

La santé de proximité : repenser les conditions d'un accès aux soins pour tous

Société / Santé

Par [Le Collectif de professionnels et de patients pour la
refondation de la santé](#)

Publié le 13 avril 2023

Souffrir d'une affection chronique et ne pas trouver de médecin traitant : 714.000 Français sont dans ce cas. « Une situation qui n'est pas acceptable » a affirmé le ministre de la santé et de la prévention le 3 avril, annonçant qu'avant la fin de l'année l'Assurance maladie les contactera chacun pour leur offrir une solution. Mais plus largement, l'accès aux soins est une question centrale de la refondation du système de santé : comment augmenter le temps médical ? Comment améliorer les conditions de travail ? Jusqu'où aller dans le partage de tâches entre médecins et paramédicaux ? Faut-il réguler l'installation

des professionnels de santé ? Dans cette note, le CPPRS propose de mettre l'accent sur des solutions issues des territoires.

Sommaire

1. L'accès aux soins de santé primaire

2. La gynécologie médicale et l'ophtalmologie

Annexe 1

Annexe 2

Accédez au dossier complet : [Pour une refondation du système de santé](#)

Le Collectif de professionnels et de patients pour la refondation de la santé – liste complète des signataires ici : <http://www.cpprs.fr/>

La question de l'accès aux soins est devenue récurrente en France et a fait irruption dans le débat public. Ainsi en 2022, six millions de français n'ont pas de médecin traitant dont 714.000 en affection longue durée... Il est devenu très compliqué d'accéder à un médecin généraliste dans certains territoires, ou à des spécialistes, pédiatres, gynécologues ou ophtalmologistes... Le premier obstacle est l'accès géographique qu'il s'agisse d'un désert médical ou d'un accès difficile car éloigné du domicile du patient. 87% du territoire français serait considéré comme un territoire sous-dense par les ARS (zones prioritaires et zones à consolider). Le second obstacle est tarifaire, en raison du nombre de spécialistes exerçant en secteur 2, c'est-à-dire avec des

dépassements d'honoraires. Ces difficultés sont le résultat d'une politique malthusienne (numerus clausus), libérale (instauration en 1980 d'un secteur à honoraire libre et absence de toute régulation de la liberté du lieu d'installation), de l'absence d'anticipation des évolutions démographiques et sociologiques, de la non prise en compte des conditions de du travail, de l'abandon de la notion de service public... La situation dans les territoires est tendue : les professionnels de santé ont du mal à faire face aux demandes de santé ; le métier de médecin généraliste traitant n'est pas assez attractif pour les jeunes médecins, qui hésitent à s'engager dans un mode d'exercice perçu comme contraignant et difficile ; compte tenu d'une pyramide des âges très déséquilibrée, l'éventualité d'un départ prématuré des médecins généralistes proches de l'âge de la retraite ou en cumul emploi-retraite fait peser un très grand danger sur l'offre de soins (la moyenne d'âge des médecins généralistes est élevée entre 55 et 60 ans). Ce constat pour les médecins généralistes est globalement transposable aux autres professions médicales et paramédicales.

La situation est tellement critique et préoccupante qu'une association de consommateurs, Que-Choisir, a publié en novembre 2022 une carte interactive dévoilant « l'état déplorable de l'accès géographique et financier aux soins en France ». On y note que plus de 15 millions de Français rencontrent des difficultés pour accéder à un médecin généraliste ; que 27,5% des enfants de 0 à 10 ans vivent dans un désert pédiatrique, et que plus de la moitié des jeunes Français subissent des difficultés à accéder aux soins (zones à accès difficile)... Enfin que 8 usagers sur 10 n'ont pas accès à un ophtalmologue respectant le tarif de la Sécurité sociale à moins de 45 minutes de trajet... L'argument financier est le premier motif de renoncement aux soins. Malgré les mutuelles ou assurances, les restes à charge pour consulter un médecin spécialiste sont pour beaucoup dissuasifs. L'association de consommateurs appelle les pouvoirs publics à prendre des

mesures fortes, à commencer par la régulation de l'installation des médecins libéraux et la suppression du secteur 2.

Le Gouvernement tente de trouver des solutions pour améliorer l'accès aux soins en proposant des mesures permettant d'augmenter le temps médical (assistants médicaux, délégation ou transfert de tâches médicales à des paramédicaux), d'améliorer les conditions de travail (maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé), d'augmenter le nombre de futurs professionnels à former (remplacement du *numerus clausus* par le *numerus apertus* en fonction des capacités de formation des facultés de médecine). D'autres mesures sont controversées, comme l'accès direct à certains paramédicaux libéraux qui, dans les conditions actuelles, va à l'encontre du travail d'équipe ; la quatrième année d'internat de médecine générale avec stage en priorité dans des zones sous-denses qui n'aurait de sens que si les étudiants pouvaient bénéficier d'un encadrement par des médecins seniors enseignants ; ou encore la carte de séjour « talent-professions médicales » pour attirer des médecins venant de pays hors union européenne, qui feront défaut à leur pays d'origine, y aggravant les déserts médicaux .

Certains élus demandent la fin de la liberté d'installation et préconisent des conventionnements sélectifs au moins pour que les spécialistes s'installant en secteur 2 ne puissent le faire dans le quintile des territoires les mieux dotés qu'en remplacement d'un confrère de la même discipline partant à la retraite.

Le CPPRS fait dans ce domaine les recommandations suivantes :

1. L'accès aux soins de santé primaire

Recommandation 1 – Services de santé de proximité

Créer des services de santé de proximité sur tout le territoire

Comme les pays étrangers comparables, la France devrait disposer d'une première ligne de soins de santé primaire, répondant aux besoins de prévention et de soins de la population.

Ces services de santé primaires de proximité reposent sur des structures de soins regroupant en un même lieu les soins primaires en équipe pluri-professionnelle. A côté d'une offre de médecins généralistes remplissant leur rôle de médecin traitant, ils proposent l'accès à des infirmiers, infirmiers de pratique avancée, assistants médicaux, accompagnateurs sociaux, psychologues, kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, pédicures... Ils sont composés de centre de santé (CDS) et/ou de maison de santé pluri- professionnelle (MSP). Ils intègrent aussi les professionnels de premier recours exerçant de façon individuelle et ayant choisi de s'inscrire dans la dynamique d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). Selon les territoires, ce sont souvent les CDS et les MSP qui aident à construire la CPTS mais cela peut être l'inverse. Les professionnels exercent dans le cadre du secteur 1 (à revaloriser) lorsqu'ils sont libéraux, ou en tiers-payant intégral lorsqu'ils exercent dans le cadre du salariat.

Ces services de santé de proximité font partie du service de santé d'intérêt général. Ils sont des lieux de formation pour les jeunes professionnels de santé en formation et peuvent être mobilisés dans le cadre de programmes de recherche en soins primaires.

La dynamique de création d'un service de santé de proximité de premier recours sur l'ensemble du territoire suppose de :

- consolider en premier lieu l'offre de soins primaire pour éviter une chute brutale de l'accès à un médecin traitant dans les nombreux territoires en tension (notamment en finançant des assistants médicaux) ;
- apporter des ressources humaines aux professionnels et des locaux adaptés à l'accueil de ces équipes de soins ;
- aider à la constitution d'équipes de soins en finançant pour des médecins généralistes regroupés des assistants médicaux et des infirmiers ;
- réunir les ressources médicales existantes en proposant un service de santé fédérateur acceptant une diversité de modes d'exercice et de statuts.

L'idéal est de se reposer sur une CPTS quand elle existe et de demander à un groupe de professionnels de santé désignés de proposer :

- un diagnostic des besoins prioritaires en santé publique de la population du territoire
- un diagnostic territorial de l'offre de soins et de santé
- sur la base des travaux existants (notamment les projets de santé des CPTS)
- en incluant l'offre de prévention : PMI, médecine scolaire, dispositifs spécialisés tels que centres de planification (devenus centres de santé sexuelle depuis février 2022) ou PASS, les services médico-sociaux et les établissements de santé.
- identifiant les zones les plus en tension
- anticipant les départs en retraite
- et à partir de ces diagnostics, un projet de santé territorial définissant le rôle de chacun dans le respect de la gradation des soins entre premier recours, soins spécialisés ambulatoires et hospitalisations.

De nouveaux modes de financement des professionnels de santé des services de santé primaires de proximité doivent être proposés. Pour mémoire, les leviers financiers disponibles sont :

- la capitation, avec des forfaits ajustés aux caractéristiques médicales et sociales de la patientèle, et à la qualité des soins (patients chroniques, prévention,...) prenant en compte les données cliniques
- le financement par missions (accompagnement social , organisation des parcours ville-hôpital, maintien à domicile, PASS, prévention, recherche, enseignement, etc.)
- le paiement à l'acte en complément lorsqu'il est le mieux adapté (gestes techniques, petite traumatologie, échographies, etc.).

Il faudra tenir compte des expériences menées au titre de l'article 51 (dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé, notamment les expériences PEPS (paiement en équipe de professionnels en ville), IPEP (incitation à une prise en charge partagée) et SECPA (Structures d'exercice coordonné participatives)).

Enfin en tant que de besoin, ils doivent aussi intégrer selon les besoins des médiatrices / médiateurs de santé et / ou accéder à l'interprétariat professionnel pour garantir aux personnes allophones l'accès aux soins dans des conditions satisfaisantes.

Recommandation 2 – Déserts médicaux et services de santé sous- dotés

- **Organiser des consultations avancées dans les services de santé de proximité des zones sous-denses ou de déserts médicaux**
- **Permettre aux médecins installés en territoires à risque de désertification, de continuer à exercer leur métier dans de bonnes conditions**

Il faut faire le constat que les incitations financières à l'installation n'ont pas donné les résultats escomptés alors même que l'espérance de revenus dans ces zones est par construction plus importante. Et ce n'est pas non plus sous la

contrainte à l'installation des médecins libéraux que l'on va réussir à combler les déserts médicaux. Contrainte qui pourrait avoir un effet désastreux sur l'attractivité de la fonction de médecin généraliste traitant. La mise en place de la 4^{ème} année de formation de MG orientée vers les zones manquant de médecins sera difficile à réaliser, si l'on écarte l'hypothèse de la création d'un service civique obligatoire universel qui ne semble pas à l'ordre du jour.

La solution est à rechercher dans la collaboration des collectivités territoriales et du service de santé d'intérêt général (SSIG), avec l'appui des ARS. Le SSIG intègre le service public stricto sensu (les hôpitaux publics, les centres de santé de statut public et les structures publiques de prévention en santé) avec un maillage territorial permettant à tout habitant de pouvoir accéder à une distance raisonnable à ce service public territorial de santé, et d'autre part les établissements participants au service public (PSPH) ou des professionnels libéraux installés en secteur 1 et participant à la permanence des soins qu'ils exercent de façon individuelle ou regroupés ou en équipe dans des maisons de santé pluri-professionnelles ou des centres de santé). L'ensemble de ces acteurs doit contribuer au fonctionnement du service de santé de proximité des zones sous-denses ou qualifiées de déserts médicaux. Il s'agit d'offrir des consultations de médecine générale ou de spécialistes sans dépassement d'honoraires.

L'idée est de ne pas imposer à des médecins libéraux une installation non souhaitée, mais de solliciter les jeunes médecins qui souhaitent travailler en équipe pluri-professionnelle en ayant un statut et un salaire de praticien hospitalier « détaché » (à plein temps ou à temps partiel) et des médecins travaillant dans des structures de santé environnantes (centres de santé et/ou maison de santé pluri-professionnels) qui chaque semaine ou chaque mois assureraient des consultations avancées dans ces centres mis à disposition par les communes concernées. Il est possible alors d'imaginer des compensations financières ou

d'évolution de carrières pour les praticiens hospitaliers dits « détachés ». Le même schéma pourrait être appliqué pour les paramédicaux.

Ainsi, les modes de rémunération des différents intervenants peuvent varier : salariat ou activité libérale.

Il y a besoin pour monter de tels projets d'aide et de soutien de la part des ARS et des collectivités territoriales : budget et plan de financement facilité (investissement matériel et immobilier, fonctionnement) en anticipant les besoins à venir ; et de la mobilisation pleine et entière des acteurs de la CPTS.

Voir Annexe 1 la réflexion marseillaise sur les déserts urbains.

Recommandation 3 – L'évolution des modes d'exercice

**Favoriser le travail en équipe (dans les MSP et les CDS),
l'exercice coordonné, pluri- professionnel incluant notamment
les assistants médicaux, financé par la puissance publique.**

Les assistants médicaux permettent de décharger les médecins et de dégager du temps médical

Le travail en équipe est de plus en plus plébiscité par les jeunes. Il permet le rapprochement entre les professions médicales et paramédicales, l'échange pour un meilleur exercice coordonné, avec les hôpitaux et le secteur médicosocial grâce notamment à des coordinateurs de parcours, des médiateurs (médiatrices) de santé financés sur dotations publiques, la réalisation de missions de santé publique pour la prévention et la promotion de la santé. Par ailleurs le travail en équipe rompt l'isolement professionnel et permet l'amélioration des conditions de vie (permanence tournante au sein des cabinets, organisation de la

permanence des soins). Le principe de la liberté du patient de choisir son ou ses praticiens est préservé.

Des mesures financières incitatives de la part de l'Assurance-maladie doivent être renforcées pour faire évoluer le système de santé vers des pratiques professionnelles collectives.

L'évolution des modes d'exercice en équipe, de manière coordonnée avec des modes de rémunération divers est attendue par les jeunes médecins qui nous disent souhaiter choisir leur statut, salarié ou libéral ; pouvoir changer de lieu ou de mode d'exercice durant leur carrière. Tous n'ont pas envie d'être des managers, ou d'assumer des fonctions d'employeur. Ces raisons expliquent en partie l'attrait du salariat.

Recommandation 4 – Le développement du partage de tâches

Développer le partage de tâches en s'appuyant sur les infirmières de pratiques avancées

C'est un sujet sensible. Certains y voient un transfert de compétences vers des acteurs moins formés. D'autres la possibilité de déléguer de nombreuses tâches à des soignants dans le cadre de soins définis, comme l'éducation thérapeutique des patients, le suivi des patients chroniques stabilisés, les renouvellements d'ordonnance, les vaccinations, la coordination des soins.

L'exercice en équipe offre cette possibilité de partage de tâches dans un esprit de coopération permettant de mieux utiliser le temps médical et d'offrir aux patients un meilleur suivi.

Il n'en reste pas moins qu'il faudrait déterminer et clarifier les niveaux de rémunération des médecins et des infirmiers de pratiques avancées que cela soit en salariat ou à la capitation ou en rémunération à l'acte. Le salariat ou le paiement à la capitation (par patient et par pathologie) ou par une dotation globale pour l'ensemble des personnes inscrites incite plus au partage et à la délégation de tâches que le paiement à l'acte (dont le sous-financement incite à la multiplication d'actes simples de courte durée).

Recommandation 5 – La programmation des effectifs à former

Mettre en place des conférences régionales des professions de santé

Ces conférences auraient la charge d'analyser les dynamiques professionnelles médicales et paramédicales, les conditions de travail et les moyens de favoriser le retour à l'emploi notamment des infirmières. Elles doivent avoir à leur disposition les données de l'observatoire démographique national des professions de santé.

2. La gynécologie médicale et l'ophtalmologie

Le CPPRS souhaite que soit déclinées des stratégies pour certaines spécialités médicales en accès direct : comme la gynécologie médicale, la pédiatrie et l'ophtalmologie

a. L'exemple de la gynécologie médicale

La gynécologie traverse une crise importante du fait de la disparition des gynécologues médicaux anciens acteurs du soin primaire en gynécologie. Les gynécologues médicaux et obstétriciens nouvellement formés sont devenus tous des acteurs du soin d'hyperspécialité et ne peuvent plus assurer les soins primaires

Les médecins généralistes sont fortement sous pression d'une population vieillissante et ont du mal à assurer l'afflux des demandes en soins primaires gynécologiques. Il est alors indispensable de réfléchir aux acteurs à valoriser et installer aux côtés des généralistes dans le soin primaire gynécologique pour les années à venir. On observe sur le terrain que la relève est prise en partie par les sages-femmes depuis l'évolution de leurs attributions et la couverture territoriale.

Recommandation 6 – Promouvoir les soins primaires en gynécologie

- Structurer au sein des CPTS (en particulier au sein des CdS et des MSP) une offre de soins primaires en gynécologie
- Développer l'offre de prévention / soins dans les centres de santé sexuelle en fixant une obligation de plages d'ouverture et de couverture territoriale qui pourra être assurée par les départements, les centres hospitaliers, les municipalités, les associations qui ont délégué des départements, les centres de santé

Les soins primaires gynécologiques traitent l'ensemble des actions de prévention, d'éducation et de dépistage en santé sexuelle et reproductive et en cancérologie.

Cette offre serait composée des :

- médecins généralistes qui en ont la compétence ou qui se sont formés ;
- sages-femmes qui ont obtenu la compétence en gynécologie^① ;
- PMI qui ont cette mission de gynécologie et qui s'adressent en particulier aux jeunes^② ;
- les EVARS (Espaces vie affective, relationnelle et sexuelle) lieux d'information et d'orientation, d'accompagnement (statut revu en 2018)
- centres de santé sexuelle (C2S- ex planning familial)

Ces dernières structures peuvent assurer le dépistage et le traitement des IST, le dépistage des cancers du col, la contraception, l'avortement et de l'éducation à la sexualité. L'accueil est assuré par des personnes formées. Le problème réside dans la grande variation de leurs plages d'ouverture, car si les PMI ont une obligation d'une quantité d'heures d'ouverture en fonction du nombre d'enfants sur le territoire, il n'y a aucune contrainte de ce type pour les C2S, ce qui laisse de la marge aux départements en charge de cette compétence.

Enfin, le rôle des infirmières scolaires en matière de soins primaires est à préciser.

L'ensemble de ces acteurs auraient la charge de la contraception, des soins de suivi gynécologique, la prévention et le dépistage des cancers gynécologiques et coordonner l'adressage vers un gynécologue pour avis spécialisé.

b. L'exemple de l'ophtalmologie

La situation de l'ophtalmologie est dramatique en France (voir annexe 2). L'accès à l'ophtalmologie est devenu extrêmement compliqué pour des raisons de démographie médicale, d'accessibilité territoriale et de coût (60% des ophtalmologistes sont en secteur 2). Les délais de rendez-vous sont à plus de deux mois avec de fortes disparités régionales. L'offre en secteur 1 est devenue minoritaire.

Il faut savoir que plus de 80% de l'activité des ophtalmologistes généraux est consacrée à la prescription de lunettes à des patients qui n'ont pas de pathologie oculaire. Dans ce contexte, il n'est donc pas anormal que le législateur finisse par dissocier la mesure de la réfraction avec prescription de lunettes, de l'examen médical qui consiste à examiner l'œil et ses possibles pathologies.

Il existe très peu de filière organisée prenant en charge de pathologies oculaires graves telles que le glaucome chronique, la rétinopathie diabétique ou la myopie forte... Et, le dépistage de maladies oculaires fréquentes (glaucome chronique, rétinopathie diabétique ou DMLA) n'est, en pratique, pas organisé.

Des sociétés à but lucratif ont depuis quelques années investi dans la création de centres d'ophtalmologie en secteur 1 misant sur la cotation avantageuse des actes d'imagerie. Certains centres les réalisent sans forcément tenir compte de l'acuité visuelle ni du contexte pathologique, ce qui a amené l'Assurance-maladie à faire des contrôles. On observe également des investissements dans des cliniques privées pour assurer les gestes interventionnels les plus fréquents : injections intravitréennes, chirurgie de la cataracte.

Parallèlement les services d'ophtalmologie hospitaliers subissent, comme dans les autres spécialités, la rigueur budgétaire et l'insuffisance d'investissement qui souvent les empêchent de rivaliser avec les cliniques commerciales voisines, et les centres de consultations privés (à l'exception du Centre Hospitalier National d'Ophtalmologie des Quinze-Vingt, et de la Fondation Hôpital Rothschild).

C'est pourquoi le CPPRS recommande :

Recommandation 7 – Création d'unités d'accès

primaire d'ophtalmologie en CdS ou MSP

Promouvoir l'ouverture d'unités d'accès primaire d'ophtalmologie en CdS ou MSP

Dans le cadre d'un centre de santé multidisciplinaire, il serait aujourd'hui possible d'implanter une unité d'accès primaire à l'ophtalmologie fonctionnant selon le principe de l'ouverture de consultation ophtalmologique avancée fonctionnant sans ophtalmologiste permanent, ouvert en accord avec et supervisé par soit un service d'ophtalmologie hospitalier voisin, soit un groupement d'ophtalmologistes en secteur 1, auquel les résultats des examens « à risque » seront transmis, et qui s'engagent à recevoir les patients nécessitant un complément d'examen ou une prise en charge urgente.

Ces unités de Consultation ophtalmologique avancée devraient comprendre :

a) une unité de consultation avec :

- un ou plusieurs postes de réfraction tenu par des orthoptistes ou optométristes permettant la prescription de lunettes et une mesure automatique de la pression intra oculaire (PIO)
- un rétinographe permettant de prendre des photos du fond d'œil
- un appareil de tomographie en cohérence optique (OCT) , permettant l'analyse de la papille du nerf optique et de la macula.

b) des règles de fonctionnement basée sur une logique et déontologie médicale :

- Mesure systématique de la pression intraoculaire après 40 ans
- Photo du fond d'œil systématique si l'AV corrigée n'est pas de 10/10 ou en cas de diabète

- Photo de la papille et examen OCT de la papille si PIO limite ou élevée
- une disponibilité pour les urgences ophtalmologiques afin de les diriger vers l'ophtalmologiste référent en fonction du degré de gravité
- un dossier informatisé
- une analyse des données par un logiciel d'intelligence artificielle (IA)³, afin de ne transmettre que les données présentant un doute pathologique au centre médical référent(et non les résultats strictement normaux).

c) s'engager sur une mission de dépistage de plusieurs maladies oculaires en les adressant au centre ophtalmologique de référence pour validation :

- Glaucome, prévalence 2% après 40 ans, 10% après 70 ans
- DMLA, prévalence 10% après 65 ans, 25 % après 75 ans , toutes formes confondues * (HAS 2022)
- Rétinopathie diabétique, prévalence 2,5% de la population, 40% des diabétiques toutes formes confondues
- Myopie forte, prévalence 5% de la population

La stratégie et la finalité du dépistage sont précisément définis selon les maladies.

d) On peut également imaginer des Unités d'ophtalmologie comportant une salle de soins où l'ophtalmologiste référent viendrait faire des injections intravitréennes une fois par semaine plutôt que de déplacer les patients en taxi-ambulance au centre de référence.

Annexe 1

LES DESERTS MEDICAUX URBAINS

Réflexion marseillaise

Notre territoire souffre de déserts médicaux de plusieurs types. Les déserts médicaux géographiques sont dans les régions peu peuplées, campagnes, et montagnes. Ils posent des problématiques bien particulières dans lesquelles entrent en jeu les notions de distance géographique par rapport à des soins primaires, de possibilités d'orientation vers des centres de recours encore plus éloignés, d'accès de l'imagerie ou de la biologie. Dans ces contextes la médicalisation est souhaitée, attendue, plébiscitée par les collectivités et les patients. Tous les dispositifs imaginés et mis en œuvre, notamment les CPTS, vont trouver une écoute de la part de tous notamment les ARS et collectivités locales.

Les déserts médicaux urbains dans les grandes villes notamment les plus pauvres présentent d'autres caractéristiques. Il s'agit de quartiers dans lesquels il est difficile d'accéder du fait de l'existence de zones de non-droit pour lesquelles les services de police, parfois même les pompiers ou le SAMU ne peuvent accéder en toute sérénité. De manière assez logique, ces déserts médicaux urbains ont vu leur population médicale diminuer puis disparaître.

- L'installation d'une spirale négative faisant que, progressivement, médecins généralistes, infirmières libérales, kinésithérapeutes ont abandonné la place. Certaines solutions existent mais posent questions sur le plan éthique.
- L'installation de cabinets de soins libéraux « low cost » concernant plus particulièrement les soins paramédicaux ou les soins dentaires de qualité discutable.
- Les expériences de maisons médicales digitales basées sur un principe de téléconsultation virtuelle et gérées par un médiateur en santé. Le concept est fragile sur le plan médical. Il est inacceptable sur le plan éthique, admettant implicitement l'abandon du quartier ou de l'arrondissement en termes de prise en charge présentielle de qualité.

Ces éléments sont majorés par le fait que dans certains quartiers voire certains arrondissements comme à Marseille, les transports en communs sont précaires au point que pour les habitants de ces quartiers, il n'est pas facile d'aller dans les

urgences polyvalentes ou les consultations d'un hôpital pourtant peu éloignés en kilométrage.

Les conséquences de telles situations sont considérables sur le plan de la santé publique. Ainsi par exemple, en pleine crise COVID les 3 arrondissements des quartiers Nord de Marseille (13^{ème}, 14^{ème}, 15^{ème}) avaient une couverture vaccinale de l'ordre de 30 % lors de l'été 2021 alors qu'elle atteignait 70 % dans la population générale. Les conséquences sont aussi délétères en termes de prévention quasi inexistante, de pertes de chance sur l'ensemble des maladies chroniques.

1^{ère} proposition : installer des maisons de santé ou toute autre structure permettant à des équipes médicales de travailler avec une masse critique de médecins et de soignants suffisante. L'expérience montre qu'un seuil minimum de 7 personnes travaillant à temps partagé dans un centre médical de santé permet de faire vivre un centre de manière cohérente. Il convient donc de développer, non pas une attractivité pour des médecins isolés, mais pour des groupes de soignants. Ceci sous-entend des locaux adaptés, une harmonisation dans les différents corps de métiers, des accès privilégiés vers les consultations de l'hôpital référent, qu'il s'agisse d'examen complémentaires ou des avis spécialisés.

L'hôpital public a toute sa place dans la constitution de ces centres en zone de non-droit d'autant qu'il va s'y ajouter, selon une spirale cette fois-ci vertueuse, la possibilité pour l'hôpital public de dégager des postes partagés de soignants qui pourront venir de manière régulière apporter une expertise sur les spécialités ciblées telles que pédiatrie, endocrinologie pour la prise en charge des diabètes et de l'obésité, gynécologie, maïeutique... Les expériences positives dans le centre de santé des Aigalades à Marseille a permis au cours des 5 dernières années de trouver un fonctionnement stable avec 3 praticiens hospitaliers à temps partagé de plus de 50%, un infirmier à temps complet. Il s'y ajoute les consultations hebdomadaires de gynécologie, pédiatrie, maïeutique, endocrinologie ...

Permettant de stabiliser une masse critique de soignants physiquement présents compatible avec une qualité de vie au travail. Une valence universitaire incrémente le dispositif avec l'ouverture d'un poste d'interne en médecine générale. Dans ce modèle, le centre de santé est considéré comme une émanation de l'hôpital public avec pour mission de s'intégrer à un programme d'action partagé entre les différents acteurs de santé, hospitaliers, professionnels libéraux, collectivités, associatifs. Des conventions ont été passées avec les CPTS des 3 arrondissements concernés. pour s'intégrer à un programme d'action partagé entre les différents acteurs de santé, hospitaliers, professionnels libéraux, collectivités, associatifs.

2^{ème} proposition : Repenser complètement les modalités d'installation des maisons de santé à l'intérieur des déserts médicaux urbains.

La maison de santé ne doit pas être le réverbère sur lequel se focalisent les actions. Il est indispensable d'en préparer l'installation sur tout le tissu social existant. Qu'on le veuille ou non, l'installation d'un centre de santé n'est pas forcément bien vécue. Elle peut être considérée comme propre à déstabiliser des équilibres locaux.

L'implantation passe par un travail en amont avec les associations locales comités de quartier, permettant de faire des « aller vers » par l'ouverture de dialogues. Il en est des même avec les libéraux médicaux ou paramédicaux encore présents. Il convient, à ce titre, de faire preuve d'agilité avec des conventions qui peuvent permettre à ces libéraux de travailler dans des centres de santé publics pour tout ou partie de leur activité. Le lien doit être, également, effectué avec les différentes communautés qui existent dans les cités afin de permettre une participation et une protection efficace des membres du centre de santé.

Ces maisons de santé doivent donc s'intégrer complètement à la vie des quartiers, ce qui impose un travail préalable important

qui commence dès le choix du lieu d'implantation. Faire vivre un tel centre de santé ne peut se faire qu'en restant une émanation de l'hôpital public le plus proche. A chaque étape la logique est de s'intégrer au tissu social quel qu'il soit. La sécurité et la qualité de vie au centre de santé seront assurées par la population concernée plus que la protection par des agents de sécurité. C'est la mission de l'hôpital public de restaurer une responsabilité populationnelle, qui consiste à cibler des actions de santé pour l'ensemble de la population, stratifiée en fonction de son état de santé.

Annexe 2

ETAT DES LIEUX DES CONSULTATIONS D'OPHTALMOLOGIE EN FRANCE

1. Les consultations d'ophtalmologistes

Accès à un ophtalmologiste

En 2022 on recensait 5.794 ophtalmologistes en exercice en France. La densité des ophtalmologistes est de 8,7/100.000 habitants. En comparaison, la densité des orthoptistes est de 8/100.000 et celle des opticiens de 60/100.000. Mais La répartition territoriale des ophtalmologistes, comme pour les autres spécialités, est très différente selon les régions et les départements, et notamment entre les secteurs urbains et les secteurs ruraux. Soixante pour cent des Territoires de Vie Santé n'ont pas d'ophtalmologiste.

En pratique, 85% de la population serait à moins de 20mn de l'ophtalmologiste le plus proche⁴. Cependant le délai moyen de rendez-vous reste long, environ deux mois, avec des disparités importantes puisque ce délai peut atteindre 3 à 6 mois dans 15% des cas et plus de 6 mois dans 5% des cas.

L'accès à l'ophtalmologiste est aussi modulé par les conditions d'exercice : dans le secteur libéral, 60% des ophtalmologistes sont en secteur 2, avec une proportion beaucoup plus importante dans le centre des grandes agglomérations où elle dépasse 80%. L'hôpital reste le principal recours au secteur 1 dans ces cas. L'accès en urgence est variable.

Partage de tâches

Par rapport aux autres spécialités, les ophtalmologistes reçoivent essentiellement des patients en accès direct et sont amenés à examiner une majorité de sujets sans pathologie qui ont simplement besoin d'une correction optique. On estime que la moitié des Français portent des lunettes et la quasi-totalité en a besoin après 50 ans. Plus de 80% de l'activité des ophtalmologistes généraux est consacrée à la prescription de lunettes à des patients qui n'ont pas de pathologie oculaire.

Il n'était donc pas anormal que le législateur finisse par dissocier la mesure de la réfraction avec prescription de lunettes, de l'examen médical qui consiste à examiner l'œil et ses possibles pathologies.

Les ophtalmologistes se sont longtemps opposés à déléguer cette tâche à des personnels paramédicaux, mais ont complètement modifié leur attitude aujourd'hui. Au cours des dernières années, plusieurs évolutions ont durablement modifié l'exercice de l'ophtalmologie. Les orthoptistes ont vu leur domaine de compétence étendu et ont été employées par des cabinets d'ophtalmologie, comme aides à la consultation, mesurant la réfraction, et réalisant des examens fonctionnels et

d'imagerie, particulièrement dans les cabinets comportant plusieurs associés⁵.

La financiarisation des centres d'ophtalmologie

Cette possibilité a été aussi mise à profit pour la création, par des investisseurs, des premiers centres « Point Vision » il y a 10 ans, sur le concept d'un centre fonctionnant en secteur 1, disposant d'un plateau technique d'examens et d'imagerie avancée, employant majoritairement des orthoptistes qui réalisent toute la chaîne d'examens dont les résultats sont transmis à un ophtalmologiste qui remet l'ordonnance au patient. Aujourd'hui, Point Vision a ouvert 55 centres en France, examine plus de 1,2 millions de patients par an et a réalisé 113 M € de chiffre d'affaires en 2022. Il projette d'étendre son réseau en ouvrant des centres de téléconsultation dans des zones éloignées de l'accès à l'ophtalmologiste.

Les centres Point vision sont critiqués à cause du recours systématique aux examens complémentaire d'imagerie, sans tenir compte de l'acuité visuelle ni du contexte pathologique, et de l'emploi de médecins vacataires temporaires souvent peu qualifiés. Ce mode d'activité est la base de leur rentabilité.

Un groupe concurrent, City Santé, est en pleine expansion et a déjà ouvert de nombreux centres appelés « Ophtalmologie Express ».

D'autres « Centres d'ophtalmologie » se sont créés dans des endroits très fréquentés comme les centres commerciaux, plutôt adossés à des chaînes d'opticiens et dont le fonctionnement est opaque (pas de nom d'ophtalmologiste notamment).

Les pratiques abusives de certains centres enchainant systématiquement des examens complémentaires inutiles ont été récemment condamnées par l'Assurance-maladie.

Il est à noter que ces chaînes de « centres d'ophtalmologie » qui représenteraient 15% de cabinets d'ophtalmologie se sont ouvertes dans des agglomérations importantes et n'ont pas contribué au maillage territorial. Leur succès est dû à leur délai rapide de rendez-vous et leur régime en secteur 1, qui n'est plus pratiqué que par environ 35% des ophtalmologistes, et moins encore dans les grandes agglomérations.

La possibilité accordée récemment aux orthoptistes d'établir des ordonnances de lunettes ouvre maintenant la voie à d'autres structures financiarisées, adossées à des centres d'optique, fonctionnant sans contrôle médical, et passant directement de la prescription à l'achat de lunettes sans contrainte déontologique de vérifier l'état oculaire.

Or, en raison du faible niveau de l'éducation à la santé, le public n'a souvent pas conscience de la différence entre une baisse de la vue due à une mauvaise correction optique et celle due à une maladie oculaire. Des maladies traitables telles que le glaucome chronique ou la DMLA sont souvent diagnostiquées trop tard.

Des consultations hospitalières devenues inadaptées

Contrastant avec le dynamisme dans la mise en œuvre de nouvelles pratiques du secteur lucratif, la plupart des consultations hospitalières se déroulent dans des structures vieilles, inadaptées, sous-équipées, à l'accueil désastreux, obligeant à des attentes interminables, injoignables à la prise de rendez-vous.

Ce bref état des lieux souligne donc :

1. L'hétérogénéité dans l'accès à un examen oculaire selon les localisations géographiques, zones rurales et périphérie des grandes villes
2. L'offre minoritaire en secteur 1
3. L'investissement du secteur 1 par des sociétés à but lucratif misant sur la cotation avantageuse des actes d'imagerie par la Sécurité sociale s'installant de préférence dans des zones de forte densité de population mais où l'offre en secteur 1 est faible ou les délais d'attente longs.
4. L'absence de filière organisée, allant de la mesure et correction de l'acuité visuelle au dépistage et prise en charge de pathologies oculaires graves telles que le glaucome chronique, la rétinopathie diabétique ou la myopie forte

2. De la consultation d'ophtalmologie aux actes interventionnels et à la chirurgie oculaire

Les ophtalmologistes ont une pratique particulière parmi les spécialités médicales ou chirurgicales dans la mesure où ils ont à la fois une pratique médicale et chirurgicale et qu'ils contrôlent toute la chaîne des examens, de l'examen clinique, aux examens fonctionnels et d'imagerie, jusqu'aux traitements invasifs d'injections intraoculaires de médicaments et à la chirurgie.

L'activité de consultation qui occupe une part importante de l'activité de l'ophtalmologiste, mais qui est de plus en plus

déléguée à des orthoptistes, se prolonge pour un grand nombre d'entre eux par des gestes interventionnels ou chirurgicaux qui se dérouleront la plupart du temps en clinique.

Les gestes interventionnels les plus fréquents

Les injections intravitréennes (IVT) d'anti VEGF ou de corticoïdes pour traiter la DMLA néovasculaire ou l'œdème maculaire sont devenues le geste interventionnel le plus fréquent (1,3 M d'IVT en 2022). Elles sont pratiquées soit dans des structures de consultation, soit en clinique. Remboursées 83€ en secteur 1 à l'hôpital ou dans des structures de soin à but non lucratif, elles ont souvent un reste-à-charge de plus de 100€ en secteur 2.

La chirurgie de la cataracte est la plus fréquente des chirurgies (plus de 800.000 interventions/an). Elle est réalisée majoritairement en clinique privée et en ambulatoire. Prise en charge à 100% et réalisée en ambulatoire dans les hôpitaux publics ou conventionnés, elle entraîne un dépassement d'honoraire variable en clinique privée secteur 2, pouvant aller de 800 à 1.000 € ou plus.

L'investissement dans les cliniques privées par des groupements d'investisseurs

D'importantes cliniques privées d'ophtalmologie se sont ouvertes en France au cours des dix dernières années avec une tendance à la concentration dans de grosses structures, détenues majoritairement par des groupements d'investisseurs tels que Ramsay ou Elsan. Les cliniques privées indépendantes ne seraient plus que 20% environ.

L'écosystème de ces cliniques les amène à ouvrir des cabinets d'ophtalmologie satellites ou contracter avec des cabinets d'ophtalmologie existants pour augmenter leur recrutement opératoire. Certaines comportent également leur propre centre de consultation.

Il faut enfin ajouter que les cliniques commerciales tirent aussi leurs revenus d'interventions chirurgicales « de confort » non prises en charge par la sécurité sociale telle que la chirurgie réfractive ou la chirurgie esthétique des paupières.

Ce bref état des lieux souligne donc :

1. La régulation de l'offre de soin en ophtalmologie, qui répond à un besoin important, a été laissée à la régulation au marché et se développe de façon anarchique.

2. Le secteur privé occupe une place prépondérante, majoritairement en secteur 2, mais des centres d'examen à but lucratif détenus par des investisseurs financiers, fonctionnant en secteur 1, se sont ouverts et se multiplient avec la bienveillance de l'Assurance-maladie.

3. Quant aux services d'ophtalmologie hospitaliers, ils subissent, comme dans les autres spécialités, la rigueur budgétaire et l'insuffisance d'investissement qui souvent les empêchent de rivaliser avec les cliniques commerciales voisines, et les centres de consultations privés.

4. Seules exceptions, les hôpitaux parisiens d'ophtalmologie tels que le Centre Hospitalier National d'Ophtalmologie des Quinze-Vingt, et l'ESPIC Fondation Hôpital Rothschild qui, avec des structures économiques différentes, restent des acteurs de premier plan.

Notes

- ① <https://www.le-guide-sante.org/actualites/sante-publique/ophtalmologie-deserts-medicaux-dela-is-attente-moyens>
<https://www.snof.org/2021-reconqu-te-des-territoires-en-ophtalmologie>
- ② 60% des ophtalmologistes exercent en cabinet de groupe dont 85% des moins de 40 ans