différencier des CDS qui existent depuis plus d'un siècle. Les CDS peuvent être mono ou pluriprofessionnelles et bénéficient d'un traitement salarial. Les MSP bénéficient d'une subvention financière³⁷ de l'ARS sur la base de leur projet de santé, dans le but de répondre aux problématiques de santé. Chaque structure MSP compte en moyenne 14 à 15 professionnels libéraux (généralistes, spécialistes, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, pédicures-podologues, diététiciennes, sage-femmes, dentistes, etc.), contrairement aux CDS³⁸.

³⁶ L'article L6323-3 du CSP définit la maison de santé pluriprofessionnelle comme étant une personne morale

³⁷ L'exercice coordonné est désormais soutenu et financé par l'ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel), accord signé le 20 avril 2017.

³⁸ Les CDS sont gérés par les gestionnaires suivants : les collectivités territoriales, les mutuelles, les régimes de sécurité sociale, les établissements publics de santé, les établissements privés de santé qu'ils soient à but lucratif ou non.

Mais les maisons de santé, tout comme les centres de santé, permettent d'améliorer l'accès et la qualité des soins, et contribuent à réduire l'enclavement de certains territoires.

Les MSP ne cessent aujourd'hui de se multiplier. Elles sont très attractives pour les jeunes médecins qui préfèrent l'exercice en groupe à l'exercice isolé. Les MSP sont un moyen aujourd'hui pour les professionnels libéraux de rompre l'exercice solitaire. A la date de mars 2023, 2251 MSP sont fonctionnelles et l'objectif du gouvernement est d'atteindre les 4000 sur l'ensemble du territoire³⁹.

Au-delà des MSP qui sont des structures d'exercice coordonné pluriprofessionnelles axées essentiellement sur la coopération entre professionnels libéraux, il existe d'autres formes de coopération présentes sur le territoire français et qui font également évoluer la médecine libérale. Ces autres formes de coopération ne concernent pas exclusivement l'exercice libéral, elles accueillent les professionnels de santé de ville libéraux mais aussi d'autres professionnels de santé qui ont pour but de coordonner leurs actions et de travailler autour d'un projet de santé sur un territoire.

Paragraphe II : La création des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

Décrites comme des « organisations très légères, dédiées à la coordination des professionnels »⁴⁰, les CPTS ambitionnent de répondre aux inégalités sociales de santé en agissant directement sur les déterminants de la santé. Ce sont des structures qui accueillent des professionnels de santé libéraux ou salariés, des établissements de santé etc., dans le but d'améliorer l'organisation et la coordination des soins de santé.

La création des CPTS a été instaurée lors de la mise en place de la loi de modernisation du 26 janvier 2016. Elles ont été introduites dans le Code de la santé publique à l'article 65 de la loi de 2016 et elles y sont définies aux articles L.1434-12⁴¹ et L.1434-13⁴².

³⁹ <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>

⁴⁰ « Ma santé 2022 Un engagement collectif », Dossier de presse, 2018, p. 21.

⁴¹ La communauté professionnelle territoriale de santé mentionnée à l'article L. 1434-12 est constituée sous la forme d'une association régie par la loi du 1er juillet 1901 ou, si son siège est situé dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle, par les articles 21 à 79-3 du code civil local. Un décret fixe les modalités de fonctionnement des communautés professionnelles territoriales de santé, notamment les conditions de versements d'indemnités ou de rémunérations au profit de leurs membres ainsi que leur montant annuel maximum.

⁴² Pour répondre aux besoins identifiés dans le cadre des diagnostics territoriaux mentionnés au III de l'article L. 1434-10 et sur la base des projets de santé des équipes de soins primaires, des projets de santé des équipes de soins

Contrairement aux MSP et aux autres structures d'exercice coordonné, les CPTS traduisent un mode d'organisation et de coordination sur un territoire défini, rassemblant tous les acteurs de santé autour d'un projet de santé. Elles regroupent les professionnels de santé, les maisons de santé pluriprofessionnelles, les centres de santé, les réseaux de santé, les établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, les groupements de coopération sanitaire, les groupements de coopération sociale et médico-sociale d'un même territoire.

Ainsi, elles rassemblent des professionnels de santé avec des compétences variées et divers acteurs de santé qui souhaitent se rassembler autour d'un projet pour répondre à un besoin de santé dans un même territoire. Les CPTS ont vocation à être plus beaucoup plus inclusives, en rassemblant les acteurs de premier recours, dont les MSP, de second recours et, le cas échéant, de 3ème recours, les établissements de santé, les EHPAD et autres structures sociales ou médico-sociales dans le but de permettre l'amélioration de l'accès aux soins des usagers.

Elles ont vocation à organiser la coordination entre professionnels de santé pour mieux structurer les soins de premier et deuxième recours. Elles réalisent des actes de prévention, garantissent l'accès à un médecin traitant pour la population concernée, organisent la permanence des soins et aident également au maintien à domicile des personnes fragiles. Elles peuvent également participer à des actions de promotion de la sécurité sanitaire.

Cet outil de rationalisation territoriale permet à ses membres d'organiser plus facilement leur activité professionnelle et d'y ajouter une réponse aux besoins de la santé publique populationnelle. Ainsi les choix d'organisation et de gouvernance sont-ils propres aux professionnels de santé qui le composent. Leur projet n'est pas nécessairement très détaillé mais nécessite une lettre d'intention qui doit être adressée à l'ARS et à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du territoire. La validation de cette lettre permet aux porteurs de bénéficier d'un soutien opérationnel et financier des tutelles (ACI)⁴³ pour élaborer un projet détaillé. L'agence régionale de santé bénéficie d'un pouvoir de régulation sur la bonne marche du groupement. Ses interventions restent souples et s'adaptent aux réalités de chaque territoire.

spécialisés, des projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé lorsque ces derniers ont été validés, ainsi que des projets territoriaux de santé mentionnés au même article L. 1434-10, l'agence régionale de santé peut conclure des contrats territoriaux de santé.

⁴³ L'Accord Conventionnel Interprofessionnel est un accord d'aide de financement mis à disposition pour les structures de santé pluriprofessionnelles notamment les CPTS et MSP. Il a été instauré par arrêté le 24 juillet 2017 et mis à jour lors de négociations conventionnelles en 2022, notamment à travers la signature d'un avenant 1er et le 4 mars 2022 par 27 organisations syndicales représentatives. C'est un contrat tripartite d'une durée de 5 ans, il est signé par la structure, sa CPAM de rattachement, et l'Agence Régionale de Santé dont elle dépend. L'ACI permet d'accompagner les CPTS dans la réalisation de leurs missions et l'atteinte de leur projet de santé.

Les CPTS se positionnent aujourd’hui comme la future pierre angulaire de la coordination. Elles ont une approche populationnelle à côté des MSP qui s’organisent autour d’une patientèle. Ainsi leur création permet-elle réellement d’assurer et d’améliorer la qualité des prises en charge des usagers du système de santé en termes de repérage, dépistage, diagnostic, adressage, suivi, continuité et accessibilité à des soins parfois innovants⁴⁴. Elles peuvent relever le défi de la continuité de soins et améliorer des parcours thématiques, comme le cancer, ou populationnels comme le maintien à domicile des personnes âgées. Elles peuvent relayer également, avec des partenaires du champ sanitaire ou médico-social et social, les politiques de santé publique comme la lutte contre l’obésité, les conduites addictives ou encore l’amélioration de la santé de la mère et de l’enfant. A cet effet, six missions obligatoires⁴⁵ leur sont soumises par la loi et doivent apparaître dans leur projet de santé soumis à l’ARS pour validation.

Les CPTS sont ainsi une réponse aux attentes des professionnels de santé d’un territoire souhaitant promouvoir les prises en charge ambulatoires, notamment pour les soins primaires, et améliorer la structuration des parcours. La force de ce dispositif réside dans le fait qu’il est le fruit de l’initiative de professionnels qui regroupent des équipes de soins primaires et des acteurs de soins de second, voire de 3ème recours. C’est un dispositif souple et adaptatif dont la liberté d’initiative est laissée à la main des professionnels de santé⁴⁶.

Les CPTS sont encore aujourd’hui des organisations très jeunes, très hétérogènes quant à leur gouvernance et aux territoires et populations qu’elles recouvrent. Pour cela elles peinent à vraiment se déployer comme il le faut sur l’ensemble du territoire. Des réticences à leur intégration sont observées chez certains professionnels de santé, pas assez familiers de ce mode de fonctionnement, alors que la création d’une CPTS nécessite la mobilisation d’un nombre significatif de professionnels de santé ainsi qu’une articulation de coordination avec les organisations territoriales sanitaires, médico-sociales et sociales, et les établissements de santé.

Il reste que les CPTS couvrent aujourd’hui la quasi-totalité du territoire national. A l’exception de quatre territoires hors métropole⁴⁷, il existe une CPTS par région ou département. L’objectif du gouvernement en 2018 avec le plan « Ma santé 2022 » était l’atteinte de 1000 CPTS en 2022⁴⁸. Mais l’on compte actuellement seulement 803 CPTS, à des stades d’avancement

⁴⁴ Constituer une CPTS en Île-de-France, Guide pratique, 2017

⁴⁵ L. 1434-12- 1 du CSP.

⁴⁶ M. (C.), « Les communautés professionnelles territoriales de santé : l’organisation des soins de premier recours de demain ? », art. cit., pp. 64-73.

⁴⁷ En date du 03 Avril 2023 aucune CPTS n’est encore enregistré en Polynésie Française, en Nouvelle Calédonie, en Saint Pierre et-Miquelon, et en Corse du sud.

⁴⁸ Le président Macron a annoncé en 2018 la création de 1000 CPTS sur tout le territoire dès 2022.

différents : 186 CPTS en phase de préprojet, 155 CPTS en construction de leur projet de santé avec une lettre d'intention validée, 35 CPTS sont en négociation de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) avec leur projet de santé validé, et 427 contrats ACI-CPTS signés au total⁴⁹.

L'objectif de l'introduction des MSP et de la création des CPTS est à la fois la constitution d'un réseau de professionnels d'un même territoire et d'un projet de santé avec des actions et outils de coordination afin de permettre aux professionnels médicaux et paramédicaux de sortir de l'exercice solitaire en inscrivant leur pratique professionnelle dans une démarche collective. Cela facilite parallèlement l'accès des usagers aux soins de santé. Mais le revers reste le basculement vers un exercice médical différent de la norme, d'une forme nouvelle, vers un nouveau mode d'exercice de la médecine de ville.

Section II : La nécessité de l'exercice coordonné comme moyen de garantir l'accès à la santé à tous

Les diverses formes d'exercice coordonné territoriales mises en place doivent faciliter l'accès aux soins des patients, permettre leur prise en charge rapide compte tenu de leurs besoins et améliorer leur parcours de santé. Mais elles doivent permettre également d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé en leur permettant de dégager du temps médical.

Dans cette optique de nouvelles mesures ont été instaurées par les politiques afin de rendre l'accès aux soins beaucoup plus rapide et facile.

L'accès aux soins ou à un médecin, par le biais notamment de la télémédecine, a donc été réglementé (Paragraphe1), compte tenu de l'éloignement des offreurs de soins par rapport aux patients et compte tenu également de l'indisponibilité de ces derniers. Le déploiement de la télémédecine est un enjeu clé pour l'amélioration de l'organisation du système de santé et de l'accès aux soins pour tous les assurés sur tout le territoire⁵⁰. Il est également une mesure de régulation du difficile accès aux soins.

⁴⁹ <https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-regionale-des-cpts/#:-:text=Ainsi%2C%20803%20CPTS%20sont%20compt%C3%A9es,en%20phase%20de%20pr%C3%A9%20projet>

⁵⁰ Source : site internet du Ministère des Solidarités et de la Santé

Une autre mesure de régulation du système de santé, toujours dans le but de garantir l'accès aux soins à la population, correspond à l'élargissement des compétences de la médecine de ville, paramédicaux et infirmiers en tête, ce qui induit la possibilité pour la population d'accéder directement aux soins de santé indépendamment des médecins (Paragraphe 2).

Paragraphe I : La réglementation de la télémédecine

La télémédecine est une pratique médicale instaurée en France depuis 2009. Pendant près d'une décennie, elle est restée en phase d'expérimentation. Le déploiement effectif des actes de la télémédecine sur l'ensemble du territoire a débuté en juin 2018 avec un accord conventionnel conclu entre l'assurance maladie et les professionnels libéraux, permettant ainsi le remboursement des actes de téléconsultation et de téléexpertise par l'assurance maladie⁵¹. Mais elle a connu son apogée avec la crise du covid 19.

En effet, la télémédecine est un mode d'exercice qui regroupe un ensemble de pratiques médicales défini par loi. Elle a été introduite dans le but de permettre à chaque patient de pouvoir avoir accès à une prise en charge à distance. Ce mode de prise en charge a été instauré pour la première fois dans le système de santé par la loi HPST⁵² du 21 juillet 2009.

C'est une pratique basée essentiellement sur la technologie du numérique, qui permet de répondre à la demande de soin en constante évolution. Elle permet l'interaction et l'échange audio ou vidéo entre un professionnel de santé et le patient ; elle permet la transmission, ou le partage temporaire, de données médicales requises pour la réalisation d'un acte. Elle permet aussi au professionnel de santé d'établir un diagnostic, d'assurer le suivi du patient, de prescrire et de réaliser des actes médicaux à distance.

Ainsi, la loi définit cinq actes principaux qui peuvent être réalisés grâce à la télémédecine⁵³. Il s'agit de la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance

⁵¹ Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n°6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016

⁵² La loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 est une loi de modernisation des établissements de santé, et d'amélioration de l'accès au soin. Elle est dite loi Bachelot et a apporté de profondes réformes dans le système de santé en France. Elle a renforcé la prévention en matière de santé publique et a permis la mise en place d'une nouvelle organisation territoriale des soins avec la création des ARS.

⁵³ Le décret du 19 octobre 2010, pris en application de la loi HPST, définit cinq actes médicaux réalisables en télémédecine, ainsi que leurs conditions de mise en œuvre.

médicale et la régulation médicale. La définition et les conditions de réalisation de chacun de ces actes sont mentionnées à l'article R-6316-1 du code de santé.

La téléconsultation est l'acte de la télémédecine le plus expérimenté, approprié et pratiqué par les professionnels de santé⁵⁴ ainsi que par les patients⁵⁵. Elle est pratiquée par tout médecin, généraliste comme spécialiste, depuis son secteur d'exercice, cabinet, centre de santé, établissement de santé, MSP ou structure d'exercice. Ainsi, le patient peut bénéficier d'une téléconsultation à domicile, ou dans une structure d'exercice coordonné assisté d'un autre professionnel de santé, tel est souvent le cas dans les maisons de santé pluriprofessionnelles.

Pendant la pandémie de la crise covid19, trois quarts des médecins généralistes ont eu accès à cet outil afin de garantir l'accès aux soins à la population pendant le confinement⁵⁶. Le remboursement de la téléconsultation lors de la pandémie était pris en charge à 100% par l'assurance maladie avant de passer à 70% en octobre 2022. Cette situation a permis la progression de la télémédecine sur tout le territoire et facilité l'accès à un médecin à chaque patient dans le besoin.

Néanmoins, le respect de certaines conditions est nécessaire pour le remboursement des actes de la télémédecine. Les patients qui ont recours aux actes de la télémédecine doivent s'inscrire dans le respect du parcours de soin coordonné et doivent être âgés d'au moins 16 ans. Certaines difficultés d'accès aux soins par les patients sont aussi prises en comptes dans l'évaluation des conditions d'accès à la télémédecine. De plus, les professionnels de santé qui ont recours à la télémédecine doivent s'assurer de ne pas effectuer plus de 20% d'actes de télémédecine sur leur volume d'activité en une année civile.

Divers outils de communication sont utilisés par les professionnels de santé dans la mise en œuvre de la télémédecine. L'application Doctolib est l'un des outils faciles d'accès à la population et aux professionnels de santé. Plus de 50% des professionnels de santé déclarent effectuer les actes de télémédecine grâce à cette plateforme⁵⁷.

⁵⁴ Les professionnels participant à un acte de télémédecine peuvent, sauf opposition de la personne dûment informée, échanger des informations relatives à cette personne, notamment par le biais des technologies de l'information et de la communication.

⁵⁵ Les actes de télémédecine sont réalisés avec le consentement libre et éclairé de la personne, en application notamment des dispositions des articles L. 1111-2 et L. 1111-4.

⁵⁶ Julie (K.) Maxime (B.), « Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernent des patients des grands pôles urbains en 2021 », DREES, Études et Résultats, décembre 2022, n° 1249

⁵⁷ <https://www.vie-publique.fr/en-bref/287538-teleconsultations-une-pratique-majoritairement-citadine>

La télémédecine est aujourd'hui une pratique à la portée de tous les professionnels de santé pour répondre à la demande de soin qui ne cesse d'augmenter. Elle est très employée par les professionnels de santé en exercice coordonné, notamment dans la prise en charge des soins non programmés. Elle a connu une nette progression chez les professionnels libéraux depuis l'avènement de la crise covid19. Elle est un véritable atout à la proximité entre les professionnels et facilite les coopérations. Elle permet également aux pouvoirs publics de mieux maîtriser les dépenses de santé. Elle a permis de faire des économies grâce à une restructuration des soins et à une mise en commun des compétences médicales, notamment avec la téléexpertise ; la télésurveillance a permis le maintien, plus longtemps à domicile, des personnes en situation de dépendance. La télémédecine permet également la prise en charge des patients qui souffrent de maladies chroniques exigeant une prise en charge continue tout en contenant les investissements humains et financiers qui explosent en raison du vieillissement général de la population.

La télémédecine garantit l'accès aux soins à bon nombre de populations aujourd'hui, notamment dans les zones urbaines. Il paraît évident que la télémédecine participe à rétablir l'équité territoriale en garantissant l'accès aux soins à la population. Elle permet de favoriser la coopération entre professionnels, à la fois sur le territoire, mais aussi au-delà des frontières. Elle apparaît comme un véritable outil d'accès aux soins ; cependant, son effectivité nécessite également l'accès à l'internet dans certaines zones blanches ainsi que la pratique des outils technologiques et numériques par les personnes âgées, susceptibles de recevoir plus de soins.

Paragraphe II : L'introduction de l'accès direct aux soins indépendamment des médecins

Dans le respect du parcours de soins, les patients n'ont d'autre choix que de passer par le médecin traitant avant d'entrer en contact avec certains spécialistes. Pourtant, ces derniers, faciles d'accès, en contact avec le patient peuvent répondre à ses besoins ou l'aider à satisfaire son besoin de santé. Mais tant le patient que le spécialiste doivent prendre contact préalablement avec le médecin traitant. Par ailleurs, le nombre de médecins ne cesse de se réduire entraînant un difficile accès aux soins. A cela, s'ajoute également la surcharge des urgences.

Face à ces différentes problématiques, l'élargissement des compétences des infirmiers et de certains paramédicaux semble être le levier idéal pour les politiques afin de rétablir l'équité territoriale et de permettre aux usagers d'avoir accès aux soins de santé.

L'accès aux professionnels de santé autres que les médecins a débuté en 2016 avec le décret en application de la loi N° 2016-41 du 26 janvier 2016 portant modernisation de notre système de santé. Ce décret instaure pour la première fois l'exercice en pratique avancée des auxiliaires médicaux. Il s'agit en effet d'un diplôme infirmier en pratique avancée délivré et reconnu au grade de master aux infirmiers qui élargit les compétences de ces derniers. Cette pratique a pour objectif de réduire la charge de travail des médecins tout en déléguant aux infirmiers des missions et des compétences plus poussées, jusque-là dévolues aux seuls médecins. Elle permet de faire face à l'accroissement de la population vieillissante et au développement des maladies chroniques. Toutefois elle est pratiquée sous certaines conditions précisées par le décret initial⁵⁸ et appuyées par le décret N°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée.

Avec la conviction que les compétences des infirmiers et des paramédicaux doivent continuer à évoluer, la proposition de la loi RIST a été adoptée le 11 mai 2023 par l'Assemblée nationale⁵⁹. Cette proposition est une initiative du Comité de Liaison des Institutions Ordinales (CLIO) portée à l'assemblée par la députée Stéphanie Rist. Elle a pour ambition d'améliorer l'accès au médecin traitant en développant le partage d'actes et d'activités entre médecins et autres professionnels de santé, de valoriser les compétences des professions de santé et d'améliorer la lisibilité du système de santé pour les Français⁶⁰. Cette loi introduit ainsi un accès direct aux infirmiers en pratique avancée, aux kinésithérapeutes et aux orthophonistes tout en élargissant les compétences de plusieurs professions paramédicales et en revoyant la permanence des soins.

La loi autorise l'accès direct des patients aux IPA, aux kinésithérapeute et orthophonistes. Ainsi, les IPA peuvent désormais primo-prescrire certains produits ou prestations soumis à ordonnance, prendre en charge la prévention et le traitement de plaies et prescrire des examens complémentaires et des produits de santé. Certaines disposition de la loi attribuent également

⁵⁸ Art.L.0430-1 du code de santé publique

⁵⁹ La loi a été promulguée le 19 mai 2023. Elle a été publiée au Journal officiel du 20 mai 2023.

⁶⁰<https://www.santementale.fr/2022/10/transferts-de-competences-des-medecins-vers-les-paramedicaux-une-avancee-majeure-pour-le-systeme-de-sante/>

aux pharmaciens le pouvoir de renouvellement ordonnance expirée pour le traitement d'une pathologie chronique, trois fois de suite pour un délai d'un mois.

Néanmoins, ces diverses compétences attribuées doivent être exercées en équipe par ces professionnels de santé. Les pratiques des IPA doivent se dérouler au sein d'équipes pluridisciplinaires. Cette loi a d'ailleurs été introduite au même moment que la création des CPTS, avec la possibilité pour les IPA d'intégrer les structures d'exercice coordonné pour la prise en charge collective et l'accompagnement des patients en ALD. Il est donc indispensable que les IPA et les paramédicaux désignés par la loi Rist exercent parmi une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant, au sein d'une équipe de soins en établissements de santé, dans des établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou bien encore en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire⁶¹.

Cette loi a été dédaignée par plusieurs libéraux qui se sont mobilisés contre. Pour les médecins, il n'est pas possible d'accepter qu'un autre professionnel, d'un niveau de formation inférieur, aille éventuellement assurer cette permanence dans les territoires ou dans les moments où les médecins ne seront pas ou plus présents⁶².

Ces diverses mesures mises en place au travers de l'exercice coordonné visent à garantir l'accès aux soins à la population et à améliorer la prise en charge du patient. Toutefois elles impliquent essentiellement la présence des professionnels libéraux, de par leur participation à chaque étapes de prise en charge ainsi qu'à tous les niveaux, notamment avec leur présence au sein des équipes de soin primaire pour une meilleure coordination du parcours des patients.

Chapitre II : L'exercice coordonné, un nouveau mode d'exercice médical impliquant essentiellement la médecine libérale pour l'amélioration des soins de santé

L'amélioration du système de santé et la garantie de l'accès aux soins à tous qui sont attendues des divers dispositifs de l'exercice coordonné (MSP, CPTS) tournent essentiellement autour de trois logiques d'action : la consolidation de l'offre de soins ambulatoires, la coordination de

⁶¹ Stephan (A.), Sébastien (C.), Karen (I.), « Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature », Santé Publique, 2017, N°2, Vol.29, p 242

⁶² Sarah Degiovani, présidente de la Fédération nationale des orthophonistes.

l'activité de soins ambulatoires et l'élargissement du périmètre d'activité en ambulatoire (la prévention et le curatif)⁶³. Cela étant, les professionnels de santé libéraux jouent un rôle essentiel dans l'offre de soin ambulatoire, les activités ambulatoires et dans la prise en charge de 1er recours qui permet de structurer et de coordonner le parcours de soin. Ils sont invités dans la mise en place de l'exercice coordonné à initier la création et le fonctionnement des divers dispositifs de coordination. A ce titre, les Unions Régionales de Professionnels de Santé (URPS) contribuent à l'organisation de l'offre de santé et de l'exercice professionnel, et représentent les professionnels de santé libéraux⁶⁴. Il faut souligner également la seule présence des professionnels libéraux au sein des maisons de santé professionnelle qui constituent et exécutent les offres de soin de proximité.

Ainsi, l'amélioration des soins de santé de la population passe par la forte implication de la médecine de ville dans la coordination des soins (section 1) et par leur forte implication dans la Prévention et l'éducation de la santé (section 2).

Section I : La forte implication des libéraux pour une meilleure coordination des soins

La coordination des parcours de soins du patient revêt des enjeux plus complexes, comme la garantie de l'accessibilité aux soins ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales. Un système de soins primaires efficace et bien coordonné est l'un des premiers leviers de l'amélioration de la santé de la population⁶⁵. Les structures d'exercice coordonné, notamment les maisons de santé pluriprofessionnelles, favorisent à cet effet la structuration et la coordination du parcours de soin du patient à travers la facilité d'accès aux soins de proximité (Paragraphe 1) mais encore avec la prise en charge des soins non programmés (Paragraphe 2).

⁶³ Anne (M.), « L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical », Dans *Revue française des affaires sociales*, 2020, N°1, pages 103 à 123

⁶⁴ Ferru (M), Omer (J), « Les communautés professionnelles territoriales de santé : une relecture du dispositif en termes de proximités. », *Revue Innovations*, 2021, Volume 65, Numéro 2, pp.21-48.

⁶⁵ Charlotte (D.F), Mylène (R-C.), « De la territorialisation des pratiques de santé aux communautés professionnelles territoriales de santé », *Revue S.F.S.P. « Santé Publique »*, 2 juillet 2020, Vol. 32, pages 239 à 246

Paragraphe I : La structuration du parcours de soin des patients

Le parcours de soins coordonnés a été institué par la loi du 13 août 2004. Il a pour objectif de faire bénéficier les patients d'un suivi médical coordonné, d'une gestion rigoureuse du dossier médical et d'une prévention personnalisée. Chaque patient doit avoir un médecin traitant et passer préalablement par ce dernier avant toute autre consultation chez un spécialiste, excepté quelques spécialistes.

L'amélioration de la qualité et de l'offre de soin passe par l'efficacité et l'efficience des prises en charges ainsi que par un accompagnement du patient aux différents niveaux du système⁶⁶. Pour cela les différents outils mis en place se concentrent essentiellement sur la coordination et la structuration du parcours de soins.

La coordination et de la structuration du parcours de soins sont organisées par les ESP sous forme de MSP, constituées uniquement de libéraux, qui assurent les soins de proximité. La structuration du parcours de soin consiste, pour ces professionnels de santé regroupés, à organiser efficacement les soins primaires, dit soins de premiers recours, et éventuellement les soins de second recours. Les soins de premier recours concernent les soins ambulatoires directement accessibles aux patients avec une dimension généraliste et un accent mis sur l'éducation pour la santé⁶⁷. Les soins ambulatoires ou soins primaires sont des soins traditionnellement fournis par les professionnels libéraux, même s'il en existe parmi eux qui sont salariés n'exerçant pas exclusivement en cabinet.

L'exercice coordonné permet une coopération entre ces libéraux pluridisciplinaires de manière à partager les compétences autour d'un patient lors de sa prise en charge. Cette coopération entre les divers professionnels libéraux au sein des maisons de santé facilite la prise en charge directe du patient au sein de la même structure par un autre spécialiste, ce qui réduit les prises en charge longues et évite le renoncement aux soins des patients.

La structuration du parcours médical permet un suivi médical et une meilleure prise charge du patient. Cette structuration en exercice coordonné améliore la communication entre les secteurs ambulatoire, hospitalier et même médico-social pour les regroupements larges (CPTS). La

⁶⁶ Christophe (P.), Jean-Baptiste (C.), « Le système de santé mis au défi de la coordination » Dans Journal de gestion et d'économie de la santé, 2020, N°5-6, p315

⁶⁷ Définition actée en 2009 par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires

circulation de l'information entre les professionnels rassemblés (médecin, pharmacien, infirmier, prestataire de santé à domicile, ...) facilite le suivi des patients. Cette stratégie des soins est appuyée par des outils numériques informatisés permettant le partage du Dossier Médical (DM)⁶⁸ et également une prise en charge à distance au sein des structures d'exercice coordonné. L'outil numérique favorise les synergies entre les professionnels de santé libéraux mais aussi les établissements hospitaliers et médico-sociaux. L'e-santé est une composante majeure de la coordination des soins. Elle couvre un vaste champ de la santé telle la télécommunication à travers des logiciels d'aide à la prescription, les dossiers médicaux électroniques et aussi à travers la télémédecine.

L'e-santé est un outil qui intervient également dans la prise en charge des soins non programmés, un autre enjeu de santé publique.

Paragraphe II : La prise en charge des Soins Non Programmés des patients

Les soins non programmés (SNP) sont des demandes de soins qui peuvent avoir lieu à tout moment et à n'importe quelle heure, soit pendant les horaires d'ouverture des cabinets (entre 8h et 20h en semaine, et le samedi matin), soit pendant la Permanence De Soins Ambulatoires (PDSA)⁶⁹. Ils ont un caractère imprévisible et constituent l'expression d'une demande de réponse en 24 heures à une urgence ressentie par le patient. Ces soins relèvent essentiellement de la médecine de ville et constituent un acte quotidien du médecin généraliste⁷⁰.

La gestion des SNP en ville est devenue un enjeu de santé car L'organisation du système de soins ne permet plus de répondre à l'ensemble des demandes des SNP, ce qui crée une saturation des urgences. Or les SNP sont des demandes de soins rapides qui ne relèvent pas médicalement de l'urgence immédiate, et donc ne nécessitent pas normalement une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences. Mais depuis quelques années, 20 millions de

⁶⁸ Le Dossier Médical Partagé (DMP) est un service qui permet aux professionnels d'accéder simplement et rapidement aux données du patient : traitements, antécédents, allergies, etc. Le DMP renforce la collaboration ville-hôpital en garantissant une circulation sécurisée de l'information entre professionnels de santé.

⁶⁹ Les territoires ont une organisation mutualisée de gestion des SNP, gérée par l'Agence Régionale de Santé (ARS)

⁷⁰ Lucas (D.), Élaboration d'un protocole permettant la prise en charge des soins non programmés de médecine générale au sein de la CPTS Opale Sud, Thèse en médecine sous dir. M. Denis DELEPLANQUE, Univ. Lille 2, 7 juillet 2022, 64p

passages sont enregistrés en service d'urgence (SU)⁷¹ avec une augmentation de 3,5% chaque année⁷². La cause en est le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques. Pour satisfaire un besoin de santé, les usagers n'ont donc d'autre choix que de se rendre directement aux SU. Les patients qui engorgent les SU sont tout autant des patients ne disposant pas de médecin traitant que des patients étant dans l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous d'urgence avec leur médecin traitant.

Les structures d'exercice coordonné pluridisciplinaires, dans leurs différentes missions, organisent la prise en charge des soins non programmés. Elles assurent la gestion coordonnée des SNP sur un territoire, tout en respectant le parcours de soins. Cette gestion fait partie de la responsabilité des médecins généralistes⁷³ des MSP. En exercice coordonné, les MG arrivent à répartir plus aisément la prise en charge des SNP, ce qui permet de désengorger les SU, limiter les refus de soin des professionnels et limiter le renoncement aux soins des patients face à l'impossibilité d'accès aux soins⁷⁴. La prise en charge des SNP en exercice coordonné et à l'échelle territoriale à travers les CPTS permet d'améliorer la prise en charge des patients et de dégager au MG du temps médical.

Pour faciliter la prise en charge des SNP, en parallèle avec les structures d'exercice coordonné, « Le pacte de refondation des urgences » a procédé à la mise en place au niveau national d'un Service d'Accès aux Soins (SAS) assurant une régulation téléphonique des demandes de SNP.⁷⁵

Le SAS permet aux patients qui n'arrivent pas à joindre leur médecin traitant ou qui sont dans un besoin de SNP d'accéder en moins de 48h à un professionnel de santé. Grâce au SAS les patients peuvent avoir des conseils médicaux, une téléconsultation ou être orientés vers une consultation de soin non programmé en ville pouvant les prendre en charge⁷⁶. C'est à la fois une régulation médicale de l'aide médicale urgente (SAMU), et une régulation de médecine

⁷¹ Les services d'urgences ont pour mission de prendre en charge 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences, et les besoins de soins urgents qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir.

⁷² Rapport DREES « Soins non programmés, Contexte national, Contexte départemental, Prise en charge hospitalière, Prise en charge libérale Périmètre, enjeux, problématiques » site du gouvernement, juin 2021

⁷³ La quantité de consultations de SNP effectuées par les médecins généralistes représente 12% de leur activité annuelle selon la DREES, soit 35 millions de consultations par an en France

⁷⁴ Baudier (F.), Bourgueil (Y.), Evrard (I.), Gautier (A.), Fur (PL.), Mousquès (J.), « La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009 », 1998, N°6

⁷⁵ https://lmd.sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf

⁷⁶ <https://esante.gouv.fr/sas>

générale en journée pour les soins non programmés qui est portée par des médecins régulateurs et des opérateurs de soins non programmés (OSNP)⁷⁷.

L'usage de la télémédecine facilite réellement la prise en charge des SNP dans l'exercice coordonné en permettant la mise en contact des patients dans un besoin urgent avec un spécialiste à travers des dispositifs technologiques dédiés.

Section II : La forte implication des libéraux pour une meilleure prise en charge des pathologies spécifiques

S'il a été démontré jusqu'ici la nécessité de l'exercice coordonné dans la lutte contre les déserts médicaux, il est tout aussi important que le projet de santé des diverses structures se construise autour d'une problématique de santé publique.

La prévention et l'éducation thérapeutique du patient (ETP) sont aujourd'hui de véritables enjeux de santé publique auxquels doit répondre le système de santé.

Ainsi, l'un des défis des politiques avec la mise en place des outils de coordination est également de pouvoir faire face à la croissance des maladies chroniques. L'exercice coordonné doit pouvoir permettre aux professionnels de diversifier leurs exercices à travers des actions de santé variées et rémunérées telles que la prévention et l'éducation thérapeutique du patient.

La prévention et l'éducation thérapeutique des patients sont des actions fréquemment menées au sein des groupements, et surtout dans les équipes de soins primaires comme les maisons de santé pluriprofessionnelles. Il est plus difficile pour un médecin généraliste exerçant seul en cabinet d'effectuer de l'éducation thérapeutique auprès de ses patients. De ce fait, il y a une forte implication des libéraux dans les programmes axés sur la prévention des maladies chroniques (Paragraphe 1) et sur l'éducation thérapeutique du patient (Paragraphe 2).

⁷⁷ Rapport de l'inspection générale des affaires sociales, Thomas (M.), Erik (R.) Julien (T.), Laure (B-L.), « Assurer le premier accès aux soins, Organiser les soins non programmés dans les territoires », mai 2018, p84

Paragraphe I : La mise en place de la prévention des maladies chroniques

Le développement de la prévention s'intègre à tous les niveaux de la politique de santé. C'est un objectif de santé incontournable dans l'organisation coordonnée. La prévention intervient à tous les niveaux de prise en charge du patient. Elle peut intervenir à trois étapes : primaire (prévenir l'apparition de la maladie), secondaire (prévenir l'aggravation pendant la maladie) et tertiaire (prévenir toute rechute)⁷⁸. Une quatrième étape de prévention se développe peu à peu qui est la prévention quaternelle ou palliative (l'accompagnement en fin de vie).

Selon la définition de l'OMS, la prévention est l'ensemble des actions qui tendent à promouvoir la santé individuelle et collective⁷⁹. Son but est d'entretenir et de développer le capital santé, ainsi que de faire prendre conscience à la population de l'importance de son capital santé. A cet effet, elle aborde des aspects assez précis tels que le coût, l'âge (petite enfance, adolescence, personnes âgées), les facteurs de risques (pollution, tabac, obésité, sida, tuberculose), la vaccination, le dépistage...⁸⁰

La prévention au sein des groupements d'exercice coordonné est généralement une prévention ciblée en fonction de sous-groupes de la population mais aussi et surtout en fonction de l'existence de facteurs de risque spécifiques à un groupe identifié de la population. La prévention autour des patients avec des pathologies spécifiques telles les maladies chroniques ou affections de longue de durée est une priorité au sein des MSP.

Les actions de prévention peuvent être sous la forme d'orientation ou d'information à livrer par les professionnels pluridisciplinaires aux patients, soit individuellement soit collectivement selon leurs besoin et leurs attentes. Il peut s'agir également de développement de compétences psychosociales, de thérapies à mettre en place pour lutter contre l'obésité, le diabète, le tabagisme qui sont des causes récurrentes de maladies chroniques.

Dans le cadre de prévention des maladies chroniques un dispositif a été déployé sur l'ensemble du territoire et financé par l'assurance maladie au titre des coopérations entre les professionnels. Il s'agit du protocole ASALEE (Action de Santé Libérale En Équipe)⁸¹. Il consiste en une

⁷⁸ <https://www.maintienadomicile-conseils.com/sante-et-prevoyance/education-therapeutique-et-prevention-sante>

⁷⁹ La prévention selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1948

⁸⁰ <https://www.infirmiers.com/etudiants/cours-et-tests/cours-sante-publique-leducation-la-prevention-et-la-promotion-pour-la-sante> Cours - Santé publique - L'éducation, la prévention et la promotion pour la santé

⁸¹ C'est un protocole lancé et été autorisé en 2012 au titre de l'article 51 de la loi hôpital, patients, santé et territoire (HPST) de 2009

coopération entre les médecins et infirmiers libéraux délégués de la santé populationnelle pour mener des actions de prévention spécifiquement avec les patients atteints de maladie chronique.

Il permet le suivi des patients diabétiques de type 2, la rédaction ainsi que la signature des prescriptions d'examens, les prescriptions et réalisations d'électrocardiogrammes (ECG), les prescriptions, réalisation et interprétation d'examens des pieds ; le suivi du patient à risque cardiovasculaire incluant la prescription et la réalisation d'ECG ; le suivi du patient tabagique à risque de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), les prescription, réalisation et interprétation de spirométrie ; les consultations de repérage des troubles cognitifs et réalisation de tests mémoire pour les personnes âgées⁸².

Les infirmiers avec des compétences avancées ont ainsi la capacité d'interagir avec les médecins libéraux dans le suivi de ces maladies chroniques. Dans la MSP du Collet, les infirmières regroupées avec les médecins libéraux s'articulent autour des patients dans le dépistage de la BCPO et l'aide au sevrage tabagique, le suivi des patients diabétiques et les patients à un haut niveau cardio-vasculaire ainsi que le suivi du dépistage des cancers⁸³.

La proximité des professionnels pluridisciplinaires au sein des MSP facilite l'interaction sur les programmes de prévention et améliore ainsi la qualité de soin du patient. En cas de survenance de pathologies ou de complications secondaires de pathologies chroniques du patient, la prévention s'étend sur l'ETP qui fait tout autant partie du projet de santé des structures d'exercice coordonné.

Paragraphe II : La mise en place de L'Éducation Thérapeutique du Patient

Le programme d'ETP est une action indispensable dans l'organisation coordonnée des professionnels rassemblés pour un travail collectif autour du patient, tout comme la prévention. Ce programme doit être proposé au patient à un niveau avancé de la maladie avec diverses activités à l'appui. Il a été règlementé par la loi et doit être déclaré auprès de l'ARS par tout

⁸² Timothée (C.), Evaluation de la faisabilité du dépistage de BPCO par spirométrie par le biais d'une consultation coordonnée médecin-infirmier au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle du nord, Thèse en médecine sous dir. M. Alain BARDOUX, Univ. Lille 2, 14 juillet 2018, p100

⁸³ <https://www.mspducollet.fr/la-maison-de-sante/le-projet-de-sante-de-la-msp-du-collet/>

porteur du programme⁸⁴. Ce programme fait partie des critères à respecter par les MSP afin de bénéficier d'aides financières des ARS⁸⁵.

L'éducation thérapeutique du patient, telle que définie par l'OMS, « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. »⁸⁶

Dans ses recommandations, la Haute Autorité de santé (HAS) indique que différents niveaux d'intervention sont nécessaires dans la mise en œuvre de l'ETP. Pour cela il est essentiel que ce programme se fasse en coordination avec les professionnels de santé. Il est important que chaque patient atteint d'une maladie chronique soit informé de la possibilité de bénéficier d'une éducation thérapeutique et, s'il approuve le programme, il est en mesure de négocier les buts et les modalités proposés sur la base d'une première expérience.

Dès l'acceptation par le patient d'une ETP, la coordination des divers professionnels pluridisciplinaires dans la prise en charge est essentielle pour le suivi médical et le partage d'information sur les besoins du patient, les attentes de ce dernier, ses difficultés et les différents problèmes identifiés. Cette démarche assure la cohérence de l'ETP et sa continuité. Elle permet aussi aux professionnels d'intervenir soit en contribuant directement à la démarche éducative, soit en proposant une réponse adaptée aux difficultés du patient ou de ses proches ou des professionnels de santé⁸⁷.

⁸⁴ Art L. 1161-1 à L. 1161-6 du code de la santé publique

⁸⁵ Art-L. 1161-2 du CSP: Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national dont le contenu est défini par arrêté du ministre chargé de la santé, sur la base des recommandations et référentiels établis par la Haute Autorité de santé. Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local après déclaration auprès des agences régionales de santé. Ils sont proposés au malade par un professionnel de santé et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé.

⁸⁶ Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996, Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease, traduit en français en 1998

⁸⁷ Recommandation Haute Autorité de la Santé, Éducation thérapeutique du patient, Définition, finalités et organisation, Juin 2007

L'éducation à la santé est nécessaire pour modifier les connaissances du patient sur sa maladie. L'équipe éducative favorise une meilleure ETP. Ainsi la mise en œuvre de l'ETP au sein d'une équipe pluridisciplinaire améliore la qualité de vie du patient et lui assure une autonomie. L'équipe se charge de conduire une prise en charge globale, notamment nutritionnelle, psychologique et sociale du patient.

L'Education thérapeutique du patient participe à l'amélioration de la santé du patient (biologique, clinique) et à l'amélioration de sa qualité de vie et de celle de ses proches.

Les équipes de soins primaires, notamment les MSP à travers les libéraux, permettent d'améliorer la prise en charge globale des patients et assurent la prévention et l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladie chronique. Cela participe fortement à l'amélioration du système de santé et contribue aussi à une diminution du coût global de la santé.

L'exercice coordonné est d'une réelle nécessité dans la garantie de l'accès aux soins, notamment dans la lutte contre les déserts médicaux. Il participe de manière efficace à l'amélioration de la qualité de vie des patients et même à celle des professionnels. Depuis quelques années déjà ce nouveau mode d'exercice gagne du terrain sur l'ensemble du territoire. Il essaie d'apporter une solution aux diverses problématiques auxquelles fait face le système de santé. Il devient alors pour les politiques un outil incontournable pour assurer un meilleur fonctionnement du système de santé.

Partie II : L'adaptabilité forcée de l'exercice libéral à l'exercice coordonné

L'exercice libéral, qualifié d'exercice isolé connu par la France pendant des siècles, semble disparaître à petit feu. Aujourd'hui, la solution face aux divers maux⁸⁸ dont souffre le système de santé se trouve dans l'exercice collectif, cet exercice qui nécessite le regroupement des professionnels pluridisciplinaires de santé, notamment des libéraux. Répondant aux nombreux problèmes auxquels fait face le système de santé, ce nouveau mode d'exercice prend de plus en plus de place dans le système médical.

L'avenir de la médecine libérale se joue aujourd'hui au sein de l'exercice coordonné, sous toutes ses formes. Le médecin, seul dans son cabinet à prendre en charge les patients, n'est plus l'idéal pour le système de santé tel qu'il se présente aujourd'hui. Les jeunes médecins, encore plus les politiques, s'accordent sur la nécessité de déployer plus de moyens dans l'exercice collectif.

La France connaît un allongement constant de l'espérance de vie et cet allongement crée de nouveaux enjeux pour l'exercice libéral. Le développement des pathologies chroniques nécessite une prise en charge plus globale et coordonnée du patient, entre acteurs des soins primaires et différents intervenants⁸⁹. Le médecin, seul dans son bureau, isolé, ne peut pas assurer cette prise en charge de patients ayant des pathologies chroniques. L'exercice coordonné vise ainsi à réduire les ruptures dans le parcours de soins, à permettre le partage d'informations et à instaurer des discussions autour du patient⁹⁰.

Les divers objectifs et apports de l'exercice coordonné constituent, d'une part, une opportunité pour les professionnels libéraux face aux dures réalités de l'exercice libéral aujourd'hui (Chapitre 1). D'autre part, il est évident pour les politiques que l'exercice coordonné reste l'ultime solution pour le bon fonctionnement du système de santé (Chapitre 2).

⁸⁸ La baisse constante de médecin, le difficile accès aux soins, le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques, la tension dans le temps médical ou encore les prises en charge de plus en plus lourdes et complexes en ambulatoire combinées au cloisonnement professionnel et structurel

⁸⁹ Schéma Régional de Santé : AGENCE REGIONALE DE SANTE DE BRETAGNE

⁹⁰ Plummer (W.), « La Mutualité française inquiète du manque de personnel de santé », *Le Figaro*, juin 2022

Chapitre I : L'exercice coordonné, une opportunité pour les professionnels libéraux

Il est irréfutable aujourd'hui que la médecine libérale connaît des crises et des dysfonctionnements qui affectent corollairement le système de santé. Le modèle français des soins primaires repose historiquement sur une médecine de ville, en grande majorité libérale⁹¹. De plus, la politique de prévention et de promotion de la santé repose largement sur les professionnels de santé en ville. Il est donc nécessaire au bon fonctionnement du système que des moyens soient mis à la disposition de la médecine libérale pour soulager les divers maux auxquels elle fait face, et pour soulager par conséquent le système de santé.

En effet, si l'exercice coordonné veut apporter des solutions aux problématiques actuelles de notre système de santé, telles que l'inégalité de répartition de l'offre de soins, l'augmentation de la demande et la crise démographique, il entend également offrir aux praticiens libéraux des conditions de travail meilleures, leur permettant en particulier d'optimiser le temps médical au service du patient et d'être déchargés d'une partie des contraintes administratives⁹².

L'exercice coordonné se positionne ainsi comme une solution face aux dures réalités auxquelles font face les libéraux aujourd'hui (Section 1).

Il est incontestable que l'exercice coordonné est aujourd'hui un mode d'exercice attirant pour les jeunes professionnels de la santé, qui ne souhaitent pas exercer isolés. On assiste ainsi à un glissement manifeste de ces derniers vers l'exercice coordonné (Section 2).

Section I : Une solution face aux difficultés de la médecine libérale

Depuis quelques années, la médecine libérale est confrontée à des difficultés récurrentes. Difficile entente avec l'assurance maladie par rapport au coût des prestations, opposition perpétuelle avec les politiques des multiples réformes, épuisement professionnel agissant sur la qualité de vie, autant de facteurs qui ne cessent de détériorer la pratique libérale.

Il est donc nécessaire pour les professionnels de santé de s'organiser différemment afin de faire face à la dure réalité de la médecine de ville. En travaillant de façon coordonnée dans les

⁹¹ Marine (R.), Yann (B.), Claude (S.), « Les maisons de santé pluriprofessionnelles : un modèle organisationnel au carrefour de multiples logiques », Dans Revue française des affaires sociales, 2020, N°1, pages 59

⁹² *Op.cit.*

structures d'exercice coordonné, les professionnels de santé ont la possibilité d'améliorer leurs conditions de travail (Paragraphe 1) mais aussi d'améliorer leurs rapports avec l'assurance maladie (Paragraphe 2).

Paragraphe I : L'amélioration des conditions de travail de la médecine libérale avec l'exercice coordonné

Selon une étude sur la qualité de vie des professionnels au travail, il est constaté que la santé des médecins libéraux est relativement moins bonne que celle des médecins salariés ; en effet, les professionnels du libéral sont plus stressés et moins satisfaits en termes de confort matériel que leurs confrères salariés⁹³. Valérie Briole, docteur à la tête de l'URPS⁹⁴ déclarait à ce propos : « Il y a une dégradation des conditions d'exercice vraiment claire ».

Il est rare d'observer en France des grèves chez les professionnels de santé, en particulier chez les médecins libéraux⁹⁵. Mais c'est ce à quoi on a assisté dernièrement. L'élément déclencheur de ce phénomène n'était rien d'autre que les conditions de travail de plus en plus difficiles des praticiens en libéral. Certains en arrivent à faire des burnout, même si on a du mal à comprendre que des médecins puissent en arriver à cet extrême. Par exemple, les consultations des médecins libéraux ne se limitent pas au cabinet mais passent également par des visites au domicile pour les patients âgés dans l'impossibilité de se déplacer. Des journées à rallonge, des surcharges administratives et l'épuisement professionnel sont les facteurs d'aggravation de leurs conditions de travail. Malgré cela, on attend d'eux un travail de qualité pour une meilleure prise en charge du patient. Face à cette réalité, certains libéraux préfèrent migrer vers l'exercice coordonné pour mieux répondre aux exigences accrues de leur métier.

Et pourtant les structures interprofessionnelles facilitent la pratique libérale aux professionnels libéraux.

Il faut souligner que l'exercice de la médecine générale libérale, qu'il soit en structure d'exercice coordonné ou isolé, est caractérisé par des tâches administratives multiples. Les maisons d'exercice coordonné offrent de meilleures conditions aux libéraux en mettant à leur

⁹³ Le Dr Aurore Vincendon a évalué la qualité de vie des médecins généralistes en créant un questionnaire spécifique, inspiré des travaux de l'INSEE sur « comment évaluer la qualité de vie d'un individu »

⁹⁴ Marie (F.), Loan (T.), « DR Valérie Briole : "Il y a une dégradation des conditions d'exercice vraiment claire", *Le quotidien*, juillet 2022

⁹⁵ La dernière grève remontait à 2015.

disposition un comptable et un secrétariat pour la prise en charge des tâches administratives, ce qui libère du temps médical. Aujourd'hui en effet, les tâches administratives occupent plus de place dans le travail médical des médecins que la pratique en elle-même. L'aspect administratif reste d'ailleurs la cause principale de la grève des libéraux. Leur revendication d'une augmentation des frais d'honoraire a pour principale justification la nécessité de recruter une assistante médicale dans le but de se décharger des tâches administratives.

Au-delà de la charge administrative, l'épuisement professionnel est également une difficulté récurrente pour les professionnels libéraux. Il se présente sous des formes diverses, telles la dépression, la frustration, la fatigue chronique, et est favorisé par l'organisation du travail et l'autonomie décisionnelle des libéraux, source de stress.⁹⁶

Même s'il n'est pas propre aux médecins libéraux, l'épuisement professionnel a plus d'impact sur les professionnels exerçant seuls en cabinet, qui accumulent stress et responsabilité personnelle. Il devient donc nécessaire d'enrayer le phénomène ; dans ce contexte, le travail collectif permet à certains libéraux d'éviter le burnout et de gagner en santé mentale avec la répartition des tâches, de la charge de travail et de la responsabilité des prises en charge.

D'après une étude statistique effectuée sur les médecins libéraux exerçant en cabinet et ceux exerçant en MSP, il en ressort une satisfaction globale des médecins libéraux exerçant en MSP. Ces derniers estiment avoir une amélioration de leurs conditions de travail et surtout une meilleure qualité de vie, contrairement aux médecins exerçant en cabinet dont le taux d'ancienneté semble plus élevé que celui des professionnels en exercice groupé⁹⁷.

L'exercice coordonné se présente ainsi comme une opportunité pour les libéraux car il permet une diminution des démarches administratives et comptables auxquelles ils sont confrontés au quotidien. Même pour les médecins en fin de carrière, l'exercice coordonné permet de revoir le rythme de travail tout en assurant une pérennité des soins.

⁹⁶ Catherine (E.), « L'épuisement professionnel des médecins libéraux : analyses psychosociales », SOS médecine libérale, février 2022, p83

⁹⁷ Cf. *supra*.

Paragraphe II : L'amélioration des rapports médecins libéraux / Assurance maladie avec l'exercice coordonné

Parmi les critères qui définissent l'exercice libéral se trouvent le principe du libre choix du médecin par le malade et le paiement direct des honoraires par le malade⁹⁸. Ces principes seront limités par l'ordonnance de 1945 de la sécurité sociale avec l'introduction de la convention médicale⁹⁹. Cette ordonnance sera le point de départ d'une relation complexe entre l'assurance maladie et la médecine libérale. Des conventions médicales nationales collectives et pluriannuelles régissent les relations entre les syndicats de médecins et l'assurance maladie. La toute première convention fut signée en 1971¹⁰⁰ et la dernière date de 2023¹⁰¹. En l'absence de convention nationale, le règlement arbitral régit désormais les relations entre l'assurance maladie et les médecins libéraux¹⁰². Les relations entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé libéraux s'inscrivent ainsi dans un cadre conventionnel et les conditions de rémunération des professionnels de santé libéraux reposent dès lors sur une négociation entre Assurance maladie et représentants des professionnels.

Les prestations des actes des médecins libéraux sont remboursées par la Sécurité sociale suivant un tarif fixé réglementairement selon le secteur d'appartenance des médecins libéraux. Cela nécessite un contrôle par l'assurance maladie, notamment en matière de dépassements d'honoraires. L'apparition de tarifs conventionnels a nécessité la répartition des libéraux par secteur d'appartenance (art. L. 162)¹⁰³.

Le contrôle de l'activité libérale par l'assurance maladie crée ainsi des tensions avec les médecins libéraux, notamment sur le tarif des honoraires. Toutefois, l'entente directe sur le montant des honoraires existe encore avec certains professionnels libéraux du secteur 3 non conventionnés ou conventionnés en honoraires libres¹⁰⁴, mais ces derniers ne représentent pas la moitié des médecins libéraux.

⁹⁸ L.162-2 du code de la sécurité sociale

⁹⁹ Ordonnance n° 45-2454 du 19 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles

¹⁰⁰ Convention nationale garantissant l'exercice libéral de la médecine et le paiement à l'acte

¹⁰¹ Arrêté du 28 avril 2023 portant approbation du règlement arbitral organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie

¹⁰² <https://www.ameli.fr/roubaix-tourcoing/medecin/textes-reference/convention-medicale-reglement-arbitral/reglement-arbitral-convention-et-avenants>

¹⁰³ Le code de sécurité sociale renferme toute une série de dispositions relatives aux relations contractuelles entre médecins libéraux et assurance maladie.

¹⁰⁴ Le remboursement de l'assurance maladie pour le secteur 3 est minime pour les consultations et interventions mais les honoraires sont libres.

Les principales sources de conflit reposent d'un côté sur la limitation des dépassements d'honoraires par l'assurance maladie et de l'autre sur la revendication de la revalorisation de la consultation par les médecins généralistes. L'organisation syndicale des médecins généralistes au sens de la loi¹⁰⁵ revendiquait un rehaussement de la consultation de 25 à 50 euros, soit 100% d'augmentation. La raison de cette demande des médecins est la nécessité d'engager du personnel administratif afin de dégager du temps pour mieux soigner et pour recevoir davantage de patients. Les médecins estiment en effet manquer de temps à cause de la lourdeur des tâches administratives.

D'où l'avantage pour ces derniers d'exercer en structures coordonnées qui offrent la possibilité d'avoir un secrétariat en charge des tâches administratives permettant de dégager du temps médical, voire personnel. Les professionnels ont également la possibilité d'embaucher un coordonnateur à temps partiel, capable d'assurer certaines tâches et de mettre en place des projets transverses, comme le choix du service informatique, la mise en place des protocoles partagés, les relations avec l'hôpital, l'ARS et la sécurité sociale¹⁰⁶.

Les professionnels de santé libéraux exerçant en coordination bénéficient d'aides de l'assurance maladie sur la base d'indicateurs pouvant les aider à faire face à certaines réalités. Les structures d'exercice coordonné peuvent bénéficier d'aides spécifiques leur permettant de répondre aux besoins. Les professionnels peuvent ainsi choisir d'investir en commun dans des équipements médicaux plus pointus (échographe par exemple) ou de prendre en charge de nouvelles missions orientées sur la prévention et l'éducation thérapeutique des patients, avec à la clef des rémunérations sur objectifs. Citons par exemple la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), créée en 2011, qui contribue à faire évoluer les pratiques d'exercice pour atteindre les objectifs de santé définis par la convention¹⁰⁷.

Le rôle de l'Assurance maladie évolue ainsi progressivement avec les libéraux vers une posture d'accompagnement et non plus uniquement de financement et de régulation.

L'exercice coordonné au regard de ces objectifs semble répondre aux aspirations des jeunes médecins et aux évolutions des pratiques souhaitées par les professionnels en exercice.

¹⁰⁵ Art. L. 162-5 du code de la sécurité sociale

¹⁰⁶ *Op.cit.*

¹⁰⁷ <https://www.ameli.fr/roubaix-tourcoing/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/remuneration-objectifs/nouvelle-ros>

Section II : Un glissement manifeste des jeunes médecins vers l'exercice coordonné

L'exercice coordonné se présente aujourd'hui comme une opportunité pour les jeunes médecins, désireux de travailler en équipe et d'améliorer leur qualité de vie au travail.

Comme explicité précédemment, les conditions d'exercice des professionnels libéraux ne sont enviables ni pour ceux déjà en place ni pour la génération destinée à prendre la relève. L'isolement médical est un facteur de stress et d'épuisement professionnel que rencontrent bon nombre de médecins libéraux. Les jeunes et futurs médecins, lorsqu'ils observent les conditions de travail que connaît la médecine de ville aujourd'hui, ont l'impression que les difficultés rencontrées en médecine libérale lui sont propres, et hésitent à s'installer en ville et à pratiquer sous cette forme. L'âge réel d'installation des médecins généralistes en France recule de plus en plus, il est désormais de 37 ans en moyenne¹⁰⁸.

Le travail en équipe, en salarial ou en maison d'exercice, est visiblement le choix d'un bon nombre d'entre eux.

L'exercice de groupe devient ainsi la norme pour une partie des jeunes médecins qui montrent un désintérêt croissant vis-à-vis de l'exercice libéral, d'où l'absence d'installation des jeunes en début de carrière (Paragraphe 1).

De plus, la pratique libérale occupe une place presque insignifiante pendant les années d'études de médecine. L'exercice coordonné en hospitalier reste la norme, notamment pendant les périodes de stages. Les jeunes générations, à la sortie de dix ans d'études de médecine passées dans les hôpitaux, ont donc du mal à accepter l'exercice isolé (Paragraphe 2).

Paragraphe I : Le désintérêt des jeunes médecins pour l'installation en début de carrière

L'ancienne ministre de la santé et de la prévention, Agnès Buzyn, déclarait : « *Beaucoup de jeunes médecins aujourd'hui ne veulent plus d'exercice isolé, mais dès que l'on propose de*

¹⁰⁸ Munck (S.), Massin (S.), Hofliger (P.), Darmon (D.) « Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale », Santé Publique, 2015, N°27, p49.

s'inscrire dans une offre territoriale coordonnée avec d'autres professionnels, tout de suite les territoires deviennent beaucoup plus attractifs »¹⁰⁹.

Le constat est commun à tous, la profession médicale libérale est de moins en moins attractive depuis quelques années. D'après les statistiques de la DRESS de 2012 à 2021, l'exercice libéral se raréfie. Les médecins sont de plus en plus nombreux à choisir un exercice mixte, combinant des activités libérales et salariées, ou exclusivement le salariat¹¹⁰. Pour certains, la justification du désamour de l'exercice libéral chez les jeunes médecins tient à l'aspect administratif de la profession libérale qui prend énormément de place sur la pratique médicale¹¹¹. Mais loin d'en être la cause principale, la charge administrative n'est qu'un élément infime dans ce frein à l'installation en libéral.

En effet, contrairement à l'exercice salarial, l'exercice libéral repose sur la totale autonomie du médecin. Le professionnel libéral assume seul l'investissement professionnel de son exercice (cabinet, matériel, etc.), il engage sa totale responsabilité dans tous ses actes et prend ainsi des risques à la hauteur de son investissement. Ses charges professionnelles sont déduites de son revenu qui, loin d'être stable comme un salaire fixe, dépend de son temps de travail¹¹². Les congés chez les libéraux sont des périodes sans revenus, avec des charges professionnelles à satisfaire. A ces éléments s'ajoutent les protections sociale et maternité qui sont nettement moins bonnes que celles des salariés¹¹³.

Tous ces aspects sont des paramètres évalués de près par les jeunes médecins aujourd'hui, et le temps de travail en exercice libéral est l'un des freins majeurs à l'installation. Certains libéraux vont jusqu'à faire 70 à 80h par semaine¹¹⁴, ce qui intéresse peu la jeune génération. De plus, avec la féminisation croissante de la profession¹¹⁵, les femmes préfèrent également un rythme de travail moins soutenu avec 35h la semaine en tant que salariées.

¹⁰⁹ Éric (J.), « Renforcer l'offre de soins dans les territoires », *Centre presse, Septembre 2018*

¹¹⁰ DREES Anguis (M), Maxime Bergeat (M), Pisarik (J), Vergier(N), Chaput (H), *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques*, la Drees N° 76 mars 2021

¹¹¹ Bruno (P.), « La charge administrative : frein majeur à l'installation ? », *SOS médecine libérale*, février 2022, p35

¹¹² Claude (L.), « Le médecin libéral en 2010 », Éditions Presses de Sciences Po, Dans *Les Tribunes de la santé*, mars 20103, N°28, p60

¹¹³ *ibid*

¹¹⁴ Natacha (V.), Stéphanie (C.), Zilan (C.), Sonia (B.), « En France, la grève des médecins libéraux contre la dégradation de leurs condition de travail », *France 24*, 29 novembre 2022.

¹¹⁵ *Op.cit*

Outre la vie professionnelle, les jeunes médecins sont aujourd'hui à la recherche d'une vie sociale et d'une meilleure qualité de vie au travail. Contrairement à leurs prédécesseurs, ils recherchent un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, et la dimension familiale influence également leur projet d'installation¹¹⁶.

Selon une l'enquête menée en 2019 par la Commission des jeunes médecins, 65% du nombre de médecins généralistes inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) ne sont prêts à s'installer que dans trois ans. Parallèlement, l'activité qualifiée d'intermittente, représentée essentiellement par les remplaçants, a quasiment doublé depuis 2010¹¹⁷. Les jeunes médecins préfèrent mener une activité de remplacement après leur sortie d'internat plutôt que de s'installer en libéral. Parmi les médecins souhaitant quand même exercer en libéral, seulement 3% d'entre eux voudraient exercer isolés¹¹⁸. L'exercice en groupe ou en structure d'exercice coordonné est plébiscité par la majorité. Enfin, l'exercice dans certaines spécialités étant difficile à assumer individuellement¹¹⁹ explique que certains préfèrent acquérir davantage d'expérience pratique avant de s'installer.

L'exercice collectif permet aux jeunes médecins non seulement de se libérer plus de temps et d'alléger leurs diverses tâches au travers des remplacements, facilités grâce à la présence des confrères, mais aussi de mutualiser leurs moyens, afin de se recentrer sur l'essentiel de leur métier, en l'occurrence le soin et la santé de leurs patients.

L'exercice regroupé apparait clairement comme une solution qui séduit de plus en plus les jeunes médecins, et même les anciens. Il est plus adapté au rythme que souhaitent les jeunes professionnels, notamment ceux qui désirent exercer encore en libéral. Cet exercice prend en compte le secrétariat, la comptabilité, les relations administratives, les contacts et les prises de rendez-vous des patients, les réunions de coordination, les rencontres professionnelles, les formations, autant de tâches prises sur le temps personnel lorsqu'on exerce seul. L'exercice regroupé aide les médecins à lutter contre l'épuisement professionnel, à l'origine parfois de burnout après des années d'isolement.

¹¹⁶<https://medical-rh.com/jeunes-medecins-et-medecine-liberale-decalage-entre-volonte-de-sinstaller-et-crainte-de-lechec/>

¹¹⁷ Gerard-Varet J-F. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2021, Conseil National de l'Ordre des Médecins. Conseil National de l'Ordre des Médecins ; 2021.

¹¹⁸ Lucie (R.), La qualité de vie des médecins généralistes en structures d'exercice coordonné dans les Hauts-de-France en 2021, Thèse en médecine sous dir. M. Sylvain DURIEZ, Univ. Lille 2, 27 avril 2022, 89p

¹¹⁹ Claude (L.), « Le médecin libéral en 2010 », Éditions Presses de Sciences Po, Dans Les Tribunes de la santé, mars 20103, N°28, p61

Au-delà des divers facteurs de frein à l'installation des jeunes médecins, la place de la pratique libérale pendant toute la période d'études de médecine joue également un rôle important dans le choix final des étudiants diplômés.

Paragraphe II : La place de la pratique libérale au sein des études de médecine

Le désintérêt des jeunes médecins pour l'installation en libéral, mis en évidence dans les statistiques, se rajoute ainsi au tableau des problématiques de santé et devient une préoccupation majeure de santé publique.

Il est évident que les réalités de la médecine libérale telles que le rythme de travail, les charges administratives et l'épuisement professionnel sont des facteurs qui éloignent de la pratique libérale. Toutefois on pourrait également s'interroger sur l'impact de la pratique médicale dans les études de médecine. Pour une formation d'une durée de dix ans environ, les étudiants en médecine ont à peine l'opportunité de côtoyer la profession libérale. L'univers de la pratique libérale reste très peu abordé au cours des études de médecine, malgré la longueur du cursus¹²⁰.

De façon générale, les années d'études en médecine se font sur deux périodes. La première période, appelée « période d'externat », établit le premier contact des étudiants avec le milieu hospitalier. Sur cette période de trois ans de formation, une douzaine de stages est effectuée par les étudiants d'externat, mais pour la majorité d'entre eux aucun stage n'est réalisé en libéral¹²¹. Pour les étudiants qui ont la chance d'avoir un stage en libéral permettant a priori de découvrir la médecine de ville, on constate qu'il s'agit de moments d'observation ne laissant pas assez d'ouvertures sur tout ce qui encadre l'exercice libéral, comme la gestion comptable, administrative, informatique etc.¹²² La deuxième période, appelée « période d'internat », est la dernière ligne droite des études en médecine. Et pourtant force est de constater que certains étudiants spécialistes n'arrivent toujours pas à se faire d'expériences en dehors du milieu hospitalier¹²³. Les internes en médecine générale quant à eux bénéficient de stages d'une durée

¹²⁰ Walid (M.), « la place donnée à la pratique libérale au sein des études de médécines », *SOS médecin libéral*, février 2022

¹²¹ *ibid*

¹²² « Compagnonnage des étudiants en médecine par les médecins libéraux », Syndicat médecin libéraux, 2008

¹²³ *ibid*

de six mois en dehors du milieu hospitalier, ce qui leur permet de découvrir le monde de la médecine libérale.

Ce sont uniquement ces périodes de stage de six mois qui sont censées préparer les étudiants à embrasser le monde libéral, mais cela n'est pas forcément formateur.

Si les jeunes médecins ne sont pas enclins à l'installation en début de carrière, cela est dû également à certaines craintes et certains questionnements auxquels ils n'ont pas de réponse et auxquels leur formation n'a pas suffisamment répondu. Être médecin en exercice libéral implique également de porter plusieurs casquettes et d'être en mesure d'assumer diverses responsabilités. La transition hospitalo-centré vers une pratique libérale, dans laquelle le jeune médecin diplômé est confronté seul à des questionnements et des problèmes¹²⁴, effraie aujourd'hui.

Pour se lancer dans l'exercice libéral en cabinet, les étudiants ont besoin de se familiariser avec la pratique de la médecine générale en cabinet libéral, d'avoir une bonne expérience professionnelle, de savoir comment orienter un patient dans la pratique et quel comportement adopter devant des pathologies spécifiques. Ces différentes étapes, abordées de manière superficielle, font que beaucoup redoutent ces moments et craignent l'installation en début de carrière¹²⁵.

L'absence de formation entrepreneuriale au sein du cursus médical ne permet pas non plus aux professionnels d'appréhender la réalité et d'être aptes à exercer en libéral. La gestion de l'entreprise, l'organisation d'une journée entière de travail en libéral, l'incertitude d'un diagnostic, l'urgence en libéral, l'utilisation du logiciel informatique, la relation avec la sécurité sociale et les organismes de mutuelle, sont des connaissances et des pratiques libérales que beaucoup apprennent sur le tas dans le stress et l'angoisse¹²⁶.

La formation en médecine est hospitalo-centrée, présentant l'hôpital et l'exercice coordonné comme la figure première du système de santé. Cela justifie le désintérêt des jeunes médecins pour la médecine libérale et l'intérêt porté aux remplacements en début de carrière afin de se familiariser avec l'exercice libéral avant l'installation.

¹²⁴ *ibid*

¹²⁵ Adrien (W.), Attentes et ressenti des internes de médecine générale de Lille effectuant un SASPAS quant à leur stage, Thèse en médecine sous dir. M. Didier Delette, univ. Lille 2, Octobre 2018, p117

¹²⁶ *Op.cit.*

La place de la pratique dans la formation de la médecine influence aujourd'hui plus que jamais le choix d'exercice des jeunes.

Si la solution actuelle pour les jeunes médecins qui désirent exercer en libéral est le remplacement et l'exercice collectif, les politiques s'impliquent et s'efforcent de leur côté de lutter contre l'exercice libéral isolé afin de faire de l'exercice coordonné un nouveau mode d'exercice libéral.

Chapitre II : L'exercice coordonné, une solution indéniable pour les politiques

La régulation de la médecine libérale française depuis quelques années est marquée par le contrôle grandissant de la puissance publique sur l'exercice médical¹²⁷.

Apporter une solution pérenne aux diverses problématiques qui dégradent le système de santé français est l'un des défis premiers des pouvoirs publics. Les politiques publiques ont pour ambition d'améliorer le système de santé, d'assurer une offre de soin de qualité aux patients et de faire face à la problématique des déserts médicaux qui porte atteinte à l'égal accès aux soins des Français sur le territoire. L'accès aux soins pour tous et sur l'ensemble du territoire est donc plus que jamais au cœur des priorités et des préoccupations des pouvoirs publics¹²⁸.

Ainsi, pour les politiques publiques, relever le défi d'amélioration du système de santé revient à le réorganiser en favorisant une approche de soin populationnelle sur l'ensemble du territoire et en adoptant une prise charge globale et coordonnée du patient. Cela est nécessaire face aux facteurs d'allongement de l'espérance de vie et de développement des maladies chroniques, qui compliquent la prise en charge des patients, nécessitent la multiplication des intervenants dans le parcours de santé et poussent au maintien à domicile. L'organisation pluriprofessionnelle et la coopération entre les acteurs sont donc le seul moyen pour les pouvoirs publics d'y arriver.

Pour cela, différentes réformes se sont succédé ces dernières années, favorisant le développement de structures d'exercice coordonné de soins autour du patient, dans le but

¹²⁷ DA SILVA (N.) et GADREAU (M.), « La médecine libérale en France. Une régulation située entre contingence et déterminisme », *Revue de la Régulation*, 2015, N°17

¹²⁸ Sebai (J.) et Yatim (F.), « Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire », *Revue française d'administration publique*, Institut national du service public, 2017, n°164, p.890.

d'améliorer l'efficacité et l'efficience des prises en charge ainsi que d'accompagner les patients aux différents niveaux du système de santé.

Toutefois, malgré son intérêt, ce mode d'exercice plébiscité par les politiques publiques bouscule l'organisation du cadre professionnel libéral traditionnel existant et provoque une mutation de l'exercice libéral (Section 1).

De plus, l'exercice coordonné ne séduit pas tous les professionnels. Pour faire adhérer les professionnels libéraux hésitants à l'acceptation des divers outils de coordination et les conditionner à l'exercice collectif, des mesures ne cessent d'être mises en œuvre par les pouvoirs publics (Section 2).

Section I : La volonté des politiques de la mutation de l'exercice libéral vers l'exercice coordonné

La répartition égale de l'offre sur le territoire, l'amélioration de la prise en charge du patient et la structuration du parcours de soins nécessitent l'implication et l'engagement de la médecine libérale qui est l'épicentre de l'offre de soins sur nos territoires¹²⁹.

L'exercice libéral se présente alors comme un axe majeur des politiques publiques de santé. Il se trouve ainsi systématiquement affecté par toutes les réformes prises dans le cadre de l'amélioration du système car il est le curseur territorial de l'offre de soins¹³⁰. Pour les pouvoirs publics l'ultime solution pour l'amélioration du système de santé repose inévitablement sur la médecine libérale.

C'est la raison pour laquelle la restructuration du système de santé conduit à modifier les fondamentaux de la médecine libérale (Paragraphe 1) pour en venir aussi à imposer la permanence des soins aux médecins libéraux (Paragraphe 2).

¹²⁹ Vandaele (J.), « La territorialisation et les médecins libéraux : un enjeu pour un accès efficient aux soins », mémoire, 2019, p.125.

¹³⁰ <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entreprofessionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne>

Paragraphe I : La modification des fondamentaux de la médecine libérale

Le secteur de la santé est un domaine en perpétuelle évolution avec l'instauration de grandes réformes depuis une vingtaine d'années. D'importantes lois comme la loi Kouchner du 4 mars 2002¹³¹, la loi HPST ou encore la loi de modernisation du système de santé apportent des transformations importantes aux pratiques médicales.

Dans un contexte de difficulté d'accès aux soins, de tension démographique médicale et d'accroissement des enjeux de santé, il s'agit de prendre des mesures pour garantir et améliorer l'accès aux soins des patients à l'échelle territoriale. C'est dans cette perspective qu'on assiste à une régulation constante et interminable de la médecine.

Les premières modifications vont s'opérer dès le début des années 2000 avec l'établissement du lien entre politique de la ville et zones sous-dotées¹³², ainsi qu'avec l'apparition de différents dispositifs d'organisation des soins ambulatoires (médecin traitant, protocoles de soins pluriprofessionnels, structures d'exercice coordonné, évolution des modes de rémunération vers plus de mixité...)¹³³.

De là émergera le déploiement des MSP en 2007 avec pour objectif d'offrir un cadre d'exercice attractif aux professionnels de santé, notamment dans les territoires caractérisés par une démographie médicale insuffisante, tout en proposant une meilleure accessibilité aux soins aux patients. Ce déploiement sera approuvé par certains professionnels libéraux, à la recherche tout à la fois d'une amélioration de leurs conditions d'exercice, et de celle de l'accessibilité et de la qualité des soins pour les patients¹³⁴.

La transformation va continuer avec la loi HSPT de 2009. Les pouvoirs publics s'attelleront avec cette loi à l'organisation des soins de ville, qui jusque-là était laissée aux mains des professionnels libéraux, avec la création des ARS dont les compétences ne se limitent plus

¹³¹ La loi relative aux droits des malades et de la qualité du système de santé instaurant la démocratie sanitaire, la réparation des risques sanitaires et le renforcement des droits des malades

¹³² Berland (Y.), Mission démographie des professions de santé, 2002

¹³³ Bourgueil (Y.), « Secteur ambulatoire : des enjeux majeurs d'organisation et de régulation pour l'avenir », Regards croisés sur l'économie, 2009, N° 5, p. 159-167.

¹³⁴ Fournier (C.), « Concevoir une maison de santé pluriprofessionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes », Sciences sociales et santé, 2014, N°32 p 67 -95.

uniquement au secteur hospitalier mais s'étendent au secteur ambulatoire avec une accélération du rythme des transformations des soins primaires dans les régions¹³⁵.

L'ambition de structuration des soins primaires à travers ces nouveaux modes d'organisation remet ainsi en cause la légitimité de l'exercice en cabinet, qualifié dès lors « d'exercice isolé », alors qu'elle était pourtant une forme organisationnelle longtemps dominante dans le secteur médical¹³⁶.

La loi de Modernisation du Système de Santé de 2016 procèdera également à une réforme de la territorialisation des politiques de santé avec la création des CPTS qui ont une approche populationnelle de l'offre dans le but de structurer le parcours de soins et de faciliter la continuité des prises en charge tout en garantissant l'accès aux soins à tous. Ces CPTS seront identifiées par Ma santé 2022 comme étant le moyen d'améliorer la coordination entre les soins de ville, l'hôpital et le secteur médicosocial sur un territoire¹³⁷. Le déploiement des CPTS implique essentiellement le dynamisme des professionnels libéraux dans les soins de proximité et vise à rompre l'exercice isolé. Avec la stratégie « Ma Santé 2022 » élaborée en 2018, le gouvernement va promouvoir l'exercice coordonné et la création des CPTS, avec pour objectif le déploiement de 2 000 CPTS en 2022 ainsi que la création de 200 postes de médecins généralistes salariés en centres de santé, afin de répondre aux attentes des jeunes médecins d'une part, et au manque de médecins dans certaines zones d'autre part¹³⁸.

Il y a également le décret introduisant l'exercice en pratique avancée des auxiliaires médicaux qui élargit les compétences des infirmiers. Ce décret, dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins et le parcours de soins des patients, accorde le diplôme d'études en pratique avancée pour la prise en charge des patients, en complémentarité d'un médecin au sein d'une structure d'exercice coordonné.

Pour finir, la nouvelle loi du 19 mai 2023 vient élargir les compétences des IPA en introduisant un accès direct des patients à ces derniers et à d'autres professionnels paramédicaux sans passer par le médecin. Il instaure également un principe de responsabilité collective des professionnels de santé à la permanence des soins, tant en établissement de santé qu'en ville, et prévoit que les

¹³⁵ Duchesne (V.), « L'agence, le contrat, l'incitation. Les agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2018, vol.36, N°4, p. 159-180.

¹³⁶ Hassenteufel (P.), « Les médecins face à l'État : une comparaison européenne », *Presses de la fondation nationale des sciences politiques*, 1997.

¹³⁷ Dumontet (M.), Chevillard (G.), « Remédier aux déserts médicaux », *Éditions Rue d'Ulm*, 2020, p 126.

¹³⁸ <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entreprofessionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne>

établissements de santé avec les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et infirmiers soient "responsables collectivement" de la permanence des soins.

Il est évident que ces différentes réformes intervenues dans la régulation de la médecine apportent des transformations capitales à la médecine libérale et ne cachent pas l'aspiration des pouvoirs publics à l'exercice coordonné.

Paragraphe II : L'instauration de la permanence des soins obligatoire pour la médecine libérale

« *Les médecins libéraux ne peuvent pas toujours être dans le refus de tout* »¹³⁹, ce sont les mots qui soutiennent la proposition de loi de Frédéric Valletoux¹⁴⁰ qui ambitionne de rétablir à nouveau l'obligation des permanences des soins pour les médecins libéraux, supprimée depuis plus de vingt ans.

En effet, à la suite de la grève des libéraux en 2002, la réforme dite « Mattei » est venue réguler la permanence des soins. Cette réforme régit la permanence des soins comme n'étant plus une obligation déontologique pour les médecins libéraux. Elle reste néanmoins une obligation collective reposant sur le volontariat individuel¹⁴¹. Cette "responsabilité collective" a été réaffirmée par la loi Rist du 19 mai, qui l'a étendue aux dentistes, sages-femmes et infirmiers¹⁴².

Cependant, une nouvelle proposition de loi (PPL) 2023 tente de rétablir la permanence de soin et d'en faire une obligation déontologique pour tous les professionnels libéraux.

Le déploiement de la permanence des soins a été confiée aux Agences Régionales de Santé (ARS) par la loi HPST. Néanmoins, l'organisation de la permanence des soins des médecins généralistes libéraux relève, entre autres, de la compétence du conseil de l'Ordre des médecins et s'effectue sur la base d'un volontariat pour chaque période de garde (nuit, dimanche, jour férié) auprès du Conseil départemental de l'Ordre des médecins pour un secteur de garde donné¹⁴³.

¹³⁹ Marion (J.), « Les médecins libéraux ne peuvent pas toujours être dans le refus de tout », Les Tribunes de la santé, 2023, N° 76, p99 à 104

¹⁴⁰ Président de la fédération hospitalière de France (FHT)

¹⁴¹ Arrêté du 10 septembre 2002 relatif aux gardes des internes, des résidents en médecine et des étudiants désignés pour occuper provisoirement un poste d'interne et à la mise en place du repos de sécurité

¹⁴² Loi du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé

¹⁴³ <https://www.ameli.fr/roubaix-tourcoing/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/permanence-soins>

Vingt ans après cette régulation de la permanence des soins en ville entre les libéraux, les pouvoirs publics remettent en cause son déroulement. Ils s'accordent sur le fait que « *Répartir la tâche entre tous les professionnels disponibles diviserait par trois la pression qui pèse sur les professionnels. Le rétablissement de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) obligatoire vise par ailleurs à désengorger les urgences* »¹⁴⁴.

Cet amendement sur la permanence des soins porté par la PPL de Frédéric Valletoux est selon les pouvoirs publics un moyen pour garantir aux patients un accès aux soins non programmés pendant les horaires de fermeture des hôpitaux et des cabinets médicaux, en répartissant cette permanence entre toutes les structures d'exercice coordonné et tous les médecins libéraux d'un territoire¹⁴⁵. Dans un contexte de baisse croissante de médecins généralistes et de difficultés d'accès aux soins, les pouvoirs publics présentent la permanence des soins comme une « mission d'intérêt général », dans laquelle tous les libéraux devraient s'embarquer. La PDSA étant une démarche volontariste à ce jour, à peine 40% des médecins libéraux y satisfont¹⁴⁶.

La PPL concernant la permanence des soins obligatoire des médecins libéraux a été adoptée à l'assemblée nationale en première lecture et comporte en son sein des amendements conditionnant les libéraux à l'exercice coordonné obligatoire, notamment l'intégration obligatoire aux CPTS.

Section II : Le conditionnement des professionnels libéraux à l'exercice coordonné par les politiques

En 2020, seulement 14 000 professionnels exerçaient en MSP, dont 5 000 médecins généralistes, soit environ 10 % de la profession¹⁴⁷. En 2022, le ministère décompte 32 000 professionnels de santé au sein de 2 251 MSP conventionnées fonctionnelles sur le territoire.

En juin 2023, le gouvernement annonce le plan de la stratégie « Ma Santé 2022 » qui a pour objectif, par le Ségur de la santé et par les réformes, d'atteindre 4 000 MSP d'ici 2027¹⁴⁸. Selon

¹⁴⁴ Propos de Hadrien Clouet, député à l'assemblée.

¹⁴⁵ <https://www.vie-publique.fr/loi/288203-acces-aux-soins-loi-rist-du-19-mai-2023#:~:text=Face%20%C3%A0%20la%20p%C3%A9nurie%20de,revoit%20la%20permanence%20des%20soins>

¹⁴⁶ Propos de Frédéric Valletoux

¹⁴⁷ Assurance maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2022. Assurance maladie, 2021

¹⁴⁸ Ministère de la santé, « 4 000 maisons de santé pluriprofessionnelles », *Plan d'action*, juin 2023

les statistiques du ministère de la santé, un médecin exerçant dans les structures coordonnées, et plus précisément en MSP, voit plus de patients qu'un médecin en exercice isolé, soit en moyenne 600 patients de plus chaque année par médecin en MSP¹⁴⁹. Cela permet de lutter contre l'inégalité aux soins. En effet, plus l'offre de soin libérale sur le territoire est dense, plus la désertification médicale est en recul et plus l'accès aux soins est accessible et garanti à tous.

Mais la lenteur de l'acculturation et la réticence des professionnels de santé, plus précisément des libéraux, à l'égard de l'exercice coordonné ne permettent pas cette accessibilité à tous pour le moment. Face à l'accroissement et au vieillissement de la population, les politiques pensent qu'une forte mobilisation des libéraux autour de structures coordonnées seraient l'idéal pour garantir l'offre au sein des territoires.

Convaincus donc de l'importance de l'exercice coordonné et de la nécessité de ce dernier face aux enjeux du système de santé, les pouvoirs publics ne cessent de déployer des moyens pour le développement de ces organisations coordonnées sur les territoires avec l'appui de l'ARS.

A cet effet, des approches et moyens divers, incitatifs voire contraignants, sont mis en œuvre afin de rallier les professionnels de santé libéraux, mais également les jeunes médecins, à l'acceptation de ce nouveau mode d'exercice (paragraphe 1). Certaines propositions de loi envisagent également la suppression de la liberté d'installation, principe fondamental de l'exercice libéral (Paragraphe 2).

Paragraphe I : Le déploiement de moyens d'incitation à l'exercice coordonné

La volonté des politiques publiques est claire : rendre l'exercice coordonné plus attractif, notamment sur les territoires victimes de désertification médicale. Mais dans un secteur médical aussi dominé par l'exercice libéral, l'État n'a d'autre choix que de procéder à la mise en place de politiques incitatives, contractuelles et non contraignantes, afin d'encourager les professionnels libéraux à rejoindre les structures d'exercice coordonné.

Toutefois, les politiques de santé en France, au-delà de quelques mesures incitatives, en viennent également à mettre en place des mesures contraignantes en vue de l'acceptation et de l'adhésion

¹⁴⁹ *ibid*

à l'exercice coordonné par les professionnels de santé, les jeunes médecins et même les infirmiers.

L'incitation à la pratique de l'exercice coordonné à l'égard des professionnels de santé passe par une mise en relation contractuelle inédite du secteur libéral avec l'assurance maladie. Les équipes engagées dans cette relation contractualisent avec l'Assurance maladie sur la base de leur projet un accord conventionnel interprofessionnel afin de financer leur activité collective. Ce financement permet aux professionnels la mise en commun de moyens, locaux, système d'information, secrétariat, poste de coordination à temps partiel, répartis selon une organisation définie par les différents acteurs de la MSP. Cela présente un réel avantage pour les professionnels qui, de façon générale, ont à charge les financements. Cela permet également d'offrir un outil de travail attractif et de faciliter la recherche de remplaçants et de successeurs. Parallèlement, l'ACI et les financements expérimentaux font évoluer les relations entre les professionnels de santé de ville, l'administration sanitaire et l'Assurance maladie liés à l'article 51¹⁵⁰.

L'incitation à l'exercice coordonné se manifeste également à l'égard des étudiants en médecine, notamment des internes. Le projet de loi de la sécurité sociale crée ainsi une 4ème année de formation pour les internes de médecine générale. Cette année de formation a pour objectif prioritaire de proposer des stages dans des zones sous-dotées aux étudiants. Mais pour les politiques de santé il n'est pas question que les stages issus de cette 4ème année de formation de médecine générale s'effectuent en cabinet isolé. Ils doivent impérativement se dérouler au sein des structures coordonnées puisqu'ils ont été mis en place dans le contexte des déserts médicaux et doivent avoir pour but de pallier cette problématique¹⁵¹. Ce conditionnement des jeunes médecins à l'exercice coordonné les prédispose à exercer en équipe. Pour les politiques, cette mesure d'exercice collectif n'est qu'une réponse au souhait des jeunes médecins de travailler en équipe et non isolés¹⁵².

En marge de ces incitations, on note également des formes de coercition exercées par les politiques de santé afin de conditionner à l'exercice libéral. Il y a ainsi les compétences élargies aux IPA et paramédicaux : elles permettent l'accès direct des patients à ces derniers, indépendamment des médecins, mais conditionnent dans le même temps les IPA et les

¹⁵⁰ Isabelle (B.), Cécile (F.), « Contractualiser avec l'Assurance maladie : un chantier parmi d'autres pour les équipes des maisons de santé pluriprofessionnelles », *Revue française des affaires sociales*, 2020, p167 à 193

¹⁵¹ Art 23 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023

¹⁵² « Les internes en dernière année qui n'ont pas une vision claire de l'exercice libéral regrettent aujourd'hui l'exercice isolé » expliqua Agnès Firmin

paramédicaux à exercer dans une structure d'exercice coordonné. Seuls les IPA en structure coordonnée sont en mesure de prendre en charge les patients¹⁵³.

Poussés par le besoin de déploiement de l'exercice coordonné, les politiques ont également mis les professionnels libéraux dos au mur concernant le forfait structure. En effet en 2021, conformément à l'avenant 7, les médecins libéraux avaient jusqu'au 31 décembre 2022 pour s'inscrire dans une démarche d'exercice coordonné, sous peine de perdre leur forfait structure l'année suivante¹⁵⁴. Cette mesure a précipité à l'époque l'inscription de certains libéraux, sans toutefois aller à son terme à cause de la covid19 qui a empêché et les médecins et l'assurance maladie de s'y atteler véritablement.

Pour finir, l'un des amendements de la proposition de loi de Frédéric Valletoux vise à faire de l'exercice coordonné une obligation pour les professionnels de santé, notamment les libéraux. Il souhaite rendre l'adhésion des professionnels de santé aux CPTS obligatoire. Dès lors les médecins seront, après adoption de cette loi, membres automatiquement d'une CPTS de leur territoire. Ainsi, ils ne seront plus dans une démarche d'adhésion aux CPTS mais plutôt dans une démarche de retrait¹⁵⁵.

Pour Valletoux il est nécessaire que la médecine libérale puisse, sans qu'on touche à son statut, s'intégrer dans ce système d'exercice coordonné afin qu'il y ait des CPTS partout et qu'elles soient représentatives de tous. Mais en faisant de l'exercice coordonné une adhésion exclusive pour la médecine libérale, le principe de liberté est atteint vis-à-vis de cette profession.

Il n'y a pas de limites au déploiement de mesures visant à prioriser l'exercice coordonné pour assurer l'accès aux soins à tous sur le territoire, quitte même à supprimer la liberté d'installation et à pousser les jeunes médecins à exercer dans les zones sous-dotées en exercice coordonné.

Paragraphe II : La tentative de régulation de la liberté d'installation

La régulation du principe de liberté d'installation est l'une des solutions évidentes pour les politiques de santé face au problème de désertification médicale, principale source d'inégalité territoriale et de difficultés d'accès aux soins sur les territoires.

¹⁵³ Condition d'exercice des IPA et la mise en œuvre des diverses compétences de la loi du 19 mai 2023

¹⁵⁴ <https://www.concourspluripro.fr/exercice-pluriprofessionnel/metiers/pas-dexercice-coordonne-pas-de-forfait-structure>

¹⁵⁵ *Op.cit.*

La liberté d'installation est consacrée par la loi du 3 juillet 1971 et signifie pour un médecin la possibilité de choisir d'exercer où bon lui semble sur le territoire national, et ce dès la fin de ses études, indépendamment de la répartition de la population et de l'offre médicale.

En effet, au nom de ce principe, un médecin est libre de s'installer dans une zone ou un territoire de son choix, quand il veut, quand il peut et sans se voir reprocher son choix. Cette liberté pose aujourd'hui des difficultés, avec des zones géographiques sur-dotées tandis que d'autres sont sous-dotées, et participe à créer des déserts médicaux.

La tentation pour les pouvoirs publics de réguler ce principe, soit par une suspension partielle en début de carrière ou par une suppression pure et simple, est très prégnante ces dernières années. On assiste ainsi à l'émergence de propositions et de projets de loi de plus en plus nombreux remettant en question le principe de la liberté d'installation des médecins libéraux.

Mais la liberté d'installation est au cœur même des principes de l'exercice libéral. C'est d'ailleurs le seul principe qui maintienne encore l'exercice libéral en place aujourd'hui, depuis la panoplie de réformes en ayant modifié la pratique. Ce principe est un principe de droit, établi par le législateur¹⁵⁶. L'attachement du corps médical à cette liberté s'inscrit dans la tradition libérale de la médecine française.

La dernière proposition de loi sur la régulation de la liberté d'installation a été rejetée à nouveau par les députés en juin 2023 à l'Assemblée nationale. « *Créer des rigidités et des contraintes sera totalement contre – productif et ne ferait que détourner de la pratique de la médecine* » a déclaré le ministre de la santé¹⁵⁷.

La régulation de la liberté d'installation, perçue par les politiques comme solution miracle capable de résoudre le problème des déserts médicaux, peut pousser au désintérêt total de la médecine de ville chez les nouvelles générations de médecins.

A défaut de pouvoir réguler la liberté d'installation et afin de répondre pourtant au manque de professionnels, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 veut créer une quatrième année d'internat de médecine générale. Cette quatrième année serait consacrée à des stages dans les zones sujettes aux déserts médicaux, ce qui permettrait aux étudiants de s'approprier ces zones. Selon le gouvernement, ces stages favoriseraient l'insertion future des étudiants diplômés dans les territoires médicalement tendus.

¹⁵⁶ ArtL.162-2 du code de la sécurité sociale

¹⁵⁷ François Braun

Cette disposition n'est pas appréciée par tout le monde, et notamment par les étudiants de médecine qui ont manifesté contre en fin d'année 2022. Selon eux, cela risque de rendre les études de médecine moins attractives.

Il reste que le principe de liberté d'installation est déjà régulé chez les infirmiers et certains paramédicaux exerçant en libéral¹⁵⁸, comme les masseurs-kinésithérapeutes, puisqu'une infirmière ne peut s'installer dans une zone déjà très pourvue que si une professionnelle cesse son activité.

Au regard de cela, le syndicat des médecins libéraux précise qu'on ne peut obliger les médecins libéraux à faire de même car leur nombre est réduit en comparaison avec les autres professionnels. Contrairement à eux, les infirmiers sont nombreux et réguler le principe de liberté d'installation à leur niveau est le seul moyen d'éviter la concurrence ; c'est également le cas des pharmaciens.

Au-delà de son caractère rigide et propre à la médecine libérale, le principe de la liberté d'installation est reconnu comme un principe de droit à valeur législative. Toutefois il peut être touché à tout moment par les diverses réformes réorganisant le système de santé.

¹⁵⁸ Conformément à l'accord signé en septembre 2008 entre les quatre syndicats de la profession, convergence infirmière, FNI, Onsil, sniil, et l'assurance maladie

Conclusion

Qualifié auparavant de meilleur système de santé au monde¹⁵⁹, le modèle français subit actuellement des maux qui remettent en cause cette réputation. Face à des enjeux cruciaux, les nouvelles politiques de la santé introduisent des dispositions et font adopter des mesures phares débouchant sur une profonde transformation de notre système de soins. Cette mutation est pour les responsables politiques la condition indispensable à la revitalisation du système actuel. Cela implique de repenser les processus, les structures à mettre en place et les pratiques, pour mieux répondre aux besoins des patients et surmonter des difficultés majeures. Il y a par conséquent également la volonté de faire évoluer l'exercice médical au sein du système de santé, et notamment l'exercice libéral qui en est un élément clef.

C'est ainsi que l'exercice de groupe entre pluriprofessionnels, qualifié d'exercice coordonné, est considéré aujourd'hui, par les politiques de santé publique, comme un moyen efficace pour faire face aux nombreux défis que sont la fragmentation et la surconsommation de soins, leur coordination, la garantie de l'accès aux soins sur les territoires, leur amélioration, de même que le développement des actions de prévention et d'éducation thérapeutique. Ce mode d'exercice organisationnel sur les territoires, en favorisant la collaboration entre pluriprofessionnels, assure la structuration et la coordination du parcours de soin et offre une meilleure qualité de soins aux patients.

Avec son approche de territorialisation, d'organisation et de coordination de prise en charge globale des patients, l'exercice coordonné nécessite le déploiement et la mise en place de modèles organisationnels de soins, tels les équipes de soins primaires et les CPTS. Cela implique la mobilisation des professionnels de santé, notamment des professionnels libéraux, autour d'un projet de santé dans les structures d'exercice coordonné pour faire face aux enjeux de politique publique. En effet, la médecine libérale se situe au premier niveau de l'accès au soin et de l'offre de soin. Elle est à la frontière entre les usagers de santé et les autres services de soin. Par conséquent, la réorganisation du système de santé avec l'exercice coordonné implique prioritairement la coopération des professionnels libéraux avec les autres acteurs de santé. De là découle la nécessité pour les politiques de santé de procéder à une régulation de la médecine libérale. Mais bien que prometteur, ce modèle organisationnel coordonné entraîne

¹⁵⁹ Classé premier par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le prix de meilleur système de santé a été décerné à la France en juin 2000

une remise en cause de la légitimité de l'exercice libéral, en particulier des conditions d'exercice du médecin libéral considéré aujourd'hui comme un exercice isolé.

Pour les politiques de santé, continuer à travailler de façon isolée dans un système de santé en crise ne participe pas à l'amélioration de ce système. Cela est d'autant plus criant dans un contexte de dégradation des conditions de travail des libéraux¹⁶⁰, accentuée par une désaffection à l'égard de l'exercice libéral chez les jeunes médecins¹⁶¹. De plus, au-delà de la coordination du parcours de soin et de l'amélioration de la prise en charge des patients, l'exercice coordonné participe à l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels libéraux. Il optimise le temps et limite les contraintes, repositionne et valorise chaque professionnel au regard de ses activités et de ses compétences¹⁶². Il harmonise également les compétences et les expériences, favorise le partage des connaissances tout en allégeant les tâches administratives des professionnels libéraux. Enfin, le modèle d'exercice coordonné répond au souhait des jeunes médecins, qui optent pour les remplacements en début de carrière et préfèrent le travail en équipe pour consolider leur pratique médicale et mutualiser les dépenses et les services.

La fin de l'exercice libéral n'a pas encore sonné, mais sa profonde transformation est en marche. On assiste à une progression successive d'étapes, d'enjeux et d'outils. La médecine libérale étant le noyau de l'offre de soin sur le territoire, les politiques de santé publique ont à cœur de faire évoluer cette pratique, en parallèle à la pratique hospitalière, afin d'assurer un meilleur fonctionnement de l'ensemble du système. Mais, la confrontation entre la nécessité d'organiser un système de santé accessible à tous, avec l'exercice coordonné, et la régulation de l'exercice libéral donne lieu à une situation de conflit¹⁶³. L'idéal serait un terrain d'entente entre la médecine libérale et les politiques de santé qui recherchent tant bien que mal à rétablir l'efficacité du système.

On pourrait à cet effet s'interroger sur la valeur du droit à la santé ou à l'accès au soin et sur les diverses valeurs qui définissent la médecine libérale¹⁶⁴.

¹⁶⁰ Cf. *supra*.

¹⁶¹ Cf. *supra*.

¹⁶² Anne (M.), « L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical », *Revue française des affaires sociales*, 2020, p103 à 123

¹⁶³ Claude (L.), « Le médecin libéral en 2010 », Éditions Presses de Sciences Po, Dans Les Tribunes de la santé, mars 2010, N°28, p. 55 à 63

¹⁶⁴ Caillol (M.), Le Coz (P.), Aubry (R.), Bréchat (P-H.), « Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques », *Santé Publique* juin 2010, N°22, pages 625 à 636

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES GÉNÉRAUX

Babinet (O), Bagnis (CI), *Les déserts médicaux en question(s)*, Collection : Débats Santé Social, Presses de l'EHESP, 2021, pp. 43-52.

Bergen (H.), Borraz (O.), Castel (P.), Dedieu (F.), *Coordination, coopération et pouvoir, Covid-19 : une crise organisationnelle*, 2020, p. 55-90.

Didier (T.), *Droit de la santé publique, les mémentos*, 9e édition, DALLOZ, 2017, p320

Isabelle (P.-M.), Mathieu (T.-D.), *Quarante ans de droit (s) de la santé*, Collection Droit (s) de la santé, Edition l'Épitoque, N°1, 2022, p 479

Jacques (M.), *Quelle santé pour demain ? : Quand le numérique bouleverse la médecine*, Collection manifestô, 2014, p204

Laude (A.) Tabuteau (D.), Bioy (X.), *Droit de la santé*, 4e édition, Thémis Droit, Paris, 2020, p689.

Marrot (B.), *Politique d'organisation du système de santé en France, éthique et pratique médicale*, Edition l'Harmattan, 2022, p.599

Simon (P.), Moulin (T.), *Télémedecine et télésoin*, 1ère édition, Elsevier Masson, 2021, 211p.

DICTIONNAIRE

Hérin (J.L.), Tillhet-Pretnar (J.), Puigelier (C.), *Dictionnaire juridique*, Bruxelles, Bruylant, 2e édition, 2017, 1136 p.

ACTES DE COLLOQUE

Catherine (E.), « L'épuisement professionnel des médecins libéraux : analyses psychosociales », SOS médecine libérale, février 2022, p83

Bruno (P.), « La charge administrative : frein majeur à l'installation ? », SOS médecine libérale, février 2022, p35

Walid (M.), « la place donnée à la pratique libérale au sein des études de médecines », *SOS médecin libéral*, février 2022

THESE

Adrien (W.), Attentes et ressenti des internes de médecine générale de Lille effectuant un SASPAS quant à leur stage, Thèse en médecine sous dir. M. Didier Delette, univ. Lille 2, Octobre 2018, p117

BLONDEL-LAPLUME (M), Freins au déploiement de la télémédecine entre médecins généralistes libéraux et spécialistes hospitaliers : vécu des médecins généralistes, Thèse sous dir. M, Univ. Lille 2, 2020, 151p

Lucas (D.), Élaboration d'un protocole permettant la prise en charge des soins non programmés de médecine générale au sein de la CPTS Opale Sud, Thèse en médecine sous dir. M. Denis DELEPLANQUE, Univ. Lille 2, 7 juillet 2022, 64p

Lenglet (F.), Exercer en Libéral : Perception par le médecin généraliste, Thèse en médecine sous dir. M. LEFETZ Aimeric, univ. AMIENS, mars 2016, p82

Lucie (R.), La qualité de vie des médecins généralistes en structures d'exercice coordonné dans les Hauts-de-France en 2021, Thèse en médecine sous dir. M. Sylvain DURIEZ, Univ. Lille 2, 27 avril 2022, 89p

Timothée (C.), Evaluation de la faisabilité du dépistage de BPCO par spirométrie par le biais d'une consultation coordonnée médecin-infirmier au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle du nord, Thèse en médecine sous dir. M. Alain BARDOUX, Univ. Lille 2, 14 juillet 2018, 100p

MÉMOIRES

Lainé (F.), *L'accompagnement des CPTS par l'Assurance maladie : un nouveau regard sur l'institution ?*, Master 2 santé publique , Univ. Rennes, 2021. p105

Rooses (M.), *La réforme de l'organisation de l'offre de soins par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) : vers un changement de paradigme*, Master en santé publique, Univ. Rennes 2019, p117

NORMES JURIDIQUES

- Lois

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Promouvoir les soins primaires et favoriser la structuration des parcours de santé.

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Loi n°2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé.

- Ordonnances

Ordonnance n° 45-2454 du 19 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles

Ordonnance n° 2018-3 du 3 janvier 2018 relative à l'adaptation des conditions de création, transfert, regroupement et cession des officines de pharmacie

Ordonnance n°2021-584 du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé.

- Décrets

Le décret du 19 octobre 2010, pris en application de la loi HPST, définit cinq actes médicaux réalisables en télémédecine, ainsi que leurs conditions de mise en œuvre.

Décret n° 2022-375 du 16 mars 2022 fixant les modalités de fonctionnement des communautés professionnelles territoriales de santé.

- Arrêtés

Arrêté du 10 septembre 2002 relatif aux gardes des internes, des résidents en médecine et des étudiants désignés pour occuper provisoirement un poste d'interne et à la mise en place du repos de sécurité

Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n°6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016

Arrêté du 28 avril 2023 portant approbation du règlement arbitral organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie

- Instructions

Instruction n° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires et aux communautés professionnelles territoriales de santé.

ARTICLES JURIDIQUES

Anne (M.), « *L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical* », Dans Revue française des affaires sociales, 2020, N°1, pages 103 à 123

Cappellari (V), RGDM, 2019, no 72, p. 80.

Charlotte (D.-F), Mylène (R.-C.), « *De la territorialisation des pratiques de santé aux communautés professionnelles territoriales de santé* », Revue S.F.S.P. « Santé Publique », 2 juillet 2020, Vol. 32, pages 239 à 246

Clément (C.), Poirot-Mazères (I.), Apollis (B.), Saison-Demars (J.), Vioujas (V.), « *La loi du 24 juillet 2019 et le plan "Ma santé 2022", une nouvelle réforme du système de santé* », Revue Générale de droit médical, 2019, Vol 72, p12-125.

Cormier (M.), « Les communautés professionnelles territoriales de santé: l'organisation des soins de premiers recours de demain? », RDSS, 2019. p. 64.

Charlotte (D.-F), Mylène (R.-C.), « *De la territorialisation des pratiques de santé aux communautés professionnelles territoriales de santé* », Revue S.F.S.P. « Santé Publique », 2 juillet 2020, Vol. 32, pages 239 à 246

DA Silva (N.) et Gadreau (M.), « La médecine libérale en France. Une régulation située entre contingence et déterminisme », Revue de la Régulation, 2015, N°17

Isabelle (B.), Cécile (F.), « *Contractualiser avec l'Assurance maladie : un chantier parmi d'autres pour les équipes des maisons de santé pluriprofessionnelles* », Revue française des affaires sociales, 2020, p167 à 193

Ferru (M.), Omer (J.), « *Les communautés professionnelles territoriales de santé : une relecture du dispositif en termes de proximités.* », Revue Innovations, 2021, Vol 65, N° 2, pp.21-48.

Gaétan (L.), Michael (M.), « *Comment la France se compare-t-elle aux autres pays de l'OCDE en matière de dépenses pour les soins primaires, de nombre et de revenu des médecins généralistes ?* », Revue française des affaires sociales, 2020, N°1, p 303 à 312

Laure (P.), « *Le renouveau d'une utopie ? Lutter contre les inégalités sociales de santé en médecine générale : les métamorphoses de la médecine sociale dans les quartiers populaires en France, des années 1970 à aujourd'hui* », Revue française des affaires sociales, Mars 2021, p 305 à 317

Leicher (C.), Bonfillon (R.), « *Les CPTS ont joué un rôle d'accélérateur dans l'organisation de la réponse à l'épidémie (2020)* », Techniques hospitalières - La revue des technologies de la santé, 2020, N 783, pp. 19-21.

Marine (R.), Yann (B.), Claude (S.), « *Les maisons de santé pluriprofessionnelles : un modèle organisationnel au carrefour de multiples logiques* », Dans Revue française des affaires sociales, 2020, N°1, pages 57 à 77

Matthias (B.), « *Diviser et récompenser ? La régulation des médecins de ville via les instruments d'action publique en France et en Allemagne* », Revue française des affaires sociales, 2020, p215 à 236

Nadège (V.), « *La promotion conjointe des maisons de santé pluriprofessionnelles : une " communauté d'intérêt" entre association professionnelle et autorités sanitaires* », Revue française des affaires sociales, 2020, N°1, p79 à 101

Pascal (C.), Certain (M.-H.), *Innovation territoriale aux Mureaux*, Dans Revue française des affaires sociales 2020, pages 263 à 280

Schweyer (F.-X), Patrick (H.), Michel (N.), Appel à contribution pluridisciplinaire sur : « *Les réformes de l'organisation des soins primaires* » 2020, Revue française des affaires sociales 2020, pages 353 à 358

Sebai (J.) et Yatim (F.), « *Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire* », Revue française d'administration publique, Institut national du service public, 2017, n°164, p.890.

Stingre (D.), « Déserts médicaux géographiques : les collectivités territoriales ont-elles trouvé la martingale ? » Le service public hospitalier et offre de santé territorialisée, Edition presse universitaire de France, 2016, p29-56.

ARTICLES SCIENTIFIQUES

Baudier (F.), Bourgueil (Y.), Evrard (I.), Gautier (A.), Fur (P.L.), Mousquès (J.), « La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009 », 1998, N°6, p159

Bourgueil (Y.), « *Secteur ambulatoire : des enjeux majeurs d'organisation et de régulation pour l'avenir* », Regards croisés sur l'économie, 2009, N° 5, p. 159-167

Bousquet (F.), « *Territoires et innovations dans les services de santé, une illustration à partir des expérimentations de l'article 51* », Regards, 2019, Vol 2, N°56, p117-137.

Caillol (M.), Le Coz (P.), Aubry (R.), Bréchat (P-H.), « *Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques* », Santé Publique juin 2010, N°22, pages 625 à 636

Christelle (R.), Tiphaine (P.), « *Ambiguïté et appropriation d'un dispositif d'appui à la coordination par les médecins traitants* », Dans Journal de gestion et d'économie de la santé, 2020 N°5-6, p391-410

Christophe (P.), Jean-Baptiste (C.), « *Le système de santé mis au défi de la coordination* » Dans Journal de gestion et d'économie de la santé, 2020, N°5-6, p315 à 317

Claude (L.), « *Le médecin libéral en 2010* », Éditions Presses de Sciences Po, Dans Les Tribunes de la santé, mars 20103, N°28, p55 à 63

Duchesne (V.), « *L'agence, le contrat, l'incitation. Les agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé* », Journal de gestion et d'économie médicales, 2018, vol.36, N°4, p. 159-180.

Dumontet (M.), Chevillard (G.), « *Remédier aux déserts médicaux* », Éditions Rue d'Ulm, 2020, p126

Falcoff (H.), « *Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) : des missions de santé publique essentielles, mais des obstacles à leur mise en œuvre.* », Médecine des maladies métaboliques, 2022, Vol 16, N° 3, p243-248.

Falcoff (H.), Gasse (A.-L.), Berraho-Bundhoo (Y.), Dubois (S.), « *Retour d'expérience : la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du 13e arrondissement de Paris* », Regards, 2019, Vol 2, N° 56, p93-104.

Fontgalland (C.), Rouzaud-Cornabas (M.), « *De la territorialisation des pratiques de santé aux communautés professionnelles territoriales de santé.* », Santé publique, Vandoeuvre-lès-Nancy, France, 2020, Vol 32, N° 2, p.239-246.

Fournier (C.), « *Concevoir une maison de santé pluriprofessionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes* », Sciences sociales et santé, 2014, N°32 p 67 -95

Froment-Maire (A.), « *VII. Le rapprochement des agences régionales de santé et des acteurs territoriaux à l'aune de la loi du 26 janvier 2016.* », Annuaire des Collectivités Locales, 2017, Vol 37, N°1, p.147-157.

Hassenteufel (P.), « *Les médecins face à l'État : une comparaison européenne* », Presses de la fondation nationale des sciences politiques, 1997.

Leicher (C.), « *CPTS et territoire* », Regards, 2019, Vol 2, N°56, p. 81-92.

Leicher (C.), « *Quatre conventions médicales et deux accords conventionnels interprofessionnels* », Les Tribunes de la santé, 2021, Vol 1, N° 67, p.57-67.

Marion (J.), « *Les médecins libéraux ne peuvent pas toujours être dans le refus de tout* », Les Tribunes de la santé, 2023, N° 76, p99 à 104

Mrozovski (J.-M.), « *Les structures territoriales de proximité.* », Actualités pharmaceutiques, 2020, Vol 59, N° 601, p. 53-55.

Munck (S.), Massin (S.), Hofliger (P.), Darmon (D.) « *Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale* », Santé Publique, 2015, N°27, p49.

Odier (B), Falcoff (H.), « *Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), une opportunité pour la psychiatrie de secteur.* », L'Information psychiatrique, 2021, Vol 97, N° 8, p. 703-714.

Rist (S.), Rogez (R.), « *Les CPTS : de l'ambition politique à la réalité territoriale* », Les Tribunes de la santé, 2020, Vol 1, N 63, p. 51-55.

Robert (L.), « *Article 51 : évolution ou révolution ? Des réseaux de soins coordonnés au paiement des équipes de professionnels de santé : un même combat* », Journal de gestion et d'économie de la santé 2020, N°1, p 3 à 20

Saison (J.), « *L'organisation territoriale des soins de premier recours à l'épreuve de la covid-19 : les enseignements d'une crise sanitaire* », Droit et Ville, 2021, Vol 1, N° 91, p. 11-23.

Schweyer (F-X.), « *Les territoires de santé et la médecine libérale : les enjeux d'une convergence* », Erudit, 2004, p4

Stephan (A.), Sébastien (C.), Karen (I.), « *Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature* », Santé Publique, février 2017, Vol.29, p 241 à 254

Trugeon (A.), Thomas (N.), Michelot (F.), Lémery (B.), « *Inégalités socio-sanitaires en France, De la région au canton* », Elsevier Masson, 2e éd., 2011.

Vignerot (E.), *Les inégalités de santé dans les territoires français, État des lieux et voies de progrès*, Elsevier Masson, 2011, p124

Villeneuve (P.), « *Réforme des hôpitaux de proximité et des communautés professionnelles territoriales de santé.* », Actualité Juridique collectivités territoriales, 2021, Vol 6, p. 273.

RAPPORTS ET DOSSIERS

Cour des comptes, rapport annuel, Le médecin traitant et le parcours de soins coordonné : une réforme inaboutie, 2013, 32p

DREES, « Soins non programmés, Contexte national, Contexte départemental, Prise en charge hospitalière, Prise en charge libérale Périmètre, enjeux, problématiques » site du gouvernement, Rapport de la Drees, juin 2021

DREES, Anguis (M), Maxime Bergeat (M), Pisarik (J), Vergier(N), Chaput (H), Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques, la Drees N° 76 mars 2021

DREES, Barlet (M.), Chaput (H.), Marbot (C.), Monziols (M.), *démographie des professionnels de santé : qui sont les médecins de 2018 ? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? combien d'infirmiers en 2040 ?*, la drees, Études et Résultats, p14

DREES, Julie (K.) Maxime (B.), « Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernent des patients des grands pôles urbains en 2021 », la Drees, Études et Résultats, décembre 2022, n° 1249

DREES, CARPEZAT (M.), FORZY (L.), TITLY (L.), « Accès aux soins et pratique de recours : étude sur le vécu des patients », Les dossiers de la Drees, 2021, 190p

DREES, VERGIER (N), CHAPUT (H), *Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer*, Les dossiers de la Drees, n°17, 2017, 150p.

INSEE, Blanpain (N.), et Buisson (G.), « Projections de population à l'horizon 2070 : Deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013 », Enquêtes et études démographiques, l'Insee, N°1619, 2016, 4pages

IGAS, Thomas (M.), Erik (R.) Julien (T.), Laure (B-L.), « Assurer le premier accès aux soins, Organiser les soins non programmés dans les territoires », Rapport de l'inspection générale des affaires sociales, mai 2018, p84

SENAT, MAUREY (H.), LONGEOT (J-F), *Les déserts médicaux*, Rapport d'information du Sénat, n°282, 2020, 200p.

SENAT, MAUREY (H), la présence médicale sur l'ensemble du territoire, Rapport d'information n°335 février 2013

SENAT, MOUILLER (P), SCHILLINGER (P), *Initiatives des territoires en matière d'accès aux soins*, Rapport d'information du Sénat, 2021, 130p.

OMS, Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996, Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease, traduit en français en 1998

Calvez (C), *Parcours (de soins, de santé, de vie) et Coordination*, 2021, 66 p.

Fauchier-Magnan (E), Wallon (V), Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé, Appui à la DGOS, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales n°2018- 041R, 2018, 88 p.

Gerard-Varet (J-F.) Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2021, Conseil National de l'Ordre des Médecins. Conseil National de l'Ordre des Médecins ; 2021.

Pribile (P), NABET (N), *Repenser l'organisation territoriale des soins*, Rapport final sur la Stratégie de transformation du système de santé, 2018.

Guide pratique pour construire une CPTS, Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé, 2018.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), Santé Info Droit Pratique B.7.1, 2021, 6 p.

Ministère de la santé, « 4 000 maisons de santé pluriprofessionnelles », Plan d'action, juin 2023

ARTICLES DE PRESSE

Plummer (W.), « La Mutualité française inquiète du manque de personnel de santé », *Le Figaro*, juin 2022

Marie (F.), Loan (T.), « DR Valérie Briole : "Il y a une dégradation des conditions d'exercice vraiment claire", *Le quotidien*, juillet 2022

Éric (J.), « Renforcer l'offre de soins dans les territoires », *Centre presse*, Septembre 2018

Hassenteufel (P.), « Les médecins face à l'État : une comparaison européenne », *Presses de la fondation nationale des sciences politiques*, 1997.

REPORTAGE DE TELEVISION

Natacha (V.), Stéphanie (C.), Zilan (C.), Sonia (B.), « *En France, la grève des médecins libéraux contre la dégradation de leurs condition de travail* », France 24, 29 novembre 2022.

AUTRES

Syndicat médecin libéraux « Compagnonnage des étudiants en médecine par les médecins libéraux », 2008

Berland (Y.), Mission démographie des professions de santé, 2002

WEBOGRAPHIE

« Cartographie des CPTS en région », Fédération des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, mis à jour le 26/10/2022. Disponible sur : <https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-regionale-des-cpts/>

« Communautés professionnelles territoriales de santé : décryptage de l'accord signé et des 2 avenants », Assurance maladie, publié le 30 mars 2022, Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-decryptage-de-l-accord-signe-et-des-2-avenants>

« CPTS : s'organiser sur un territoire pour renforcer les soins aux patients », Ministère de la santé et de la prévention, publié le 19 janvier 2022. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/article/cpts-s-organiser-sur-un-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients>

<https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-departementale-des-cpts/>

<https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-regionale-des-cpts/#:~:text=Ainsi%2C%20803%20CPTS%20sont%20compt%C3%A9es,en%20phase%20de%20pr%C3%A9%2Dprojet>

<https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-regionale-des-cpts/#:~:text=Ainsi%2C%20803%20CPTS%20sont%20compt%C3%A9es,en%20phase%20de%20pr%C3%A9%2Dprojet>

<https://www.vie-publique.fr/en-bref/287538-teleconsultations-une-pratique-majoritairement-citadine>

<https://www.santementale.fr/2022/10/transferts-de-competences-des-medecins-vers-les-paramedicaux-une-avancee-majeure-pour-le-systeme-de-sante/>

https://lmd.sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf

<https://esante.gouv.fr/sas>

<https://www.maintienadomicile-conseils.com/sante-et-prevoyance/education-therapeutique-et-prevention-sante>

<https://www.infirmiers.com/etudiants/cours-et-tests/cours-sante-publique-leducation-la-prevention-et-la-promotion-pour-la-sante>

<https://www.mspducollet.fr/la-maison-de-sante/le-projet-de-sante-de-la-msp-du-collet/>

<https://www.ameli.fr/roubaix-tourcoing/medecin/textes-referance/convention-medicale-reglement-arbitral/reglement-arbitral-convention-et-avenants>

<https://www.ameli.fr/roubaix-tourcoing/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/remuneration-objectifs/nouvelle-rosp>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entreprofessionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne>

<https://www.ameli.fr/roubaix-tourcoing/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/permanence-soins>

<https://www.vie-publique.fr/loi/288203-acces-aux-soins-loi-rist-du-19-mai-2023#:~:text=Face%C3%A0%20la%20p%C3%A9nurie%20de,revoit%20la%20permanence%20des%20soins.>

<https://www.concourspluripro.fr/exercice-pluriprofessionnel/metiers/pas-dexercice-coordonne-pas-de-forfait-structure>