

ÉTUDE SUR L'ACCÈS AUX MÉDECINS SPÉCIALISTES EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

VOLET QUALITATIF

DÉCEMBRE 2018



La Région
Auvergne-Rhône-Alpes

**CE TRAVAIL A ÉTÉ RÉALISÉ PAR
L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ AUVERGNE-RHÔNE-ALPES**

Patricia MEDINA, Responsable des études qualitatives, sociologue

Marie-Reine FRADET, Chargée d'étude, épidémiologiste

Eve GIOVANNINI, Chargée d'études en santé publique

Martine GUILLAUME, Assistante d'études

A la demande et avec le soutien financier de la Région Auvergne-Rhône-Alpes

Ce rapport est disponible sur le site Internet de l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes :

www.ors-auvergne-rhone-alpes.org



Remerciements

L'Observatoire régional de la santé Auvergne-Rhône-Alpes tient à remercier ici toutes les personnes qui ont permis la réalisation de cette étude et tout particulièrement,

- Jérôme Barbaroux, Directeur adjoint, Direction Jeunesse, Sport, Santé, Handicap
Région Auvergne-Rhône-Alpes
- Luc Voisin, Chargé de mission, Direction Jeunesse, Sport, Santé, Handicap
Région Auvergne-Rhône-Alpes
- Garance Maurin, Responsable du service santé et développement social, Direction
Jeunesse, Santé, Sport et Handicap, Région Auvergne-Rhône-Alpes
- Isabelle Jeanty, Chargée de mission, Direction Jeunesse, Santé, Sport et Handicap,
Région Auvergne-Rhône-Alpes

Ainsi que tous les professionnels qui ont été interviewés pour leur précieuse contribution à cette étude.



Sommaire

CONTEXTE DE L'ÉTUDE	9
OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	11
MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	13
RÉSULTATS DE L'ÉTUDE	15
1. Médecins spécialistes : quels enjeux d'accès dans les zones sous dotées rurales et semi-rurales ?	15
1.1. Une implantation territoriale particulièrement urbaine pour les médecins spécialistes (autres que généralistes).....	15
1.2. Une pénurie de médecins dans certaines spécialités	16
1.3. Évolutions dans les pratiques et compétences des professionnels de santé.....	17
1.4. L'accès aux médecins spécialistes : l'enjeu d'une prise en charge appropriée ...	19
2. Besoins de santé et besoins de prises en charge spécialisées	20
2.1. Différents besoins de santé et différents besoins d'accès aux médecins, généralistes et spécialistes, programmés ou non programmés	20
2.2. Consultations programmées ou non-programmées : l'enjeu de la distance	21
3. Accès à une prise en charge spécialisée, attentes des professionnels et enjeux pour la Région	22
3.1. Prévention et dépistage	23
3.1.1 Distance à prendre en compte	23
3.1.2 Prévention et dépistage : les pistes pour la Région.....	24
3.2. Consultations pour diagnostic	26
3.2.1. Consultations non-programmées : le besoin de proximité	26
3.2.2. Consultations pour diagnostic : les pistes pour la Région.....	26
3.3. Consultations de suivi et de soins sur une pathologie chronique	28
3.3.1. Des temps programmés, qui nécessitent parfois de la proximité.....	28
3.3.2. Consultations de suivi et de soin pour pathologies chroniques: les pistes pour la Région.....	30
3.4. L'urgence	31
3.4.1. L'urgence : une notion complexe, à la croisée des inquiétudes des patients, des soignants et d'une réalité objective.....	31
3.4.2. Prise en charge des urgences : les pistes pour la Région.....	32
3.5. Différents types de solutions pour avoir accès à une prise en charge spécialisée, au différents temps du parcours de soins	33
3.5.1. Les différentes réponses possibles aux besoins de prises en charge spécialisées sur les territoires	33
3.5.2. Exemples de réponses mises en œuvre sur les territoires, dans le parcours de prise en charge des patients	38

4. Les réponses, expériences pour améliorer l'accès aux spécialistes ou à des prises en charge spécialisées, en territoires sous dotés	40
4.1. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles et Pôles de santé	41
4.2. Les centres de santé.....	51
4.3. Les Centres hospitaliers et hôpitaux de proximité.....	58
4.4. Les réseaux de santé	66
4.5. Les ressources mobiles.....	71
4.6. Les dispositifs de télémédecine	78
4.7. Les dispositifs de gestion des urgences en rural.....	85
4.8. Les regroupements de ressources libérales et/ou publiques	88
4.9. Les professionnels de santé libéraux non médecins et les prises en charge spécialisées.....	92
SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES	95
1. Les territoires en situation de fragilité	95
2. Étapes du parcours de soins, besoins de la population et enjeux de la proximité.....	97
3. Neuf réponses possibles aux besoins de prises en charge spécialisées.....	99

Contexte de l'étude

Il existe en Auvergne-Rhône-Alpes des territoires où, comme dans d'autres régions en France, l'offre de soin et de prévention est faible ou se réduit, ce qui amoindrit l'accès des habitants aux ressources en santé et a également des conséquences sur la vitalité des territoires. Dans certaines communes, le départ d'un médecin généraliste peut entraîner la disparition de la pharmacie, faute de prescriptions pour maintenir un niveau d'activité suffisant pour l'officine, fermeture qui peut elle-même favoriser ou accompagner la fermeture de commerces etc. À l'échelle des territoires, des communes, on repère ainsi des phénomènes de « cercles vicieux » qui peuvent se mettre en place ou se renforcer lorsque l'offre de soins s'étiole, réduisant la dynamique économique locale. Inversement, la présence d'une offre de soins peut favoriser ou soutenir la présence d'autres ressources locales : l'attraction exercée par des professionnels de santé, et notamment des médecins généralistes, en générant un passage dans une commune, crée des opportunités de fréquentation pour les autres ressources alentour, au même titre que la présence d'une agence de la Poste, par exemple. L'offre de soin a ainsi partie liée avec des enjeux de dynamiques socio-économiques locales et des enjeux d'aménagement du territoire.

De ce fait, la vitalité ou la revitalisation de certains territoires peut, dans certains cas, être articulée à la présence de professionnels de santé de premier recours, et notamment à la présence de médecins généralistes, mais aussi de pharmaciens, et d'autres professionnels paramédicaux comme les infirmiers ou les masseurs-kinésithérapeutes, à la fois nombreux et largement utilisés par la population. Ce phénomène est aujourd'hui connu en ce qui concerne l'offre de premier recours, notamment pour les médecins généralistes.

Néanmoins, une autre question se pose qui concerne l'accès des habitants à des médecins ayant une spécialité autre que généraliste, et notamment ceux qui sont accessibles directement (pédiatres, gynécologues, psychiatres, ophtalmologues), mais aussi ceux qui traitent de pathologies extrêmement répandues (ainsi les cardiologues dans le champ des maladies cardio-vasculaires). En effet, la présence de ces professionnels sur les territoires mais aussi l'accès géographique à ces professionnels peuvent être analysés sous la double interrogation de l'impact de la facilité ou difficulté d'accès sur la qualité de vie des habitants des territoires ruraux et semi-ruraux et sur les dynamiques locales et d'aménagement du territoire. Autrement dit la qualité de l'accès à ces spécialistes peut contribuer à faciliter la vie des habitants et leur maintien dans des territoires éloignés des pôles urbains de centralité.

Ces enjeux qui intéressent particulièrement la région Auvergne-Rhône-Alpes, puisque les régions ont vocation à prendre en charge de nombreux leviers d'aménagement des territoires et d'équilibres entre les territoires. Ainsi, si la santé publique et les questions d'offre de soins ne concernent pas directement la Région et relèvent d'autres acteurs, au premier rang desquels l'Agence régionale de santé, les enjeux d'offre de soins s'imbriquent dans les problématiques de dynamiques socio-économiques et démographiques de territoires. C'est ainsi à ce titre que la Région soutient des projets d'installation de médecins

et d'autres professionnels de santé dans les territoires déficitaires en offre de soins de premier recours, notamment en apportant un appui au projet immobilier, qu'il s'agisse de Maisons Pluriprofessionnelles de Santé ou de regroupements simples de professionnels de santé.

Dans ce contexte et afin d'enrichir sa réflexion, la Région Auvergne-Rhône-Alpes souhaitait affiner ses connaissances en réalisant une étude, quantitative, puis qualitative, sur difficultés d'accès à certains spécialistes, mais aussi sur les solutions qui peuvent émerger, au sein de la diversité des territoires qui composent la région, dans l'articulation avec l'offre de soins de premiers recours et notamment les médecins généralistes.

Dans cette étude, afin de simplifier la lecture, les terminologies suivantes seront employées ; « médecin généraliste » pour les médecins spécialistes de médecine générale et « médecin spécialiste » pour les médecins des autres spécialités.

Objectifs de l'étude

Compte-tenu de ce contexte et des besoins de la Région pour intégrer au mieux les enjeux d'offre de soins aux missions d'aménagement du territoire qui relèvent de ses compétences, une étude a été menée en trois volets.

Un premier volet quantitatif a été mené par une étude statistique ACP (Analyse en Composantes Principales) intégrant différents indicateurs, et ce afin de repérer les bassins de vie de la région qui présentent une fragilité sanitaire, tant au plan de l'offre de soins, en matière de généralistes, mais aussi en ce qui concerne les infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes, qu'au plan des fragilités en termes d'état de santé de la population. Le croisement de ces informations a permis d'établir une typologie des territoires. Cette typologie, présentée à la Région fin 2017 permet de repérer des territoires où les besoins en santé semblent importants alors que l'offre de soins apparaît comme faible.

Un deuxième volet, a consisté en une analyse cartographique à partir de la densité des médecins spécialistes les plus fréquemment sollicités (généralistes, pédiatres, gynécologues, psychiatres, ophtalmologues, cardiologues) et la densité des chirurgiens-dentistes, et de la présentation des données de recours de la population domiciliée sur ces territoires à ces différents professionnels de santé. Ces éléments ont permis d'affiner les constats issus de l'analyse quantitative par ACP.

Enfin, un troisième volet qualitatif, avait pour but de compléter ce premier niveau d'information, en explorant les différentes solutions qui peuvent exister sur les territoires, notamment ruraux et semi-ruraux, pour permettre aux populations locales d'avoir un bon accès aux spécialistes autres que généralistes pouvant être consultés en premier recours (gynécologue, pédiatre, psychiatres, ophtalmologues) et cardiologues.

L'étude qualitative avait ainsi un double objectif. Il s'agissait de,

1/ Repérer quels sont les territoires de la région où les difficultés d'accès aux médecins spécialistes peuvent être les plus vives et avoir un impact négatif sur les habitants, et aussi sur la dynamique globale du territoire (lien social, économie, aménagement du territoire, ...).

2/ Mettre à jour et analyser quelles solutions innovantes ou stratégies peuvent être mises en place, localement, par les acteurs de terrain (élus, professionnels de santé, autres partenaires, ...) pour faciliter et améliorer l'accès des populations aux médecins spécialistes ou à des prises en charge « spécialisées » et ainsi contribuer à améliorer la qualité de vie sur les territoires.

Méthodologie de l'étude

Cette étude qualitative a été menée par entretiens individuels semi-directifs approfondis, réalisés avec des professionnels de santé ayant des responsabilités à une échelle régionale, et aussi avec des professionnels de santé exerçant sur des territoires ruraux ou semi-ruraux :

Les entretiens réalisés avec les personnes-ressources (personnes interviewées) se répartissent comme suit :

Mme Rousselet, Mme Anne Robin, chargées de mission - Innovation et numérique en santé, ARS - Direction de la Stratégie et des Parcours

Dr Pierre Simon, Président, Société française de télémédecine

Dr Anne Perreve, Directrice adjointe - Médecin coordonnateur, Service de Santé Universitaire Clermont-Ferrand

Mme Bru Boireau, Directrice générale UGRMFDA, Dr Bureau, Pédiatre, Centre de santé Romans sur Isère

Dr Rémi Cadier, Médecin généraliste libéral, Lamastre

Dr Mouchotte, Médecin coordinateur, Centre municipal de santé (Amplepuis)

Dr Tine Renevier, Médecin coordinateur, MSP du Guiers

Dr Lepine, PMI Tournon (Ardèche)

Dr Lafon, Médecin généraliste Libéral

Dr Jacquelin, Médecin généraliste Libéral, MSP (Chantelle)

Mme Dominique Sartori, Infirmière libérale

Mme Stéphanie Campos-Hugueney, Sage-femme libérale

Mme Nathalie Werlé, Sage-femme libérale, Ardèche

Mme Francon, Orthoptiste

Mme Annie Reynaud, Équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée Haute-Loire

Dr Boiteux, Cardiologue, Cardiauvergne

Dr Dubois, Psychiatre, CMP (Issoire)

Dr Lebret, Psychiatre - Responsable d'une unité d'hospitalisation et consultations, CHS Sainte-Marie

Dr Damiano, Cardiologue, Centre hospitalier (Aurillac)

Dr Belle, Gynécologue, Responsable du service, Centre hospitalier (Aubenas)

Dr Raymond Bouit, Président de la CME, Centre hospitalier (Lamastre)

Mme Tourneur, Directrice, Centre hospitalier (Yssingaux)

Mme Vidal Diaz, Coordinatrice, Réseau collectif santé sud

Mme Salsetti, Coordinatrice Repshy Drôme, Réseau santé mentale Repshy

M. Chatton, Président AFDOC 03 et président de l'association "club et santé"

Mme Orso, Présidente déléguée, UNAFAM 73

Mme Deschere, Présidente, Droit à la santé en Combrailles

M. Breuil, Adhérent, Association Diabétique (AFD)

M. Rebeillé-Borgella, Médecin généraliste, élu et secrétaire URPS médecins région Auvergne-Rhône-Alpes et Mme Vigné, Directrice URPS médecins région Auvergne-Rhône-Alpes

Les informations obtenues dans ces entretiens ont été complétées par des entretiens collectifs, menés sur les territoires, qui visaient à approfondir les éléments prospectifs mis en exergue dans les entretiens individuels.

Les entretiens collectifs menés ont été les suivants :

- **Centre hospitalier d'Yssingeaux (Haute-Loire)**

M. Bouiller Marc, médecin PCME, Centre hospitalier Émile Roux Puy-en-Velay
M. Ponton Cédric, Secrétaire général, GHT Haute-Loire
Mme Tourneur Sylvie, Directrice, hôpital d'Yssingeaux

- **Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Pontgibaud (Puy-de-Dôme)**

Mme Martine Gignac, infirmière cadre de santé
Mme Anais Paul, médecin généraliste
Mme Marie-Pierre Condat, coordinatrice territoriale de santé
M. Nicolas Allain, coordinateur MSP
M. Thibault Menini, médecin généraliste, chef de clinique des universités
Mme Delphine Esplat, sage-femme
Mme Brigitte Thomas, directrice, EHPAD le Relais de Poste
M. Yoann Martin, médecin généraliste

- **Pôle de santé du Vercors (Isère)**

M. Jean-Christophe Carraz, pharmacien
M. Yann Pascault, médecin généraliste
Mme Fanny Marion, sage-femme libérale
M. Alberto Rivière, infirmier libéral

- **Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Tigneu (Ain)**

Mme Catherine Recchia, infirmière libérale
M. Adrien Machiser, pharmacien
M. Benoit Fossier, médecin généraliste
M. Florian Valle, médecin généraliste

- **Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Sain-Pourçain (Allier)**

M. Guillaume De Gardelle, médecin généraliste

Résultats de l'étude

1. Médecins spécialistes : quels enjeux d'accès dans les zones sous dotées rurales et semi-rurales ?

1.1. Une implantation territoriale particulièrement urbaine pour les médecins spécialistes (autres que généralistes)

Les médecins qui ont choisi pour spécialité la médecine générale, sont globalement très largement installés dans les zones urbaines, ce qui explique l'actuel problème de « désertification » de certains territoires ruraux où les médecins partant à la retraite ne sont pas remplacés, les jeunes médecins préférant exercer en ville, voire à proximité de leur faculté d'origine, où ils ont pu constituer certains réseaux. En outre, les jeunes médecins choisissent plus facilement les territoires qui offrent à la fois des possibilités d'emploi à la hauteur des qualifications de leur conjoint et des possibilités de scolarisation pour leurs enfants, notamment dans la perspective du collège ou du lycée.

Par ailleurs, certains territoires semblent plus attractifs que d'autres pour les médecins comme pour d'autres professionnels de santé : tous les territoires ruraux ne sont pas équivalents. Ainsi certaines parties du Pays des Combrailles dans le Puy de Dôme ou du Pays de Gex en Savoie, situées respectivement à 30 minutes de Clermont-Ferrand et de Genève connaissent des évolutions sociodémographiques opposées... et attirent ou non des professionnels de santé.

Les médecins généralistes ne dérogent pas à la tendance de fond qui veut que les populations se rapprochent des centres urbains où sont concentrées les ressources d'emploi, de scolarisation, de soins et enfin les ressources culturelles. Une tendance qui est au demeurant constatée à l'échelle planétaire. Si les phénomènes de « mitage » ou d'étalement urbain témoignent d'une recherche de compromis entre le désir de vivre « à la campagne » et celui de « vivre en ville », il reste que ce désir se matérialise le plus souvent autour de pôles de centralité urbaine, qui sécrètent des espaces périurbains plus ou moins étendus... Ainsi, on ne repère pas de territoire rural, éloigné des grands centres urbains, qui connaisse une expansion liée à un accroissement de la population, et les campagnes continuent globalement à perdre des habitants... Et ce, même si certains territoires connaissent un regain de dynamisme démographique, au travers de l'arrivée de jeunes retraités (ainsi le Pays Diois dans la Drôme, ou les alentours d'Aix-les-Bains en Savoie)... Mais la « silver economy » qui peut se mettre en place du fait de ce solde migratoire positif créé par les personnes retraitées ne suffit pas à rendre attractif le territoire pour les jeunes professionnels.

Cette réalité est encore plus forte pour les médecins spécialistes (c'est-à-dire qui ont une autre spécialité que la médecine générale), qui ont beaucoup plus souvent un exercice mixte (salarié à l'hôpital, et libéral en cabinet ou en clinique) et qui travaillent très largement en ville, et plutôt dans les villes grandes et moyennes. Ceci est particulièrement vrai pour les spécialités comme la cardiologie, mais se vérifie aussi pour la psychiatrie, la gynécologie ou la pédiatrie.

L'enjeu aujourd'hui, en matière d'offre de soins, demeure l'implantation ou le maintien de médecins généralistes en zones rurales ou semi-rurales et le maintien de spécialistes dans les centres hospitaliers qui se trouvent dans les villes-centres des territoires ruraux. La proximité des territoires avec des plateaux techniques performants, avec des spécialistes, est devenue un gage de qualité et de sécurité des soins pour la population. À l'inverse, l'éloignement de ressources techniques peut jouer de manière défavorable pour les médecins qui peuvent redouter un risque de perte de qualité dans le parcours de soins des patients. Quant aux patients, ils peuvent se sentir rassurés par la réputation d'expertise et de haut niveau de technicité de tel ou tel hôpital tout en regrettant leur éloignement. L'implantation de médecins spécialistes (autres que généralistes) dans les communes les plus rurales ou éloignées des villes-centres n'est donc pas un enjeu, si tant est qu'il l'ait jamais été.

1.2. Une pénurie de médecins dans certaines spécialités

Au-delà des attentes des médecins spécialistes, à la fois au plan de leur vie personnelle et de leur pratique professionnelle, il faut souligner que la pénurie de médecins dans certaines spécialités constitue une entrave forte à toute perspective de déploiement de cette ressource, au-delà des grands centres urbains.

Le cas de la psychiatrie est très souvent souligné : les postes vacants dans les centres hospitaliers spécialisés (psychiatrie de secteur) sont parfois très nombreux sur certains territoires, difficulté qui se couple souvent avec une quasi-absence de psychiatres libéraux. De ce fait l'accès à la psychiatrie, qu'elle soit publique ou privée, est extrêmement complexe en certains territoires ruraux mais aussi urbains. Le même phénomène est constaté en ce qui concerne la gynécologie et l'ophtalmologie, avec des délais de rendez-vous pour des consultations de « contrôle » qui peuvent parfois atteindre 1 an, et ce même dans les grands pôles urbains où ces spécialités sont très largement concentrées.

Au-delà du fait que certains hôpitaux ou territoires sont plus ou moins attractifs pour des raisons différentes (réputation, ressources du territoire, ...) le numérus clausus existant pour certaines spécialités est très souvent évoqué, qui peut se coupler à une attractivité variable des spécialités. Ainsi la psychiatrie est semble-t-il une spécialité moins demandée que la chirurgie ou la radiologie par les étudiants en médecine.

De ce fait, et au-delà même des choix personnels des médecins, le « vivier » où il serait possible de puiser, pour tenter de favoriser l'installation de certains spécialistes dans certaines villes-centres de territoires ruraux, est en réalité réduit.

1.3. Évolutions dans les pratiques et compétences des professionnels de santé

La présence de professionnels de santé sur les territoires ruraux ou semi-ruraux n'est pas le seul enjeu face à la problématique de l'accès aux soins des populations locales. Les pratiques des professionnels doivent ainsi également être analysées.

Ainsi, certains médecins généralistes, pour affiner et élargir à la fois leur polyvalence se forment-ils, dans le cadre de la formation continue obligatoire, voire au-delà de ce qui est obligatoire.

Rappelons en premier lieu que l'ensemble des professionnels de santé, tous modes d'exercice confondus, doit s'inscrire dans une démarche de formation médicale continue : le Développement Professionnel Continu (DPC), dispositif mis en place par la loi dite HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires), revu et corrigé en 2016 par la loi de modernisation du système de santé. Depuis 2016, le DPC est géré par l'Agence Nationale du DPC (ANDPC). Les textes stipulent que les professionnels de santé sont tenus de satisfaire une obligation triennale de formation avec la réalisation (au minimum) de deux des trois types d'actions de DPC (formation continue, analyse des pratiques professionnelles et/ou gestion des risques), dont l'une, au moins, devra répondre à une des orientations prioritaires nationales fixées par arrêté pour les années 2016 à 2018.

Au-delà de cette obligation, les médecins peuvent pousser plus avant certaines formations par l'obtention de D.U. (Diplômes Universitaires), dans différents domaines (gynécologie, pédiatrie, ...) et ce afin d'approfondir leurs compétences en matière de diagnostic et de prise en charge. Ces compétences accrues (par rapport à ce que prévoit la formation initiale), permettent dans les cas les plus courants une prise en charge plus fine des patients, qui ne sont alors orientés vers un spécialiste que lorsqu'une certaine complexité du problème de santé nécessite une expertise supplémentaire.

Les autres professionnels de santé, sont également concernés par cette obligation de formation, qui peut les amener à développer leurs compétences (par exemple en matière d'Éducation Thérapeutique du Patient), en articulation avec un médecin.

La montée en compétence des professionnels para-médicaux peut par ailleurs aussi s'inscrire dans des dispositifs et protocoles de type PRADO ou ASALEE (*voir encadré*), qui peuvent être investis par les libéraux, de manière individuelle, ou dans un cadre plus collectif, par exemple une Maison Pluriprofessionnelle de Santé... Ces outils, parce qu'ils permettent d'améliorer la prise en charge des patients, contribuent à la fois à améliorer l'état de santé des patients, mais aussi à « rationaliser » le recours aux médecins spécialistes autres que généralistes, notamment hospitaliers. Une logique de « délégation de compétence » ou de « délégation de tâche » sous-tend ces démarches, qui mettent en exergue à la fois l'intérêt de s'appuyer sur des professionnels de santé non-médecins dont les compétences techniques évoluent et se renforcent constamment, mais aussi le rôle pivot du médecin généraliste qui demeure la référence diagnostique de premier recours.

Il faut de ce fait considérer que certains besoins de prise en charge « spécialisées » peuvent trouver une réponse avec les professionnels médicaux (médecin généraliste, sages-femmes...) voire avec d'autres professionnels de santé, tels que les orthophonistes (dont le bilan est en réalité un diagnostic le plus souvent entériné par le médecin généraliste), et bien-sûr les infirmiers libéraux (qui outre leurs compétences propres, sont souvent à même de faire évoluer leur technicité pour faciliter des démarches de délégation de tâches par les médecins avec lesquels ils travaillent), mais aussi les masseurs-kinésithérapeutes, les orthoptistes... Les compétences techniques des uns et des autres n'ont cessé d'évoluer avec le temps, et certains posent aujourd'hui clairement la question de la pertinence de mettre en œuvre, en France, certaines pratiques qui ont déjà cours dans les pays anglo-saxons (comme les « infirmiers cliniciens » au Canada, par exemple), pratiques qui valorisent la délégation de tâches, voire la délégation de compétences, des médecins vers d'autres professionnels de santé.

En France, ces évolutions et nouvelles articulations entre médecins et autres professionnels de santé sont en partie intégrées dans la mise en place de dispositifs qui permettent de renforcer davantage les collaborations entre ces différents professionnels de santé, tout en accordant davantage d'autonomie aux professionnels non-médecins.

Deux exemples d'outils permettant une articulation renforcée des médecins généralistes, et autres médecins spécialistes avec des professionnels paramédicaux :

Dispositif PRADO

Ce service a été initié pour anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile après l'hospitalisation et fluidifier le parcours hôpital-ville. Les principaux enjeux de Prado, qui s'inscrivent dans les objectifs fixés par la stratégie nationale de santé, sont : de préserver la qualité de vie et l'autonomie des patients, d'accompagner la diminution des durées de séjour à l'hôpital, de renforcer la qualité de la prise en charge en ville autour du médecin traitant, d'améliorer l'efficacité du recours à l'hospitalisation en réservant les structures les plus lourdes aux patients qui en ont le plus besoin. Initié sur les sorties de maternité, le service a été étendu aux sorties d'hospitalisation après chirurgie en 2012, après décompensation cardiaque en 2013, et après exacerbation de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) en 2015. Depuis 2017, le service est progressivement proposé après une hospitalisation pour accident vasculaire cérébral (AVC) et aux personnes âgées de 75 ans et plus quel que soit le motif de leur hospitalisation.

<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>

Protocole ASALEE

Ce protocole de coopération permet à des infirmiers de déroger à leurs conditions légales d'exercice en réalisant, en lien avec des médecins généralistes, les activités suivantes :

- suivi du patient diabétique de type II incluant rédaction et signature de prescriptions types des examens, prescription et réalisation des ECG, prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds,
- suivi du patient à risque cardiovasculaire incluant prescription et réalisation des ECG,
- suivi du patient tabagique à risque BPCO, incluant prescription, réalisation et interprétation de spirométrie,
- consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de test mémoire pour les personnes âgées.

Pour pouvoir appliquer le protocole ASALEE, les sites doivent respecter différents critères :

- le protocole doit être déployé dans les zones caractérisées par des difficultés dans l'accès aux soins ou une précarité particulière de la patientèle,
- les infirmiers doivent être, en principe, libéraux,
- la structure ne peut pas parallèlement mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique rémunérés par d'autres fonds publics sur les quatre pathologies concernées.

La mise en œuvre du protocole et la rémunération des infirmiers ASALEE sont pris en charge par l'association nationale.

<http://www.centre-val-de-loire.paps.sante.fr/Protocole-de-cooperation-ASALEE.37217.0.html>

1.4. L'accès aux médecins spécialistes : l'enjeu d'une prise en charge appropriée

À la croisée de ces différents éléments, il apparaît que l'enjeu pour les habitants des territoires sous dotés en médecins et tout particulièrement les territoires ruraux et semi-ruraux, n'est pas d'avoir accès de manière permanente et à proximité immédiate aux spécialistes. L'implantation de spécialistes (autres que les généralistes) en zones rurales est une perspective qui semble, dans le système de contraintes actuel, inenvisageable, et de surcroît, pas forcément nécessaire. En effet, la présence de médecins généralistes, à la fois polyvalents et possédant parfois une formation plus fine (que la formation dispensée lors des études) dans certains domaines où les besoins sont importants (pédiatrie, gynécologie notamment, mais aussi psychiatrie, gériatrie, endocrinologie, ou cardiologie qui correspondent aussi aux besoins massivement repérés sur les territoires ruraux), et la présence d'autres professionnels de santé ayant une forte compétence technique et travaillant en bonne articulation avec les médecins généralistes locaux, constituent des leviers puissants à une bonne prise en charge des patients mais aussi à un recours rationalisé et ajusté aux médecins spécialistes (autres que les généralistes).

En effet, si le parcours de soin, tel qu'il est organisé en France, implique la plupart du temps une visite initiale au médecin généraliste (sauf en ce qui concerne les spécialistes en accès direct) afin de bénéficier notamment du meilleur taux de remboursement de la consultation chez un spécialiste, dans le cadre du parcours de soins, le fait que les généralistes et autres professionnels de santé soient formés pour intervenir plus avant dans un champ donné, semble permettre de « trier » davantage les patients ou les situations qui nécessitent effectivement le recours à un spécialiste, ou encore permettent une prise en charge plus affinée, en articulation avec un médecin spécialiste. Les différentes formes de

regroupements de médecins généralistes et de paramédicaux, parce qu'elles favorisent le croisement des expertises, la montée en compétence de chacun, le dialogue et les regards croisés sur les patients, favoriseraient également une articulation plus fine avec les médecins spécialistes et un recours à leurs compétences mieux ajusté, d'après plusieurs des professionnels que nous avons interviewés.

Ce dernier point constitue un élément capital pour le bon ajustement de l'offre de soins en rural, par rapport aux besoins de la population. L'enjeu majeur est de ce fait de mettre en place les solutions qui, dans les zones rurales sous dotées, permettent de faciliter cette articulation entre médecins généralistes, médecins spécialistes et autres professionnels de santé, pour répondre au mieux aux besoins des habitants.

2. Besoins de santé et besoins de prises en charge spécialisées

2.1. Différents besoins de santé et différents besoins d'accès aux médecins, généralistes et spécialistes, programmés ou non programmés

Les consultations programmées ou non-programmées se distinguent en fonction du degré d'urgence plus ou moins ressenti ou avéré. Les consultations programmées n'impliquent pas d'impératif de prise en charge immédiate ou rapide au contraire des consultations non-programmées.

Globalement, on peut distinguer quatre grandes familles de besoins chez les habitants et patients, en matière d'accès aux ressources de santé :

1/ La prévention et le dépistage. Ces activités visent à prévenir l'apparition de maladies (prévention primaire), l'aggravation des maladies (prévention secondaire et tertiaire), et à favoriser la prise en charge la plus précoce et appropriée possible après un dépistage. Ces champs sont investis par les médecins, mais aussi par les autres professionnels de santé, à différents titres : infirmiers (Education Thérapeutique du Patient, actions de prévention, notamment), pharmaciens (vaccination, prévention,...), sages-femmes (frottis, suivi de grossesse, prévention...), etc. La prévention et le dépistage s'inscrivent le plus souvent dans le cadre de temps programmés et hors urgence et peuvent avoir lieu hors des temps de consultation, hors du « soin » au sens strict, sur des temps *ad hoc*, avec par exemple des actions collectives. Si on repère quelques exceptions notables qui nécessitent une grande réactivité et rapidité d'exécution (par exemple en ce qui concerne le dépistage du HIV ou de l'hépatite C, ...), la plupart du temps, les actions de prévention et de dépistage ne se font pas dans l'urgence et peuvent être programmées.

2/ Les consultations pour diagnostic. C'est la situation la plus courante, lorsque face à certains symptômes (douleurs, fièvres, éruptions cutanées, vomissements, etc... mais aussi baisse de la vue, de l'ouïe, etc.) qui indiquent que l'état de santé est altéré, il apparaît nécessaire de consulter pour à la fois comprendre le phénomène et le traiter afin qu'il disparaisse. Ces consultations peuvent être non-programmées et avoir lieu dans une relative « urgence » notamment lorsque les symptômes sont soudains ou d'apparition rapide et très

gênants, ou programmées, lorsque les symptômes apparaissent progressivement et entraînent une gêne croissante mais supportable sur le court terme (par exemple baisse de l'acuité visuelle en lien avec une augmentation de la myopie...). Les besoins de consultations non-programmées impliquent en principe une réponse relativement rapide même si elle n'est pas immédiate.

3/ Les consultations de suivi. Ces consultations sont notamment nécessaires dans le cadre de pathologies au long cours. Ces consultations qui ne visent pas à établir un diagnostic permettent de suivre l'évolution du patient, d'ajuster son traitement si besoin et sont nécessaires pour éviter que la pathologie ne s'aggrave si elle est chronique, ou pour qu'elle disparaisse le plus tôt possible. Ces consultations peuvent être programmées et espacées dans le temps (par exemple pour des patients cardiaques ou diabétiques qui voient leur médecin spécialiste tous les 6 mois ou tous les ans), mais elles peuvent être beaucoup plus rapprochées pour certaines pathologies ce qui est tout particulièrement le cas en matière de santé mentale. En effet, lorsqu'une psychothérapie est en cours, il n'est pas rare que le patient doive voir son médecin tous les quinze jours, voire toutes les semaines.

4/ La prise en charge des urgences. La notion d'urgence est toujours difficile à définir et les écarts entre points de vue des patients et points de vue des professionnels sont parfois très importants en la matière. Face à l'inquiétude des patients qui redoutent que certains symptômes ne révèlent un grave danger, les médecins, notamment à l'hôpital, déplorent quelquefois la précipitation des patients et regrettent de ne pas avoir une file active mieux « triée » de telle sorte qu'ils puissent se concentrer sur les urgences qui mettent en cause le pronostic vital des patients, ou qui risquent de nuire profondément et durablement à leur santé. Il n'en demeure pas moins que les urgences « sévères », impliquent donc une réponse immédiate ou la plus rapide possible.

2.2. Consultations programmées ou non-programmées : l'enjeu de la distance

Les consultations programmées, parce qu'elles n'impliquent pas un impératif de prise en charge en urgence, peuvent plus facilement se dérouler à distance du lieu de résidence, car elles laissent une certaine marge de manœuvre pour organiser le déplacement vers la ressource de santé.

Même si en zone rurale, le coût et les moyens de se déplacer représentent des contraintes fortes pour certains habitants, cette contrainte est un peu abaissée lorsqu'il y a suffisamment de temps pour prévoir et organiser le déplacement, voire pour se faire aider à se déplacer.

À l'inverse, les consultations non-programmées, qui peuvent recouvrir une notion d'urgence plus ou moins ressentie ou avérée, mettent en jeu la proximité des ressources ou, à défaut de ressources, les possibilités de se déplacer très rapidement vers ces ressources, ou de déplacer très rapidement les patients.

Ainsi, globalement, les temps programmés de recours aux ressources de santé permettent d'organiser plus facilement des déplacements lorsque les ressources sont éloignées, alors que les temps non-programmés, par essence imprévus et parfois urgents, reflètent un besoin de réponse immédiate, qui est plus rapidement satisfait lorsque les ressources se

trouvent à proximité. En conséquence, les consultations de prévention et de dépistage peuvent s'accommoder d'une certaine distance géographique, de même que les consultations de suivi, qui émaillent la prise en charge d'une pathologie au long cours. Ces consultations prévues de longue date, planifiées parfois dans le temps permettent d'organiser le déplacement.

Le besoin d'un diagnostic et d'une prise en charge face à des symptômes soudains et gênants, qui peuvent espérer une réponse rapide voire urgente, sont des situations très fréquemment rencontrées chez les enfants et chez les personnes âgées, alors même que ces personnes sont plus souvent confrontées à des difficultés de déplacement : pour les enfants (poussette, siège auto nécessaire) et pour les personnes âgées (lorsqu'elles ne conduisent pas ou ne conduisent plus). Les publics précaires, non véhiculés, sont également en grandes difficultés face aux contraintes de déplacements. Pour ces personnes, la proximité des ressources est particulièrement importante car elle réduit la contrainte des déplacements.

Enfin, la prise en charge des urgences médicales avérées nécessite un plateau technique qui n'existe que dans les centres hospitaliers (voire, pour certains actes précis, dans les CHU), et ce, même si de premiers gestes peuvent parfois être pratiqués dans les hôpitaux de proximité (déchocage et petite chirurgie par exemple...). Il est par essence impossible d'installer un plateau technique de qualité sur tous les territoires ruraux, tant le matériel nécessaire est sophistiqué, couteux et nécessite un personnel formé pour le manipuler (IRM par exemple, mais aussi services de réanimation, ou de grands brûlés, ...). L'enjeu de l'accès aux ressources spécialisées dans la prise en charge des urgences médicales est avant tout physique : et interroge les voies, les moyens de parvenir le plus rapidement possible jusqu'aux ressources pour les habitants des territoires éloignés des centres hospitaliers.

En matière de médecins, les quatre types de besoins peuvent nécessiter le recours à un spécialiste mais, le plus souvent, ce sont les consultations de suivi au long cours et les urgences médicales qui impliquent le recours à des médecins spécialistes autres que généralistes, même si le diagnostic nécessite également parfois, lorsque la situation l'exige, le recours à un spécialiste.

3. Accès à une prise en charge spécialisée, attentes des professionnels et enjeux pour la Région

Différents besoins pour des prises en charge spécialisées (avec ou sans médecin spécialiste) sont donc repérés. Les difficultés d'accès géographique, les contraintes de transports publics dans les zones rurales, et enfin le faible nombre de médecins dans certaines spécialités font que les réponses possibles à apporter pour répondre aux besoins de santé de la population dans ces territoires sont parfois complexes à mettre en œuvre, qu'ils ont souvent une dimension systémique et peuvent impliquer différents acteurs, au premier rang desquels l'État, soit l'Agence Régionale de Santé, qui est en lien avec les ressources

hospitalières, mais aussi les ressources de santé libérales, notamment au travers de l'appui apporté aux Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), sur les territoires sous dotés et sous condition de respect du cahier des charges à respecter pour obtenir ce statut.

Pour autant, les collectivités territoriales ont également un rôle à jouer. Les communes interviennent souvent sur le projet immobilier en facilitant l'acquisition ou la location (prise en charge des travaux, prix de vente abaissé, loyer réduit, etc...), et la Région est elle-même intervenue depuis plusieurs années pour soutenir les MSP ou les regroupements simples de professionnels libéraux.

Néanmoins, et au vu des attentes des professionnels interviewés pour faciliter l'accès aux prises en charge spécialisées sur les territoires ruraux et semi-ruraux, il apparaît que si le projet immobilier demeure un élément-clé pour attirer ou stabiliser des professionnels de santé sur les territoires, d'autres pistes méritent d'être explorées.

En effet, l'exercice regroupé, parce qu'il permet le partage des contraintes, mais aussi le partage de points de vue sur les patients, l'entraide sur certaines pratiques, les projets communs, renouvelle l'exercice de la médecine générale libérale, historiquement très solitaire. La dimension collective de l'exercice correspond aujourd'hui aux attentes de nombreux médecins généralistes, et correspond aussi aux attentes de lien, de meilleures articulations entre la médecine de ville et la médecine hospitalière.

Reprenant les quatre grandes catégories de besoins des populations en matière de santé, les différents appuis possibles qui pourraient constituer des pistes pour aider la Région à favoriser la mise en place de tel ou tel projet dans les zones rurales ou semi-rurales, peu ou sous dotées en ressources de santé sont présentées ici.

3.1. Prévention et dépistage

3.1.1 Distance à prendre en compte

La prévention peut se faire de manière très formelle, dans le cadre des consultations chez le médecin généraliste, ou lors de séances d'éducation thérapeutique du patient (ETP), lors d'actions collectives organisées à l'intention des jeunes, des personnes âgées par exemple, ou de manière plus informelle, lors de temps peu ou pas programmés (par exemple en pharmacie, lors de l'achat de médicaments, ...).

En revanche, la prévention en matière de santé mentale, telle qu'elle se fait en Centre Médico-Psychologique pour adultes et encore plus sans doute en Centre Médico-Psychologique pour enfants et adolescents chez lesquels les pathologies ne sont pas forcément installées et pour lesquels une action précoce peut éviter le basculement vers une aggravation des troubles, requiert à la fois des temps formels, programmés et relativement réguliers. Ainsi, le mal-être des adolescents, peut impliquer des temps de prévention sous forme de séances d'écoute répétées et rapprochées dans le temps.

D'autres temps de prévention se font également de manière régulière et planifiée. C'est notamment le cas pour les suivis de grossesse et pour le suivi des nourrissons qui peuvent

être assurés par les médecins libéraux ou salariés en centres de santé (généralistes, gynécologues-obstétriciens et pédiatres) ou par des professionnels de santé des services de Protection Maternelle et Infantile (Conseils départementaux).

On notera que ces démarches qui impliquent une régularité, voire une fréquence élevée se font plus facilement dans la proximité pour les habitants. En effet, s'il y a peu ou pas de transports en commun sur le territoire et si les personnes ne savent pas conduire ou ne sont pas véhiculées (ce qui est souvent le cas des jeunes et des personnes âgées), les distances peuvent devenir très complexes et coûteuses à gérer.

Le dépistage, sauf situation d'urgence (par exemple dépistage d'une infection sexuellement transmissible de type HIV ou HVC en cas de prise de risque) est le plus souvent programmé et permet une relative anticipation et organisation du déplacement vers les ressources (laboratoire d'analyse médicales, CIDAG, ou encore centre référent du langage, cabinets de médecins spécialistes en ville en cardiologie, neurologie, mais aussi Imagerie médicale de type IRM, etc.)...

Que les temps de prévention et de dépistage soient organisés, planifiés ou en urgence, en local ou dans une ville-centre, le transport jusqu'aux ressources est un enjeu majeur. Les locaux et l'équipement des locaux sont également à considérer qui peuvent faciliter le travail des professionnels et donc améliorer l'accès des habitants.

3.1.2 Prévention et dépistage : les pistes pour la Région

➤ Faciliter la prévention et le dépistage en proximité : les locaux

Les actions de prévention, individuelles ou collectives, impliquent de pouvoir recevoir du public : cabinet des médecins généralistes ou locaux adaptés, avec une salle de réunion, telles qu'on peut les trouver dans les MSP, dans les regroupements simples de libéraux, mais aussi dans certains hôpitaux locaux. L'aide à l'accès (achat, location) d'un local adapté à ces actions de prévention est ainsi importante et peut se faire au travers du soutien au projet immobilier d'une MSP ou d'un regroupement simple.

➤ Faciliter l'accès à du matériel, à la maintenance du matériel

La question du matériel nécessaire se pose davantage pour les actes de dépistage que pour la prévention : ainsi les rétinographes (ophtalmologie) et d'une manière générale les outils d'imagerie médicale (radio numérique, ...), les ordinateurs et les outils connectés permettant la transmission de données à des médecins spécialistes sont aussi, de plus en plus au cœur du dépistage (dermatologie, cardiologie,...). Un certain niveau de matériel, en proximité des lieux de vie des habitants des territoires ruraux et semi-ruraux, peut ainsi promouvoir et faciliter les actes de dépistage pour les populations locales.

La question est dès lors pour la Région de savoir si elle peut intervenir (au-delà de la question des locaux, qu'elle soutient déjà) en matière d'achat de matériel nécessaire au dépistage, seule, ou en partenariat avec d'autres acteurs (ARS, communes, communautés de communes). La maintenance de ce type de matériel, qui suppose des dépenses régulières, est aussi à envisager.

➤ Faciliter le transport des habitants

Ce thème est évidemment particulièrement important en zone rurale ou semi-rurale où les transports en commun, permettent dans le meilleur des cas de relier les communes qui sont des points de centralité, mais à des fréquences qui nécessitent un gros effort d'anticipation et d'organisation de la part des habitants.

Plusieurs communes et communautés de communes ont organisé des « transports à la demande » avec des véhicules de tourisme ou des minibus, notamment pour aider les personnes âgées à se déplacer vers les ressources. Parfois ces véhicules emmènent les habitants à la porte même des ressources, d'autres fois il s'agit davantage de « rabattement » vers les lignes régulières de transports en commun. Néanmoins, le succès de ces entreprises n'est jamais garanti : dans certains territoires le « transport à la demande » fonctionne très bien, dans d'autres il est parfois abandonné face à une utilisation moindre par les habitants.

Dans tous les cas, la question des transports en commun complémentaires aux lignes régulières qui existent déjà (gérées par la SNCF, la Région ou encore les départements, à de plus petites échelles et vers des centres comportant différentes ressources en santé), est un élément à considérer, en articulation avec les communes, communautés de communes, mais aussi les ressources de santé en présence : MSP, regroupements simples de professionnels de santé libéraux, ou professionnels de santé du service public, CMP, PMI.

➤ Faciliter la présence de ressources mobiles

La prévention peut aussi se faire via des ressources mobiles, telles qu'elles existent déjà en certains départements : par exemple avec le CAARUD mobile de l'association Ruptures (OPPELIA) qui intervient dans tout le nord-ouest du nouveau Rhône (avec un camion ou une voiture) pour accompagner les consommateurs de substances psychoactives vers la réduction des risques, voire vers le soin lorsque cela est possible. En matière de santé mentale on peut citer le bus du Point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) Dyna Mots bus, qui sillonne les communes du nord-Isère et permet de recevoir des jeunes de manière individuelle pour une écoute (et non du soin) ayant une dimension préventive. Dans un autre domaine, le bus du Collectif Sud (anciennement Dromardiab), qui circule en Drôme et en Ardèche, permet de faire du dépistage de la rétinopathie diabétique et, à l'occasion, du dépistage d'autres pathologies comme le glaucome et la Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge. Ce sont des orthoptistes qui font des photographies du fond de l'œil (rétinographies) et qui mesurent la tension oculaire (tonomètre) dans un espace aménagé du bus : les photographies ne seront interprétées que dans les jours qui suivent par des médecins spécialistes partenaires du dispositif. Ces ressources semblent très bien repérées et utilisées par les habitants.

L'achat ou l'entretien d'un bus, d'un camion ou d'un véhicule de tourisme, qui serviraient un projet de ressource mobile, pourraient ainsi faire l'objet d'un soutien de la part de la Région, dans la mesure où ces ressources, en allant au plus près des habitants dans les territoires ruraux, améliorent la qualité de vie sur lesdits territoires et contribuent, même minimalement, à y stabiliser les populations.

3.2. Consultations pour diagnostic

3.2.1. Consultations non-programmées : le besoin de proximité

Ces consultations sont associées à des symptômes divers qui ne renvoient pas, de prime abord, à une notion d'urgence. Elles peuvent être non-programmées (même si un rendez-vous est pris dans un délai de quelques jours) et concerner au premier chef les médecins généralistes locaux, ou être programmées sur du moyen ou long terme et concerner des médecins spécialistes (autres que généralistes). En la matière, il faut noter que les médecins généralistes, parce qu'ils ont une longue pratique de la polyvalence voire des formations complémentaires, peuvent assurer des consultations qui pourraient relever d'un pédiatre ou d'un gynécologue, sauf difficultés particulières (d'après les médecins généralistes interviewés).

Enfin, il faut rappeler que la non-programmation des consultations, qui reflète un besoin de prise en charge assez rapide (même si non-urgente au sens strict du terme), implique d'apporter une réponse en proximité.

3.2.2. Consultations pour diagnostic : les pistes pour la Région

- Faciliter les projets d'installation de nouveaux médecins sur les territoires, mais aussi les vacances de spécialistes : les locaux

Les consultations non-programmées qui concernent au premier chef les médecins généralistes impliquent que ceux-ci soient présents sur les territoires, ce qui relève des différentes politiques visant au maintien de ces professionnels en zones rurales ou semi-rurales, et surtout à l'attractivité de ces territoires pour attirer de nouveaux médecins, qui souhaitent le plus souvent aujourd'hui, travailler dans le cadre de formats collectifs, en regroupements simples ou dans le cadre plus formalisé de MSP. Pour ce faire, un appui au projet immobilier est souvent bienvenu, ce que fait déjà la Région : l'aide à la construction de nouveaux locaux, au réaménagement de locaux ou encore à leur mise aux normes (notamment en matière d'accès aux personnes à mobilité réduite) pouvant être décisive pour faire aboutir le projet.

Par ailleurs, des locaux suffisamment spacieux et adaptés peuvent également faciliter la mise en place de consultations avancées (en partenariat avec les centres hospitaliers), qui améliorent l'accès des habitants à certains spécialistes.

- Faciliter la communication entre médecins généralistes des zones rurales, les spécialistes présents dans les villes ou les hôpitaux et d'autres professionnels de santé, en aidant au développement des outils numériques (échange et partage de données)

Même si l'exercice souvent profondément polyvalent des médecins généralistes des zones rurales absorbe une partie des besoins en matière de prise en charge spécialisée, il n'en demeure pas moins que le recours aux autres spécialistes reste nécessaire. Ce recours peut se faire par consultations en face-à-face, mais depuis quelques années, se développent des échanges entre généralistes et « spécialistes » via des outils numériques, qui peuvent permettre aux patients des zones rurales de ne pas se déplacer en ville, en donnant aux médecins généralistes les éléments nécessaires à l'établissement d'un diagnostic ou à l'indication d'un traitement. Ainsi, les généralistes peuvent consulter des spécialistes de ville, ou en hôpital, dans ce cas souvent par le biais de plateformes sécurisées (CF Monsisra). Ces plateformes permettent l'échange de données concernant les patients, entre médecins, et elles permettent aussi aux médecins de s'interpeller, et particulièrement aux généralistes de demander un avis à des spécialistes. Ces derniers donnent le plus souvent la réponse avec un décalage dans le temps, qui excède semble-t-il rarement quelques heures, parfois à partir d'images (photos ou radios) qui aident à la compréhension de la situation du patient.

Ces plateformes sont déjà financées par l'Etat (ARS), mais il est possible de renforcer la diffusion de ces pratiques en améliorant l'accès à du matériel informatique (ordinateurs, objets connectés,...), mais aussi à des logiciels, et à des services de maintenance. Enfin, en zone rurale la question qui se pose souvent est celle du « réseau » et de la capacité du système, en matière de vitesse mais aussi de volumes de données échangeables, à permettre une communication fluide entre les communes rurales et les centres ressources qui sont en ville. À ce titre, la question de l'équipement (« câblage », antennes, ...) des territoires ruraux pour permettre une communication fluide est un enjeu fort qui, d'une manière plus générale peut faciliter la vie de tous les acteurs locaux et relever d'une stratégie systémique d'aménagement du territoire. Une étude *ad hoc* serait néanmoins nécessaire pour affiner quels sont les logiciels les plus pertinents et les plus utilisés par les professionnels de santé, ou encore pour évaluer les aides en matière d'informatique qui pourraient le mieux servir les professionnels de santé des territoires ruraux (ordinateurs, mais aussi serveurs, ...).

➤ Aider à l'entretien ou au développement des hôpitaux de proximité

Les hôpitaux de proximité qui avaient une mission de soin il y a une trentaine d'années, ont progressivement vu leur champ de compétences glisser vers la gériatrie et la prise en charge de personnes âgées dépendantes, et ce alors même que les plateaux techniques de médecine chirurgie obstétrique se sophistiquaient et se concentraient dans les centres hospitaliers des villes moyennes ou grandes.

Aujourd'hui, il y a des attentes, de la part des professionnels de santé comme des populations locales, pour que ces hôpitaux de proximité jouent un rôle en matière de prise en charge en matière de santé de toute la population, et pas seulement des personnes âgées, l'activité d'EHPAD étant souvent majoritaire dans ces hôpitaux... Selon les territoires et les histoires locales, l'évolution de ces hôpitaux n'est pas la même, et c'est souvent la fermeture du service de maternité, lorsqu'il y en avait un, qui a marqué les esprits comme étant un signe de dépérissement des territoires ruraux... Pourtant, on voit émerger des consultations avancées dans certains hôpitaux, en lien avec des centres hospitaliers de

référence, souvent dans le cadre de Groupements Hospitaliers de Territoire (ainsi à l'hôpital d'Yssingeaux), consultations avancées dont les files actives sont pleines... Ou encore des projets autour de « maisons périnatales » qui permettent une prise en charge des mères et des nouveaux-nés quelques heures après l'accouchement (qui a eu lieu dans un centre hospitalier de référence), afin de rapprocher les familles tout assurant un encadrement approprié (hors situation pathologique).

Du fait des locaux existants, des ressources numériques, du personnel en place, ces hôpitaux de proximité présentent un potentiel variable, mais qui peut parfois constituer un levier fort pour attirer de nouveaux médecins (par exemple du fait de l'accès à du matériel d'imagerie médicale, ...), et aussi pour faciliter la mise en place de consultations avancées de spécialistes.

En la matière, la région pourrait intervenir pour aider au maintien ou à l'aménagement des bâtiments de ces hôpitaux de proximité, pour améliorer l'équipement informatique, numérique. En tout état de cause, les situations sont à examiner une par une, à la croisée des moyens matériels déjà existants, mais aussi de la politique de santé de l'ARS (PRS) des volontés et de la dynamique locale qui peuvent donner une impulsion décisive pour ré-impliquer les hôpitaux de proximité dans le soin.

- Faciliter les déplacements des populations à l'échelle des Groupements Hospitaliers de Territoires

Au-delà, la question des transports publics vers ces hôpitaux de proximité peut se poser, dans le cadre d'un redéploiement de certaines missions de soins. Faciliter l'accès des populations locales à ces ressources peut avoir un double intérêt : permettre un meilleur accès aux soins, et notamment à une prise en charge spécialisée, mais aussi participer à redynamiser un territoire, une offre pouvant entraîner le déploiement d'autres offres, en matière de santé, mais aussi de commerces, voire de services.

3.3. Consultations de suivi et de soins sur une pathologie chronique

3.3.1. Des temps programmés, qui nécessitent parfois de la proximité

Les consultations de suivi, et tout particulièrement celles qui concernent les traitements longs indiqués dans la prise en charge de pathologies chroniques, peuvent être assurées par les médecins généralistes, dans certains cas en articulation avec d'autres spécialistes. Dans ce cas, l'existence de locaux appropriés, sur les territoires, peut favoriser ou faciliter la mise en place de consultations avancées.

Notons que les consultations de suivi programmées dans le temps, concernent largement les pathologies les plus fréquentes : cancers, maladies neuro-cardio-vasculaires, maladies endocriniennes (dont diabète) et enfin pathologies psychiatriques, ces dernières étant surtout prises en charge par les CMP dans les territoires ruraux.

La prise en charge des pathologies chroniques peut recouvrir une « surveillance » avec si besoin ajustement du traitement, mais aussi des actes de soins (psychothérapies,

chimiothérapies, ...). Enfin, l'Education Thérapeutique des Patients, effectuée par des médecins ou par d'autres professionnels de santé, au premier rang desquels les infirmiers, fait aussi partie de ces prises en charge spécialisées qui peuvent être nécessaires à un bon suivi des traitements, et qui peuvent nécessiter des locaux appropriés lorsque ces actions sont collectives ou individuelles, et que les autres salles (MSP, et autres regroupements) sont déjà prises par les consultations.

Dans certains cas, on note que la proximité des acteurs du soin est nécessaire à une bonne prise en charge, lorsque ces consultations doivent être rapprochées dans le temps, notamment dans le domaine psychiatrique (avec des séances hebdomadaires par exemple, et ce parfois pendant des années, notamment dans le cadre d'hospitalisations à temps partiel en CATTP). De même, en oncologie, les séances de chimiothérapies, qui durent quelques mois, peuvent également être très rapprochées dans le temps.

Les professionnels interrogés soulignent que, lorsqu'il s'agit de consultations de « contrôle », par exemple annuelles ou biannuelles, les patients arrivent à s'organiser pour s'y rendre. En revanche, quand les temps de consultations et de soin sont très rapprochés, la distance devient un obstacle sérieux pour tout ceux qui ne peuvent conduire ou ne sont pas véhiculés. On soulignera que dans ce domaine, même s'il peut y avoir une prise en charge du transport (en VSL) par l'Assurance Maladie, l'offre locale de taxis (qui peuvent remplir des missions de VSL) est parfois très insuffisante et les quelques « chauffeurs » disponibles font parfois face à une multiplicité de besoins auxquels ils ont du mal à répondre.

Enfin une bonne prise en charge spécialisée de patients atteints de maladies chroniques peut aussi impliquer la mise en place d'une surveillance rapprochée dans le temps, qui ne peut être possible que grâce aux professionnels de santé qui travaillent au plus près des patients, et notamment les infirmiers libéraux, en articulation avec les médecins généralistes, mais aussi avec des médecins spécialistes, comme c'est par exemple le cas avec CardioAuvergne. Cette association, issue d'un partenariat entre libéraux, CHU de Clermont-Ferrand, Assurance maladie et ARS, a mis au point un système de surveillance des patients concernés par une insuffisance cardiaque, de telle sorte qu'une fois sorties de l'hôpital, ces personnes soient suivies de manière très fine, afin d'éviter les hospitalisations intempestives, suite à une mauvaise interprétation de certains signes, mais aussi afin de faciliter l'accès à une prise en charge en urgence lorsque l'état de santé de la personne le requiert. Notons que ce système de surveillance se base à la fois sur des outils numériques performants (objets connectés de surveillance des constantes biologiques notamment), mais aussi sur la formation des professionnels de terrain présents au cœur des territoires ruraux : les médecins généralistes et les infirmiers libéraux au premier chef, ainsi que les professionnels salariés des centres de santé. La formation de ces professionnels aux spécificités des signaux d'alerte est par ailleurs essentielle pour solliciter au mieux les ressources de cardiologie du CHU de Clermont-Ferrand.

3.3.2. Consultations de suivi et de soin pour pathologies chroniques: les pistes pour la Région

- Faciliter l'accès à des locaux aux normes, dans les MSP, les regroupements simples, voire les hôpitaux de proximité, afin de favoriser la mise en place de consultations avancées

Les locaux restent un outil indispensable pour organiser des consultations avancées, ou encore des temps d'Éducation Thérapeutique du Patient. Au sein d'une MSP, de bâtiments occupés par des regroupements simples de libéraux ou d'un hôpital de proximité, et avec un minimum d'équipement (ordinateur, téléphone) ils peuvent faciliter le déploiement des consultations avancées.

- Favoriser le développement des transports en commun vers les lieux de soins pour les patients

Qu'il s'agisse de transports collectifs ou individuels, cette piste semble particulièrement importante pour les patients concernés par une pathologie chronique, qui habitent en rural, et notamment dans les territoires relativement densément peuplés où les taxis sont peu nombreux (à l'image de ce qu'il se passe dans les zones rurales du Rhône, par exemple). Les lignes de transports en commun ayant un arrêt devant la MSP ou l'hôpital de proximité, lorsque ces derniers accueillent des consultations avancées, en plus de la médecine générale, doivent être étudiés pour les territoires les plus peuplés.

- Faciliter le transport des patients dans les territoires pauvrement desservis par les transports publics et mal pourvus en taxis

Les prises en charge nécessitant des consultations rapprochées sont complexes pour les habitants des territoires ruraux et pour eux l'enjeu des transports est majeur. Les réponses peuvent être recherchées dans l'organisation des transports publics et collectifs, mais ceux-ci relient essentiellement les pôles de centralité avec des fréquences de passage faibles, pour des motifs évidents de rentabilité... C'est pourquoi il est sans doute nécessaire de se pencher également sur les transports individuels ou de petits groupes, qui pourraient avoir davantage de souplesse et de pertinence pour des personnes qui, en sus de n'être pas véhiculées, ont des problèmes de santé. Il est important à ce titre de faciliter l'accès aux consultations de suivi pour les patients qui ont une reconnaissance d'ALD, mais aussi pour ceux qui n'en n'ont pas (ou pas encore) fait la demande, par exemple les personnes âgées en perte d'autonomie souffrant de problèmes articulaires, musculaires, etc... Ainsi, les incitations ou encouragements à développer l'activité des taxis, pour que l'accès aux VSL soit facilité pour les patients, est une piste à explorer dans certains territoires.

Au-delà, ce type de service (taxis) peut participer, même a minima, à la dynamique économique du territoire, les territoires ruraux ayant souvent le souci de faire émerger des sources d'emploi.

- Favoriser le développement des outils et démarches de télémédecine dans les territoires ruraux

Comme pour les consultations de diagnostic, les outils de télémédecine peuvent grandement faciliter la prise en charge de patients affectés par des maladies chroniques, sur les territoires ruraux. L'exemple de CardioAuvergne en témoigne, qui permet un suivi des patients très fin, à leur domicile, grâce à des professionnels de santé formés et à des outils connectés qui permettent d'envoyer des données aux médecins généralistes, mais aussi aux médecins spécialistes du CHU de Clermont-Ferrand.

La Région peut ainsi soutenir ces démarches en contribuant à l'achat d'outils numériques (ordinateurs, objets connectés, logiciels spécifiques) ou en contribuant à leur maintenance, dès lors que ces outils sont utilisés dans les zones rurales sous dotées en médecins spécialistes.

3.4. L'urgence

3.4.1. L'urgence : une notion complexe, à la croisée des inquiétudes des patients, des soignants et d'une réalité objective

L'urgence relève en général de prises en charge non-programmées, sur du court ou très court terme, selon que l'état du patient soit sévère, stabilisé ou pas, qu'il y ait ou non un risque vital, etc...

Néanmoins, sur le terrain, les professionnels soulignent qu'il y a parfois des distinctions nécessaires mais délicates à opérer entre :

- l'urgence telle qu'elle est ressentie par le patient, mais qui n'est pas avérée : une douleur vive ou une forte inquiétude par exemple peuvent faire penser que les symptômes annoncent une relative gravité, qui n'est cependant pas toujours vérifiée (comme on peut le voir par exemple dans certains cas de spasmophilie).
- l'urgence vitale, mais non ressentie comme telle par le patient et son entourage. C'est typiquement le cas des personnes qui sont victimes d'un incident ischémique transitoire ou d'un accident vasculaire cérébral (AVC), mais qui n'attachent pas d'importance à certains symptômes faute d'avoir été sensibilisés en la matière.
- l'urgence réelle et ressentie comme telle par le patient (par exemple en cas de saignements très importants, d'accident et de fractures ouvertes, etc...).
- et enfin l'urgence ressentie comme telle par certains professionnels, face à certains signes ou comportements, ce qui se produit par exemple avec certains travailleurs sociaux confrontés à des comportements « aberrants », dans le cadre de prises en charge sociales, de démarches d'insertion, ou encore chez certains habitants qui présentent des troubles du comportement qui gênent le voisinage. Craignant un passage à l'acte suicidaire ou dangereux pour autrui, les travailleurs sociaux peuvent quelquefois considérer qu'il y a urgence à prendre en charge la personne, notamment au plan psychiatrique, alors que les psychiatres ou médecins généralistes ne décèlent pas forcément, de signes réels indiquant un possible passage à l'acte.

On notera ainsi que la mortalité par suicide est particulièrement importante en zones rurales et que les agriculteurs constituent une population sur-concernée. Cette problématique de santé mentale est déjà travaillée par la Mutualité Sociale Agricole, mais plusieurs des médecins généralistes rencontrés lors de l'étude ont attiré notre attention sur le fait qu'ils se sentaient souvent démunis face à des situations de dépression ou de dépressivité, alors que les ressources de prise en charge sont éloignées et que les files actives des CMP sont déjà très remplies. Au-delà du suicide, la prise en charge des problèmes de santé mentale en milieu rural est souvent plus complexe qu'en ville : les personnes sont moins facilement repérées (notamment lorsqu'elles sont en habitat plus ou moins isolé) et surtout, elles vont moins facilement vers les soins (notamment du fait des distances à parcourir et de l'absence de véhicule personnel ou de permis de conduire).

La notion d'urgence ne recouvre donc pas les mêmes réalités pour tous, et ce d'autant plus que les sources d'information, et de désinformation, se sont multipliées ces dernières années, avec Internet, que la notion de responsabilité et de faute professionnelle chez les acteurs du soin a pris une dimension importante avec une intervention de plus en plus fréquente des tribunaux. Ainsi, l'inquiétude des patients qui craignent de frôler un risque important pour leur santé fait face à l'inquiétude des soignants qui redoutent de sous-estimer une situation d'urgence.

3.4.2. Prise en charge des urgences : les pistes pour la Région

En matière de prise en charge des urgences dans les territoires ruraux ou semi-ruraux sous dotés en ressources de santé, la Région peut également apporter un soutien sur des axes différents, à la lumière de ce qui se développe déjà dans les territoires :

- Contribuer à soutenir les hôpitaux locaux, mais aussi les MSP dans la prise en charge des « petites urgences » (« petite traumatologie » notamment). Les outils d'imagerie médicale (par exemple radiologie numériques) ou encore de « petite chirurgie » (avec appareil pour stériliser, ...) peuvent permettre d'affiner le diagnostic, d'évaluer le niveau d'urgence et d'intervenir rapidement sur certains problèmes, ou encore de faciliter une prise en charge en aval par le centre hospitalier le plus proche, en réalisant quelques gestes essentiels et techniques. Une étude *ad hoc* auprès des hôpitaux locaux qui souhaitent développer cette compétence (notamment lorsqu'il y a des médecins correspondants SAMU sur le territoire) ou encore des MSP qui ont des horaires d'ouverture larges, serait nécessaire pour envisager les appuis concrets possibles à l'achat ou à l'entretien de matériel.
- Aider les MSP et hôpitaux de proximité à se doter de matériel de monitoring/surveillance, mais aussi en outils de télémédecine permettant de demander un avis ponctuel à un médecin spécialiste, pour mieux évaluer le degré d'urgence par rapport à des patients donnés
- En matière de santé mentale et d'urgence psychiatriques (en lien ou non avec un risque suicidaire), il serait possible d'apporter :

- un appui aux dispositifs d'écoute et de prévention de la crise suicidaire (notamment les plateformes téléphoniques), le besoin étant particulièrement fort en rural ;
- un appui à la communication « grand public » sur les territoires ruraux, concernant les ressources d'écoute et de prévention existantes (CMP, PAEJ, et autres lieux d'écoute possible, ou à minima lieux d'échanges) ;
- un appui aux dispositifs mobiles d'écoute qui se déplacent dans les territoires ruraux, souvent en lien avec la psychiatrie de secteur. L'aide à l'achat ou à la maintenance des véhicules peut-être un plus, même si la question des ressources humaines, qui relève des centres hospitaliers spécialisés et des associations impliquées, reste le « nerf de la guerre » en la matière.

- Contribuer à une meilleure prise en charge des urgences avérées (de type AVC, infarctus), sur les territoires en

- aidant au développement ou en développant une communication « grand public » sur les principaux signes d'urgence à connaître, par les habitants mais aussi par tous les acteurs de santé du territoire : pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, ... (et ce, notamment en matière de crise suicidaire, AVC, infarctus chez les femmes et chez les hommes, intoxication alimentaire ou médicamenteuse grave) ;
- aidant à l'achat et à l'installation de défibrillateurs, et en contribuant à développer la formation à l'utilisation de ces outils, ou d'autres outils et à tous les gestes « qui sauvent » en situation d'urgence (notamment ceux qui sont enseignés dans les formations de secourisme).

- Contribuer à former la population à prendre l'avis de leur médecin traitant, d'un médecin correspondant SAMU lorsqu'il y en a sur le territoire ou d'un médecin de la plateforme du « 15 » là où elle est accessible, plutôt que d'aller directement aux urgences de l'hôpital, sauf urgence évidente (accident domestique, de la route, ...). L'éducation des populations aux signes d'urgence (fièvre élevée, signes typiques d'un infarctus, d'un AVC, d'une intoxication) mériterait ainsi d'être développée, et notamment en rural, pour éviter les déplacements inutiles.

3.5. Différents types de solutions pour avoir accès à une prise en charge spécialisée, au différents temps du parcours de soins

3.5.1. Les différentes réponses possibles aux besoins de prises en charge spécialisées sur les territoires

Selon les situations et les besoins, il s'avère ainsi qu'une « prise en charge spécialisée » réalisée par un médecin généraliste ou par un professionnel de santé non médecin peut répondre aux besoins du patient, de manière programmée ou non programmée.

Ces prises en charge, par un médecin ou par un autre professionnel de santé, peuvent se faire en proximité ou à distance par rapport au territoire de résidence, en secteur libéral ou hospitalier. Elles peuvent impliquer des outils de télémédecine, des formations accrues pour

les professionnels, des consultations avancées ou encore des antennes de structures publiques, mais aussi des ressources mobiles, ou encore des moyens de transport pour les habitants.

Ces différents éléments peuvent enfin être sollicités à différents moments et selon les différents besoins des personnes, tout au long de leur parcours de soin, et plus globalement de leur parcours de prise en charge.

À l'aune des témoignages recueillis dans les entretiens, huit grandes catégories de réponses peuvent être apportées sur les territoires pour faciliter l'accès à des médecins spécialistes (autres que généralistes) ou à des prises en charge spécialisées, et ce sur des temporalités différentes, qu'elles soient successives ou non dans le parcours de soin des personnes :

➤ **1/ Renforcer la présence des médecins généralistes sur les territoires**

Notamment en aidant au développement des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, des Centres de santé et des regroupements « simples » de libéraux, qui facilitent l'exercice regroupé et les projets partagés. Rappelons que les médecins généralistes constituent le pivot du système de soins :

- ils sont indispensables pour une orientation raisonnée et pertinente vers des médecins spécialistes (hormis les spécialistes de premier recours) ;
- ils peuvent effectuer directement certaines prises en charge spécialisées (prise en charge des nourrissons, des enfants, réalisation de frottis, ...) ;
- ils peuvent faciliter la mise en place de consultations avancées avec des médecins spécialistes (hospitaliers ou libéraux) du fait de leurs réseaux professionnels.

La présence de nouveaux médecins généralistes sur les territoires ruraux est notamment facilitée lorsque les projets d'exercice groupé s'appuient sur un projet immobilier bien avancé et financièrement aidé.

➤ **2/ Redonner un rôle fort aux hôpitaux de proximité en matière de soins**

Les hôpitaux de proximité disposent de locaux aux normes (pour les personnes à mobilité réduite), de personnel administratif, d'un certain niveau de matériel informatique, et peuvent constituer d'excellents points d'appui pour :

- le développement de consultations externes (de spécialistes libéraux) ;
- le développement de consultations avancées (notamment de spécialistes hospitaliers des centres hospitaliers Médecine Chirurgie Obstétrique ou de CHU) ;
- le développement des prises en charge des « petites urgences » (premiers gestes de déchocage, imagerie, « petite chirurgie », ...) ;
- le développement de liens forts avec les Centres hospitaliers (par exemple avec des centres de périnatalité), mais aussi par une prise en charge articulée des urgences

en étant un centre d'aide aux médecins correspondants SAMU, par exemple en disposant d'un hélicoptère pour faciliter l'évacuation vers le CH en cas de besoin.

Enfin, ils peuvent avoir un impact très positif sur les dynamiques économiques locales, en favorisant un effet « boule de neige » sur les ressources de santé locales (présence de médecins généralistes, de pharmaciens, d'infirmiers libéraux) et en constituant un gisement d'emploi important pour les habitants (à titre d'exemple, l'hôpital de Die a longtemps été le deuxième employeur du Pays Diois).

Aider les hôpitaux de proximité à maintenir, agrandir ou rénover leurs locaux selon leurs besoins et leurs projets sur le territoire, les aider à s'équiper avec certains types de matériel (médical, informatique, imagerie, ...) peut contribuer à permettre un redéploiement de ces établissements vers des activités de soin ou de prévention et à asseoir leur position en tant qu'élément fort d'aménagement du territoire et d'économie du territoire.

➤ **3/ Aider au développement d'antennes de ressources de soins publiques ou parapubliques.**

Différentes ressources portées par des acteurs du secteur public peuvent se déployer sur les territoires ruraux et semi-ruraux sous formes « d'antennes » qui, même si elles ne sont pas ouvertes tous les jours, permettent une présence qui peut grandement faciliter l'accès aux soins des populations locales. On repère ainsi sur les territoires, selon les moyens variables des Conseils départementaux, de la psychiatrie de secteur, ou des associations spécialisées en addictologie, des antennes de PMI et de CPEF, des antennes de CMP, des antennes de CSAPA ou de CAARUD.

Ces différentes ressources nécessitent des locaux pour ouvrir ces antennes. Les communes et communautés de communes peuvent être aidantes, mais d'autres entités, comme la Région, peuvent aider à la mise aux normes des locaux, au financement des loyers, etc... Une étude spécifique pourrait permettre d'évaluer toutes les possibilités d'aide possibles en la matière, et selon les contraintes spécifiques du soin en psychiatrie (non stigmatisation des patients par « l'étiquetage » du lieu en addictologie/réduction des risques (échange de matériel usagé de manière sécurisée), accueil des mères et des nourrissons (espace poussettes, ...).

➤ **4/ Aider au développement de ressources sanitaires mobiles dans les territoires ruraux**

Des ressources mobiles se développent dans de nombreux territoires, à destination des publics les plus éloignés des soins. Ainsi, les équipes psychiatriques qui se déplacent pour rencontrer, sur le terrain, des publics précaires, ou encore des ressources de réduction des risques en addictologie qui vont vers les publics les plus désinsérés, mais aussi vers ceux qui sont les plus éloignés des ressources, souvent concentrées dans les centres-villes. Les habitants des zones rurales, en tant que tels sont aussi des cibles repérées et des offres de

dépistage ou de prévention se développent dans leur direction : dépistage de la rétinopathie diabétique avec le Bus du Collectif Sud, Point Accueil Ecoute Jeunes avec l'association Dyna'mots, ou encore Bus de la Croix-Rouge qui dépiste le diabète...

Au-delà des ressources humaines, ces dispositifs mobiles reposent sur l'achat de véhicules (de tourisme, ou mini-bus voire camions). La Région peut contribuer au développement de ces ressources en participant à l'achat des véhicules ou à leur entretien.

➤ **5/ Aider au développement des outils numériques, de la télémédecine**

Deux dimensions doivent être considérées en matière de télémédecine :

- la télé-expertise, qui permet notamment aux médecins généralistes d'être en lien avec d'autres médecins spécialistes (en libéral ou à l'hôpital) afin de leur demander un avis, sur des cas de patients, parfois à partir d'images (radiographies, photographies, ...). La télé-expertise requiert des moyens informatiques afin de partager des données sensibles (données personnelles concernant les patients) entre médecins, voire avec d'autres professionnels de santé. Outre les contraintes de sécurisation de données, de convention avec les CH et CHU qui peuvent mettre en place des plateformes d'appui en direction des généralistes, (plateformes auxquelles participent des médecins spécialistes hospitaliers), il est nécessaire de pouvoir s'appuyer sur du matériel informatique, d'imagerie médicale, de monitoring... La Région pourrait contribuer au développement de la télé-médecine dans les zones rurales en aidant à l'achat de matériel, de logiciels, ou en aidant à la maintenance du matériel, etc...

- Les téléconsultations. Cet axe est beaucoup moins développé que le précédent car il constitue une forme de consultation particulière, entre un patient et un médecin, via un écran d'ordinateur interposé et une caméra. En effet, patient et médecin dialoguent grâce à un outil de « visio-conférence », et la consultation peut ainsi se faire à distance. Dans certains cas, le médecin généraliste, ou un autre professionnel de santé, peut se trouver aux côtés du patient pour faciliter l'échange avec le spécialiste. Certaines expériences se sont développées en France dans ce domaine (Cf voir fiche sur plateforme « Doctoconsult »), mais elles semblent rares et nous n'en avons pas repéré concrètement en Auvergne Rhône-Alpes. Néanmoins, si des expériences devaient se développer sur la région, par exemple à partir de MSP ou d'hôpitaux locaux, elles pourraient avoir des besoins d'appui pour acquérir des ordinateurs, des caméras ou des logiciels de visio-conférence, auxquelles la Région pourrait apporter une partie de la réponse.

Reste que ce type de consultation par caméra interposée soulève de nombreuses questions chez les médecins, certains considérant que la manipulation de cet outil doit être sécurisée et accompagnée, et qu'elle ne peut concerner que les patients qui sont à la fois très à l'aise avec un écran d'ordinateur, mais aussi très à l'aise en matière de verbalisation, et qui ne présentent pas de risques particulier (il serait par exemple hasardeux d'utiliser cet outil avec des personnes en difficultés psychiatriques, en situation de décompensation).

➤ **6/ Aider au développement de coopérations renforcées entre différents professionnels de santé et avec les Groupements Hospitaliers de Territoire**

Il peut être pertinent de soutenir tous les dispositifs qui peuvent permettre des coopérations renforcées entre médecins et autres professionnels de santé (sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, pharmaciens...). Les dispositifs comme ASALEE ou PRADO, sont des accords, des conventionnements, qui permettent à des professionnels de santé non-médecins, d'avoir davantage d'autonomie avec les patients, tout en restant sous la supervision d'un médecin. Il en va de même pour les orthoptistes qui participent au dépistage des pathologies en envoyant les images et les mesures faites aux ophtalmologues avec qui ils sont en lien, les sages-femmes qui suivent les grossesses et réalisent les frottis, mais renvoient les patients vers les gynécologues en cas de suspicion de pathologie, ou pour les pharmaciens qui peuvent aider au suivi des patients les plus fragiles en étant en lien étroit avec les médecins traitants. D'une manière plus générale, le renforcement des liens entre les médecins et tous les professionnels de santé présents sur les territoires peut renforcer les prises en charge spécialisées (à l'image de ce qui se passe avec CardioAuvergne), qui permettent de mieux utiliser les compétences des médecins spécialistes, dans les situations où cela est réellement nécessaire, réduisant également le recours aux urgences et d'une manière générale réduisant les déplacements inutiles vers les villes-centres où sont basés les spécialistes la plupart du temps, et les urgences hospitalières.

➤ **7/ Aider à une formation renforcée des médecins généralistes et autres professionnels de santé des territoires ruraux**

D'après les professionnels de santé interviewés, le fait d'exercer de manière regroupée permet de faire monter chacun en compétence, médecins et autres professionnels, chacun connaissant mieux le travail de l'autre, ses savoirs-faires, ses approches, et ce même si le médecin reste la ressource de diagnostic et de prescription.

Néanmoins, et au-delà de cette « formation » informelle mais concrète qui se produit par « capillarité » du fait de contacts répétés dans un même espace, les professionnels interviewés ont souligné que des formations complémentaires à la formation initiale, permettaient de développer des prises en charge spécialisées avec les patients et pouvaient notamment réduire le besoin d'accès à certains spécialistes comme les gynécologues ou les pédiatres, pour les pathologies les plus courantes. Certains des médecins généralistes interviewés ont ainsi réalisé des D.U. en pédiatrie ou gynécologie et d'autres ont fait des formations plus légères dans le cadre de la formation continue obligatoire.

La difficulté soulignée par les professionnels est de financer leur déplacement (et parfois leur hébergement) jusqu'aux lieux de formation (en principe les villes-centres de la région), mais aussi de trouver un remplaçant pendant leur absence (absence qui peut représenter plusieurs jours répartis dans l'année, par exemple dans le cadre d'un D.U. ou quelques jours consécutifs).

En tout état de cause, encourager les médecins généralistes et autres professionnels de santé présents sur les territoires ruraux à se former dans les domaines qui répondent aux besoins les plus nombreux (pédiatrie, gynécologie, mais aussi gériatrie et santé mentale avec le point particulier de la prévention du suicide) apparaît comme très pertinent.

Au-delà du financement de la formation, la Région pourrait contribuer à encourager ces démarches en facilitant le déplacement, l'hébergement dans les villes où se font les formations. D'autres types d'aides pourraient être explorés avec les généralistes et aussi infirmiers, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes libéraux des territoires ruraux.

➤ **8/ Aider à la formation des populations locales et acteurs locaux sur des questions de santé, notamment en matière d'urgences**

Les urgences avérées (dégradation sévère ou vitale de l'état de santé) nécessitent des prises en charge spécialisées par le SAMU ou les pompiers, mais quelquefois ces situations dramatiques peuvent être prises en compte, avant même l'arrivée des secours, par des gestes efficaces effectués par des non-professionnels formés. C'est typiquement le cas des défibrillateurs pour les personnes qui font un infarctus, ou des gestes de secourisme pour les personnes victimes d'un accident, d'un choc, etc...

Ainsi, dans les territoires ruraux où les secours mettent plus de temps à arriver, la Région pourrait contribuer à la diffusion de connaissances, parmi les habitants de ces territoires (mais aussi commerçants, chefs d'entreprises, agents du service public, ...) pour mettre en œuvre les premiers gestes qui peuvent sauver ou du moins éviter que le problème ne s'aggrave (compression en cas d'hémorragie, utilisation d'un défibrillateur, ...), mais aussi être au fait des principaux signaux d'alerte en cas d'infarctus, de choc toxique, ... voire, de tentative de suicide, cette problématique étant particulièrement présente dans le monde rural.

La diffusion de ces connaissances aux habitants pourrait utilement être renforcée par un soutien au déploiement de ces connaissances dans les lycées, les CFA et les Missions locales présents dans les zones rurales.

3.5.2. Exemples de réponses mises en œuvre sur les territoires, dans le parcours de prise en charge des patients

Ces grandes catégories de réponses et d'aide que pourrait apporter la Région ont émergé de l'analyse des entretiens réalisés. Au-delà, ces entretiens nous ont permis de recueillir des exemples de réponses, que nous avons rassemblés dans un tableau à deux entrées qui donne à voir ces grandes catégories et à quelle temporalité du parcours de soin elles peuvent être opérationnelles.

Les exemples indiqués dans ce tableau sont développés dans les fiches présentées en deuxième partie de rapport.

	PARCOURS DE PRISE EN CHARGE			
	Prévention et Dépistage	Consultations pour diagnostic	Consultations de suivi sur une pathologie chronique	Urgence
1/Renforcement de la présence des MG sur les territoires (MSP, centres de santé, et autres regroupements) orientation vers Spé	- MSP Pontgibault Pôle Santé - Vercors (infirmiers, sages-femmes)	-MSP Pontgibault -Pôle Santé Vercors -MSP Combrailles	Pôle Santé Vercors (avec consultation avancée en rhumatologie)	Pôle Santé Vercors (petites urgences imagerie)
2/Hôpitaux de proximité : Consultations externes et avancées Et « petites urgences »		Hôpital d'Yssingeaux (pédiatre, gynéco, ophtalmo)		Hôpital Lamastre petite salle de déchocage
3/Antennes de ressources publiques ou para-publiques (CMP, CSAPA, CAARUD...)	Antennes CMP Beaujolais	Antennes CMP Beaujolais	Antennes CMP Beaujolais	
4/Ressources Mobiles (camions, bus, utilitaires)	- PAEJ Dyna mots Bus nord-Isère Bus Collectif Sud pour dépistage rétinopathie et DMLA			
5/Appui numérique Télé-expertise Télé-consultation Avec spécialistes référents		Pôle Santé Vercors MSP Pontgibault	CardioAuvergne	
6/Coopérations renforcées entre différents professionnels de santé en local et avec GHT		Pôle Santé Vercors avec dispositif PRADO	CardioAuvergne	
7/Formation renforcée des MG et autres professionnels de santé	MG DU pédiatrie à PMI Tournon MG Pôle santé Vercors			
8/Formation de la population / acteurs locaux : (défibrillation, secourisme)	Communes, Mission Locale Education nationale			

4. Les réponses, expériences pour améliorer l'accès aux spécialistes ou à des prises en charge spécialisées, en territoires sous dotés

Les entretiens réalisés dans le cadre de cette étude ont permis de repérer différents types de réponses ou d'expériences possibles, en région ou à l'extérieur de celle-ci qui peuvent permettre d'améliorer l'accès des populations des zones sous dotées, notamment les territoires ruraux et semi-ruraux à des médecins spécialistes ou à des prises en charge spécialisées.

Ces « solutions » n'ont pas fait, la plupart du temps, l'objet d'évaluations rigoureuses et il n'est pas possible de savoir, à l'heure actuelle, si elles sont réellement efficaces et efficientes par rapport à l'enjeu d'accès à des prises en charge spécialisées, appropriées, avec des médecins ou d'autres professionnels de santé.

Néanmoins, ces dispositifs, expérimentations, modes de fonctionnements, peuvent servir de point d'appui pour réfléchir à la pertinence de soutenir tel ou tel projet, dans le cadre des missions de la région, dans une articulation entre offre de soins et aménagement du territoire.

Notons que certains axes sont encore aujourd'hui peu investis par les différents acteurs présents aux échelles locales : l'enjeu des connexions internet, de la présence de transports « souples » et VSL (taxis), de la place des hôpitaux de proximité en matière d'offre de soins...

Vingt-trois exemples nous ont paru intéressants à retenir, parfois proches, ou très spécifiques, qui montrent différentes possibilités pour que les patients des territoires ruraux et semi-ruraux aient accès aux prises en charge les plus appropriées à leurs besoins de santé. Ces exemples ont été classés en différentes catégories :

- Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles et Pôles de santé
- Les centres de santé
- Les Centres hospitaliers et hôpitaux de proximité
- Les réseaux de santé
- Les ressources mobiles
- Les dispositifs de téléconsultation
- Les expérimentations de gestion des urgences en rural
- Les regroupements de ressources libérales et/ou publiques
- Les associations d'usagers

4.1. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles et Pôles de santé

Ces regroupements formels de professionnels de santé libéraux, autour d'un cahier des charges et d'un projet validé par l'Agence Régionale de Santé, répondent à la double attente, de plus en plus fréquente, des professionnels de santé et médecins généralistes en particulier, de mutualiser certaines contraintes (locaux, secrétariat), et de travailler de manière regroupée. L'exercice regroupé permet de partager des temps d'échange, des projets, de faciliter le suivi de certains patients, et de fluidifier le parcours de soins de ces derniers.

Le fait d'exercer de manière regroupée, d'échanger sur les savoirs et pratiques de chacun, fait monter en compétence les professionnels et renforce encore la qualité des prises en charge. Les formations continues permettent d'affiner la pratique polyvalente et d'offrir des possibilités de prises en charge spécialisées.

Enfin, il arrive que, par un système de conventionnement, des consultations avancées de médecins spécialistes se mettent en place au sein des MSP (ou pôles de santé).

Quatre exemples sont présentés ici :

- Le Pôle de Santé du Vercors (Isère)
- la MSP de Pontgibaud (Puy de Dôme)
- La MSP de Saint-Genis sur Guiers (Savoie)
- la MSP de Chantelle (Allier)

On observe que les réponses qui sont développées en termes de prises en charge spécialisées, varient d'une MSP à l'autre : il n'y a pas de modèle unique, et chaque regroupement de professionnels, selon leurs désirs et projets, leurs ressources et contraintes, développent préférentiellement tel ou tel type de réponse.

En tout état de cause le développement des MSP constitue une réponse possible aux besoins de prises en charge spécialisées, et ce même s'il n'y a pas de médecins spécialistes sur le territoire d'implantation des MSP.

Santé en Vercors- Pôle de Santé Pluridisciplinaire. (Vercors -Isère)

1/ Territoire et objectifs

Le Pôle de Santé « Santé en Vercors » s'étend sur le plateau du Vercors et recouvre les communes et regroupements de professionnels suivants :

- Cabinet médical d'Autrans
- Cabinet médical de Méaudre
- Cabinet médical de Villard-de-Lans
- Maison de santé Pluriprofessionnelle de Lans-en-Vercors / Saint-Nizier-du-Moucherotte
- Cabinet de masseurs-kinésithérapeutes de Villard-de-Lans
- Cabinet de masseurs-kinésithérapeutes de Méaudre
- Cabinet de masseurs-kinésithérapeutes d'Autrans
- Cabinet d'infirmiers d'Autrans-Méaudre

Il s'agit d'un territoire de montagne, rural qui est pourtant très majoritairement habité par des personnes exerçant leur activité professionnelle dans le bassin grenoblois (environ 80% de la population semble-t-il). Ces habitants « pendulaires » ont en partie recours à l'offre de soins existante sur le bassin grenoblois, pour les médecins spécialistes, mais aussi parfois pour les généralistes. Néanmoins, les familles avec enfants ou les personnes âgées ont besoin d'une offre de premier recours en proximité et ont davantage de difficultés à se faire suivre sur le bassin grenoblois.

Le Pôle Santé du Vercors a ainsi pour objectifs de répondre aux besoins de premier recours de toute la population locale, dont une partie se déplace plus difficilement vers le bassin grenoblois. Il vise également à rendre accessible une offre de soins de second recours, par le biais de vacations ou de consultations avancées.

Il s'agit enfin pour le Pôle de proposer des activités de prévention primaire, secondaire et des activités d'éducation thérapeutique des patients, sur le territoire.

2/ Description de la ressource qui facilite l'accès à des médecins spécialistes / ou à une prise en charge « spécialisée »

À partir des objectifs définis par le Pôle de santé, différentes activités, en plus de l'offre de soins de premier recours habituelle (médecine générale, infirmiers libéraux, ...), ont été mises en place, avec des médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes :

- Addictologie avec un médecin diplômé
- Programme d'éducation thérapeutique du patient « Mes artères et ma santé », composé d'ateliers collectifs dont l'objectif est de mieux comprendre et prévenir les risques cardiovasculaires
- Gynécologie – Dépistage des maladies sexuellement transmissibles, accès à la contraception et à l'avortement médicamenteux ainsi que suivi gynécologique de prévention et de dépistage

- Médecine du sport – Suivi et reprise sportive après blessure, dépistage des conduites à risque chez l'adolescent en classe sportive collège et lycée de la cité scolaire Jean Prévost
- Optique à domicile – Permettre aux personnes à mobilité réduite, ou peu disponibles, de bénéficier d'une prise en charge optique présentant la même méthodologie et qualité qu'en magasin
- Projet de réhabilitation à l'effort – Des séances d'activités physiques adaptées, suivi médical et paramédical, ateliers éducatifs, conseils nutritionnels et aide psycho-sociale pour les personnes atteintes de pathologies chroniques
- Soins palliatifs – Prise en charge pluri-professionnelle lors de soins palliatifs complexes à domicile pour améliorer la prise en charge des patients en fin de vie, accompagner leur famille et les professionnels de santé.
- Et Rhumatologie – Consultations avancées de second recours en rhumatologie réalisées par des spécialistes du CHU de Grenoble à la Maison de santé pluridisciplinaire (MSP) de Lans-en-Vercors (convention avec le CHU)

On note que plusieurs des médecins généralistes se font formés à des disciplines spécifiques via un D.U. (gynécologie, pédiatrie, ...). Par ailleurs, la plupart des médecins généralistes du Pôle ont une pratique très polyvalente : outre la prise en charge des enfants et la surveillance gynécologique, plusieurs prennent en charge les problèmes de petite traumatologie (souvent en lien avec la pratique de sports d'hiver, sur ce territoire de ski et de tourisme où trois communes du domaine skiable sont responsables de l'évacuation de leurs blessés), ainsi que de la « petite » chirurgie (notamment en ce qui concerne la dermatologie), aidés notamment par du matériel de radiologie numérique présent sur place. Deux médecins ont également un diplôme en soins palliatifs.

Une orthoptiste réalise des dépistages de rétinopathie en transmettant les images au service d'ophtalmologie du CHU de Grenoble.

12 médecins généralistes du Pôle sont des correspondants SAMU (formés à la prise en charge en urgence, ils assurent la permanence des soins entre minuit et 8 heures du matin). Ce type de prise en charge permet aux patients d'attendre l'arrivée du SAMU (20 minutes, au plus vite, en provenance du CHU de Grenoble) dans les meilleures conditions possibles.

En matière de médecins spécialistes (autres que généralistes), on soulignera la présence d'une consultation avancée de rhumatologie (temps de consultation pleins), mais d'autres pourraient se mettre en place avec des ophtalmologues, des dermatologues, des cardiologues...

À noter une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (qui englobera le Pôle) devrait se mettre en place sur le plateau du Vercors en 2019.

La pratique polyvalente, et notamment l'exercice d'une pédiatrie de base, permettent de gérer de nombreux problèmes de santé directement sur le territoire, et en cas d'hospitalisation nécessaire, elles permettent de mieux préparer l'entrée à l'hôpital et évitent ou réduisent le recours intempestif aux urgences. Enfin, une pratique de télémédecine informelle, pour demander des avis à des spécialistes des établissements hospitaliers de Grenoble, pratiquée par la plupart des médecins généralistes du Pôle, permet d'éviter les passages aux urgences et de rationaliser le recours aux médecins spécialistes. L'outil « Mon Sisra » est ainsi utilisé par plusieurs médecins pour échanger notamment avec des spécialistes du CHU, mais seuls 20% des services de l'hôpital sont effectivement joignables via cette plateforme.

A noter, les professionnels du Pôle sont en bon lien avec la PMI (notamment les sages-femmes libérales) présente sur le plateau, et également le CPEF via une convention : des permanences de consultations sont effectuées par les libéraux à l'antenne du CPEF de Fontaines et la conseillère conjugale vient au sein du Pôle 4 heures tous les mois. Le Pôle est également en lien avec l'antenne du CMP adulte qui est présente à Villars-de-Lans. Cependant, les besoins sont importants en matière de psychiatrie (avec une problématique spécifique de dépression et de suicide d'agriculteurs). La MSA est présente sur le territoire via la médecine du travail, mais les difficultés des personnes concernées pas toujours repérées à temps.

Notons encore que les infirmiers du Pôle jouent un rôle particulièrement important auprès des patients concernés par une maladie chronique (Diabète, MCV, BPCO), pour faire de la prévention, de la prise en charge et de l'éducation thérapeutique des patients

3/ Ressources/ modèle économique

Le Pôle de santé du Vercors regroupe plus d'une cinquantaine de professionnels, médecins et paramédicaux et une coordinatrice à mi-temps.

La coordination et les temps dédiés à la prévention sont financés par l'Etat (Agence Régionale de Santé), mais les communes du territoire participent également (par exemple pour achat de matériel de radiologie).

4/ Eléments d'évaluation : à quels besoins de la population locale cette ressource répond-elle ?

Le Pôle Santé n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation, néanmoins, il fait déjà preuve de son attractivité :

- Pour des médecins spécialistes du CHU (ex : convention avec CHU pour consultations avancées de rhumatologie)
- Pour des internes en médecine (le Vercors est semble-t-il devenu le premier terrain de stage du CHU). On note que deux studios sont mis à disposition des internes, par les communes, pour 250 euros par mois chacun

Outre la polyvalence nécessaire à la pratique de la médecine générale en territoire rural, qui présente une réelle attractivité pour certains jeunes médecins qui souhaitent diversifier leur activité quotidienne, la dynamique collective, les projets partagés, constituent également un élément d'attractivité fort.

La dynamique du Pôle de Santé du Vercors a attiré plus d'une cinquantaine de professionnels à ce jour, ce qui témoigne de l'attractivité du travail sous forme regroupée.

La Maisons de Santé Pluriprofessionnelle de Pontgibaud (Puy de Dôme)

1/ Territoire et objectifs

Cette MSP, née en 2017, est située dans le Pays des Combrailles (sud) et Pontgibaud se trouve à 30 minutes par la route de Clermont-Ferrand. Le bassin de Pontgibaud présente une situation socio démographique plus dynamique que d'autres communes du bassin, plus éloignées de Clermont-Ferrand. Les actifs de ce territoire travaillent le plus souvent dans le bassin clermontois, néanmoins, beaucoup se font soigner sur leur lieu de vie et non sur leur lieu de travail, et ils ont globalement l'habitude de consulter en fin de journée, après être rentrés de leur travail. Ceci implique que les cabinets médicaux puissent offrir des plages d'ouvertures tardives et des amplitudes horaires d'ouverture importantes.

L'objectif des médecins fondateurs de cette MSP était d'offrir une possibilité d'exercice regroupé, autour d'un projet partagé, à de jeunes médecins et autres professionnels de santé, qui souhaitaient travailler dans une dynamique collective, tout en bénéficiant du cadre de vie de Pontgibaud et des alentours (Pontaurum, Les Ancizes...). Même si le rural peut sembler moins prestigieux et plus difficile pour travailler, ces médecins et para-médicaux souhaitaient avoir cet exercice polyvalent, en rural, tout en travaillant en lien les uns avec les autres.

Par ailleurs, les objectifs de la MSP sont de proposer une offre de soins de premiers recours à la population locale et également des éléments d'offre de soins de second recours, par le biais de vacations ou de consultations avancées qui devraient pouvoir se développer ultérieurement. Enfin la MSP vise à garantir la permanence des soins pour les habitants du territoire.

2/ Description de l'action/activité qui facilite l'accès à des médecins spécialistes / ou à une prise en charge « spécialisée »

La MSP assure la prise en charge de la population, localement, pour les besoins courants et les besoins spécifiques tels que la gynécologie, le suivi des grossesses, la pédiatrie,...

Les médecins généralistes de la MSP orientent vers les dispositifs de prise en charge spécialisée, ou de soins spécialisés, si besoin, notamment à Clermont-Ferrand, en libéral ou au CHU. Dès la création de la MSP, un cabinet de radiologie (financement Leader) avait été prévu. Depuis février 2018, une manipulatrice radio est présente 2 jours par semaine à la MSP, et réalise des clichés qu'elle envoie à un radiologue (télé radiologie) du Pôle Santé République de Clermont-Ferrand.

On soulignera la présence sur le territoire du Pays des Combrailles d'un rétinographe non-mydiatique transportable (financé par le Pays des Combrailles) pour permettre l'accès de la population du territoire à l'examen du fond d'œil et en particulier permettre le dépistage de la rétinopathie diabétique et de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA). L'expertise est réalisée par un ophtalmologue installé en Suisse, mais le rétinographe est mobile.

Différents projets sont en cours de réflexion, au sein de la MSP, pour le moyen terme :

- la réalisation de mammographies ;

- le développement de la filière visuelle par le biais d'une convention avec un cabinet de Clermont-Ferrand comprenant cinq ophtalmologistes et un orthoptiste, qui pourrait intervenir dans la MSP tout en envoyant les clichés aux ophtalmologistes du cabinet par télétransmission ;
- la mise en place de consultations avancées de médecins spécialistes (une journée par mois ou 1 journée tous les 15 jours) suite à la sollicitation du CHU, du Pôle Santé République et de la clinique de La Chataigneraie. Les consultations avancées de spécialistes qui pourraient ainsi se développer concerneraient essentiellement des disciplines de l'angiologie, l'orthopédie, la cardiologie, la neurologie. La mise en place des consultations avancées nécessite de conventionner avec chaque structure. Le modèle économique envisagé est la mise à disposition par la MSP de locaux et d'un temps de secrétariat. Les déplacements et le temps de travail des médecins spécialistes par les structures.

Les outils de communication développés avec le soutien de l'ARS au niveau de la région ne sont pas utilisés par les médecins de la MSP suite à des difficultés de manipulation de MonSisra (perte de données notamment).

À noter : une expérience de téléconsultations (financée par des fonds européens), s'est déroulée au niveau d'un territoire voisin impliquant 3 EPHAD, une MSP et un Centre de médecine physique et de réadaptation (CMPR). L'objectif était de répondre aux situations nécessitant une réponse urgente, avec le service de cardiologie du CHU de Clermont-Ferrand, le Cogert qui coordonne la prise en charge des personnes âgées, les services de maladies infectieuses, et la médecine physique rééducation du CHU. Mais l'expérimentation a semble-t-il été peu probante, du fait que le temps des spécialistes consultés ne fait pas l'objet d'un financement spécifique, ce qui ne facilite pas la mise en place de ces temps dédiés, mais aussi du fait de la lourdeur de mise en place de la téléconsultation au plan de la procédure à suivre. Ainsi, l'obligation de présence de deux professionnels de santé pour une seule et même consultation crée une contrainte qui semble supérieure au bénéfice attendu. Par ailleurs, dans le cadre du Contrat local de santé (CLS) du Pays des Combrailles, de manière expérimentale pour le moment dans une MSP voisine, des consultations de sophrologue et de psychologue (8 séances en test) sont financées par le CLS. Le médecin voit une première fois le patient et l'oriente vers le psychologue ou le sophrologue selon les besoins de ce dernier.

3/ Ressources / modèle économique

À l'ouverture de la MSP, il y avait 2 médecins généralistes et 3 autres professionnels de santé. Aujourd'hui, la MSP comprend 30 professionnels (trois médecins généralistes, des sages-femmes, des kinésithérapeutes, des infirmiers, un ostéopathe, un orthophoniste, un psychologue, une pédicure-podologue...) ainsi qu'un coordinateur MSP.

Des vacations de sophrologue, de diététiciennes, et des permanences des assistantes sociales de secteur sont également proposées au sein de la MSP.

Les principaux partenaires sont les centres hospitaliers et les médecins spécialistes libéraux. Les URPS sont également sollicités pour aider à mettre en relation les professionnels de santé. Enfin l'ARS soutient cette MSP, ainsi que la Région Auvergne-Rhône-Alpes qui a participé à l'aménagement des bâtiments.

4/ Éléments d'évaluation : à quels besoins de la population locale cette ressource répond-elle ?

L'activité de la MSP répond aux besoins d'accès à des soins de premier recours, mais aussi à des besoins de prise en charge spécialisée, en pédiatrie notamment et ce du fait de la polyvalence des médecins généralistes. En outre, le bon lien de la MSP avec le service de pédiatrie du CHU facilite les prises en charge en urgence, pour des soins très spécifiques, lorsque cela est nécessaire.

En revanche, les médecins généralistes de la MSP se sentent assez démunis face aux problématiques psychiatriques présentes sur ce territoire rural et les prises en charge qu'ils peuvent proposer ne suffisent pas à répondre aux besoins et aux situations les plus sévères. Une difficulté accrue du fait de l'absence de lien avec la psychiatrie publique de secteur (débordée, au demeurant), ou même avec des psychiatres libéraux. Face à ces contraintes, les médecins généralistes de la MSP soulignent leur besoin d'une meilleure formation en matière de psychiatrie, pour pouvoir mieux répondre aux besoins aujourd'hui encore trop souvent sans réponses.

D'après les professionnels de la MSP, celle-ci contribue nettement à dynamiser ce territoire rural, tout en bénéficiant de la proximité de Clermont-Ferrand, qui facilite les liens avec des médecins spécialistes présents en ville.

Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) de Saint Genix sur Guiers (Savoie)

1/ Territoire et objectifs

La MSP du Guiers, ouverte en 2013, est située en Savoie, plus particulièrement dans l'avant-pays savoyard et à proximité de l'Isère.

Les objectifs de la MSP sont d'assurer la prise en charge de la population, localement, pour des besoins courants, mais aussi pour certains besoins plus spécifiques en matière de gynécologie et de suivis de grossesse, de pédiatrie...

2/ Description de l'action/activité qui facilite l'accès à des médecins spécialistes / ou à une prise en charge « spécialisée »

Les professionnels de la MSP assurent des consultations de premier recours, des consultations de dépistage ainsi que des consultations de suivi de pathologies en lien avec des médecins spécialistes. Les professionnels font appel aux consultations externes des hôpitaux les plus proches.

Dans le cadre d'un accord entre la MSP et la psychiatrie de secteur, des infirmiers du CMP adultes ont des temps de permanence au sein de la MSP, ce qui facilite grandement la prise en charge des patients présentant des pathologies psychiatriques mais aussi l'observance des traitements par les patients. Une rencontre a lieu tous les 6 mois entre les médecins généralistes et le psychologue de la MSP avec des psychiatres du CMP afin de faire le point sur les personnes prises en charge. Médecins généralistes et infirmiers du CMP peuvent par ailleurs, du fait de la proximité physique au sein de la MSP, s'orienter mutuellement des patients. Cette organisation a amélioré les conditions de travail des infirmières libérales qui vont au domicile des patients concernés par une pathologie psychiatrique. Enfin, cette articulation entre MSP et psychiatrie de secteur a permis la création d'un temps de « permanence » des infirmiers du CMP, au sein de la MSP, à destination des familles de malades psychiques.

Même si ce lien entre MSP et CMP améliore grandement l'accès aux soins psychiatriques des malades habitant en zones rurales, des difficultés de prise en charge persistent lorsqu'il y a besoin d'une évaluation ou d'une prise en charge à domicile, ou encore lorsque les patients de la MSP ne relèvent pas du secteur de psychiatrie publique avec qui l'accord a été noué.

Les professionnels de la MSP ont également développé des liens avec des cardiologues libéraux notamment pour la réalisation de bilans (avis ECG par exemple). Les transmissions de données se font par fax, mais les besoins semblent peu nombreux pour le moment.

L'utilisation récente par les médecins de la MSP de la messagerie MonSisra permet des échanges réactifs avec les services hospitaliers : réception rapide des comptes-rendus de spécialistes hospitaliers, réponse à des questions de prise en charge générale ou liée à des patients.

En matière de gynécologie, les médecins généralistes réalisent les frottis, le suivi de contraception. En cas de difficulté spécifique, ces médecins orientent leur patiente vers le

service de gynécologie de l'hôpital de Chambéry qui est réactif. Les grossesses non-pathologiques sont prises en charge par les sages-femmes de la MSP, qui sont en capacité de faire des échographies de suivi de grossesse.

Un dispositif de prise en charge des troubles de l'apprentissage a été mis en place au sein de la MSP qui regroupe différents professionnels (médecin généraliste, ergothérapeute, psychomotricienne...). Toutefois les difficultés d'accès, sur le territoire, aux neuropsychiatres et pédopsychiatres, limitent les réponses qui peuvent être apportées aux enfants ayant ces difficultés.

La présence d'une orthoptiste, qui peut collecter certaines données, facilite l'accès aux consultations d'ophtalmologie.

Enfin, la présence d'une infirmière du dispositif Asalée est une plus-value importante en matière d'éducation thérapeutique, en matière de diabète, tabacologie, de maladies cardiovasculaires, mais aussi pour réaliser des tests de mémoire avec les personnes âgées. La MSP s'est dotée d'un écho doppler, notamment pour faciliter le suivi des patients diabétiques.

Les professionnels de la MSP souhaiteraient accueillir des consultations avancées de spécialistes mais cela nécessiterait d'avoir des locaux plus grands.

3/ Ressources / modèle économique

La MSP est soutenue par l'ARS.

Les partenaires de la MSP sont principalement les centres hospitaliers, les médecins spécialistes libéraux du territoire. Les URPS aident également à mettre en relation les professionnels de santé.

4/ Éléments d'évaluation : à quels besoins de la population locale cette ressource répond-elle ?

La présence de la MSP facilite l'accès à des prises en charge spécialisées par les médecins généralistes, qui sont eux-mêmes en lien avec des spécialistes. Le regroupement de professionnels de santé en un même lieu permet une meilleure identification de la part des partenaires. Cette coordination entre médecins favorise l'accès des patients au dépistage, aux soins de premier recours, au suivi des pathologies chroniques, et à l'éducation thérapeutique.

Enfin, la présence de permanences d'infirmiers du CMP adultes facilite l'accès aux soins psychiatriques et le suivi des pathologies psychiatriques pour les habitants de ce territoire rural.

Reste que le manque de moyen de transports, dans cette zone rurale, demeure un frein dans l'accès aux soins pour les personnes qui ne sont pas véhiculées, notamment lorsqu'elles sont concernées par une pathologie chronique.

Maison de santé pluriprofessionnelle de Chantelle (Allier)

1/ Territoire et objectifs

La Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Chantelle est située, en zone rurale, dans l'Allier, à environ 15 km du centre hospitalier de Saint-Pourçain-sur-Sioule et à 30 km du centre hospitalier de Vichy.

La MSP a pour objectif d'assurer la prise en charge de la population, localement, pour les besoins courants. Les médecins généralistes peuvent suivre leurs patients en matière de gynécologie (frottis, contraception, suivi gynécologique en lien avec des sages-femmes), de pédiatrie (suivi, bilans de santé..).

2/ Description de l'action/activité qui facilite l'accès à des médecins spécialistes / ou à une prise en charge « spécialisée »

La présence de consultations externes en cardiologie, pneumologie, rhumatologie, orthopédie et d'un radiologue à temps plein, au centre hospitalier de Saint-Pourçain-sur-Sioule, qui se trouve à 15 km de la MSP, est facilitateur pour la prise en charge des patients. L'orientation du patient vers les médecins spécialistes est décrite comme simple et rapide.

Par ailleurs la MSP peut prendre en charge les « petites urgences » avec une orientation vers un spécialiste si besoin.

Les liens entre médecins généralistes de la MSP et médecins spécialistes libéraux sont parfois complexes, du fait de la saturation des files actives de ces derniers.

3/ Ressources / Modèle économique :

La MSP comprend deux médecins généralistes et deux infirmières libérales, elle est soutenue par l'ARS.

4/ Éléments d'évaluation : à quels besoins de la population locale cette ressource répond-elle ?

La MSP répond aux besoins de consultations de premiers recours et de prises en charge spécialisées en gynécologie et pédiatrie. Néanmoins, sur ce territoire rural, les difficultés d'accès aux médecins spécialistes sont telles que les patients ont rarement le choix du professionnel qu'ils souhaitent consulter

Les patients sont confrontés à des difficultés de déplacements, lorsqu'ils ne sont pas véhiculés, et ce même si des VSL sont prescrits. L'insuffisance d'ambulances sur ce territoire disponible peut constituer un réel frein dans l'accès aux soins pour les patients habitant dans cette zone rurale.

Enfin, l'accès aux soins psychiatriques est particulièrement compliqué sur le territoire et la MSP ne peut résoudre cette difficulté, notamment lorsqu'il y aurait besoin d'hospitalisation.

4.2. Les centres de santé

Les centres de santé, parce que ce sont des ressources de soin et de prévention, qu'ils sont en principe composés de différents professionnels de santé et parfois de différentes spécialités médicales, apparaissent comme une ressource-phare pour améliorer l'accès aux soins de premier recours, mais aussi pour améliorer l'accès à des prises en charge spécialisées, voire à des spécialistes.

Les centres de santé implantés en zones rurales facilitent l'accès aux soins des habitants. Dans certains cas, lorsqu'il s'agit de centre de santé très spécifiques (exemple Centre de santé universitaire de Clermont-Ferrand) ils peuvent faciliter des prises en charge pour les publics qui n'ont pas de médecins traitants sur place, qui sont un peu démunis ou désorientés par rapport aux ressources de santé, et notamment les étudiants provenant des zones rurales de l'Auvergne, devenus résidents de Clermont-Ferrand, pendant le temps de leurs études.

Trois exemples sont présentés ici :

- le Centre de santé d'Amplepuis
- le Centre de santé couplé avec le Service de Santé Universitaire de Clermont-Ferrand
- l'un des Centre de santé de Romans sur Isère

Comme pour les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, les démarches mises en œuvre pour faciliter l'accès à des prises en charges spécialisées, par des médecins spécialistes ou par d'autres professionnels de santé, varient d'un centre à un autre et il n'y a pas de modèle unique. A chaque fois, les réseaux personnels, les projets partagés, aboutissent à des choix spécifiques

Service de santé universitaire (SSU) de l'université de Clermont-Ferrand (Puy de Dôme)

1/ Territoire et objectifs

Le service de santé universitaire est implanté à Clermont-Ferrand et possède des antennes universitaires Aurillac, Montluçon et le Puy-en-Velay. En tant que centre de santé, il est en principe accessible à tout public. Toutefois, compte tenu de son implantation physique et de ses moyens il est majoritairement fréquenté par des étudiants.

La présence du SSU répond à un objectif de l'université de prise en charge holistique des étudiants. La présence en un même lieu de la médecine préventive et d'une offre de soin permet de développer des réponses complètes et adaptées aux publics étudiants.

2/ Description de l'action/activité qui facilite l'accès à des médecins spécialistes / ou à une prise en charge « spécialisée »

Le SSU comprend un centre de santé polyvalent, un centre de dépistage, un bureau d'aide psychologique universitaire, un centre de planification (pour les suivis de grossesse, les IVG médicamenteuses,...), un centre de vaccination. Le centre de santé polyvalent s'adresse à toute la population mais est majoritairement fréquenté par la population étudiante.

Le centre de santé propose des consultations de premiers recours et des consultations de médecins spécialistes. Les spécialités présentes correspondent aux besoins identifiés chez les étudiants :

- médecins généralistes (dont un psychanalyste) avec pour certain des formations complémentaires (ex : DU gynécologie),
- un médecin du sport
- un psychiatre,
- des psychologues,
- des sages-femmes,

Le projet du SSU est de développer, dans la mesure du possible, les compétences en interne pour faciliter l'accès aux soins spécialisés.

Enfin, des protocoles de prise en charge ont été établis entre infirmières et médecins dans le domaine par exemple du dépistage du VIH, du VHC, et en matière de vaccination...

Reste deux spécialités problématiques pour lesquelles il est difficile de répondre à tous les besoins :

- ▶ l'ophtalmologie (l'hôpital répond aux urgences mais le délai d'attente pour un rendez-vous classique est d'un an environ)
- ▶ les soins dentaires : recours aux soins difficile pour les populations les plus précaires qui nécessitent un important accompagnement.

Notons qu'afin de favoriser l'accès des étudiants aux consultations médicales de premiers recours au niveau de l'antenne de Montluçon, un projet de télémedecine avec Clermont-Ferrand est en cours de développement.

3/ Ressources/modèle économique

Les sources de financement sont multiples : dotation ministère de la recherche, droit universitaire, droit des écoles sous convention, télétransmission, Conseil départemental, Conseil régional, Assurance maladie, Mildeca, Subvention Teulade, ARS Auvergne-Rhône-Alpes.

Les sources de financement thématiques viennent à l'encontre d'une prise en charge globale et cohérente de ce public.

4/ Éléments d'évaluation : à quels besoins de la population locale cette ressource répond-elle ?

D'après les informations recueillies, la présence d'une équipe pluridisciplinaire permet une réelle prise en charge des étudiants, au-delà d'activités de dépistage et de prévention primaire. L'accès dans un même lieu à la médecine préventive, aux médecins généralistes et à certains soins spécialisés permet ainsi une prise en charge adaptée aux publics étudiants. Néanmoins, la difficulté d'accès aux soins généralistes pour les étudiants se rendant aux antennes du SSU est une problématique croissante.

Centre de santé de Romans sur Isère (Drôme)

1/ Territoire et objectifs

Ce centre de santé est géré par l'Union de gestion des Mutuelles de France Drôme Ardèche. À Romans, il existe deux centres de santé polyvalents installés dans deux quartiers en précarité de Romans.

L'un des centres de Romans est fréquenté par la population du quartier mais également par une population en provenance des communes rurales avoisinantes.

Le centre de santé a pour objectif de maintenir la présence de médecins généralistes et de médecins spécialistes au sein de quartiers afin de maintenir l'accès aux soins de premiers recours et favoriser l'accès aux soins spécialisés pour les publics vulnérables, urbains ou ruraux.

2/ Description de l'action/activité qui facilite l'accès à des médecins spécialistes / ou à une prise en charge « spécialisée »

Le centre de santé offre des consultations de premiers recours, de prévention ainsi que l'accès à des consultations de spécialistes :

- gynécologue 1 journée ½ par semaine. Face aux difficultés de remplacement de ces gynécologues qui vont partir en retraite, le centre de santé a recruté une sage-femme ;
- une vacation de dermatologue (prochainement en retraite) ;
- un cardiologue un jour par semaine (prochainement en retraite) ;
- un pédiatre (consultations de suivi et non programmées)

Le centre a pour projet d'embaucher une infirmière Azalée pour compléter cette offre.

Un système de rappel des rendez-vous auprès des spécialistes par SMS, aux patients, a été mis en place afin de diminuer le taux de rendez-vous non honorés. Le centre de santé souhaite renforcer et accroître les conventions avec l'hôpital afin de développer des consultations avancées. Enfin, le centre a la possibilité de prendre charge de la petite urgence chirurgicale.

On notera que le pédiatre utilise très fréquemment la messagerie internet pour obtenir des avis d'experts d'autres spécialités au CH de Valence et au CHU de Lyon. Il rencontre des difficultés avec MonSisra qui n'est pas complètement compatible avec son logiciel professionnel. Par ailleurs, ce médecin utilise fréquemment la messagerie internet avec les patients pour apporter une réponse aux parents sur des situations non urgentes et ainsi éviter des consultations si possible. Ce mode de communication permet de rassurer les parents, d'éviter des déplacements et de répondre rapidement à des besoins simples. Le développement de téléconsultations serait un plus pour ce médecin.

La proximité des professionnels de santé, au sein des mêmes locaux, permet une meilleure coordination autour des patients même s'il n'y a pas de temps d'échanges formalisés.

3/ Ressources / modèle économique

Le centre de santé est géré par l'Union de gestion des Mutuelles de France Drôme Ardèche qui gère des centres dentaires, des services d'infirmières à domicile, cinq magasins d'optique et des services d'audioprothèse.

Le centre de santé rencontre de grandes difficultés à recruter des médecins et il devient difficile pour les médecins présents de répondre à toutes les demandes de consultation.

4/ Éléments d'évaluation : à quels besoins de la population locale cela répond-il vraiment apparemment ?

La présence du centre de santé et de ses professionnels dans un quartier défavorisé de Romans facilite la mise en place de réponses à la fois sanitaires et sociales, qui apportent également un service aux populations des zones rurales et semi-rurales des alentours.

Le centre améliore l'accès à certains médecins spécialistes, du fait d'une bonne articulation entre médecins spécialistes et médecins généralistes.

Enfin, le centre permet la prise en charge des soins programmés ou non programmés.

Néanmoins, la situation économique fragile des centres de santé interroge sur la pérennité de ces structures.

Centre de Santé municipal d'Amplepuis (Rhône)

1/ Territoire et objectifs

Le Centre de santé municipal d'Amplepuis est situé dans le nord ouest du département du Rhône, dans un bassin de vie rural économiquement fragile voire défavorisé, où l'offre de soins de proximité est globalement déficitaire, y compris en ce qui concerne les médecins généralistes libéraux. Le bassin de patientèle du centre de santé couvre Amplepuis, Thizy-les-Bourgs et Cublize.

Trois centres hospitaliers MCO sont situés dans des communes qui constituent des pôles de centralité sur le territoire : l'hôpital Nord Ouest avec les sites de Villefranche-sur-Saône et de Tarare (membres du Groupement Hospitalier de Territoire –GHT- Rhône Nord Beaujolais Dombes) et le Centre hospitalier de Roanne (membre du GHT de la Loire). Enfin, le centre Hospitalier Beaujolais Vert (présents sur les sites de Thizy-les-Bourg, Amplepuis et Cours-la-Ville) porte une offre à vocation essentiellement gériatrique.

Les inquiétudes des élus autour de la démographie médicale locale ont été à l'origine de la création du centre de santé municipal en 2013.

L'objectif premier de ce centre de santé est de stabiliser et si possible développer la présence de médecins généralistes afin de maintenir et d'améliorer l'accès aux soins de premier recours dans le territoire.

2/ Description de l'action/activité qui facilite l'accès à des médecins spécialistes / ou à une prise en charge « spécialisée »

Le Centre de santé d'Amplepuis offre des consultations de médecine générale : il salarie 7 médecins généralistes à temps partiel (soit 4,5 ETP).

En matière de cardiologie, le centre hospitalier de Roanne a développé une ligne téléphonique (« hotline ») à destination des médecins généralistes du territoire, dont ceux exerçant dans le centre, grâce à laquelle ces derniers peuvent contacter par téléphone un médecin cardiologue, pour avis. Il n'est cependant pas possible d'obtenir un rendez-vous en urgence pour un patient en raison de la saturation de la file active des cardiologues de l'hôpital.

Le centre de santé a également contractualisé avec l'association Asalée et dispose depuis peu d'une infirmière Asalée qui développe des activités de dépistage (troubles cognitifs et broncho-pneumopathie obstructive- BPCO), des suivis de patients ayant une maladie chronique (diabète et pathologies cardio-vasculaires) ainsi que des consultations d'éducation thérapeutique du patient. L'infirmière Asalée doit permettre d'améliorer la prise en charge et le suivi des patients atteints d'une maladie chronique.

3/ Ressources et modèle économique

Ce centre de santé est porté par la commune d'Amplepuis, qui met à disposition les locaux (aménagés et équipés par ses soins) et qui salarie les médecins généralistes. Il bénéficie également d'une subvention de fonctionnement de la commune d'Amplepuis. Les communes alentour (Cublize, Ronno, Saint-Jus-D'Avray) participent aussi au financement de la structure.

Le centre de santé municipal est aussi financé par l'Assurance Maladie sur la base de son activité de soin et de santé publique (consultations, prévention, permanence des soins).

4/ Eléments d'évaluation : à quels besoins de la population locale cela répond-il vraiment apparemment ?

Dans une zone fragile en médecins généralistes, où la population connaît des difficultés de mobilité (personnes précaires, personnes âgées) le centre de santé permet à la population locale d'accéder à des consultations de médecine générale et donc à un suivi de santé.

L'exercice de groupe est attractif pour les médecins généralistes et le statut de salarié est recherché par certains, ceci permet de conforter l'offre de soin locale : un huitième médecin sera prochainement embauché au centre de santé.

4.3. Les Centres hospitaliers et hôpitaux de proximité

Les hôpitaux de proximité, qui ont progressivement perdu leur rôle de ressource de soin durant les trente dernières années pour se tourner vers la gériatrie et l'hébergement médicalisé de personnes âgées dépendantes, retrouvent dans certains cas une dimension soignante, pour l'ensemble de la population d'un territoire, et ce par,

- la mise en place de consultations avancées de médecins spécialistes dans le cadre d'un Groupement Hospitalier de Territoire
- la prise en charge des « petites urgences », par des prises en charge spécialisées

Trois exemples sont présentés ici :

- le Centre hospitalier d'Yssingeaux (Haute-Loire)
- le Centre hospitalier d'Aurillac (Cantal)
- l'hôpital de proximité de Lamastre (Ardèche)

Il existe une association nationale des centres hospitaliers locaux qui promeut la place de ces établissements en tant qu'acteurs de soin : <http://www.anchl.fr/>

En tout état de cause, l'impact de ces centres hospitaliers et hôpitaux de proximité sur les dynamiques économiques locales et l'aménagement du territoire (l'emploi, le réseau des transports en commun, les activités économiques associées, ...) constituent des éléments qui ajoutent de la valeur au développement de prises en charge spécialisées.

Centre hospitalier d'Yssingeaux- Consultations avancées (Haute-Loire)

1/ Territoire et objectifs

Yssingeaux, dans le département de la Haute-Loire est située à 40 minutes de Saint-Etienne et 30 minutes du Puy-en-Velay par la route. Le bassin de patientèle du Centre Hospitalier d'Yssingeaux rassemble les Communautés de communes des Sucs, du Haut-Lignon, du Pays de Montfaucon, des Marches du Velay-Rochebaron et Mézenc-Loire-Meygal.

Le centre hospitalier de proximité d'Yssingeaux est intégré au Groupement hospitalier Territorial de Haute-Loire avec comme établissement de référence le centre hospitalier Émile Roux du Puy-en-Velay, mais aussi le centre hospitalier de Brioude (autorisé en activité urgences/SMUR et MCO) et les centres hospitaliers de proximité de Langeac et Craponne-sur-Arzon.

L'objectif du centre hospitalier d'Yssingeaux est de faciliter l'accès aux soins spécialisés aux habitants du bassin en développant des consultations avancées (à partir du centre hospitalier du Puy-en-Velay). Ces consultations permettent de diminuer le coût de transport pour les patients et résidents de l'hôpital.

2/ Description de l'action/activité qui facilite l'accès à des médecins spécialistes / ou à une prise en charge « spécialisée »

Le centre hospitalier d'Yssingeaux propose des consultations avancées de spécialistes exerçant pour la plupart au Centre hospitalier du Puy-en-Velay.

Ces consultations sont ouvertes à la population locale et aux patients de l'hôpital d'Yssingeaux (médecine, SSR, USLD, EHPAD).

Les consultations avancées sont assurées par des praticiens hospitaliers du Centre hospitalier du Puy-en-Velay, à l'exception des consultations d'urologie assurées par un médecin de la clinique du Bon Secours du Puy-en-Velay.

Les consultations avancées concernent les spécialités suivantes :

- Chirurgie vasculaire
- Ophtalmologie
- Gynécologie
- Anesthésie
- Chirurgie digestive
- Consultation douleur
- Consultation mémoire
- Endocrinologie
- Gastro-entérologie
- Orthopédie traumatologie
- Stomatologie
- Urologie

Les consultations sont plus ou moins fréquentes en fonction des besoins locaux et des ressources humaines du Centre hospitalier du Puy-en-Velay.

Le Centre hospitalier du Puy-en-Velay a développé une plateforme d'hospitalisation de courte durée (10 lits) utilisée par les médecins généralistes locaux, lorsqu'ils estiment qu'un patient ne peut retourner à son domicile sans avis médical d'un spécialiste.

Cette coopération entre les deux centres hospitaliers implique aussi une liaison informatique entre les deux établissements afin d'accéder au dossier patient et de réaliser la facturation.

3/ Ressource / Modèle économique

Le Centre hospitalier du Puy facture les consultations et reverse une quote-part du montant des consultations à l'hôpital d'Yssingeaux (25 %). L'hôpital d'Yssingeaux prend en charge les frais de déplacement des spécialistes.

Le centre hospitalier d'Yssingeaux met à disposition des spécialistes un secrétariat (accueil, prise de rendez-vous et facturation pour le Centre hospitalier du Puy-en-Velay), des infirmières ou des psychologues en fonction du type de consultation (psychologue pour la consultation douleur, IDE pour réalisation de l'audiométrie en consultation ORL). Il met également à disposition des spécialistes un lieu de consultation équipé : mobilier, (matériel médical technique : table d'ophtalmologie, matériel médical pour ORL...), informatique, fournitures de bureau et salle d'attente pour les patients.

4/ Éléments d'évaluation : à quels besoins de la population locale cela répond-il vraiment apparemment ?

Le bassin de vie est peuplé et la population vieillissante, avec de plus en plus de besoins en matière de santé : pour ces habitants les consultations avancées constituent une réponse pertinente et adaptée, qui leur évite des déplacements alors qu'ils ont de plus en plus de difficultés à se déplacer, et permet d'éviter de longs délais. Les consultations sont sans dépassements d'honoraires, ce qui facilite l'accès aux soins d'une population locale relativement modeste, quelle que soit la tranche d'âge.

Par ailleurs et grâce aux consultations avancées, l'hôpital d'Yssingeaux évite des coûts de transport sanitaire pour des patients hospitalisés ou résidents de l'EHPAD de l'hôpital d'Yssingeaux vers le centre hospitalier du Puy-en-Velay. Par ailleurs, le parcours de soin des habitants est plus fluide pour les patients souffrant de maladies chroniques.

La présence régulière de spécialistes au Centre hospitalier d'Yssingeaux renforce la communication entre spécialistes et généralistes et les liens ville-hôpital. Enfin, l'interconnaissance des équipes soignantes (le Puy-en Velay et Yssingeaux) permet une meilleure organisation des sorties et suites d'hospitalisation.

À noter : les professionnels interviewés soulignent que les économies réalisées par l'Assurance maladie en termes de transport des patients vers les spécialistes n'apparaissent pas dans le budget des hôpitaux.

Centre hospitalier d'Aurillac - Service Cardiologie / filière cardio-vasculaire (Cantal)

1/ Territoire et objectifs

Le territoire du Groupement Hospitalier du Cantal est rural, marqué par le vieillissement de sa population et est confronté à une problématique d'accessibilité géographique aux soins spécialisés. En outre, certaines zones du département rencontrent des difficultés d'accès aux soins de premier recours.

Le Groupement Hospitalier de Territoire est structuré autour du centre hospitalier d'Aurillac (établissement public de médecine, chirurgie et obstétrique), qui a mis en place une filière cardio-vasculaire.

Les objectifs de cette filière cardio-vasculaire (cardiologie et chirurgie vasculaire), tels que décrits dans la convention constitutive, sont :

- Le développement des consultations avancées sur le territoire ;
- La création de postes partagés avec le CH de Saint-Flour ;
- Le développement des outils de télé-cardiologie déjà engagé sur le territoire ;
- La permanence des soins.

2/ Description de l'action/activité qui facilite l'accès à des médecins spécialistes / ou à une prise en charge « spécialisée »

Le service de cardiologie assure des consultations avancées dans les centres hospitaliers de Saint-Flour et de Mauriac, qui sont réalisées dans le cadre d'une convention entre le centre hospitalier d'Aurillac et ces deux centres hospitaliers. Le cardiologue se déplace avec son matériel dans ces hôpitaux. En outre, la télé-expertise permet au cardiologue du Centre hospitalier d'Aurillac d'interpréter des ECG à distance, ainsi que des holters fonctionnels, réalisés dans les centres hospitaliers de Saint-Flour et de Mauriac.

Les médecins généralistes du territoire peuvent joindre un cardiologue du CH d'Aurillac grâce à un système d'astreinte, pour obtenir un avis sur la prise en charge d'un patient, l'adaptation d'un traitement. Enfin, les EHPAD du territoire ont également la possibilité de solliciter le service de cardiologie pour de la télé-expertise. Toutefois, cette possibilité est peu utilisée : des difficultés avec le logiciel de télé-médecine, des modifications nécessaires dans les pratiques, pourraient expliquer en partie la sous-utilisation de la télé-expertise.

3/ Ressources/modèle économique

Le service de cardiologie comprend une unité de soins intensifs d'hospitalisation aiguë ainsi qu'une salle de cathétérisme cardiaque fonctionnelle 24 heures sur 24. La présence d'une unité de coronarographie permet de pratiquer des coronarographies et des angioplasties pour la prise en charge des infarctus en phase aiguë.

On notera que le temps nécessaire à la télé-expertise (2 à 3 après-midi par semaine) n'est pas rémunéré spécifiquement.

La filière cardiologie est entièrement financée par le Centre hospitalier d'Aurillac.

4/ Éléments d'évaluation : à quels besoins de la population locale cette ressource répond-elle ?

Les consultations avancées dans les centres hospitaliers de Saint-Flour et Mauriac facilitent l'accès et la prise en charge des personnes qui résident loin d'Aurillac. La présence d'équipements médicaux dans les centres hospitaliers de Saint-Flour et Mauriac permettent d'optimiser ces consultations.

La télé-expertise en EHPAD pourrait diminuer les déplacements des médecins dans ces établissements, mais il faudrait pour cela que les EHPAD soient bien équipés et que l'accès à Internet dans ces établissements soit de bonne qualité.

Le bilan de cette filière est très positif semble-t-il, mais il ne semble pas qu'il existe d'évaluation formelle des consultations avancées et de la télémédecine.

Hôpital de proximité de Lamastre (Ardèche)

1/ Territoire et objectifs

L'hôpital Elisée Charra est un établissement public de santé situé à Lamastre, petite ville du Haut Vivarais, située en Ardèche, à 40 kms de l'agglomération valentinoise.

L'hôpital fait partie du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Rhône Vercors Vivarais (dans lequel le centre hospitalier de Valence est l'établissement ayant un plateau technique complet). Cet hôpital partage plusieurs caractéristiques avec le Centre Hospitalier du Cheylard, situé dans une vallée voisine et faisant partie du même Groupement Hospitalier de Territoire. On repère ainsi, à l'échelle de l'Ardèche un réseau d'hôpitaux locaux, liés par des proximités géographiques et historiques, dont les articulations ont été renforcées par le Groupement Hospitalier de Territoire Rhône Vercors Vivarais, dont la ville-centre est Valence avec son Centre hospitalier. Le bassin de recrutement de patientèle de cet hôpital est d'environ 20 km autour de Lamastre.

L'activité de cet hôpital est majoritairement tournée vers la prise en charge des personnes âgées dépendantes, dans le bassin de Lamastre. Néanmoins, l'hôpital vise également à compléter l'offre de premier recours locale, avec des consultations non programmées ainsi qu'une participation volontaire des médecins généralistes locaux à la permanence des soins, articulée par l'hôpital.

Le projet d'établissement, souligne diverses orientations dont les suivantes :

- Orientation n°1 : Conforter l'offre de soins existante et développer sa performance
- Orientation n°2 : Mettre en place une organisation cohérente sur le territoire : organisation de la permanence de soins et continuité des soins, en cohérence entre ville et hôpital

2/ Description de l'action/activité qui facilite l'accès à des médecins spécialistes / ou à une prise en charge « spécialisée »

L'hôpital de Lamastre comprend 151 lits et 42 places :

- 12 lits de médecine
- 27 lits de Soins de Suite et de Réadaptation
- 112 lits d'accueil pour personnes âgées au sein de la Résidence des Bords du Doux dont 14 places PASA
- 42 places de soins à domicile permettent de prendre en charge à domicile des personnes âgées et handicapées et d'assurer son rôle de structure de proximité
- Et un Centre de Consultations Non Programmées (CCNP). Ce centre réunit un plateau technique de base et les moyens humains de l'hôpital public local pour la prise en charge initiale des détresses médicales et médico-sociales; en étroite collaboration avec les Sapeurs Pompiers Volontaires locaux. Ce centre comprend également un local dédié au déchocage, qui peut être utilisé en cas d'accident (notamment lors de la haute saison de tourisme), mais aussi en cas de douleurs thoraciques. En cas de problème grave, ce « sas » facilite l'attente d'une prise en charge par le SAMU, que le SAMU vienne par la route ou par hélicoptère. Le CCNP est doté de ressources pour pratiquer des anesthésies locales pour des actes de « petite chirurgie », et il est équipé en radiologie. Par ailleurs un médecin

échographe vient à l'hôpital une demi-journée par semaine pour le suivi des grossesses.

On note qu'une hélisurface est installée dans l'enceinte de l'hôpital qui permet de prendre en charge les personnes dont le problème de santé nécessite un transport en urgence hélicoptéré. Des conventions ont été validées avec d'autres établissements hospitaliers du territoire afin de travailler en réseau et d'assurer un suivi optimal de tout patient.

Les médecins généralistes du territoire qui participent au CCNP ont une pratique très polyvalente, typique des zones rurales, qui commence à intéresser de jeunes internes, séduits à la fois par cette forme de pratique et par le réseau de professionnels locaux au sein de laquelle elle peut s'inscrire. Cette pratique permet de répondre aux besoins en matière de pédiatrie, gynécologie, et dans une certaine mesure psychiatrie.

3/ Ressources/ modèle économique

L'hôpital est financé comme l'ensemble des hôpitaux locaux par l'Etat (Agences Régionales de Santé).

4/ Eléments d'évaluation : à quels besoins de la population locale cette ressource répond-elle ?

L'hôpital de Lamastre n'a pas été évalué en ce qui concerne le maintien ou l'amélioration de l'accès aux soins pour les patients. Il reste aujourd'hui difficile de faire venir des médecins spécialistes sur le territoire, même dans un cadre de consultations avancées. Tout l'effort est donc porté sur une médecine générale polyvalente, sur la prise en charge des petites urgences ainsi que sur la facilitation de la prise en charge des urgences lorsqu'il s'agit de patients en situation sévère ou instable, en attente du SAMU.

Des attentes émergent cependant des acteurs locaux. D'après certains d'entre eux il serait nécessaire, afin de favoriser l'accès aux soins de premier recours sur le territoire, de pérenniser l'aide apportée aux internes pour effectuer un stage en zone rurale. Aujourd'hui, les internes reçoivent 400 euros par mois pour se loger sur place (commune et autres financeurs dont la Région) et il est important de maintenir cette aide, voire de la renforcer.

La difficulté reste d'attirer durablement et de stabiliser les jeunes médecins sur place, en un lieu qui offre peu de ressources d'emploi pour les conjoints et présente des ressources limitées au niveau scolaire. Une piste serait de proposer aux jeunes médecins des installations séquentielles en début de carrière, notamment pendant les années où leurs enfants sont en bas-âge et où ils ont essentiellement besoin de modes de gardes et de ressources de scolarité de niveau élémentaire. Cette installation séquentielle pourrait s'appuyer sur la location de locaux à des tarifs préférentiels, mais aussi sur des collaborations poussées avec des infirmiers libéraux, et aussi des masseurs-kinésithérapeutes, des sages-femmes, en articulation avec l'hôpital de Lamastre.

Autre piste à explorer d'après certains acteurs locaux : alors que les Maisons Pluriprofessionnelles de Santé présentent des contraintes qui peuvent faire fuir les médecins (montage du dossier, du projet), l'exercice regroupé « simple », en s'appuyant sur la présence et les ressources de l'hôpital de Lamastre, permettrait de mutualiser certaines contraintes et services, ce qui pourrait être attractif pour de jeunes médecins.

Enfin, il semble qu'il y ait de réels besoins en matière de santé mentale sur le territoire, mais les distances et le manque de transports en commun font que l'accès aux soins spécialisés est difficile. Une antenne de CMP à Lamastre, au sein de l'hôpital, pourrait être une bonne réponse aux besoins, si elle était possible en termes de ressources humaines de la psychiatrie publique de secteur.

4.4. Les réseaux de santé

Les réseaux de santé peuvent faciliter l'accès à des médecins spécialistes ou à des prises en charge spécialisées réalisées par des professionnels de santé non médecins. Ils interviennent surtout en prévention secondaire et tertiaire et pour le suivi des maladies chroniques.

Deux exemples sont présentés ici :

- le réseau de prise en charge des insuffisants diabétiques, CardioAuvergne
- le réseau de prise en charge des personnes en situation de handicap psychiques Rehpsy

Parfois couplés avec des dispositifs mobiles, et toujours articulés avec des professionnels de terrain, au cœur des territoires, ils constituent un outil pour déployer régulièrement mais peu de temps à chaque fois, sur différents lieux dont des territoires ruraux, des possibilités de prises en charge spécialisées.

1/ Territoire et objectif

L'insuffisance cardiaque chronique est la première cause d'hospitalisation après 60 ans. Elle garde parmi toutes les pathologies, un des pronostics les plus défavorables. Conscient de cet enjeu majeur de santé publique, l'Agence Régionale de Santé d'Auvergne a décidé, à l'automne 2010, de soutenir la création de CardioAuvergne pour coordonner les soins de l'insuffisant cardiaque.

CardioAuvergne est ainsi un réseau de prise en charge de patients insuffisants cardiaques qui après avoir été hospitalisés au CHU de Clermont-Ferrand, sont suivis à domicile. Son objectif est d'optimiser la prise en charge de ces patients en les faisant bénéficier de séances d'éducation thérapeutique, afin d'éviter des complications, des ré-hospitalisations inappropriées et d'ajuster au mieux le recours aux soins lorsque cela est nécessaire, par un suivi très affiné. Le dispositif couvre toute l'Auvergne, et il devrait prochainement s'étendre à la partie Rhône-Alpes de la région.

Les objectifs de CardioAuvergne sont :

- pour les Professionnels de Santé
 - * d'aider au décloisonnement ville-hôpital,
 - * d'accompagner l'exercice de leur profession
- pour les malades
 - * d'améliorer le pronostic de leur maladie
 - * de faire reculer la dépendance des plus âgés
 - * de réduire le nombre des ré-hospitalisations

2/ Description de l'action/activité qui facilite l'accès à des médecins spécialistes / ou à une prise en charge « spécialisée »

Le réseau CardioAuvergne établit un lien entre le service de cardiologie du CHU de Clermont-Ferrand et les acteurs du soin en ville, principalement médecins généralistes et infirmiers libéraux, mais également pharmaciens. Les patients de retour au domicile sont suivis par des professionnels paramédicaux et tout particulièrement par des infirmiers qui surveillent un certain nombre d'éléments : tension, poids, gonflements des membres, Les patients peuvent être eux-mêmes acteurs de cette surveillance, en particulier grâce à certains objets « connectés » : bascule électronique et tablette graphique pour partage du dossier. Les infirmiers libéraux de proximité qui suivent ces patients ont une application sur leur smartphone qui liste tous les éléments d'état de santé à vérifier. Ces infirmiers surveillent l'état de santé des patients, toutes les semaines, et sont en lien avec les médecins-traitants des patients. En cas d'alerte, l'infirmier en réfère au médecin traitant qui, formé par CardioAuvergne, peut évaluer la situation et demander ou non, selon le besoin, que le patient soit vu en urgence au CHU. Pour que le système fonctionne, il a fallu que certaines tâches soient déléguées aux infirmiers libéraux, ce qui a été réalisé dans le cadre d'un partenariat entre le CHU, la CPAM, l'URPS médecins et l'URPS infirmiers. Outre les infirmiers libéraux, d'autres professionnels sont formés aux spécificités de cette prise en charge : pharmaciens, mais aussi aides-soignantes, auxiliaires de vie qui interviennent à domicile.

Le réseau CardioAuvergne permet ainsi de réguler l'accès aux cardiologues pour les patients insuffisants cardiaques, où qu'ils résident en Auvergne. Le système de communication entre professionnels libéraux de ville et spécialistes du service de cardiologie au CHU permet une prise en charge accélérée, sans passage par les urgences, en cas d'alerte, où une prise en charge en local, par le médecin généraliste. Mêlant les outils de la télémédecine (appareils connectés, ...), la formation des professionnels de santé de terrain, y compris les médecins généralistes, la délégation de tâches aux paramédicaux, ce système permet, en s'appuyant sur les ressources locales, d'optimiser l'accès et le recours à la cardiologie. Il n'est pas nécessaire d'avoir des cardiologues en proximité immédiate pour les insuffisants cardiaques, en revanche, il est important d'avoir un maillage constitué par des professionnels formés, en liens étroits avec l'hôpital pour une bonne prise en charge des patients.

3/ Ressources/ modèle économique

CardioAuvergne est financé par l'Agence Régionale de la Santé (activités de formation, appareils connectés et temps de coordination des professionnels sur les territoires). Ce réseau s'appuie à la fois sur le service de cardiologie du CHU de Clermont-Ferrand et sur les professionnels de santé libéraux qui sont présents sur tout le territoire, parfois regroupés (en Maison Pluriprofessionnelle de Santé ou en regroupement libre).

4/ Éléments d'évaluation : à quels besoins de la population locale cette ressource répond-elle ?

Le réseau CardioAuvergne permet de mieux prendre en charge, en prévention secondaire et tertiaire, les patients insuffisants cardiaques, que ces derniers habitent en ville ou en zones rurales.

CardioAuvergne a été évalué par le cabinet CemkaEval, et les résultats de cette évaluation sont globalement très positifs.

REHPSY **(Isère, Drôme, Savoie et Haute-Savoie)**

1/ Territoire et objectifs

Le réseau RéHPsy est un Réseau de santé et d'insertion sociale qui a pour mission de faciliter les parcours de santé et favoriser le rétablissement des personnes en situation de handicap psychique. Il s'adresse à des personnes ayant une maladie psychique chronique pour lesquelles un diagnostic est posé et qui sont stabilisées.

Il a pour objectif de coordonner les parcours de santé des personnes en situation de handicap psychique afin de favoriser leur accès aux soins spécialisés (de la thérapie à l'éducation thérapeutique) et l'élaboration de projets individualisés d'insertion sociale ou professionnelle. Le réseau se donne également pour missions d'identifier les besoins non couverts sur les départements investis, pour demander leur prise en compte aux pouvoirs publics financeurs et enfin il travaille à destigmatiser le handicap psychique auprès du grand public.

Le réseau propose également un programme d'éducation thérapeutique aux aidants naturels.

L'ensemble de ces activités vise, in fine, à améliorer l'insertion sociale et la qualité de vie des patients, et de leur entourage, et d'éviter les rechutes et les hospitalisations en CHS.

2/ Description de l'action/activité qui facilite l'accès à des médecins spécialistes / ou à une prise en charge « spécialisée »

Les référents de parcours du réseau réalisent, un travail de coordination et de facilitation du parcours de soin des personnes porteuses d'un handicap psychique en lien avec les médecins traitants et les différentes prises en charges mises en place, au plan psychique, physique et social.

3/ Ressources et modèle économique

Le réseau fédère des professionnels de santé libéraux, des structures sanitaires, médico-sociales et sociales, des représentants d'usagers (GEM) et de familles (UNAFAM), des collectivités territoriales, ainsi que les MDPH des départements concernés.

Les ressources humaines du Rehpsy sont : un coordinateur (1ETP), trois médecins psychiatres (soit 0.7 ETP), trois référents de parcours (deux neuropsychologues et un ergothérapeute, chacun à 0.5 ETP), une assistante sociale (0.25 ETP).

Ce réseau de santé est financé par l'ARS.

4/ Eléments d'évaluation : à quels besoins de la population locale cela répond-il vraiment apparemment ?

Une partie des maladies psychiques sont chroniques et les rechutes ou périodes de crise sont fréquentes dans le parcours de vie des patients. Néanmoins il apparaît qu'une bonne

insertion sociale et une bonne coordination des soins peut permettre d'éviter ou d'atténuer les crises, les hospitalisations en urgence.

Par ailleurs, l'intervention du REHPSY permet de réduire les délais de rendez-vous auprès des psychiatres (libéraux ou psychiatrie publique) car le réseau bénéficie d'une bonne reconnaissance sur les territoires où il est présent.

4.5. Les ressources mobiles

La réponse aux besoins de prise en charge spécialisée sur les territoires se fait parfois sous forme de ressources mobiles, qui se déplacent au plus près des lieux de vie des habitants, tout particulièrement en zones rurales.

Trois champs sont particulièrement investis par les ressources mobiles :

- celui du dépistage (rétinopathies diabétiques, diabète,...)
- celui de la prévention primaire et secondaire (écoute psychologique)
- celui de la réduction des risques (addictologie, notamment en ce qui concerne les substances illicites)

Trois exemples sont présentés ici :

- le Dyna'mots Bus, PAEJ mobile (Nord-Isère)
- l'équipe mobile de psychiatrie pour personnes âgées (Haute-Loire)
- le Bus Santé Collectif Sud (Drôme-Ardèche), articulé avec le réseau de santé du même nom

Ces exemples montrent que des professionnels de santé non-médecins peuvent offrir des prises en charge spécialisées, au plus près du lieu de vie des habitants et de leurs besoins, tout en étant articulées à l'avis ou à la supervision d'un médecin spécialiste en cas de besoin.

Dispositif Dyna'Mots Bus (Nord-Isère)

1/ Territoire et objectifs

Le Dyna'mots Bus, créé en 2007 est un Point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) mobile et itinérant établi dans un camion. Il s'adresse aux jeunes de 11 à 21 ans et couvre le Nord-Isère, en faisant halte, une demi-journée par semaine à la Tour du Pin, le Pont de Chéruy, Bourgoin-Jallieu, Villefontaine, et L'Isle d'Abeau.

Des besoins sont repérés sur Pont de Beauvoisin, La Verpillère, Saint Quentin Fallavier, Morestel, mais il n'y a pas d'extension des permanences prévue à ce jour.

En tant que PAEJ, le Dyna'mots Bus constitue une ressource d'écoute et de soutien psychologique pour les adolescents et les jeunes en mal-être. Les PAEJ sont des outils de prévention, mais aussi des outils d'orientation pour les jeunes dont le mal-être recouvre une dimension psycho-pathologique, notamment vers les CMP enfants ou adultes.

2/ Description de l'action/activité qui facilite l'accès à des médecins spécialistes / ou à une prise en charge « spécialisée »

Les adolescents et jeunes sont la plupart du temps orientés vers le bus par les professionnels des établissements scolaires : conseillères principales d'éducation, assistantes sociales, infirmières scolaires, mais également par les maisons de quartier. D'autres professionnels peuvent orienter vers cette ressource : Mission locale, éducateurs de prévention notamment. Les jeunes, essentiellement des collégiens et des lycéens, sont reçus sur rendez-vous, par les psychologues du bus dans un délai de 2 à 3 semaines, de manière anonyme et gratuite, sans conditions. Le bus peut recevoir jusqu'à 4 jeunes simultanément, et toutes les consultations sont individuelles.

En cas de difficulté psychique impliquant une prise en charge psychiatrique, les psychologues du bus orientent vers les CMP (qui sont toutefois difficiles d'accès en termes de délais d'attente : jusqu'à un an pour le CMP enfants). Les psychologues du bus peuvent également orienter vers les psychiatres libéraux.

Le Dyna'mots bus permet une prise en charge rapide, en proximité dans un territoire marqué par une certaine précarité, en zone rurale ou semi-urbaine où les jeunes sont à la fois éloignés des ressources. Par ailleurs, ces jeunes n'ont pas toujours les moyens de se tourner vers les ressources de santé libérales en matière de spécialistes ou de prise en charge spécialisée (dépassement d'honoraires pour les psychiatres libéraux et non remboursement des psychologues libéraux par l'Assurance Maladie).

3/ Ressources/ modèle économique

Le Bus est géré par l'association de prévention spécialisée Médián, qui porte également la Maison des Adolescents de l'Isère (antenne de Bourgoin-Jallieu). Il est financé par la DDCS, l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Départemental de l'Isère. En 2016, la Communauté de Communes de la Tour du Pin avait également contribué au financement de ce PAEJ.

Le Bus Dyna'mots comprend 2 psychologues salariées qui travaillent à 40% et 60% (soit 1 ETP au total).

4/ Eléments d'évaluation : à quels besoins de la population locale cette ressource répond-elle ?

Ce bus a peu évolué depuis sa mise en place mais il semble qu'il réponde toujours à un besoin de prise en charge psychologique de premier niveau, c'est-à-dire une écoute individuelle, qui peut permettre de prévenir l'aggravation de certaines situations de souffrance psychique, de conduites à risques, qui permet si besoin d'attendre ou de créer un « sas » vers une prise en charge en CMP.

Cet outil est d'autant plus apprécié que le territoire manque de psychiatres et de psychologues libéraux mais aussi dans les CMP semble-t-il. Outre le fait que cet accueil inconditionnel et de proximité pallie aux manques de dispositifs de droits communs et à une offre libérale faible, il permet également de démystifier et dédramatiser le recours aux psychologues, ce qui peut faciliter un cheminement vers le soin en CMP, si besoin, à moyen ou long terme.

Équipe mobile de psychiatrie pour personne âgée (Haute Loire)

1/ Le territoire et les objectifs

L'équipe mobile de psychiatrie pour personnes âgées, en place depuis 2009, intervient dans le département de la Haute-Loire, au plus près du patient, au domicile comme en établissement (EHPAD notamment).

L'objectif de l'équipe mobile de psychiatrie est d'éviter au maximum l'hospitalisation des personnes âgées en passant par les urgences, de permettre une intervention rapide auprès de la personne âgée qui en a besoin et d'orienter vers la prise en charge la plus adaptée (consultation, hospitalisation de jour, services sociaux...) et enfin d'assurer un suivi en ambulatoire de certains patients qui ne peuvent se déplacer jusqu'au CMP, CATTP.

2/ Description de l'action/activité qui facilite l'accès à des médecins spécialistes / ou à une prise en charge « spécialisée »

L'équipe mobile de psychiatrie, consiste en interventions d'une infirmière, au domicile ou dans l'établissement médico-social où réside la personne âgée. L'infirmière réalise une évaluation de l'état psychique de la personne âgée, en réfère au médecin psychiatre du CHS du Puy-en-Velay et met en place l'orientation préconisée par le médecin.

Ces orientations peuvent être de différentes natures :

- ▶ un conseil au médecin généraliste sur l'adaptation du traitement médicamenteux ;
- ▶ une orientation vers le médecin psychiatre hospitalier ;
- ▶ la réalisation d'un bilan par un neuropsychiatre du CMP pour personnes âgées, de l'hôpital de jour ou si besoin réalisation d'un bilan complet (neurologie, psychiatrie) ;
- ▶ une prise en charge (sur prescription) de troubles psychiatriques des personnes âgées à domicile par une infirmière et/ ou un psychologue ;
- ▶ la programmation d'une hospitalisation en CHS si nécessaire.

Par ailleurs, cette équipe mobile a développé une activité de prévention par le biais de passages réguliers dans les EHPAD qui constituent aussi des opportunités de travail avec les professionnels de ces structures et avec les aidants naturels qui viennent visiter les résidents.

En EHPAD, l'équipe mobile de psychiatrie (l'infirmière) intervient en complément du psychologue lorsqu'il y en a un, notamment pour accompagner les aidants naturels. Cette complémentarité permet une prise en charge globale des situations impliquant une personne âgée ayant des difficultés psychiques, psychiatriques.

L'équipe mobile peut également intervenir dans les services SSR et d'hospitalisation MCO. Une sollicitation directe de l'équipe mobile par la personne âgée elle-même ou les familles est également possible.

L'accès à cette équipe mobile peut se faire dans des délais courts (une semaine ou moins pour voir l'infirmière). Toutefois, l'accès à un médecin psychiatre, exerçant au centre hospitalier spécialisé, peut-être plus long et compliqué.

3/ Ressources / modèle économique

L'intervention de l'équipe mobile repose sur la présence d'un réseau de professionnels sanitaires, sociaux, médico-sociaux qui aident au repérage des personnes âgées en difficultés psychiques, psychiatriques. Ces professionnels sont d'horizon divers : médecins généralistes, aide-soignante de SSIAD, assistantes sociales, gestionnaires de cas MAIA...

Les 3 postes d'infirmière et le mi-temps de psychologue qui constituent les ressources humaines en capacité à se déplacer au domicile ou en EHPAD sont financés par l'ARS.

Enfin, on soulignera que l'équipe mobile de psychiatrie a passé convention avec toutes les EHPAD du département.

4/ Éléments d'évaluation : à quels besoins de la population locale cette ressource répond-elle ?

Il n'y a pas eu d'évaluation à proprement parler de cette équipe mobile, mais il semble qu'elle obtienne des résultats satisfaisants en permettant aux personnes âgées repérées à domicile ou en établissement (EHPAD, SSR) d'avoir un accès aux soins psychiatriques et une prise en charge de la souffrance psychique.

Le travail de prévention réalisé en amont auprès des structures permettrait plus spécifiquement :

- ▶ des signalements et une prise en charge plus précoce ;
- ▶ le partage d'une culture commune sur les pathologies et leurs prises en charge ;
- ▶ la diminution des hospitalisations.

Bus Santé- Réseau de santé Collectif Sud (Drôme-Ardèche)

1/ Territoire et objectifs

Le Bus santé est un dispositif itinérant de dépistage de la rétinopathie diabétique mis en place en 2017 par le réseau de santé Collectif Sud sur le Département de la Drôme et de l'Ardèche. Les communes d'intervention du dispositif sont définies à partir du repérage des besoins dans ces deux départements, à savoir les communes où les personnes diabétiques ne consultent pas ou irrégulièrement un ophtalmologue.

Une partie des bassins de vie ruraux de ces deux départements sont caractérisés par une population âgée et globalement défavorisée. Ces publics connaissent des difficultés d'accès aux ophtalmologues en raison de la saturation des files actives et des distances à parcourir pour consulter, en raison de difficultés de mobilité.

L'objectif principal du Bus est de faciliter l'accès au dépistage de la rétinopathie diabétique, principale cause de cécité en France.

Ce dispositif de prévention tertiaire (suivi des patients diabétiques) a pour finalité de :

- Dépister la rétinopathie diabétique (et également la DMLA et le glaucome)
- Réaliser des activités d'éducation thérapeutique : informations et conseils délivrés par l'infirmière du Bus santé concernant le diabète, les traitements et les mesures de prévention. L'infirmière oriente également les patients vers les programmes d'ETP du territoire.

Par ailleurs, autour du Bus, et à l'occasion de sa venue dans les communes, d'autres actions de sensibilisation des habitants sont développées par les partenaires du dispositif (la CPAM, Drôme Ardèche Prévention Cancer notamment).

2/ Description de l'action/activité qui facilite l'accès à des médecins spécialistes / ou à une prise en charge « spécialisée »

Le Bus santé est équipé d'un rétinographe (photographie du fond d'œil) et d'un tonomètre (mesure de la tension oculaire). Les clichés, réalisés par un orthoptiste sont transmis et lus par un ophtalmologue (délégation de tâches et télé-expertise) et ce, grâce au logiciel de télémédecine « retinodiab ». Les résultats sont envoyés (dans un délai maximum de 7 jours) au patient, à son médecin traitant, à son diabétologue et à son ophtalmologue le cas échéant

Si une urgence est dépistée, le médecin coordonateur du bus obtient pour le patient un rendez-vous en 24 à 48 heures, auprès d'un ophtalmologue libéral ou hospitalier. Ceci est possible grâce au réseau formalisé tissé avec les ophtalmologues libéraux du Centre Hospitalier de Valence (partenaire du dispositif) et au partenariat informel développé avec les ophtalmologues libéraux présents dans ces deux départements.

3/ Ressources et modèle économique

Les moyens humains du dispositif sont les suivants :

- une secrétaire (1 ETP), une infirmière (1 ETP), un orthoptiste (1 ETP), un médecin coordonnateur (0,2 ETP), un ophtalmologue (0,1 ETP).

À noter : le médecin coordonnateur est un praticien hospitalier du CH de Valence, et les postes de travail sont financés par l'ARS.

Les moyens matériels du dispositif sont les suivants :

Un camion, un rétinographe, un tonomètre, un poste informatique, le logiciel Retinodiab (le Collectif Sud a obtenu une licence régionale pour ce logiciel coûteux - 40 000 euros la 1^{ère} année-, d'autres structures dans d'autres départements pourraient en bénéficier si le dispositif se déployait).

Le montage du dispositif a nécessité 18 mois et 200 000 euros.

Les partenaires du dispositif sont : l'ARS, les départements de l'Ardèche et de la Drôme, le Comité d'hygiène sociale de la Drôme, le Centre Hospitalier de Valence, les différents régimes de Sécurité sociale (régime général, MSA, ...), des ophtalmologues libéraux et hospitaliers, des médecins généralistes, les communes (pour le branchement électrique, la mise à disposition d'une salle pour réaliser les actions de prévention), les complémentaires de santé.

L'ordonnance de prescription du dépistage de la rétinopathie est effectuée par le médecin généraliste. La facturation des actes (consultation d'orthoptiste, consultation d'ophtalmologue) est effectuée par le Centre hospitalier de Valence. Le dépistage est pris en charge à 100% par l'Assurance maladie pour les personnes diabétiques étant reconnues comme ayant une Affection Longue Durée (ALD).

4/ Eléments d'évaluation : à quels besoins de la population locale cela répond-il vraiment apparemment ?

Le Bus permet d'améliorer l'accès des habitants au dépistage de la rétinopathie diabétique. Il permet également aux patients diabétiques qui ne sont pas suivis régulièrement par un ophtalmologue en raison du manque d'ophtalmologues dans le territoire et des distances à parcourir, de bénéficier d'un examen annuel de dépistage pour prévenir les complications oculaires du diabète.

En fonction des résultats du dépistage, le dispositif permet également d'obtenir un rendez-vous « rapide » auprès d'un ophtalmologue et ainsi d'améliorer la prise en charge de la rétinopathie diabétique.

4.6. Les dispositifs de télémédecine

Les réponses de proximité, en matière d'accès aux soins, pour les patients habitant dans des zones rurales et semi-rurales, peuvent se construire autour d'outils numériques qui rapprochent médecins, et notamment médecins spécialistes, et patients de manière « virtuelle » mais non « géographique » et physique.

Si les informaticiens parlent de « e-santé », les professionnels de santé parlent semble-t-il plus volontiers de télémédecine, qui se découpe elle-même en différents champs, notamment celui des « outils supports connectés » et celui des pratiques des professions réglementées en santé (CF ouvrage du Dr Pierre Simon *Télémédecine. Enjeux et pratiques*. Le Coudrier, coll. Synthèses et repères, 2015).

Si différentes expériences repérées dans cette étude utilisent des outils numériques, connectés, qui permettent de relier médecins spécialistes et généralistes, voire autres professionnels de santé, nous n'avons repéré qu'une seule expérience de téléconsultations, qui a démarré à Paris, et s'est ensuite étendue en France. Il s'agit de Doctoconsult.

Le pari des consultations à distance, via un écran et une caméra, semble audacieux aujourd'hui et ne recueille pas tous les suffrages parmi les médecins, loin s'en faut. Pourtant, on voit que certains publics, à l'aise dans la manipulation des outils numériques, pourraient trouver dans ce type de solution une réponse à leurs besoins, ou du moins à une partie de ces besoins, lorsque le contact manuel n'est pas nécessaire.

Par ailleurs, l'un des enjeux forts de la télémédecine est le partage de données concernant le patient. L'expérimentation Pascaline, menée dans l'est lyonnais et le Nord-Isère est également brièvement présenté ici.

Plateforme Doctoconsult (Psychiatrie)- Visioconsultations (France)

1/ Territoire et objectifs

Doctoconsult est une plateforme créée par deux psychiatres, travaillant à la maternité Sainte-Félicité à Paris, dont les patientes quittaient Paris (déménagement, mobilité professionnelle,...) mais souhaitaient poursuivre la prise en charge avec leurs médecins, et ce d'autant plus que ces psychiatres sont spécialisées en thérapie comportementale et cognitive.

Plus largement, les patients qui déménagent ou qui habitent en province ont parfois de grandes difficultés à trouver un psychiatre disponible (certains territoires étant largement sous-dotés), mais aussi un psychiatre avec qui ils se sentent en confiance. L'objectif de « Doctoconsult » est donc de permettre à ces patients de poursuivre ou de démarrer une prise en charge avec un psychiatre, même en cas de mobilité géographique.

Les patients étaient au départ plutôt des femmes qui venaient d'accoucher, mais rapidement, les thématiques et les publics se sont élargis, notamment par le recrutement de nouveaux psychiatres.

Aujourd'hui, les objectifs de la plateforme sont de :

- Permettre l'accès aux soins pour tous, en particulier les personnes ayant des difficultés pour se déplacer : femmes enceintes et jeunes mamans, personnes handicapées, souffrant de phobies...
- Faciliter l'accès à certaines spécialités en matière de santé psychique (pédopsychiatrie, TCC, psychologie du sommeil, psychologie du travail...) et éviter l'errance médicale aux patients.
- Diminuer les délais d'attente de 70%.
- Participer à la lutte contre les déserts médicaux et favoriser le rapprochement entre les soignés et les soignants.
- Améliorer l'observance et l'éducation thérapeutique du patient.
- Donner à tous l'accès à l'innovation.
- Rendre plus accessible la psychiatrie et lutter contre la stigmatisation de la santé mentale.

2/ Description de la ressource qui facilite l'accès à des médecins spécialistes / ou à une prise en charge « spécialisée »

Ces consultations à distance sont possibles grâce à des praticiens psychiatres qui proposent des consultations de télémédecine. Ces consultations sont des actes médicaux permettant de poser un diagnostic, de proposer un suivi et d'établir une ordonnance si nécessaire. Ainsi, une prise en charge de ces consultations par l'Assurance maladie et par certaines « mutuelles » (couvertures complémentaires) est possible par un envoi (courrier) d'une feuille de soins. La plateforme est accessible depuis un smartphone, une tablette ou un ordinateur équipé d'une webcam.

Doctoconsult est basé sur la télémédecine : il n'a pas vocation à remplacer la consultation en cabinet mais à compléter l'offre de soins, notamment lors de situations particulières :

- Patients qui ne peuvent pas se déplacer.

- Patients qui ne trouvent pas de médecin spécialiste accessible à proximité.
- Patients qui s'éloignent géographiquement de leur médecin et veulent poursuivre leur suivi.

Aujourd'hui

- 50 % patients sont déjà pris en charge par un des psychiatres de la plateforme et veulent continuer à être suivis par leur psychiatre lorsqu'ils déménagent,
- 25 % appellent pour un avis ponctuel d'urgence,
- 25 % n'ont pas de psychiatres à proximité, mais sont en recherche d'un suivi, ce qui sera possible grâce à la plateforme.

Ainsi, Doctoconsult s'engage, dans la mesure du possible, à faciliter la rencontre en présentiel entre le médecin et son patient vu en téléconsultation.

Outre la psychiatrie générale, d'autres spécialités sont également accessibles par cette plateforme : pédopsychiatrie, gérontopsychiatrie, ainsi que d'autres prises en charge spécialisées en matière de nutrition, tabacologie, alcoologie. Néanmoins, la plateforme ne peut assurer le suivi de personnes concernées par une pathologie psychiatrique lourde (psychose, ...)

Dans les faits, il semble que Doctoconsult ait peu de patients en zones rurales, ces derniers ayant souvent des difficultés à avoir une connexion de bonne qualité. Les patients habitent plutôt en banlieues de grandes villes ou dans de petites et moyennes villes de province, où les connexions internet sont d'une qualité suffisante pour permettre une téléconsultation de bonne qualité au plan du son, de l'image..

Les patients peuvent contacter Doctoconsult via la plateforme (en se créant un compte) ou par email. De son côté le praticien a un dossier avec des informations qui ne sont consultables que par lui. Lorsque les patients contactent Doctoconsult via la Plateforme, leurs demandes sont « triées » par des coordinateurs (avant orientation vers le professionnel le plus pertinent). La consultation se fait via un écran et une caméra, sur un temps de rendez-vous fixé par la plateforme.

Le délai d'obtention d'un rendez-vous est de 2 à 3 jours pour un psychiatre généraliste et peut aller jusqu'à une semaine pour une expertise spécifique. Notons que certains médecins offrent des plages de consultation les samedis, dimanches, et aussi tôt le matin, et ce afin de donner un maximum de souplesse aux patients. Notons que certains praticiens consultent en langue étrangère : allemand, anglais, italien, espagnol.

3/ Ressources/ modèle économique

Ce sont les patients qui veulent continuer à être suivis, alors qu'ils déménagent, qui proposent à leur praticien de rejoindre la plateforme, ces derniers contactent alors Doctoconsult. Le dispositif s'est également fait connaître par les médias

Les psychiatres sont sélectionnés par un comité médical de 5 médecins (ayant des parts dans la plateforme). Ceux-ci vérifient qu'ils soient bien inscrits à l'Ordre des médecins, que les honoraires pratiqués sur la plateforme sont en adéquation avec ceux de leur cabinet.

Actuellement 80 psychiatres libéraux travaillent avec cette plateforme, qui sont presque tous en secteur libéral à temps plein (seuls quelques uns ont une activité hospitalière à mi-temps). La plateforme compte également quelques médecins généralistes, avec des D.U en alcoologie, tabacologie, une psychologue, une diététicienne.

Chaque professionnel applique ses tarifs [qui vont de 43 à 150 euros/ pour une moyenne de 80 euros la consultation], le paiement se fait directement par la plateforme, du patient au praticien.

La plateforme elle-même est financée par les praticiens investis dans Doctoconsult selon leur secteur d'exercice :

- Reversement à la plateforme de 10 % pour le secteur 1
- Reversement à la plateforme de 15 % pour le secteur 2

(Reversement qui sont considérés comme des frais de fonctionnement pour les impôts).

Doctoconsult s'engage par ailleurs à travailler prioritairement avec des relais sociaux, des structures publiques de soins, des associations de patients, des foyers d'hébergement de personnes souffrant de handicap. Ses partenaires actuels sont : Les papillons Blancs, Les amis de l'atelier, MCATMS 94 (Maison Commune des Addictions des Troubles Mentaux et de la Santé).

4/ Eléments d'évaluation : à quels besoins de la population locale cette ressource répond-elle ?

La plateforme, relativement récente, n'a pas encore été évaluée. Néanmoins, il semble que l'ARS Ile de France ainsi que l'Ordre des médecins soient plutôt intéressés et ouverts par rapport au service proposé par Doctoconsult.

Les pistes pour le développement de la plateforme sont d'affiner et de faciliter l'orientation des patients qui se connectent pour demander une consultation, notamment en créant des algorithmes utilisant des mots-clefs, mais cela permettrait également de mieux connaître la file active des patients, et les besoins de chacun d'entre eux.

On note qu'au-delà de la réponse apportée aux besoins des patients qui ne trouvent pas de psychiatres en proximité, ce système laisse les praticiens libres de leur emploi du temps (ils peuvent avoir d'autres activités en plus de leur temps passé sur la plateforme). Ces praticiens ne reversent à Doctoconsult que les consultations effectives et ne paient pas de droit d'entrée pour intégrer la plateforme: il peut même s'agir d'une utilisation ponctuelle qui n'engage en rien, ce qui constitue un facteur d'attractivité supplémentaire à intégrer, même ponctuellement, cette plateforme.

Notons que les organisations professionnelles de médecins en France (URPS notamment) ne voient pas toujours d'un œil favorable le développement de type de plateformes. Elles pourraient d'après eux présenter certains dangers pour les patients : le contact « virtuel » ne permettrait pas d'apprécier aussi bien une situation qu'un contact en « présentiel ». Par ailleurs, en cas de problème avec le patient, l'éloignement géographique rendrait plus difficile une orientation vers d'autres ressources, voire vers une prise en charge en urgence si besoin.

Programme territoire numérique de santé- Pascaline (Nord-Isère/Est-lyonnais)

1/ Territoire et objectifs

Pascaline (parcours de santé coordonné et accès à l'innovation numérique) est un programme développé par l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes et concerne l'ensemble de la région.

L'objectif de ce programme est de favoriser la coordination des professionnels de santé par un dispositif d'échange et de partage d'information de santé pour les professionnels de santé (MonSIsra), une structure d'appui à la coordination (Mespatients) et une plateforme pour les patients (Myhop).

Ce programme a été déployé à partir d'un territoire situé entre l'Est de Lyon et Bourgoin-Jallieu (Isère).

2/ Description de la ressource qui facilite l'accès à des médecins spécialistes / ou à une prise en charge « spécialisée »

Le dispositif se décline donc en plusieurs interfaces/outils :

→ **MonSIsra**

Les outils développés en collaboration avec des professionnels de santé permettent de partager en toute sécurité des informations nécessaires à la prise en charge des patients. Cette plateforme permet également l'accès aux outils régionaux comme via trajectoire, santé-RA... MonSIsra permet un usage fixe et mobile : ex un infirmier qui suit un patient brûlé, envoie une photo par jour de la plaie au médecin spécialiste qui voit le patient au bout de 12 jours. Les médecins généralistes sont les principaux utilisateurs mais cela s'adresse également aux pharmaciens (connaître la prescription d'un patient dès que la sortie est programmée par ex).

MonSIsra, depuis le 18 janvier 2018, permet de faciliter les actes de télémédecine :

- par l'existence d'un annuaire des experts de la région, décrivant leur domaine d'expertise ;
- par la possibilité de faire des demandes d'expertise, échange avec l'expert et récupération d'une synthèse de l'échange en fin d'expertise ;
- par la possibilité d'avoir accès à un service de visioconférence, pour communiquer à distance à plusieurs.

→ **Mespatients**

Cet outil permet le partage de dossiers patients pour les établissements hospitaliers et les structures de coordination (réseau de santé et Maia).

→ **Myhop**

Il s'adresse aux patients et leur propose un point d'accès unique à leur information santé. Chaque établissement peut développer les fonctionnalités qu'il souhaite comme l'envoi de comptes-rendus, la facturation, le paiement en ligne...

Ces outils complètent le dispositif **Zepira (Zéro échange papier en Rhône alpes)** qui avait pour objectif de faciliter la communication entre l'hôpital et la ville et donc la fluidité du parcours de santé. Par exemple, un hôpital peut envoyer de façon très simple au médecin traitant d'un patient un compte-rendu qu'il vient de produire. Les échanges peuvent également associer le pharmacien, l'infirmier, la structure d'hébergement, un autre établissement, ou d'autres intervenants du parcours. Selon le logiciel du destinataire, le document s'intégrera automatiquement ou en quelques clics dans son outil. Le gain immédiat est d'éviter d'avoir à attendre la réception du courrier, le scanner puis l'intégrer manuellement dans son logiciel, ce qui représente du temps et des coûts significatifs d'affranchissement. Au-delà, cela limite le risque de perte d'informations, et facilite la communication entre les professionnels. Le centre hospitalier d'Aurillac est le seul établissement à avoir un souci de logiciel qui ne permet pas le passage à Zepira.

Les professionnels réalisant des actes de téléconsultation, télé-expertise et la télésurveillance peuvent bénéficier d'une rémunération dans le cadre d'**ETAPES (Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration du parcours en santé)** suite à une contractualisation avec l'ARS. Le périmètre du cahier des charges téléconsultation ou télé-expertise concerne :

- les patients résidant en structure médico-sociale
- les patients pris en charge dans le cadre de leur Affection Longue Durée en ville (domicile, MSP, Centre de Santé, Unité Sanitaire) ou en consultation externe à l'hôpital

Le programme ETAPES recouvre l'ensemble des expérimentations issues de l'article 36 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2014 et l'article 91 de la loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2017. Il a pour objectif principal de fixer une tarification préfiguratrice des actes de télémédecine.

- concerne la téléconsultation, la télé-expertise et la télésurveillance.
- permet la rémunération des actes réalisés par les professionnels médicaux requis, qu'ils exercent à titre libéral ou comme salariés d'un établissement de santé

La télé-expertise qui existe déjà est maintenant encadrée par un décret. La sollicitation des spécialistes avec abolition des distances est possible et les actes et consultations peuvent maintenant être financés.

3/ Ressources/ modèle économique

Le programme Pascaline s'inscrit dans le cadre du programme national «Territoire de Soins Numérique» pour lequel la région Auvergne-Rhône-Alpes a été sélectionnée aux côtés de 4 autres régions. Piloté par l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, le programme PASCALINE est conduit avec 5 partenaires :

- les usagers avec le Collectif inter associatif sur la santé (CISS) Auvergne-Rhône-Alpes,
- les médecins libéraux représentés par l'Union régionale des professionnels de santé (URPS). Médecins libéraux Auvergne-Rhône-Alpes qui associent plus largement les autres professions libérales à leurs projets,

- le département de l'Isère et la métropole de Lyon,
- le cluster d'entreprises i-Care en lien avec l'écosystème régional de la santé,
- le GCS Système d'Information Santé Rhône-Alpes (SISRA) qui assure le développement et le déploiement des services régionaux e-santé en lien avec le GCS Système d'information médicale partagée en Auvergne (SIMPA).

4/ Eléments d'évaluation : à quels besoins de la population locale cette ressource répond-elle ?

Nous n'avons pas eu accès à l'évaluation du programme Pascaline en Rhône-Alpes.

4.7. Les dispositifs de gestion des urgences en rural

L'une des difficultés majeures en zones rurales est l'accès aux urgences en cas de problème de santé sévère, lorsqu'il y a besoin d'une prise en charge rapide et spécialisée. Néanmoins, les habitants et patients ne sont pas toujours à même de bien évaluer le niveau d'urgence, et faute de réponse à proximité, ils utilisent les urgences hospitalières, alors que leur situation ne le justifiait pas toujours... Ou au contraire, « dédramatisent » plus qu'il ne le faudrait certains problèmes et sont finalement victimes d'un non recours aux soins ou d'un retard de recours aux soins (ce que l'on a longtemps constaté et que l'on observe encore en matière d'Accidents Vasculaires Cérébraux...).

Si dans certaines villes des Maisons médicales de garde se sont implantées pour faire face à ce besoin des patients et désengorger les urgences, ce format reste plus complexe à mettre en place en rural, faute d'effectifs suffisants en termes de médecins généralistes.

Néanmoins, lorsque les médecins généralistes en présence, dans les territoires ruraux, se mobilisent, des solutions pertinentes peuvent émerger. Ainsi, une expérimentation en Sologne, « PAIS », vise à réinvestir l'accès à la médecine générale, en modifiant un peu les modes d'exercices, pour éviter le recours aux urgences (et éventuellement à des prises en charge spécialisées), alors qu'une réponse de proximité suffirait et que l'urgence n'est ni vitale ni sévère.... Et pour améliorer le recours aux urgences, si le besoin est avéré.

PAIS (Plateforme Alternative d'Innovation santé) (Cher-Sologne)

1/ Territoire et objectif

Ce dispositif créé en 2007, est piloté par le Centre hospitalier Simone Veil de Blois et co-créé avec le SAMU/SMUR du centre hospitalier et concerne la Vallée du Cher et de la Sologne, L'engorgement des urgences, dans ce territoire à la démographie médicale déclinante, mais aussi la saturation des files actives des médecins généralistes nuisait à un bon recours de la population aux ressources de santé, et *in fine*, à la santé des habitants. Pris dans une masse de demandes toutes « urgentes » les médecins ne parvenaient plus à répondre adéquatement aux besoins réels de chacun.

L'objectif de ce dispositif est ainsi de mieux « orienter » voire de « trier » les patients, selon leurs besoins réels, afin de désengorger les urgences, mais aussi de mieux prendre en charge ces patients en cabinet. Cet objectif principal se décline en deux sous-objectifs :

1/ Réduire le passage aux urgences de patients relevant de la médecine de proximité et non des véritables urgences, et faciliter le recours à l'hospitalisation pour les patients qui en ont réellement besoin.

2/ Le Loir et Cher fait partie des régions les moins bien dotées en matière de démographie médicale et il est nécessaire dans ce contexte de soutenir la médecine de proximité afin de garantir un bon accès aux soins aux patients.

Au-delà, PAIS vise à renforcer le lien ville-hôpital par une meilleure gestion des urgences et aussi à créer les conditions d'une bonne attractivité du territoire pour les médecins.

2/ Description de l'action/activité qui facilite l'accès à des médecins spécialistes / ou à une prise en charge « spécialisée »

Il s'agit d'accentuer les collaborations, coopérations entre médecins de ville et médecins hospitaliers (spécialistes), afin de mieux analyser les demandes et de répondre aux besoins des habitants, de la manière la plus appropriée, dans un environnement très contraint. Ce dispositif s'adresse essentiellement aux patientèles rurales du territoire.

Le principe du dispositif est que chaque médecin accepte d'assurer, à tour de rôle, une journée de consultation sans rendez-vous de 8h à 20h et de maintenir le reste du temps son activité comme il l'entend (notamment avec un accueil sur rendez-vous).

Ces journées sans rendez-vous permettent aux habitants de consulter en « urgence » sans passer par les urgences de l'hôpital, mais aussi sans emboliser les autres jours de la semaine qui sont dès lors réservées à des consultations plus classiques. Cette organisation permet aux médecins généralistes de gagner du temps, qu'ils peuvent notamment consacrer à l'éducation thérapeutique de certains de leurs patients, ou à la prévention dans certains domaines.

3/ Ressources/ modèle économique

Le dispositif inclut plus de 30 médecins généralistes libéraux répartis sur 3 bassins de vie. Le budget du dispositif PAIS est d'environ de 85 000 euros annuels. Sur chacun des bassins de vie, les médecins et paramédicaux travaillent de manière regroupée, mais pas forcément au sein de Maisons Pluriprofessionnelles de Santé (selon les souhaits de chacun).

La première année de fonctionnement ce dispositif était complètement financé par l'ARS. Au fil du temps, cette proportion s'est amoindrie et si l'ARS continue de financer le dispositif à hauteur du tiers du budget, ce sont aujourd'hui le département et les communautés de communes qui financent pour l'essentiel le dispositif. Les rémunérations spécifiques attribuées aux médecins généralistes sont gérées par une structure associative relais.

Les médecins qui s'investissent dans ce dispositif signent un contrat d'engagement basé sur le volontariat qui peut être rompu suite un préavis de deux mois. On note qu'aucun engagement n'a été rompu depuis la création de PAIS.

Dans chaque regroupement de libéraux (4-5 médecins environ), le secrétariat est mutualisé et « physique » dans le cabinet. Les secrétaires ont été formées par le SMUR pour repérer et filtrer les urgences. Ainsi, le secrétariat joue un rôle important dans le « filtrage » des demandes et il soulage les médecins des tâches administratives.

4/ Eléments d'évaluation : à quels besoins de la population locale cette ressource répond-elle ?

Une évaluation de ce dispositif semble avoir été réalisée (mais nous n'y avons pas eu accès) qui montrera chez les patients :

- moins de dépenses de transports sanitaires ;
- moins de recours aux urgences ;
- moins de mortalité, de morbidité, moins d'hospitalisations.

On note également que grâce à cette organisation, les gardes sont allégées (permanence des soins) et qu'elles ne débordent pas en début de nuit. Grâce à PAIS, la garde de nuit est ainsi mieux régulée. Aujourd'hui, on constate en moyenne un seul appel, toutes les 3 nuits, aux urgences, après 20 heures. Au-delà de cette heure, c'est le SAMU qui prend le relais de PAIS.

PAIS est ainsi un dispositif de médecine de proximité qui améliore à la fois l'accès aux soins de premier recours, mais aussi l'accès aux urgences et donc à une prise en charge spécialisée. Il permet en outre de stabiliser les médecins sur un territoire et de stabiliser aussi la démographie médicale locale. Il devrait pouvoir s'étendre aux infirmiers et aux pharmaciens et aussi aux masseurs-kinésithérapeutes. Enfin, PAIS fonctionne à l'échelle des communautés de communes et contribue à retisser une vraie dynamique territoriale. Reste que ce dispositif ne peut fonctionner dans les bassins où il ne reste presque plus de médecins.

Une inquiétude demeure pour l'avenir : la pérennité des financements qui reposent aujourd'hui essentiellement sur le bon vouloir des communautés de communes.

4.8. Les regroupements de ressources libérales et/ou publiques

Au-delà des regroupements formels de professionnels de santé libéraux dans le cadre de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles ou de Pôles de santé, ou encore des regroupements « simples » de professionnels de santé libéraux (qui souhaitent travailler dans les mêmes locaux sans pour autant entrer dans le cadre formel des MSP et de leur cahier des charges), il existe d'autres configurations qui facilitent l'accès des populations à des prises en charge spécialisées.

Ainsi, le fait que différentes ressources de santé, publiques et privées, soient concentrées en un même endroit, dans un même bâtiment, peu faciliter les orientations et passerelles des patients vers l'une ou l'autre ressource, fluidifiant ainsi le parcours de soin et l'accès à des médecins spécialistes ou à des prises en charge spécialisées.

Au-delà, ces regroupements, permettent, comme les autres, de créer des formes de « centralité » pour les patients et habitants, et ils peuvent de ce fait contribuer à la dynamique d'aménagement du territoire et à l'attractivité du territoire pour d'autres professionnels de santé, mais aussi pour des commerces de proximité.

Les exemples ne semblent pas nombreux car ils tiennent à la fois de la volonté des acteurs de santé publique, de celle de professionnels libéraux et du soutien des élus locaux, toujours important pour favoriser l'accès à des locaux adaptés.

L'exemple présenté ici se situe à Beaujeu, dans le département du Rhône.

Regroupement de ressources publiques et libérales à Beaujeu (Rhône)

1/ Territoire et objectifs

La commune de Beaujeu fait partie de la Communauté de communes Saône-Beaujolais, et est située dans le nord est du département du Rhône. Le bassin de vie de Beaujeu, rural et avec une population comptant des publics favorisés mais aussi défavorisés, dispose d'une offre de soin de proximité fragile (faible densité de médecins généralistes).

Situé à 25 kilomètres de Villefranche-sur-Saône, Beaujeu est un pôle de centralité secondaire qui offre aux habitants des ressources de proximité en termes de scolarité (collège), commerces, ressources d'aide et de santé.

Cette commune dispose néanmoins d'un centre hospitalier de proximité à vocation majoritairement gériatrique, membre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Rhône Nord Beaujolais Dombes. L'hôpital de référence du GHT est celui de Villefranche-sur-Saône.

La présence de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle dans un bâtiment situé en face de l'hôpital de proximité, qui accueille également un Centre Médico-Psychologique (CMP) pour adultes et plus récemment des permanences du Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention des Addictions (Csapa) de l'ANPAA (antenne du CSAPA de Villefranche), constitue de fait un regroupement de ressources publiques et privées qui répond à des objectifs convergents et partagés entre ces différentes entités :

- Maintenir un bon accès aux soins de proximité pour la population, en confortant l'offre de soin locale ;
- Faciliter l'accès aux psychiatres et à des prises en charges spécialisées (soins psychiques et addictologie).

2/ Description de l'action/activité qui facilite l'accès à des médecins spécialistes / ou à une prise en charge « spécialisée »

Le regroupement d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle et d'un CMP dans un bâtiment situé en face de l'hôpital est un projet qui a été co-construit par l'hôpital de proximité de Beaujeu, les professionnels de santé libéraux du territoire (dont un médecin généraliste intervenant à l'hôpital de Beaujeu) et le Centre hospitalier spécialisé de saint Cyr au Mont d'or (psychiatrie publique de secteur).

La Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) de Beaujeu propose une offre regroupée de soins de premier recours. Des consultations mémoire sont également proposées dans le cadre d'un partenariat développé entre l'hôpital de Beaujeu et d'autres centres hospitaliers membres du GHT Rhône Nord Beaujolais Dombes).

Le Centre Médico-Psychologiques pour adultes de Beaujeu permet dans ce territoire rural, a permis d'améliorer la couverture des besoins de la population du bassin.

Le CMP accueille par ailleurs, depuis 2016 les permanences du Csapa ANPAA de Villefranche-sur-Saône : un travailleur social et un psychologue sont présents un jour par semaine.

3/ Ressources et modèle économique

Trois médecins généralistes, six infirmières, deux masseurs-kinésithérapeutes, un orthophoniste, un pédicure-podologue, un diététicien et un ergothérapeute exercent dans la MSP.

Un médecin psychiatre, une infirmière et une secrétaire exercent au CMP de Beaujeu

La MSP a bénéficié du soutien financier de l'Etat (Fonds National d'Aménagement et de Développement du Territoire), de l'Europe (fonds européen de développement régional), de la Région, du Département et de l'Agence Régionale de Santé (Fonds d'Intervention Régionale) pour les dépenses d'investissement.

L'implantation d'un Centre Médico Psychologique dépend des moyens et de l'organisation de la psychiatrie publique, mais, la disponibilité de locaux fonctionnels, la possibilité d'implantation dans les mêmes locaux qu'une MSP et plus globalement la dynamique locale entre acteurs de santé ont constitué des leviers forts pour l'implantation du CMP à cet endroit, dans une zone rurale où l'accès aux psychiatres est difficile.

De même l'implantation d'une permanence d'un Csapa dépend des moyens et de l'organisation du Csapa. Les difficultés de recrutement de médecins addictologues constituent une contrainte importante et à ce jour, la permanence du Csapa de Beaujeu ne permet pas d'avoir accès à un médecin addictologue.

4/ Eléments d'évaluation : à quels besoins de la population locale cela répond-il vraiment apparemment ?

La création de la MSP, permet de conforter l'offre de soins de proximité et de maintenir un bon accès aux soins pour la population. Même si la MSP n'a pas permis, à ce jour, d'attirer de nouveaux médecins généralistes sur le territoire elle permet de stabiliser l'offre en santé pour les habitants de la zone rurale située autour de Beaujeu.

Par ailleurs, les médecins généralistes qui ont un exercice polyvalent assurent les suivis gynécologiques et pédiatriques de la population. On note qu'une forme de « spécialisation » s'est mise en place au sein de la MSP : l'un des médecins effectue ainsi un grand nombre de suivis pédiatriques et gynécologiques quand un autre est plutôt spécialisé dans les suivis gériatriques.

L'ouverture d'un CMP dans le même bâtiment que la MSP favorise une destigmatisation de la psychiatrie et un accès facilité au psychiatre dans une zone rurale où la population modeste rencontre des difficultés de mobilité.

De plus, la bonne articulation du CMP avec les médecins libéraux de la MSP, facilitée par la proximité géographique, facilite l'orientation du patient vers le psychiatre et les suivis conjoints. En effet, au-delà de la proximité, l'interconnaissance des professionnels permet un bon passage de relais et permet aussi de dédramatiser le soin psychique.

Les permanences d'un Csapa dans le bâtiment de la MSP permettent un accès facilité à une prise en charge en addictologie dans une zone rurale où la population modeste rencontre des difficultés de mobilité.

La mise en place des permanences du Csapa ANPAA de Villefranche à Beaujeu répond à des besoins de prises en charge en alcoologie repérés localement, en particulier pour des

patients âgés et précaires qui ne peuvent se déplacer à Villefranche-sur-Saône et ne bénéficieraient pas, de ce fait, d'un suivi addictologique.

La collaboration de l'équipe du CSAPA, des médecins généralistes de la MSP, du CMP et de l'hôpital local, facilitée par la proximité géographique, permet d'orienter plus facilement les patients vers une prise en charge spécialisée en addictologie. Cette organisation permet également d'offrir, en proximité, une prise en charge pluridisciplinaire pour une problématique d'addiction. Ainsi, certains patients bénéficient d'un suivi conjoint par le médecin généraliste, la psychologue du Csapa, le psychiatre du CMP pour leur problématique d'addiction. Enfin, pour des patients âgés, résidant en zone rurale et qui n'auraient pas forcément acceptés d'être hospitalisés loin de leur domicile (dans les hôpitaux Villefranche-sur-Saône ou de Tarare), une possibilité d'hospitalisation pour un sevrage simple (alcool) existe à l'hôpital de Beaujeu.

La dynamique locale des acteurs de santé est attractive et facilite l'installation et le maintien de professionnels de santé libéraux et des ressources sanitaires sur ce territoire. La qualité des articulations locales entre différents acteurs de santé, la qualité du partenariat créent un contexte favorable à l'implantation et au maintien de ressources de santé diversifiées, qui trouvent sur place des relais d'information et d'orientation pour proposer des prises en charge de qualité et fluidifier le parcours de soin : elle favorise l'orientation des patients et une bonne coordination des prises en charge.

4.9. Les professionnels de santé libéraux non médecins et les prises en charge spécialisées

Sages-femmes, infirmiers libéraux et autres professionnels de santé non médecins constituent des ressources précieuses dans les territoires ruraux et semi-ruraux, où ils développent de plus en plus des activités de prévention, mais aussi des prises en charge spécialisées, du fait de leur rôle propre, mais aussi dans le cadre d'articulations avec les médecins (spécialistes ou généralistes).

Ces professionnels libéraux sont au cœur de la dynamique des MSP, mais dans certains cas, et faute de projet partagé ou de densité de professionnels suffisante, ils travaillent seuls, tout en étant au cœur de territoires ruraux et sous dotés en offre de soin.

Un exemple de sage-femme est cité ici, qui montre à la fois l'intérêt d'une prise en charge spécialisée, mais aussi parfois les difficultés d'articulation avec les médecins, généralistes ou spécialistes.

Les professionnels de santé libéraux, même isolés, constituent ainsi une ressource potentielle de prise en charge spécialisée, d'autant plus pertinente, qu'elle peut s'articuler, dans le cadre d'un partenariat formel ou informel, avec des médecins spécialistes, ce qui suppose parfois chez ces derniers un changement de représentations sur les compétences des professionnels de santé non médicaux, au-delà de ce que décrit déjà la loi.

Un autre projet en démarrage a été repéré en Isère, dans le bassin grenoblois, autour de sages-femmes regroupées en association (Gynnove) qui a pour objectif d'améliorer la prise en charge des femmes en matière de gynécologie, alors même que l'accès à des médecins gynécologues est de plus en plus difficile, faute d'effectifs suffisants par rapport à la demande. Néanmoins, ce projet en étant encore à ses prémises, nous n'avons pas pu réaliser de fiche, faute d'informations suffisantes.

Sage-femme libérale- Saint-Eloy les Mines (Puy de Dôme)

1/ Territoire et objectifs

La sage-femme interviewée intervient sur la Communauté de communes de Saint-Eloy les Mines, dans un rayon de 35 km autour de Saint-Eloy les Mines. Installée en 2016, elle exerce également dans un cabinet secondaire à Pionsat où elle est présente une fois par semaine.

Les prises en charge proposées consistent en des consultations de dépistage, de suivi de grossesse, consultations gynécologiques (avec frottis) et rééducation périnéale (après accouchement et parfois hors accouchement).

2/ Description de l'action/activité qui facilite l'accès à des médecins spécialistes / ou à une prise en charge « spécialisée »

Cette sage-femme réalise des visites à domicile dans le cadre de grossesse à risque ou du retour à domicile après un accouchement et ce dans le cadre du dispositif Prado. Elle peut être amenée à réaliser des visites à domicile pour des suivis de grossesse chez des femmes en difficulté sociale, qui n'ont pas de moyens de transport.

La présence de la sage-femme a permis la prise en charge gynécologique ou de l'incontinence urinaire de femmes qui ont des difficultés pour trouver ou se rendre chez un gynécologue ou encore chez un masseur-kinésithérapeute. La proximité géographique de ce professionnel permet ce recours.

Dans le cadre du suivi PRADO, la sage-femme réalise le suivi des femmes ayant accouché et des nouveaux-nés, et elle peut faire un lien avec les puéricultrices de la PMI.

3/ Ressources /modèle économique

La sage-femme intervient en lien avec la PMI, les médecins généralistes du territoire, de manière informelle. Elle est aussi en lien avec le centre hospitalier de Montluçon et dans le cadre du dispositif Rescorda porté par l'association Médecins du Monde, qui accompagne les personnes précaires dans leur démarche de soins et peut aider à se déplacer jusqu'aux ressources de santé.

Cette sage-femme peut être amenée à réaliser des suivis de grossesse de femmes en cours de demande d'asile, hébergées au Cada, ces suivis se font suite à des demandes individuelles sans formalisation avec le Cada.

4/ Éléments d'évaluation : à quels besoins de la population locale cela répond-il vraiment apparemment ?

La présence d'une sage-femme dans ce territoire rural où il n'y a pas de gynécologue constitue une réponse de proximité importante pour toutes les femmes qui ont des difficultés à se déplacer jusqu'aux villes-centre du territoire où sont concentrées les ressources de soin (Montluçon).

Elle a ainsi permis à des femmes de reprendre un suivi gynécologique qui avait été rendu trop compliqué par l'éloignement des professionnels.

Synthèse et perspectives

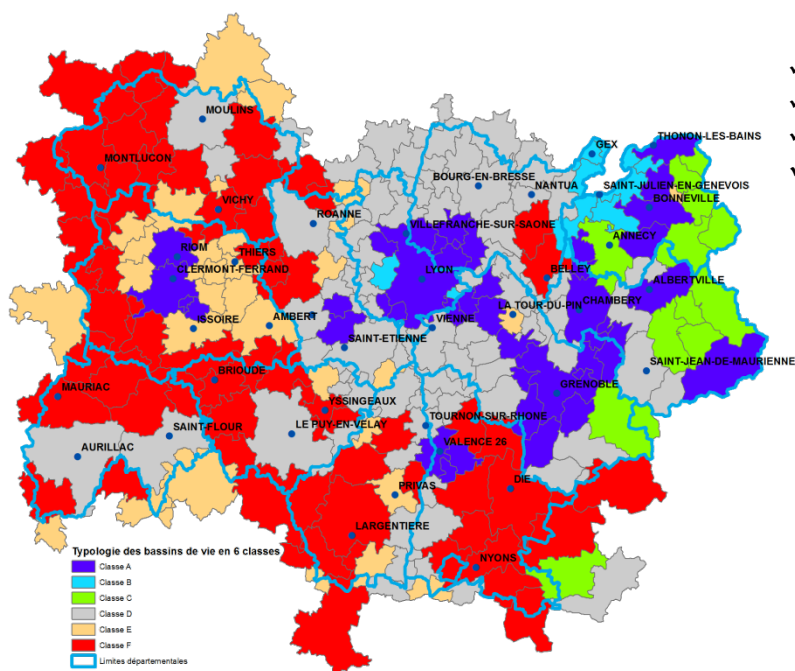
1. Les territoires en situation de fragilité

L'analyse croisée de la densité médicale et du recours aux soins sur les bassins de vie permet de mieux comprendre la situation des territoires en termes de fragilité des populations, au regard de leur accès aux soins, certains publics se déplaçant plus facilement que d'autres vers les ressources, ce qui est souvent en lien avec leur position sur le gradient social (la précarité est défavorable à la mobilité). La représentation des taux de recours aux soins peut illustrer ainsi les déplacements de la population quand l'offre est éloignée. Les distances, les contextes géographiques influent également sur les déplacements de la population vivant en milieu rural ou semi-rural. Être mobile est aujourd'hui un véritable enjeu pour avoir recours aux soins spécialisés.

L'offre de soins en présence ne suffit pas à comprendre tous les enjeux qui tissent les parcours de soins. La typologie construite à partir d'une ACP (Analyse en composantes principales) souligne l'importance d'une approche globale en intégrant la structure démographique de la population, son profil socio-économique, son état de santé et l'offre de soins. La typologie élaborée met ainsi en évidence six classes de bassins de vie dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, qui présentent de forts contrastes entre eux, au niveau de la structure de population, de la défavorisation sociale, de l'offre en professionnels de santé et de l'état de santé de la population.

Chaque classe (nommée de A à F) (carte 1) regroupe un ensemble de bassins de vie de la région ayant des caractéristiques globalement similaires. On peut constater néanmoins des différences importantes au sein d'un même bassin de vie, notamment dans les bassins de vie qui comptent de grandes agglomérations où cohabitent des quartiers défavorisés en politique de la ville et des quartiers très favorisés.

Carte 1 : Typologie socio-sanitaire des bassins de vie en Auvergne-Rhône-Alpes. Répartition des bassins de vie en 6 classes.



Présence d'un fort contraste entre les 6 classes au niveau de :

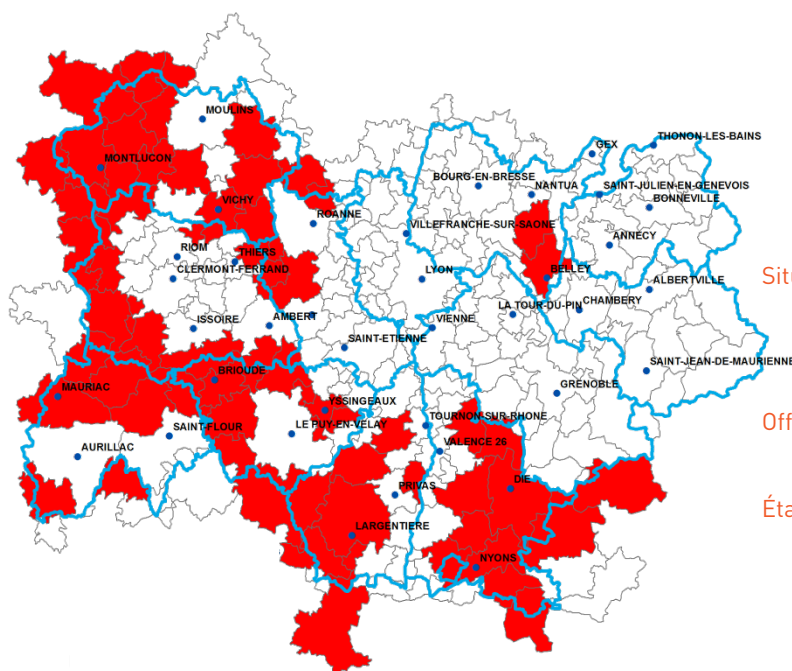
- ✓ la structure de population ;
- ✓ la défavorisation sociale ;
- ✓ l'offre en professionnels de santé ;
- ✓ l'état de santé des habitants.

Réalisation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes – Étude sur l'accès aux médecins spécialistes en Auvergne-Rhône-Alpes

Les bassins de vie de la **classe A** se caractérisent par une population dense, plutôt urbaine ou périurbaine, peu âgée, socialement favorisée, avec une offre médicale libérale supérieure à celle de la région et de bons indicateurs de santé. Les bassins de vie de la **classe B** sont majoritairement frontaliers avec la Suisse, avec une population dense, peu âgée, socialement favorisée, de bons indicateurs de santé, mais un déficit en offre de soins libérale. Les bassins de vie de la **classe C** se trouvent en zone de montagne tournée vers le tourisme, avec une population résidente peu dense, peu âgée, socialement favorisée, de bons indicateurs de santé et une offre abondante en médecins généralistes. Les bassins de vie de la **classe D** présentent une situation contrastée, avec des populations plus ouvrières, socialement défavorisées, une offre de soins libérale relativement faible et des points d'alerte en matière de santé (diabète). Les bassins de vie de la **classe E** ont une population peu dense, socialement défavorisée, avec une offre de soins libérale faible et des indicateurs de santé défavorables.

Les territoires (carte 2) de la **classe F** sont les plus en difficulté. Ils se trouvent à l'ouest et au sud de la région. Ces bassins de vie en fragilité se concentrent dans les départements de l'Allier, du Puy-de-Dôme, du Cantal, de la Haute-Loire, de l'Ardèche et de la Drôme ainsi que dans l'Ain. Ces territoires présentent des caractéristiques socio-démographiques et d'état de santé défavorables, malgré une offre sanitaire libérale dans la moyenne régionale. Ces territoires sont également marqués par des distances importantes aux ressources de soins et des situations de précarité, ce qui est défavorable à une bonne santé et complexifie l'accès aux soins de la population.

Carte 2 : Les territoires les plus fragiles : population âgée, défavorisée et santé fragile malgré l'offre de soins



Situation sociodémographique

- Parts élevées d'agriculteurs et d'artisans, commerçants et chefs d'entreprises
- Situation sociale très défavorisée

Offre de soins libérale

- Part faible de médecins généralistes de 55 ans et plus

État de santé de la population

- Taux élevés de mortalité (générale, prématurée, MCV, cancer)
- Taux élevé de prévalence des ALD (pour toutes causes)

Réalisation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes – Étude sur l'accès aux médecins spécialistes en Auvergne-Rhône-Alpes

2. Étapes du parcours de soins, besoins de la population et enjeux de la proximité

Le parcours de soins des patients peut être fait de différentes étapes qui vont de la prévention et du dépistage aux consultations pour établir un diagnostic, jusqu'aux consultations de suivi ou encore au recours aux urgences. À chaque étape, la consultation peut être programmée ou non programmée. Les consultations programmées, parce qu'elles n'impliquent pas un impératif de prise en charge en urgence, laissent une certaine marge de manœuvre pour se déplacer vers la ressource de santé. Même si en zone rurale le coût et les moyens de se déplacer représentent des contraintes fortes pour certains habitants, ces contraintes sont un peu abaissées lorsqu'il y a suffisamment de temps pour prévoir et organiser le déplacement. À l'inverse, les consultations non-programmées, qui peuvent recouvrir une notion d'urgence, mettent en jeu la proximité des ressources ou, à défaut de ressources, les possibilités de se déplacer très rapidement vers ces ressources. En conséquence, les consultations de prévention et de dépistage peuvent s'accommoder d'une certaine distance géographique, de même que les consultations de suivi, qui émaillent la prise en charge d'une pathologie au long cours. Les consultations prévues de longue date, planifiées parfois dans le temps permettent en effet d'organiser les déplacements.

Le besoin d'un diagnostic et d'une prise en charge face à des symptômes soudains et gênants, qui peuvent nécessiter une réponse rapide voire urgente, sont des situations très fréquemment rencontrées chez les enfants et chez les personnes âgées pour qui, la proximité et la disponibilité des ressources est particulièrement importante car elle réduit la contrainte des délais de déplacements.

L'enjeu de l'accès aux ressources spécialisées dans la prise en charge des urgences médicales est avant tout physique et interroge les voies et les moyens de parvenir le plus rapidement possible jusqu'aux ressources pour les habitants des territoires éloignés des centres hospitaliers.

Ces différentes étapes, prévention et dépistage, consultation de diagnostic, consultation de suivi et urgence, peuvent nécessiter le recours à un spécialiste ou à une prise en charge spécialisée, réalisée par un professionnel de santé non médecin. Compte-tenu des contraintes d'effectif et des attentes des médecins spécialistes en termes de conditions d'exercice, l'installation de médecins spécialistes dans les territoires ruraux ou semi-ruraux est très improbable. Néanmoins, des alternatives au recours aux médecins spécialistes en proximité se développent. En effet, les prises en charge spécialisées, par un médecin ou par un autre professionnel de santé, peuvent se faire en proximité ou à distance par rapport au territoire de résidence, en secteur libéral ou hospitalier. Elles peuvent impliquer des outils de télémédecine, des formations pour les professionnels présents sur le territoire, des consultations avancées ou encore des antennes de structures publiques, mais aussi des ressources mobiles ou encore des moyens de transport pour les habitants.

Les difficultés d'accès géographique, les contraintes de transports publics dans les zones rurales et enfin le faible nombre de médecins dans certaines spécialités font que les réponses possibles pour répondre aux besoins de santé de la population dans ces territoires sont parfois complexes à mettre en œuvre. Ces réponses ont souvent une dimension systémique et peuvent impliquer différents acteurs, au premier rang desquels l'État et plus particulièrement l'Agence régionale de santé ainsi que l'Assurance maladie, en lien avec les ressources hospitalières, mais aussi les ressources de santé libérales, notamment au travers de l'appui apporté aux Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), sur les territoires sous dotés.

3. Neuf réponses possibles aux besoins de prises en charge spécialisées

Neuf grandes catégories de réponses, pour lesquelles la Région pourrait apporter un appui, peuvent être apportées sur les territoires sous dotés pour faciliter l'accès à des médecins spécialistes ou à des prises en charge spécialisées et ce, sur des temporalités différentes, qu'elles soient successives ou non dans le parcours de soins des personnes.

1- Renforcer la présence des médecins généralistes sur les territoires

Selon les situations et les besoins, il s'avère qu'une « prise en charge spécialisée » réalisée par un médecin généraliste ou par un professionnel de santé non médecin peut répondre aux besoins du patient, de manière programmée ou non programmée :

- les médecins généralistes sont indispensables pour une orientation raisonnée et pertinente vers des médecins spécialistes.
- les médecins généralistes peuvent effectuer directement certaines prises en charge spécialisées (dans le registre de la pédiatrie ou de la gynécologie...).
- ils peuvent faciliter la mise en place de consultations avancées avec des médecins spécialistes (hospitaliers ou libéraux) du fait de leurs réseaux professionnels.

La Région peut ainsi aider au développement des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, des Centres de santé et des regroupements « simples » de libéraux, ou encore soutenir les hôpitaux de proximité qui peuvent favoriser la présence de médecins généralistes et faciliter l'émergence de projets partagés.

L'aide à la construction de nouveaux locaux, au réaménagement de locaux ou encore à leur mise aux normes peut être décisive pour faire aboutir un projet ou l'orienter par exemple vers le développement d'une offre en éducation thérapeutique du patient ou encore vers la mise en place de consultations avancées de médecins spécialistes.

2- Redonner un rôle fort aux hôpitaux de proximité en matière de soins

Aider les hôpitaux de proximité à maintenir, agrandir ou rénover leurs locaux selon leurs besoins et leurs projets sur le territoire, les aider à s'équiper avec certains types de matériel (médical, informatique, imagerie...) peut contribuer à permettre un redéploiement de ces établissements vers des activités de soins ou de prévention et à asseoir leur position en tant qu'élément fort de dynamique et d'aménagement du territoire, en articulation avec les professionnels de santé libéraux locaux.

3- Aider au développement d'antennes de ressources de soins publiques ou parapubliques

Différentes ressources portées par des acteurs du secteur public peuvent se déployer sur les territoires ruraux et semi-ruraux sous formes « d'antennes » qui, même si elles ne sont pas ouvertes tous les jours, permettent une présence qui peut grandement faciliter l'accès aux soins des populations locales. Des locaux adaptés peuvent permettre l'ouverture de ces antennes et faciliter les coopérations professionnelles notamment avec les services de la Protection maternelle infantile (PMI) et le Centre médico-psychologique (CMP).

4- Aider au développement de ressources sanitaires mobiles dans les territoires ruraux

Des ressources mobiles se développent dans de nombreux territoires, à destination des publics les plus éloignés des soins. Au-delà des ressources humaines et des équipements nécessaires, ces dispositifs mobiles reposent sur l'achat de véhicules (de tourisme, ou minibus voire camions). La Région peut contribuer au développement de ces ressources en participant à l'achat des véhicules ou à leur entretien.

5- Aider au développement des outils numériques, de la télémédecine

La communication entre les médecins généralistes des zones rurales, les spécialistes présents dans les villes ou les hôpitaux et d'autres professionnels de santé doit être favorisée par le développement des outils numériques (échange et partage de données). La télé-expertise permet notamment aux médecins généralistes d'être plus facilement en lien avec des médecins spécialistes (en libéral ou à l'hôpital) afin de leur demander un avis, sur des cas de patients, parfois à partir d'images (radiographies, photographies...). La Région pourrait contribuer au développement de la télémédecine dans les zones rurales en aidant au développement de la couverture numérique de ces territoires, à l'achat de matériel, de logiciels ou en aidant à la maintenance du matériel, etc.

Le développement des téléconsultations est aujourd'hui questionné : il s'agit peut-être d'une piste d'avenir mais qui ne pourra concerner que les publics les plus à l'aise avec les outils numériques.

6- Aider au développement de coopérations renforcées entre différents professionnels de santé et avec les Groupements hospitaliers de territoire (GHT)

Il peut être pertinent de soutenir tous les dispositifs qui peuvent permettre des coopérations renforcées entre médecins et autres professionnels de santé (sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, pharmaciens...) et ainsi renforcer les prises en charge spécialisées, en articulation avec l'organisation des Groupement Hospitaliers de Territoires (GHT).

7- Aider à une formation renforcée des médecins généralistes et autres professionnels de santé des territoires ruraux

Encourager les médecins généralistes et autres professionnels de santé présents sur les territoires ruraux à se former dans les domaines qui répondent aux besoins les plus nombreux (pédiatrie, gynécologie, mais aussi gériatrie et santé mentale avec le point particulier de la prévention du suicide) apparaît comme très pertinent.

Au-delà du financement de la formation, en partie déjà pris en charge sous conditions par certains organismes, la Région pourrait contribuer à encourager ces démarches en facilitant le déplacement, l'hébergement dans les villes où ont lieu les formations. D'autres types d'aides pourraient être explorés avec les généralistes et aussi les infirmiers, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes libéraux des territoires ruraux.

8- Aider à la formation des populations locales et acteurs locaux sur des questions de santé pour mieux répondre aux besoins en urgence

La Région pourrait contribuer à la diffusion de connaissances, parmi les habitants de ces territoires et auprès des commerçants, chefs d'entreprises, agents du service public... pour mettre en œuvre les premiers gestes qui sauvent ou du moins éviter que le problème ne s'aggrave (compression en cas d'hémorragie, utilisation d'un défibrillateur...), mais aussi être au fait des principaux signaux d'alerte en cas d'infarctus, de choc toxique, voire de risque suicidaire, cette problématique étant particulièrement présente dans le monde rural.

9- Aider aux transports des habitants

Ce thème est évidemment particulièrement important en zone rurale ou semi-rurale où les transports en commun, permettent dans le meilleur des cas de relier les communes qui sont des points de centralité, mais à des fréquences qui nécessitent un effort conséquent d'anticipation et d'organisation de la part des habitants. Dans tous les cas, la question des transports est un élément à considérer, en articulation avec les communes, communautés de communes, mais aussi les ressources de santé en présence : MSP, regroupements simples de professionnels de santé libéraux ou professionnels de santé du service public, CMP, PMI.

Favoriser le développement des transports vers les lieux de soins pour les patients, qu'il s'agisse de transports collectifs ou individuels. Cette piste semble particulièrement importante pour les patients concernés par une pathologie chronique, qui habitent en rural, et notamment dans les territoires relativement densément peuplés où les taxis sont peu nombreux à l'image de ce qu'il se passe dans les zones rurales du Rhône, par exemple. L'enjeu de ces transports individuels et collectifs relève à la fois de l'aménagement du territoire et de la dynamique locale.



OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Site de Lyon

9 quai Jean Moulin 69001 LYON
Tél. 04 70 07 46 20

contact@dors-auvergne-rhone-alpes.org

www.ors-auvergne-rhone-alpes.org

Site de Clermont-Ferrand

58 allée du Pont de la Sarre 63000 Clermont-Ferrand
Tél. 04 73 98 75 50