

# MAISON DE SANTÉ OU CENTRE DE SANTÉ: CE N'EST PAS LA MÊME CHOSE



**Face à la crise de la médecine libérale, les pouvoirs publics et une partie des médecins libéraux auraient trouvé la solution : les maisons de santé pluriprofessionnelles.**

## POURQUOI CETTE ÉVOLUTION ?

Dans sa défense de la médecine libérale, ses représentants institutionnels se sont retrouvés confrontés à une situation difficile, à savoir la désaffection des jeunes pour un mode d'exercice qu'ils jugeaient obsolète, trop contraignant et ne répondant pas à leurs aspirations.

En effet, le cabinet où le médecin travaille seul et doit gérer sa « petite entreprise » ne correspond plus ni aux besoins de la population, ni aux souhaits des jeunes médecins. Aujourd'hui, 60 % des dépenses de l'Assurance-maladie sont liées aux affections de longue durée, c'est-à-dire à des patients de plus de 50 ans, atteints de maladies chroniques multiples nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire au long cours. L'objectif principal n'est plus alors de « guérir » une maladie mais de maintenir le malade au meilleur état de santé possible, le plus longtemps possible.

Cette prise en charge, malgré toute la bonne volonté des médecins, n'est plus possible en exercice isolé.

Par ailleurs, les jeunes médecins aspirent à un mode d'exercice en équipe permettant les échanges nécessaires face aux évolutions de la médecine et à la complexité des prises en charge – qui mobilisent une somme de connaissance et de techniques qu'un seul individu ne peut maîtriser. Les chiffres sont très parlants : moins de 10 % des jeunes médecins s'installent en libéral dans un cabinet isolé. Par ailleurs, en 2016, 52 % des médecins exercent en cabinets de groupe. De plus, ces praticiens ne veulent

pas être cantonnés à un exercice monotone et stéréotypé, mais réclament une mixité d'exercice entre la ville et l'hôpital, ou d'autres activités comme la PMI ou des missions de santé publique. Enfin, le fait que la profession se féminise a modifié son état d'esprit, avec une aspiration – y compris des jeunes hommes – à un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.

## QUELLE EST LA SITUATION ACTUELLE ?

Les maisons de santé pluridisciplinaires ne sont en fait qu'un prolongement des cabinets de groupe, proposés par des médecins qui avaient besoin d'une aide financière pour assurer les investissements et les frais de gestion de ces structures qui prenaient de plus en plus de place dans le paysage de la médecine libérale.

Par ailleurs, face à la désertification médicale, les élus locaux prêtaient une oreille de plus en plus attentive aux sollicitations des professionnels, qui présentaient cette solution comme la réponse « miracle » au problème de l'accès aux soins.

Le mouvement, apparu au début des années 2000, s'est développé lentement, avec 235 maisons de santé en 2012. Il a connu une accélération notable avec Marisol Touraine, puisque la barre des 1 000 a été franchie en 2015.

Cependant, les élus locaux deviennent de plus en plus sceptiques : les sommes investies sont importantes, sans aucune garantie de voir des locaux flambant neufs se remplir, faute de professionnels souhaitant s'y installer. Pourquoi cette

situation ? Il faut en fait revenir aux problèmes auxquels les maisons de santé sont censées répondre : d'une part maintenir une offre de soins dans des zones en difficulté, d'autre part attirer les jeunes vers l'exercice libéral. Le manque de courage politique des gouvernants concernant la nécessaire suppression de la liberté d'installation – réclamée par les 2/3 des Français – ne règle pas la question d'une juste répartition des ressources humaines sur le territoire. Enfin, en dehors de quelques exemples reposant sur le volontarisme de certains professionnels pour fonctionner réellement en équipes pluriprofessionnelles, beaucoup de maisons de santé ne sont en fait que de gros cabinets de groupe où les professionnels libéraux fonctionnent côte à côte en ne mutualisant que les frais de gestion de la structure.

Un autre problème est l'équilibre financier. De nombreux gestionnaires de ces structures sont inquiets quant à leur avenir du fait de montages financiers complexes sans aucune garantie de pérennité, car le mode de rémunération restant à l'acte – autre pilier archaïque de la médecine libérale – toutes les missions de coordination et de prise en charge en équipe reposent sur des enveloppes particulières dont l'avenir reste précaire.

### **POURQUOI LES CENTRES DE SANTÉ SONT-ILS PLUS ADAPTÉS AUX BESOINS ACTUELS ?**

Le concept de centre de santé n'a rien de nouveau et est présenté par l'Organisation mondiale de la santé (l'OMS) comme le mode d'organisation des soins primaires le plus efficace.

Il s'agit d'une structure pluriprofessionnelle où les différents intervenants sont salariés – première différence avec la maison de santé. Il est doté de personnels administratifs qui assurent sa gestion, soit de manière autonome dans le cadre d'une convention avec le financeur, soit en étant rattaché à un hôpital, une collectivité territoriale ou un intervenant de l'économie sociale et solidaire (une mutuelle par exemple). L'équipe de professionnels de santé n'a donc pas la responsabilité directe de la gestion de la structure, ce qui est une autre différence essentielle avec la maison de santé.

Par ailleurs, le centre de santé peut intégrer un plateau technique, notamment en radiologie et en biologie. Si les médecins généralistes qui y exercent sont généralement à plein temps, les spécialistes sont souvent des consultants hospitaliers (en provenance de l'hôpital de référence du territoire) qui viennent sur des plages horaires dédiées en fonction des besoins. Le centre de santé peut également accueillir dans ses locaux des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et des services sociaux. Il peut par ailleurs être en lien avec un hôpital local ou une structure d'hébergement pour personnes âgées, pour lequel il assure la permanence médicale.

### **ALORS POURQUOI N'Y A-T-IL PAS PLUS DE CENTRES DE SANTÉ ?**

Le premier frein est la réticence d'origine idéologique des représentants de la médecine libérale, qui considèrent le salariat comme une atteinte à leur liberté. Mais quelle liberté ? Celle de s'installer là où bon leur semble sans se préoccuper des besoins de la population qui a payé leur formation avec ses impôts ? La liberté de faire des dépassements d'honoraires car ils n'ont pas su négocier avec l'Assurance-maladie un mode de rémunération correspondant à une bonne qualité d'exercice ?

Le deuxième frein est le mode de financement actuel qui repose sur le paiement à l'acte. Ce type de financement est inadapté aujourd'hui pour la prise en charge globale et coordonnée par différents professionnels de santé de patients chroniques, qui ne peut se résumer à une consultation de dix minutes et la rédaction d'une ordonnance souvent trop longue. Seul un financement global – dont la négociation doit se faire annuellement en fonction de l'activité constatée – est donc réaliste. Il faut par ailleurs insister sur le fait qu'en fonction du territoire dans lequel se situe le centre de santé et des caractéristiques de sa population, les besoins ne sont pas les mêmes. Il est donc nécessaire que le financement de la structure prenne en compte cette réalité avec une véritable analyse des besoins et des objectifs et un financement adapté – qui ne sera pas forcément le même d'un territoire à l'autre.

# LA TÉLÉMÉDECINE ? DOCTEUR JEKYLL ET MISTER HYDE

**Un progrès technique n'est ni bon ni mauvais en soi : c'est son utilisation qui en fera un atout ou qui le détournera à d'autres fins. La télémédecine est typiquement à cette croisée des chemins.**

Sous la pression financière, certains imaginent une évolution de notre système de soins où la machine permettra de fermer des structures de proximité et de supprimer du personnel. Cette vision doit être combattue. Elle est en contradiction avec la pratique de la médecine, notamment avec le « colloque singulier », c'est-à-dire le face-à-face physique entre le soignant et le patient, essentiel pour pouvoir comprendre ce dont il souffre et trouver avec lui les meilleures solutions pour le soulager. Chaque cas est particulier. Au-delà des protocoles standardisés qui constituent des guides, des adaptations individuelles sont toujours nécessaires pour être efficaces. Efficacité qui ne repose pas que sur la technique et où la composante humaine, empathique et compassionnelle est essentielle.

Pour bien comprendre ce qui est en jeu, les évolutions récentes dans le domaine de la radiologie sont particulièrement éclairantes. Nous manquons de radiologues dans les hôpitaux publics pour une raison bien simple : un médecin de cette spécialité gagne au moins deux fois et demie plus dans le privé. Plutôt que de s'attaquer à ce problème, certains ont imaginé des systèmes de fonctionnement d'hôpitaux avec uniquement des manipulateurs de radiologie et une interprétation des images à distance par des plates-formes techniques, éventuellement à l'étranger, où les images seraient interprétées par des médecins devant des écrans informatiques. Au-delà de la déshumanisation du système, la qualité risque de ne pas être au rendez-vous. En effet, la prescription d'un examen nécessite de plus en plus une discussion entre

le médecin clinicien et le radiologue. Par ailleurs, le contact et la discussion avec le patient avant, au cours et après l'examen peuvent également être indispensables au radiologue pour adapter l'examen, l'interpréter ou en prévoir un autre.

Une des applications les plus prometteuses de la télémédecine est liée à un progrès dans la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux. En effet, il est possible aujourd'hui d'injecter un produit qui peut dissoudre le caillot qui obstrue l'artère dans le cerveau et permettre ainsi de récupérer complètement d'une paralysie. Cette technique est révolutionnaire mais son inconvénient est le délai très court de sa mise en œuvre pour qu'elle puisse être efficace : si possible dans les 3 heures (parfois jusqu'à 4 h 30) après l'installation des signes de paralysie. Ce délai inclut l'appel du patient ou de son entourage, le transfert à l'hôpital, la réalisation d'un scanner ou d'une IRM, puis la décision de traitement prise avec un neurologue. Le temps passe vite et les services de neurologie spécialisés mettant en œuvre ces techniques sont parfois très éloignés. Ces dernières années, des procédures ont été mises en place pour pouvoir traiter les patients dans leur hôpital de proximité en utilisant des techniques de télémédecine : caméra dans la salle d'examen, transmission des images radiologiques, concertation entre le médecin présent auprès du patient et le spécialiste à distance... Il faut insister ici sur le fait que seul le maintien d'hôpitaux de proximité avec des services d'urgences ouverts 24 heures sur 24 permet de respecter des délais de prise en charge compatibles avec les impératifs de l'ur-

gence du diagnostic et de l'initiation du traitement. Dans ce cadre, il faut insister sur le fait que le critère d'organisation pertinent n'est pas le nombre de passages dans un service, mais le fait que tout citoyen devrait être à moins de 30 minutes d'un établissement assurant l'accueil des urgences. Ce temps de transport s'entend bien entendu par les moyens de locomotion classiques et non par hélicoptère !

D'autres champs d'application de la télémédecine sont intéressants. L'utilisation des moyens de communication modernes autorise aujourd'hui le suivi à distance des patients porteurs de pacemakers ou de patients diabétiques traités avec des pompes à insuline. Cette surveillance à distance permet un suivi plus rapproché des patients avec des interventions plus précoces afin de détecter des anomalies et/ou d'adapter le traitement. Il est ici important de souligner que ces techniques débouchent sur une amélioration du suivi du patient et n'ont pas vocation à se substituer à sa prise en charge par contact direct avec les équipes soignantes, ni à résoudre des problèmes de démographie médicale.

Un autre domaine où beaucoup reste à faire est l'amélioration de la prise en charge des résidents dans les Ehpad. La revendication de la présence d'une infirmière 24 heures sur 24 et de médecins salariés dans les établissements a pour but d'assurer un suivi adapté de personnes de plus en plus lourdement dépendantes, évitant ainsi des hospitalisations inutiles. Encore une fois, la télétransmission, notamment de résultats d'examen, peut être utile. Pour prendre

un exemple concret, la présence d'une infirmière la nuit peut permettre la réalisation d'un électrocardiogramme ou d'examen sanguins simples réalisés sur une goutte de sang avec des appareils de petite taille et des manipulations simples. Examens qui pourront être transmis au Samu ou à l'établissement hospitalier de référence pour décider du transfert ou non de la personne à l'hôpital.

Ces exemples montrent bien que seule une approche médicale d'une bonne utilisation des progrès techniques pour améliorer la prise en charge des patients est acceptable. La médecine reste avant tout une affaire de contact humain et la technique ne doit constituer que des moyens et non une fin à visée économique.

L'évolution des soins et des techniques ne doit pas rester uniquement une affaire de professionnels. Les patients et futurs patients – donc tout un chacun – doivent avoir leur mot à dire. Le corps humain n'est pas une machine qui doit être réparée quand elle ne fonctionne pas bien. Nous sommes de fervents partisans de l'approche globale prenant en compte les problèmes physiques, psychologiques et sociaux afin de pouvoir soigner efficacement, dans le cadre d'un parcours adapté. Il s'agit donc de réfléchir collectivement à une organisation de l'offre de soins où la technique permet de trouver des solutions, notamment aux problèmes d'éloignement des centres de référence. Il s'agit d'un enjeu politique majeur d'aménagement du territoire afin que chacun puisse vivre où il le souhaite en bénéficiant d'un environnement qui le lui permette.