



# Soins de proximité : quelles organisations ?

Plusieurs dispositifs gérés au niveau territorial : maison ou pôle pluriprofessionnel de santé, communauté professionnelle territoriale de santé, groupement hospitalier de territoire... concourent à une meilleure prise en charge des patients.

## Vers une pratique plus collective en soins de proximité : de l'exercice regroupé à l'exercice coordonné

**Michel Varroud-Vial**  
Conseiller médical  
Soins primaires et  
Professions libérales,  
Direction générale de  
l'offre de soins

*Les références entre  
crochets renvoient  
à la Bibliographie  
générale p. 47.*

**L**e système français de soins ambulatoires est historiquement peu organisé, avec des professionnels de santé exerçant de façon isolée dans leur propre cabinet. Cependant l'exercice en cabinet de groupe a émergé dès les années 1970 comme une modalité significative d'exercice et a connu une nette expansion depuis le début des années 2000 chez la plupart des professionnels de santé de ville.

### L'exercice en groupe est progressivement devenu majoritaire

Le portrait des professionnels de santé publié par la Drees en 2016 [9] montre que ce mode d'exercice est devenu majoritaire chez les médecins généralistes, les médecins spécialistes (58 %) et les chirurgiens-dentistes. La proportion des autres professionnels exerçant dans ce cadre en 2015 était de plus de 40 % pour les masseurs-kinésithérapeutes, de 38 % pour les infirmiers *versus* 33 % en 2001, et de 30 % pour les orthophonistes. Cet exercice en groupe est plébiscité par les jeunes générations, et particulièrement par les médecins spécialistes de moins de 40 ans, dont presque 70 % exerçaient en groupe. Cependant l'exercice en

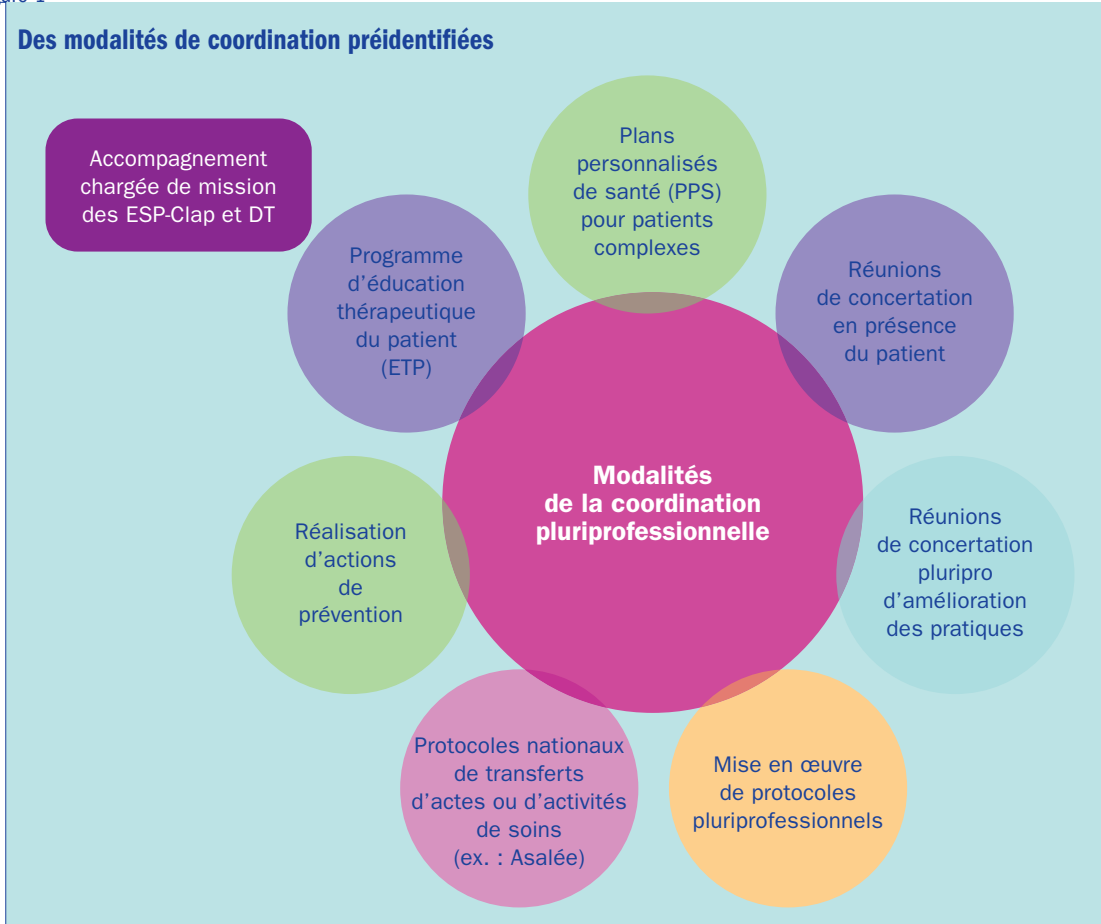
groupe reste la plupart du temps monoprofessionnel et dans des cabinets d'une relativement petite taille.

Des données récentes montrent que cette tendance s'est accentuée parmi les médecins généralistes libéraux [6] : 61 % d'entre eux exercent en groupe début 2019, *versus* 57 % début 2014 et 54 % en 2010. L'effet générationnel est confirmé, avec 81 % des moins de 50 ans exerçant en groupe. Dans plus de la moitié des cas (57 %), les regroupements sont composés uniquement de médecins généralistes avec un nombre moyen de trois médecins généralistes équivalent temps plein par cabinet. Les autres professions avec lesquelles les médecins généralistes se regroupent sont les infirmiers (21 %), suivis des masseurs-kinésithérapeutes (12 %) et des podologues (8 %). L'exercice avec d'autres médecins spécialistes hors médecine générale est rare et ne concerne que 6 % des cas.

### Les bénéfices et les limites de l'exercice en groupe

L'exercice en groupe permet la mise en commun de moyens, la possibilité d'acquérir et de rentabiliser des équipements coûteux (tels ceux nécessaires à l'exercice de la télémédecine ou des spécialités tournées vers une

figure 1



activité technique), ainsi que davantage de souplesse en matière de conditions de travail et de disponibilité.

Ainsi 76 % des médecins généralistes qui exercent en groupe disposent d'un secrétariat présentiel *versus* 34 % des médecins exerçant seuls [13]. Les médecins exerçant en groupe déclarent plus souvent participer à des formations continues, se former en éducation thérapeutique, être maîtres de stage et utiliser des dossiers patients informatisés [4].

Cependant, au-delà du partage de moyens logistiques, exercer en groupe n'implique pas l'existence d'un projet de santé commun. Et dans les faits, c'est rarement le cas. C'est l'objet de l'exercice en équipes de soins pluriprofessionnelles et coordonnées.

#### **L'exercice en équipes pluriprofessionnelles coordonnées : un mode d'exercice encore minoritaire mais en progression**

Cet exercice s'est développé depuis une quinzaine d'années selon trois modèles inscrits dans le Code de la santé publique (lire l'encadré p. 30). Il est caractérisé par l'existence d'un projet de santé commun à l'équipe et la présence d'un temps de coordination, qui peut être

assuré par un non-professionnel de santé. Les axes du projet de santé sont résumés par la matrice de maturité publiée par la Haute Autorité de santé : protocoles pluriprofessionnels, partage du système d'information, accès aux soins, implication des patients. La première évaluation de cet exercice pluriprofessionnel a montré des gains en matière de productivité et de dépenses et une meilleure qualité des pratiques pour le suivi des diabétiques, la vaccination et la prévention du risque iatrogénique, d'autant plus que les professionnels coopèrent de manière effective entre eux et partagent de l'information [21, 22].

#### **Un nouveau cadre de coordination au niveau des territoires**

L'arrivée depuis 2016 des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) représente une nouvelle forme d'exercice coordonné au niveau des territoires, à une échelle plus large et sur des activités plus limitées que les équipes de soins primaires. Les CPTS sont respectueuses de la diversité des modes d'exercice et dépourvues de contrainte immobilière. Les professionnels de santé qui y adhèrent ne partagent



### Les trois modèles de l'exercice en équipes pluriprofessionnelles coordonnées

Au total, environ 13 % des médecins généralistes sont engagés dans un exercice en équipes de soins coordonnées (+ 2 % depuis 2017).

- **Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)**, à statut libéral, bénéficient d'un soutien institutionnel et d'un financement par l'Assurance maladie (accord cadre interprofes-

sionnel). Le nombre de MSP en activité est passé de 240 en 2013 à 1 250 en 2019. Environ 5 000 médecins y exercent, dont 4 380 généralistes, ainsi que 1 050 pharmaciens et 9 800 auxiliaires médicaux, dont 5 450 infirmiers (source : Observatoire des MSP).

- **Les centres de santé polyvalents**, à statut salarié, bénéficient également

d'un accord national avec l'Assurance maladie : 2 250 médecins généralistes, 1 250 en équivalent temps plein, exercent dans ces centres (source : Observatoire des centres de santé).

- **Les équipes de soins primaires** sont encore émergentes : quelques dizaines d'équipes concentrées dans quelques régions. ●

pas une patientèle mais se coordonnent autour de projets répondant aux besoins des usagers, avec une logistique commune et des outils permettant le partage sécurisé des données de santé.

Ces CPST sont complémentaires des équipes de soins primaires : de nombreuses CPTS sont nées de la dynamique des maisons de santé pluriprofessionnelles, et de nouvelles MSP sont créées grâce aux rapprochements entre professionnels permis par les CPTS. Le projet du gouvernement de mailler le territoire national par les CPTS affiche clairement la volonté de généraliser l'exercice coordonné des professionnels de santé en ville.

#### L'enjeu majeur de l'exercice coordonné : le partage des actes et activités entre médecins et autres professionnels de santé

Le développement de délégations d'actes et d'activités entre médecins et autres professionnels de santé est incontournable pour assurer le futur de notre système de santé. Cette évolution a un triple objectif : répondre à la transition démographique et pathologique, qui suscite un nombre croissant de patients âgés et atteints de pathologies multiples, assurer la qualité des soins et améliorer la disponibilité des médecins. Elle ne se résume pas à la pratique avancée des auxiliaires médicaux, rendue possible par la loi de janvier 2016 et qui connaît une première application avec les infirmiers : ce cadre ne concernera progressivement que quelques centaines de professionnels, alors que c'est bien l'ensemble de la profession qui doit évoluer pour répondre aux besoins des patients.

Cependant, seize ans après le rapport Berland et dix ans après la création des protocoles de coopération par la loi HPST, ces coopérations restent quasi anecdotiques. Seuls une douzaine de protocoles en soins ambulatoires ont été validés par la Haute Autorité de santé, et deux seulement connaissent une certaine extension : le protocole Asalee (action de santé libérale en équipe) dans le domaine de l'éducation thérapeutique et du suivi de pathologies chroniques, qui concerne 700 infirmiers et 2 800 médecins généralistes ; et les

protocoles de la filière visuelle, grâce auxquels environ 80 ophtalmologistes coopèrent avec des orthoptistes.

Plusieurs mesures législatives ont été récemment proposées pour rattraper ce retard, notamment la délivrance de médicaments à prescription médicale obligatoire par les pharmaciens. Bien que se plaçant explicitement dans le cadre d'un exercice coordonné, le risque de cette approche réglementaire est de se heurter aux concurrences entre professionnels et aux cultures professionnelles. C'est pourquoi le même projet de loi prévoit de donner une nouvelle impulsion aux coopérations par le déploiement de protocoles nationaux répondant à des priorités de santé, sous le pilotage d'un Comité national des coopérations, travaillant en association avec les équipes de soins volontaires et les Conseils nationaux professionnels.

Une première priorité est le déploiement de coopérations formalisées entre médecins généralistes et infirmières de ville pour prendre en charge à domicile les centaines de milliers de patients âgés ou en perte d'autonomie. Ces coopérations doivent à la fois reconnaître le rôle des infirmiers dans la continuité et la coordination des soins et leur permettre certaines interventions de première ligne par délégation des médecins. Elles peuvent être mises en œuvre au sein des équipes de soins primaires mais aussi au sein des CPTS grâce à une coopération organisée entre cabinets de médecins et cabinets infirmiers et au recours à la télémédecine. Sur la base d'une infirmière suivant 50 patients et coopérant avec 5 médecins, ce sont 16 000 infirmières et 3 200 médecins généralistes qui devraient être mobilisées. Dans les zones les plus en difficultés pour l'accès aux soins, ce mode de prise en charge pourrait être étendu à l'ensemble de la population.

L'évolution vers des pratiques plus collectives des professionnels de santé de ville est engagée, mais reste insuffisante. La constitution d'une force multi-professionnelle en soins de ville est inséparable du développement de l'exercice coordonné et d'un nouveau partage des tâches, à la fois au niveau des patientèles et des territoires. ●