

Projet de redensification des services de soins dans le bassin de vie de Graulhet	
Rapport intermédiaire	Elaboration d'un portefeuille d'actions pour soutenir la redensification des services de soins dans le bassin de vie de Graulhet
Auteurs	Mario Abi Najem, Pauline Balmelle, Chris Datse, Laetitia Jimenez, Kelly Malige-Labart, Eliahu Robijaona et Nils Rousselot
Approbateurs	Françoise le Deist, Professeur TBS Hervé Pingaud, Professeur INU Champollion
Niveau de confidentialité	Diffusion restreinte : Mairie de Graulhet et CPTS Centre Tarn

29/04/2021

Remerciements

Les auteurs du rapport remercient l'ensemble des parties prenantes au projet de redensification des soins primaires dans le bassin de vie de Graulhet et en premier lieu, Monsieur Aznar, Maire de Graulhet, Madame Belou, Conseillère municipale de Graulhet, en charge du projet et Conseillère départementale, Monsieur Enot, DGS de la Mairie de Graulhet et Madame Villet, Assistante du Maire et des élus. Ils souhaitent également remercier spécialement le Dr. Bayart, Présidente de la CPTS Centre Tarn, ainsi que Madame Houles di Paolo, Coordinatrice de la CPTS Centre Tarn, avec qui ils collaborent étroitement dans le cadre de ce projet. Nous saluons en particulier l'implication et le dynamisme du Dr Bayart qui est un véritable moteur à ce projet et qui s'investit de manière considérable pour le bassin de vie. Ce rapport n'aurait pu voir le jour sans la présence et l'implication des professionnels de santé du territoire notamment à travers leur contribution aux réunions organisées par la CPTS Centre Tarn, toujours riches en propositions. Les auteurs remercient également les institutions membres du Comité de pilotage du projet pour leur appui : la CPAM du Tarn, la Délégation départementale de l'ARS du Tarn et le Département du Tarn, également pour les données et informations communiquées ; le Centre hospitalier d'Albi, le Centre hospitalier de Graulhet ; l'Ordre des médecins, l'Ordre des Pharmaciens et l'Ordre des infirmiers du Tarn. Concernant l'étude qualitative réalisée en complément au présent rapport, les auteurs remercient l'ensemble des parties prenantes et en premier lieu les professionnels de santé volontaires qui, malgré leur peu de disponibilité, ont su accorder de leur temps à nos interviews et les enrichir de leur expérience et de leur vision de la délégation de soins. Ils souhaitent également remercier pour leurs éclairages M. Emin Agamaliyev, responsable du département des études sur l'offre de soins à la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, M. Adrien Defossez, Maître de conférences à l'Institut National Universitaire Champollion et une fois encore le Dr Margot Bayart, présidente de la CPTS Centre-Tarn également vice-présidente du syndicat MG France et présidente de la Fédération des soins Primaires. Ils remercient également M Bernard Blateron, Président de la CPAM du Tarn et Mme Mathilde Houles di Paolo, Coordinatrice de la CPTS Centre Tarn, dont l'efficacité et l'accessibilité favorisent la fluidité de l'obtention des informations. Enfin, les auteurs remercient les Professeurs Laurent Bertrandias, Françoise Le Deist et Hervé Pingaud pour leur enseignement et leur soutien continu pour ce travail, et également Florent Bonnafous, étudiant à l'INU-Champollion (Ecole ISIS), pour sa contribution croissante à ce projet.

Résumé exécutif

- Le présent rapport fait suite à celui dédié à l'état des lieux de la demande et de l'offre de soins dans le bassin de vie de Graulhet, et à la construction d'un outil de prédiction de l'écart entre les deux. Ces deux rapports visent à contribuer à répondre à la problématique de désertification médicale brutale que connaît ce bassin de vie. En effet, selon les estimations réalisées, en l'absence de mesure corrective, plus de 10 000 habitants du bassin de vie se retrouveront sans médecin en 2021, laissant environ 50 000 consultations non assurées par les professionnels de santé. Les élus de Graulhet et la Présidente de la CPTS Centre Tarn, conscients de l'imminence de cette catastrophe sanitaire ont souhaité agir afin d'absorber au mieux ce choc. Monsieur le Maire de Graulhet a donc sollicité le Professeur Hervé Pingaud et un groupe d'étudiants de la Toulouse Business School encadrés par le Professeur Françoise Le Deist afin de fournir une analyse détaillée de la situation et de proposer des actions visant à faire face à la situation. De son côté, le projet de CPTS Centre Tarn développé par sa Présidente concourt également à la mobilisation des professionnels de santé dans ce sens.
- C'est en collaboration avec ces acteurs que l'équipe projet a mis en place un processus de réflexion visant à faire émerger des idées d'actions au plus près du terrain. Des réunions d'échanges avec les professionnels de santé (médecins, infirmiers, pharmaciens) ont permis d'identifier les premières pistes d'action. Les discussions avec les membres du Comité de pilotage ont permis, quant à elles, d'obtenir le point de vue des principaux acteurs concernés par le déploiement d'actions de résorption de l'écart entre l'offre et la demande de soins : l'ARS, la CPAM, les ordres des médecins, pharmaciens et infirmiers, les structures médicales du bassin de vie et les usagers eux-mêmes ont pris part à ce Comité.
- C'est ainsi que 6 actions ont été identifiées par les acteurs comme des leviers de réduction de l'écart offre et demande de soins. Ces pistes ont ensuite été analysées au regard de la littérature et des politiques publiques mises en œuvre en France et à l'étranger pour lutter contre la désertification médicale. 6 dispositifs de lutte contre la désertification médicale sont ainsi présentés dans ce travail :
- Les mesures visant à favoriser l'installation de nouveaux médecins se concentrent sur :
 - l'amélioration de l'image de la médecine générale notamment pour susciter des vocations chez les jeunes des régions en situation de tension,
 - sur la construction de stages attractifs qui constituent un déterminant majeur pour des installations futures,
 - sur les liens avec les associations d'internes
 - sur la construction d'offres d'emploi adaptées aux aspirations des nouvelles générations (salarial, activités diversifiées et de groupe) et de campagnes de communication et de promotion du territoire.
- Les aides financières dirigées vers la sécurisation des parcours (bourses d'étude contre engagement d'installation, aide à l'installation et aides aux remplaçants) constituent également des outils pertinents.
- Le numéro unique vise à réguler le flux de patients en redirigeant la demande avec un délai court et vers le professionnel le plus adapté. L'objectif est de soutenir la permanence des soins, d'améliorer les conditions de travail des médecins généralistes, de renforcer la prévention et de réduire le recours inapproprié aux soins, notamment des urgences. Les expérimentations ont montré une réelle efficacité de ce type de dispositif qui tend à se développer en France. Rediriger et mieux répartir la charge de travail entre professionnels peut également faire gagner un temps médical conséquent.

- La délégation de soin consiste pour le médecin à confier une tâche médicale à un autre professionnel de santé sous supervision. Les compétences des professionnels de santé non-médecins s'élargissent ce qui accroît les possibilités. Des protocoles ont également été élaborés avec des financements spécifiques notamment pour le suivi des patients qui souffrent de pathologies complexes ou chroniques. Des spécialisations infirmière (Asalée et IPA) ont été créées ce qui améliore la qualité des prises en charge. Des résistances existent encore, cristallisées notamment par le paiement à l'acte et la crainte de perdre sa spécificité professionnelle.
- Malgré l'organisation historique de la médecine individuelle libérale, l'exercice de groupe se développe en France, porté par les nouvelles générations. Les autorités publiques encouragent ces regroupements au travers des maisons de santé et des communautés professionnelles territoriales de Santé. Une grande diversité de systèmes de soins existe dans le monde mais il est intéressant de constater que tous les pays qui ont été confrontés à des tensions sur l'offre de soin ont accru la coordination entre professionnels afin d'éviter la redondance des actes et optimiser les prises en charges. Par ailleurs, le vieillissement et la chronicisation des pathologies occasionnent une complexification des prises en charge qui nécessitent une plus forte coordination pour gagner en efficacité, en efficience et en productivité des soins.
- Les systèmes d'information, d'appui à la coordination et la télémédecine permettent de gagner en efficacité en centralisant les informations des patients, en améliorant la communication entre professionnels, en facilitant les consultations à distance et la télé-expertise, notamment entre infirmiers à domicile et médecins. Des limites au développement de la santé numérique sont encore présentes : couverture réseau, remboursements, résistance de certains professionnels qui voient une déshumanisation de leur pratique. La télémédecine s'est cependant fortement développée durant l'épidémie COVID ce qui a permis une démocratisation et un maintien des accès aux soins malgré la situation sanitaire.
- L'éducation aux soins et la promotion de la santé, enfin, visent à diffuser les bonnes pratiques auprès des patients, à éviter ou réduire l'incidence de la maladie et de ses effets et à faire acquérir les compétences pour gérer la maladie une fois installée. L'objectif est de rendre le patient acteur de sa santé et de le faire gagner en autonomie, de réduire les recours inadaptés aux soins, d'améliorer l'état de santé de la population ou d'éviter que sa santé se dégrade. Des outils très concrets existent, qu'ils soient numériques ou proposés lors d'ateliers : lutte contre l'obésité infantile, prise en charge du diabète, activité sportive, détection de la fragilité et bien-vieillir, etc.
- Sur la base de cette analyse de la littérature et des échanges avec les professionnels, 6 fiches actions ont été élaborées décrivant les objectifs, actions à mener, acteurs impliqués et impactés, risques potentiels et moyen de les contrer le cas échéant. Lorsque cela était possible, notamment grâce à des retours d'expérience, un budget a été associé au déploiement de l'action. C'est le cas du numéro unique dont la mise en œuvre répond au besoin urgent d'orientation des patients sans médecin. Par ailleurs, une étude qualitative complémentaire a permis d'éclairer les opportunités de délégation d'actes de la part des médecins à travers l'identification de conditions d'acceptabilité d'une telle pratique par les professionnels de santé. Il en ressort que la délégation est perçue positivement par les médecins dans la mesure où elle vient compléter plus que se substituer à leur pratique et sous contrainte d'une rémunération adaptée aussi bien à la pratique de la délégation qu'en vue de compenser les éventuelles pertes associées.
- Une fois ces fiches actions détaillées, une analyse bénéfices-risques a permis de les hiérarchiser afin de guider les futurs pilotes des actions dans le séquençage du déploiement. C'est ainsi que le numéro unique présente le plus grand bénéfice relativement aux risques associés. En lien avec les collaborations qui naîtront du numéro unique, la construction de binômes et trinômes MG-Infirmiers-Pharmaciens apparaît en seconde position dans la hiérarchisation des actions. Viennent ensuite les autres délégations d'actes et la mise en place des outils d'appui à la coordination.

Certains de ces outils seront cependant développés de manière concomitante à la mise en œuvre du numéro unique. Enfin, l'action visant à favoriser l'installation des médecins ou celle relative à l'éducation aux soins arrivent en dernières positions au regard du temps que peuvent prendre leur déploiement. Pour l'éducation aux soins, les effets, bien que structurels, sont essentiellement des effets de longs termes.

- Le modèle prédictif de l'écart entre l'offre et la demande de soins a permis d'estimer l'effet de certaines actions sur cet écart. C'est ainsi que le recours à des médecins hors bassin de vie et la combinaison des actions de mise en place du numéro unique, d'un déploiement plus large des infirmiers Asalée et de l'installation de 2 médecins supplémentaires à l'horizon de 2023 permettraient d'assurer une nouvelle adéquation entre l'offre et la demande de soins. Ces constats sont encourageants pour les acteurs investis dans la résorption de l'écart offre-demande de soins sur le bassin de vie.
- Enfin, le rapport présente l'avancée de la mise en œuvre du numéro unique, portée par les pilotes que sont la Mairie de Graulhet et la CPTS Centre Tarn et soutenue par l'équipe projet. L'épidémie de la COVID a entravé les démarches déployées, mais l'urgence toujours plus pressante fait avancer le processus. L'élaboration de cas d'utilisation du numéro unique a permis d'illustrer les situations dans lesquelles l'infirmier d'aide à la coordination orientera les patients. Le travail d'un stagiaire de l'école d'ingénieur ISIS encadré par la Présidente de la CPTS et le Professeur Pingaud, en collaboration avec le GIP e-santé et le Medical Intelligence Service, contribue à développer les outils nécessaires au déploiement du numéro unique et adaptés à la coordination des professionnels. Cette action devrait ainsi se concrétiser dans les prochains mois, donnant un premier élan à la résorption de l'écart entre l'offre et la demande de soins dans le bassin de vie de Graulhet.

Table des matières

Résumé exécutif	2
Table des matières	5
Liste des figures	6
Liste des tableaux	7
Liste des encadrés	7
Acronymes	7
Introduction	11
1 La construction d'un portefeuille d'actions à partir du processus d'idéation	12
1.1 Mise en œuvre du processus d'idéation	12
1.1.1 Coordination avec la Mairie de Graulhet et la CPTS Centre Tarn	14
1.1.2 Réunions de consultation des professionnels	15
1.1.3 Le rôle du COPIL et des partenaires du projet	15
1.2 Construction de la carte mentale	18
2 L'émergence et le déploiement des actions : ce que disent la politique de santé et la littérature..	19
2.1 Les mesures d'installation des médecins	19
2.2 Le numéro unique de régulation des flux de patients	21
2.3 La délégation de soins	24
2.4 L'exercice en groupe	26
2.5 Les systèmes d'information, d'appui à la coordination et la télémédecine pour faire évoluer les pratiques de soins	28
2.6 Education aux soins	31
Synthèse	34
3 Portefeuille d'actions pour la redensification des services de soins primaires dans le bassin de vie de Graulhet	36
3.1 FA1 : Installation des médecins	36
3.2 FA2 : Création d'un numéro unique de régulation des flux de patients	39
3.3 FA3 : Délégation de soins	42
3.3.1 Fiche action	42
3.3.2 Une étude complémentaire : Les déterminants de l'adhésion de professionnels de soin à la délégation médicale. Points de vue de délégués et de délégués	44
3.4 FA4 : Création de binômes MG IDEL pour la prise en charge de patients à domicile	49
3.5 FA5 : Utiliser les systèmes d'information et la télémédecine pour l'exercice en groupe	51
3.6 FA complémentaire : l'éducation aux soins	55
3.7 Analyse globale de risque	57

4	Effets attendus de la mise en œuvre des actions sur l'écart entre la demande et l'offre de soins dans le bassin de vie de Graulhet.....	61
4.1	Rappel et mise à jour des conclusions du Rapport 1	61
4.2	Projections sur l'APL.....	62
4.3	Présentation des effets attendus des actions du portefeuille	63
4.4	Estimations de projections des effets sur l'écart offre et demande de soins dans le bassin de vie de Graulhet	65
5	Une illustration de mise en œuvre d'une action du portefeuille : le numéro unique de régulation des flux de patients	67
5.1	Les acteurs et leur rôle	68
5.2	Illustration du numéro unique par les Use Case et représentation de son organisation	69
5.3	Les outils de coordination du numéro unique	70
5.3.1	Les partenaires associés au déploiement d'outils pour la mise en œuvre du numéro unique	70
5.3.2	Un premier outil de coordination usuelle : SPICO Discussions	70
5.3.3	Un deuxième outil de coordination plus complexe : SPICO Dossiers	70
5.3.4	Un support d'aide à la décision pour l'infirmière : Medvir	71
5.4	Mise en œuvre du numéro unique.....	72
6	Conclusion	73
	Bibliographie.....	75
	Webographie.....	75
	Annexe 1 : Cas d'utilisation du numéro unique	76
	Annexe 2 : Processus métiers collaboratifs pour le numéro unique – Illustration cas d'usage n° 2	78
	Annexe 3 : Cas d'utilisation pour les binômes et trinômes MG-infirmiers-pharmaciens.	79

Liste des figures

Figure 1	: Processus d'innovation pour la création du portefeuille d'actions. Inspiré de Chaher et al. 2019.....	12
Figure 2	: Cartographie des parties prenantes dans le projet de redensification des services de soins primaires dans le bassin de vie de Graulhet	14
Figure 3	: Carte mentale pour la redensification des services de soins primaires dans le bassin de vie de Graulhet.....	18
Figure 4	: Présentation de la e-santé par le CNOM.....	28
Figure 5	: Ecart entre l'offre et la demande de soins primaires dans le bassin de vie de Graulhet. ...	61
Figure 6	: Besoin en équivalent temps plein de médecins généralistes pour couvrir la population à soigner non couverte	62
Figure 7	: Valeurs prévisionnelles estimées de l'APL.....	63
Figure 8	: Stratégie d'évaluation analytique marginale puis cumulative	65
Figure 9	: Cartographie des acteurs du numéro unique	68
Figure 10	: Schéma illustrant les différents cas d'usages et l'orientation apportée par le répondant .	69

Figure 11 : Calendrier de mise en œuvre du numéro unique et suivi des actions.....	73
--	----

Liste des tableaux

Tableau 1 : Calendrier des réunions avec les professionnels de santé du territoire	15
Tableau 2 : Conclusions des réunions avec les professionnels	16
Tableau 3 : Actions en cours ou à développer suite au premier COFIL du projet.....	17
Tableau 4 : Comparatif des différents dispositifs de pilotage des flux	22
Tableau 5 : Description de l'échantillon d'étude.....	44
Tableau 6 : Correspondance entre la théorie de la délégation et les conditions relevées par les professionnels	45
Tableau 7 : La théorie de la diffusion de l'innovation d'après Rogers (2003).....	45
Tableau 8 : Correspondance entre la théorie de diffusion de l'innovation (IDT) et les freins et conditions relevés par les professionnels	46
Tableau 9 : Récapitulatif de l'analyse des risques sur les actions	57
Tableau 10 : Valeurs prévisionnelles de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée pour la commune de Graulhet	63
Tableau 11 : Effets attendus des différentes fiches actions sur la demande et l'offre de soins.....	64
Tableau 12 : Effets estimés des différentes actions sur les consultations non assurées par les médecins du bassin de vie et le taux de couverture du besoin.....	66

Liste des encadrés

Encadré 1 : Rappel des principales conclusions sur le contexte socio-économique et sanitaire dans le bassin de vie de Graulhet et des estimations sur l'évolution de l'offre, de la demande et de l'écart entre les deux.....	13
---	----

Acronymes

ACI : Accord conventionnel interprofessionnel
ACS : Acquisition d'une complémentaire santé
ACT : Appartement de coordination thérapeutique
ADECA : Association pour le dépistage des cancers
ADMR : Aide à domicile en milieu rural
AEH : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
ALD : Affection longue durée
AMI : Appel à manifestation d'intérêt
AMU : Aide médicale d'urgence
ANFIIDE : Association nationale française des infirmiers et infirmières diplômés et étudiants
APL : Accessibilité potentielle localisée
APM : Agence de presse médicale
APN : Advanced practice nurse
ARM : Assistant régulateur médical
ARML : Assistant régulateur médical libéral
ARMU : Assistant régulateur médical urgentiste
ARS : Agence régionale de santé
ASALEE : Action de Santé Libérale en Equipe
BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive

CAIM : Contrat d'aide à l'installation des médecins
CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce
CAPI : Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
CD : Conseil départemental
CDOM : Conseil départemental de l'ordre des médecins
CDS : Centre de santé
CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostique
CEM : Centre éducatif multisports
CES : Centre d'examens de santé
CESE : Conseil économique et social environnemental
CESP : Contrat d'engagement de service public
CFPPA : Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie
CH : Centre hospitalier
CHU : Centre hospitalier universitaire
CII : Conseil international des infirmières
CLS : Contrat local de santé
CMU : Couverture maladie universelle
CNAM : Caisse nationale de l'assurance maladie
CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins
CNRSI : Caisse nationale du régime sociale des indépendants
CODIS : Centre opérationnel départemental d'incendie et de secours
CONSORT : Consolidated standards of reporting trials
COFIL : Comité de pilotage
COSCOM : Contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins
COTRAM : Contrat de transition pour les médecins
COVID : Corona virus disease
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale
CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé
CRCDC-OC : Centre régional de coordination de dépistage des cancers Occitanie
CRESTIC : Centre de recherche en science et technologie de l'information et de la communication
CRRRA : Centre de réception et de régulation ambulatoire
CSP : Code de santé publique
CSTM : Contrat de solidarité territoriale médecin
DAPHNEE : Doctor and advanced public health nurse experiment evaluation
DDCSPP : Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations
DGE : Direction générale des entreprises
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DMP : Dossier médical partagé
DOM : Département d'Outre-Mer
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS : Direction de la sécurité sociale
ECG : Electrocardiogramme
ECN : Epreuves classantes nationales
EEE : Espace économique européen
EHESP : Ecole des hautes études en santé publique
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMPP : Equipe mobile psychiatrie précarité
ENMR : Expérimentation des nouveaux modes de rémunération
E-Santé : Santé numérique
ESP : Equipe de soins primaires

ESSMS : Etablissements et services sociaux et médico-sociaux
ETAPES : Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé
ETP : Education thérapeutique du patient
ETP : Equivalent temps plein (selon le contexte)
FAQSV : Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
FAS : Fédération des acteurs de la solidarité
FIR : Fond d'intervention régional
FNPEIS : Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires de l'assurance maladie
GB : Grande-Bretagne
GCS : Groupement de coopération sanitaire
GHT : Groupements hospitaliers de territoire
GIE : Groupement d'intérêt économique
GIP : Groupement d'intérêt public
HAS : Haute autorité de santé
HPST : Hôpital, patients, santé et territoire
IC : Insuffisance cardiaque
ICS : Infirmière clinicienne spécialisée
IDAC : Infirmière d'aide à la coordination
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IP : Infirmière praticienne
IPA : Infirmier de pratique avancé
IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé
ISS : Inégalités sociales de santé
IUCT : Institut universitaire du cancer de Toulouse
IVG : Interruption volontaire de grossesse
LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale
LHSS : Lits halte soins santé
MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins
MAUSS : Mouvement anti-utilitariste en sciences sociales
MCSSP : Médecin correspondant SAMU et Sapeur-Pompier volontaire
ME : Médecin effecteur
MG : Médecin généraliste
MOLDU : Médecin d'orientation libéral des urgences
MRC : Medical research council
MRL : Médecin régulateur libéral
MRU : Médecin régulateur urgentiste
MSAP : Mise sous accord préalable
MSP : Maison de santé pluridisciplinaire
MSU : Maître de stage universitaire
NHS : National health system
NIR : Numéro d'inscription au répertoire
NMR : Nouveaux modes de rémunération
ObEpi : Obésité épidémiologique
OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé
ORL : Oto-rhino-laryngologiste
OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé
PADHUE : Praticien à diplôme hors Union européenne
PAE : Procédure d'autorisation d'exercice
PAERPA : Personne âgée en risque de perte d'autonomie
PAIS : Plateforme Alternative d'Innovation en Santé

PAPS : Portail d'accompagnement des professionnels de santé
PASS : Permanence d'accès aux soins de santé
PDS : Permanence des soins
PDSA : Permanence des soins ambulatoires
PES : Parcours éducatifs de santé
PFIDASS : Plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé
PIPAME : Pôle interministériel de prospective et d'anticipation des mutations économiques
PMI : Protection maternelle et infantile
PNNS : Programme national nutrition santé
PRADO : Programme d'accompagnement du retour à domicile
PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRESAJE : Projet de recherche sur la santé des jeunes
PRS : Projet régional de santé
PSRS : Plan stratégique régional de santé
PTMA : Praticien territorial de médecine ambulatoire
PTMG : Praticien territorial de médecine générale
PTMR : Praticien territorial de médecine de remplacement
RCT : Randomized control trial
RDRD : Réduction des risques et des dommages
RDV : Rendez-vous
REGARDS : Recherche en économie de la gestion agro-ressources durabilité santé
ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique
RPC : Recommandation de pratique clinique
RUBieS : Rugby Union Bien Être Santé
SADM : Système d'aide à la décision médicale
SAMU : Service d'aide médicale d'urgence
SAS : Service d'accès aux soins
SASPAS : Stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé
SCM : Société civile de moyens
SCP : Société civile professionnelle
SDAASP : Schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public
SDIS : Service départemental d'incendie et de secours
SEL : Société d'exercice libéral
SI : Système d'information
SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise
SISA : Société interprofessionnelle des soins ambulatoires
SMS : Short Message Service
SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation
SNAC : Systèmes numériques d'appui à la coordination
SNIIRAM : Système national d'information inter-régime de l'assurance maladie
SNP : Soins non programmés
SOPHIA : Service d'accompagnement des malades chroniques de l'assurance maladie
SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile
UE : Union européenne
UFR : Unité de formation et de recherche
UMUPS : Unité mobile de l'urgence et de la permanence des soins
URPS : Union régionale des professionnels de santé
URSSAF : Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
VRM : Véhicule radio médicalisé
VSL : Véhicule sanitaire léger
ZRR : Zone de revitalisation rurale

Introduction

Le bassin de vie de Graulhet fait face à une importante désertification médicale, traduite par un fort déséquilibre entre l'offre et la demande de soins de santé primaires. Pour pallier cet écart et inverser la situation de tension qui s'aggrave au fil du temps, la Mairie de Graulhet a sollicité l'appui du Professeur Hervé Pingaud, et d'étudiants en Mastère Spécialisé Management des Structures Sanitaires et Sociales de la Toulouse Business School. Ainsi, l'équipe projet composée de sept étudiants sous la direction du Professeur Françoise le Deist a rédigé deux rapports pour la Mairie de Graulhet et le Comité de pilotage du projet.

Le premier, remis à la municipalité en janvier 2021, était, d'une part, consacré aux caractéristiques et aux spécificités de l'offre et de la demande de soins du bassin de vie. D'autre part, un outil prédictif de la mesure de l'inadéquation, préalable indispensable à la mise en place de mesures de correction, a été proposé permettant l'estimation de l'écart entre offre et demande de soins en l'absence d'actions¹.

Le second rapport, objet de la présente étude, vise à proposer différentes actions afin de réduire au maximum cet écart. Sous la forme de fiches actions, six mesures sont développées conjointement et de manière complémentaire visant à favoriser l'installation de nouveaux médecins, créer un numéro unique de régulation des flux de patients, favoriser la délégation des soins, créer des binômes MG-IDEL pour la prise en charge de patients à domicile, utiliser les systèmes d'information et la télémédecine. De plus, une fiche action complémentaire est également proposée dédiée à l'éducation aux soins pour une prise en charge plus efficiente.

Dans une première partie, le présent rapport aborde la manière dont s'est construit le choix des différentes mesures, en particulier à partir d'un processus d'idéation ayant mobilisé les acteurs majeurs du soin dans le bassin de vie. La politique de santé et la littérature afférentes aux thèmes de travail identifiés permettent dans un second temps de soutenir l'émergence et le déploiement de telles actions, notamment au travers d'exemples de déploiement en France mais également en Europe et dans le monde.

Les différentes mesures sont ensuite détaillées dans les fiches actions. Une analyse globale des risques synthétise la relation coût-bénéfice associée à chaque action et permet d'élaborer une première hiérarchisation de ces actions. Grâce à l'utilisation du modèle prédictif construit dans le Rapport 1, les résultats attendus de certaines mesures sur la résorption de l'écart entre l'offre et la demande de soins sont présentés dans un quatrième temps.

En dernier lieu, le lancement du déploiement du numéro unique de régulation des flux de patients est détaillé à titre d'illustration concrète des moyens à mettre en œuvre afin de déployer les actions du portefeuille.

¹ ABI NAJEM M., P. BALMELLE, C. DATSE, L. JIMENEZ, K. MALIGE-LABART, E. RROBIJAONA et N. ROUSSELOT (2021) « Un modèle prédictif d'adéquation entre l'offre et la demande de soins primaires dans le bassin de vie de Graulhet », Rapport rédigé dans le cadre du Projet de redensification des services de soins primaires dans le bassin de vie de Graulhet pour la mairie de Graulhet. Ce rapport est appelé dans la suite du présent document « Rapport 1 ».

1 La construction d'un portefeuille d'actions à partir du processus d'idéation

Si les mesures nationales et régionales pour lutter contre la désertification médicale sont nombreuses (cf. rapports ...), les spécificités des contextes locaux nécessitent de faire émerger les solutions à partir du terrain. Ainsi, afin de proposer un portefeuille d'actions réalistes et adaptées, nous avons suivi un **processus d'idéation** ou générateur d'idées provenant de l'ensemble des acteurs impliqués dans le projet de redensification des services de soins primaires du bassin de vie de Graulhet. A ce processus s'ajoute une veille de littérature permettant, une fois les pistes d'actions identifiées, d'en étudier le cadre et les mises en œuvre passées ou actuelles au niveau national et international. Les fiches actions sont ensuite élaborées sur la base à la fois des retours des professionnels et de la revue de littérature. Une **analyse des risques** permet de hiérarchiser les actions afin d'améliorer dans les meilleures conditions l'adéquation entre la demande et l'offre de soins dans le bassin de vie de Graulhet. Les retours d'expérience permettent enfin d'élaborer des hypothèses visant **l'estimation des effets escomptés des actions** proposées, contribuant également à la hiérarchisation des actions.

Le processus décrit se résume de la façon suivante :

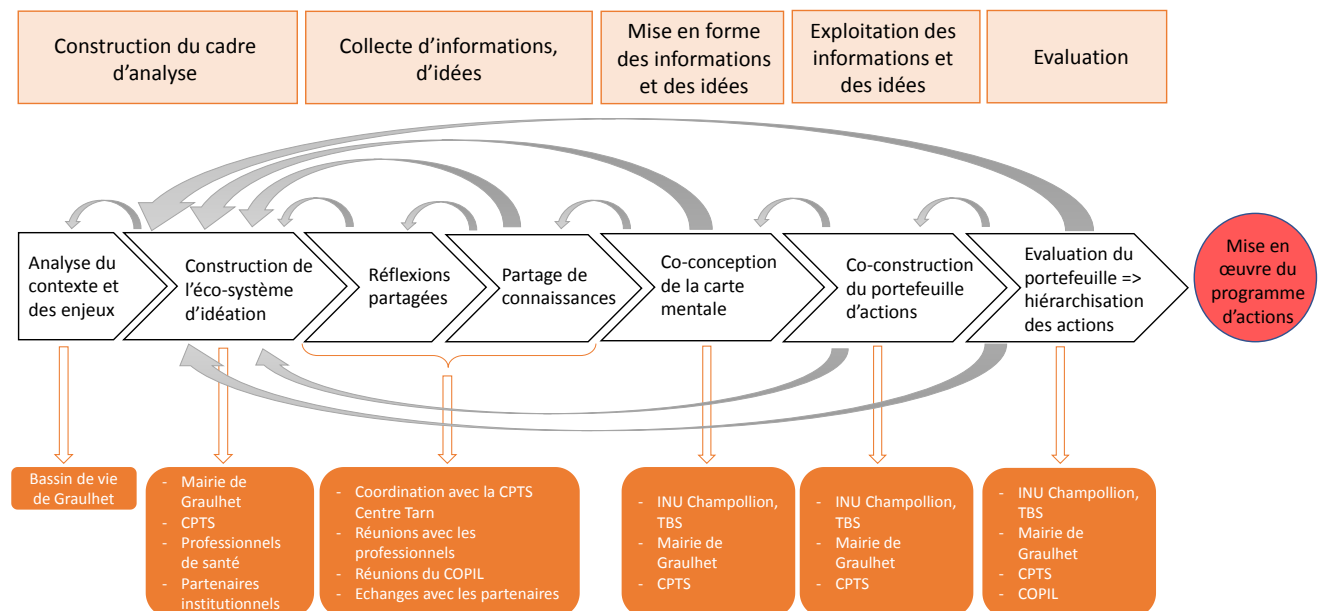


Figure 1 : Processus d'innovation pour la création du portefeuille d'actions. Inspiré de Chaher et al. 2019².

1.1 Mise en œuvre du processus d'idéation

Afin d'élaborer un portefeuille d'action qui réponde au mieux aux besoins de la population et aux contraintes des professionnels, une description du contexte socio-économique et sanitaire est dans un premier temps nécessaire. Un état des lieux de la demande et de l'offre de soins dans le bassin de vie de Graulhet ainsi que l'estimation de l'inadéquation entre les deux font l'objet de la première partie du rapport. Cette partie fournit également une estimation de l'évolution de ces facteurs sur la base d'hypothèses et grâce à l'utilisation d'un modèle prédictif. Les principales conclusions en sont résumées dans l'Encadré 1.

² CHAHER, Y. (2019) Cadre d'ingénierie pour l'innovation ouverte : Application en santé connectée. Thèse en vue de l'obtention du Doctorat de l'Université de Toulouse.

Encadré 1 : Rappel des principales conclusions sur le contexte socio-économique et sanitaire dans le bassin de vie de Graulhet et des estimations sur l'évolution de l'offre, de la demande et de l'écart entre les deux

- La population du bassin de vie de Graulhet fait face à un phénomène de vieillissement plus accentué que dans le reste de la France. Par ailleurs, ce territoire est essentiellement rural et connaît un taux de pauvreté et un taux de chômage sensiblement plus élevés que la moyenne française avec des secteurs primaires et secondaires sur-représentés par rapport aux moyennes nationales.
- Les besoins de soins sont fortement impactés par la présence d'une population âgée et vieillissante et d'un taux d'Affections Longues Durée plus important que dans le reste de la France (28.1% vs 24.2%). Par ailleurs, 90% de la population seulement du bassin bénéficie de soins primaires, ce qui laisse supposer qu'une partie de la population a pu renoncer aux soins.
- En 2019 dans le bassin de vie de Graulhet, 18 741 habitants ont bénéficié de soins pour une population estimée à 20 839 habitants. Cette même année, ils ont suivi 80 040 consultations par an soit 4,7 consultations par habitant par an en moyenne. 90% de la population consulte auprès de médecins du bassin de vie, et 10% s'orientent vers des professionnels de communes voisines (Réalmont, Gaillac) ou d'Albi. L'estimation permet de plus de prédire l'évolution du nombre de bénéficiaires de soins qui passerait ainsi de 18 741 habitants en 2019 à 19 572 habitants en 2023 et le nombre de consultations de 88 040 consultations en 2019 à 91 942 consultations en 2023.
- Le territoire connaît dès fin 2020 une forte chute du nombre de médecins généralistes passant de 15 à 13 médecins entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de cette même année. Cette chute est due à des départs à la retraite et à des départs de professionnels vers d'autres communes. Par ailleurs, le nombre de patients consultés par médecin généraliste était en 2019 de 1 084 patients par an et les médecins généralistes réalisaient en moyenne 5 095 actes par an. Une population de 16 261 patients étaient donc couverte en 2019, soit 76 425 consultations par l'ensemble des médecins du territoire.
- Les estimations prédisent par ailleurs que le nombre de médecins passera de 15 en 2019 à 6,5 en 2023, la patientèle couverte de 16 261 en 2019 à 7 046 patients en 2023 et le nombre d'actes délivrés passera de 76 425 en 2019 à 33 118 consultations en 2023.
- Concernant l'écart entre la demande et l'offre de soins primaires, les auteurs estiment que la population du bassin de vie de Graulhet à soigner non prise en charge va passer de 2 480 habitants en 2019 à 12 525 habitants en 2023. Le taux de couverture du besoin chute quant à lui de 87% en 2019 à 36% en 2023. Cette situation va générer un besoin de 11.6 ETP de médecins généralistes supplémentaires d'ici 2023. En l'absence de mesure corrective, la situation dans le bassin de vie est donc très préoccupante, ce qui justifie des dispositions fortes et rapides de la part des autorités.
- Dans un second temps, afin de prendre en compte les communes environnantes à celles du bassin de vie, l'APL de la commune la plus importante de ce bassin, à savoir Graulhet, a été calculé pour l'année 2017. Il s'élevait cette année-là, selon les communes considérées et les outils employés pour le calcul, à 4,26. La majorité de ces consultations potentiellement accessibles est localisée dans un rayon de moins de 10 minutes de transport (2,56 cs potentielles) puis entre 15 et 20 minutes de transport (1,23 cs potentielles).

Par ailleurs, le portefeuille doit proposer des actions réalistes, pouvant être mises en œuvre par leurs pilotes et pouvant être financées par les organismes idoines. Une cartographie des parties prenantes est alors indispensable afin de décrire les interactions et liens en celles-ci. La Figure 2 présente les pôles d'acteurs majeurs du projet et les contributeurs au processus d'idéation. En gras figurent les membres du Comité de pilotage (COPIL) du projet.

Ces acteurs ont été consultés selon différentes modalités : coordination permanente avec la Mairie de Graulhet et la CPTS Centre Tarn, réunions avec les professionnels, réunions du Comité de pilotage, échanges de connaissances et d'informations via emails ou échanges téléphoniques avec les partenaires.

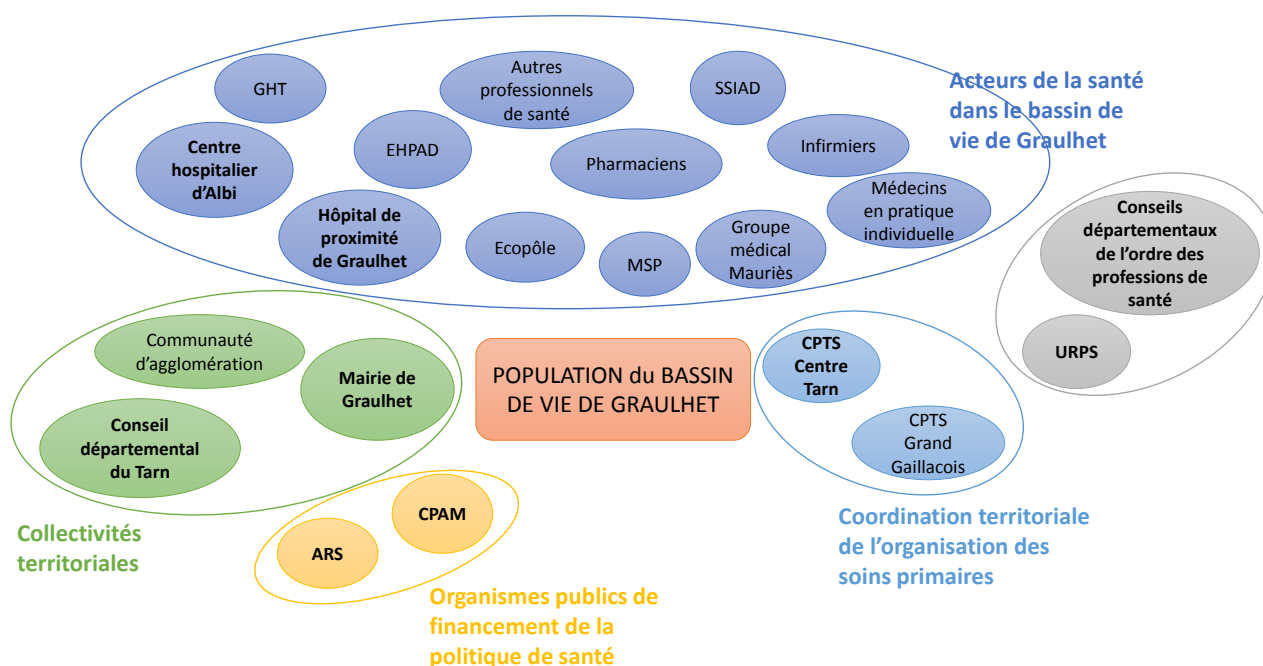


Figure 2 : Cartographie des parties prenantes dans le projet de redensification des services de soins primaires dans le bassin de vie de Graulhet

1.1.1 Coordination avec la Mairie de Graulhet et la CPTS Centre Tarn

Face à la dégradation de la démographie sanitaire dans le bassin de vie de Graulhet, la mairie de Graulhet souhaite agir avec l'ensemble des partenaires du secteur. Le **Contrat local de santé** 2018 (en cours de renouvellement à la demande de la délégation départementale de l'ARS Occitanie) et le diagnostic associé fournissent la base de l'action qui doit être menée dans le territoire. Le 29 septembre 2020, la commune de Graulhet a été choisie pour la présentation officielle du rapport de la CPAM sur l'offre de soins dans le département du Tarn.³⁴ A cette occasion, l'ensemble des partenaires qui agissent pour la santé se sont engagés pour assurer la continuité des services de soins dans le bassin de vie. Le présent projet résulte de cette démarche collective portée par la mairie de Graulhet.

Directement associé au projet de redensification des services de soins dans le bassin de vie de Graulhet, le projet de Communauté professionnelle territoriale de soins CPTS Centre Tarn est un contributeur central de la réflexion du fait de l'inclusion d'une vaste zone du territoire dans le périmètre de cette CPTS (cf. carte Partie 1). Le projet de CPTS Centre Tarn a été validé par l'ARS en novembre 2020 et son financement et sa mise en œuvre sont en cours d'opérationnalisation. Au plus près du terrain aussi bien sur le volet demande qu'offre de soins, le **projet de CPTS Centre Tarn** a inscrit dans son programme les missions suivantes : faciliter l'accès au médecin traitant, prendre en charge les soins non programmés en ville, développer des actions territoriales de prévention, développer la qualité et la pertinence des soins, organiser les parcours pluri-professionnels autour du patient, accompagner les professionnels de santé sur le territoire. Ainsi, le Dr. Bayart, Présidente de la CPTS Centre Tarn et son équipe sont des interlocuteurs privilégiés pour le développement du portefeuille d'actions du présent projet. La coordination de cette équipe avec celle du Dr. Combes, Président de la CPTS Grand Gaillacois permet également d'élargir le champ des connaissances sur les actions et outils à inclure dans le périmètre de l'étude.

³ <https://www.ladepeche.fr/2020/09/29/la-ville-utilisee-comme-terrain-dexperimentation-9104117.php>

⁴ CPAM 81 (2019) « L'offre de soins tarnaise : quelles réponses à la fragilisation de la démographie médicale ? », Commission Innovation Santé Territoire de la CPAM du Tarn.

1.1.2 Réunions de consultation des professionnels

Afin de faire émerger les idées à partir du terrain et de faciliter l'appropriation des actions qui en ressortiront, les professionnels du bassin de vie sont associés au projet, en coordination avec la CPTS Centre Tarn. Ainsi, quatre réunions ont été organisées pendant l'automne 2020 dans ce but :

Tableau 1 : Calendrier des réunions avec les professionnels de santé du territoire

Date	Réunions	Professionnels présents du bassin de vie et au-delà
30/10/2020	Réunion avec les médecins généralistes	13 médecins généralistes (dont le Dr. Bayart).
30/11/2020	Réunion avec les infirmiers	13 infirmiers et infirmières
07/12/2020	Réunion avec les pharmaciens	7 pharmaciens
21/12/2020	Réunion pluriprofessionnelles	8 médecins, 10 pharmaciens, 15 infirmiers, 4 autres professionnels (SSIAD, EHPAD, ADMR, laboratoire d'analyse)

Les principales conclusions de ces réunions sont résumées dans le Tableau 2. Elles soulignent les difficultés rencontrées par les professionnels au quotidien dans un contexte encore appelé à se tendre et témoignent de leur impuissance dans un certain nombre de situations quotidiennes. Les constats s'articulent autour de **6 thèmes potentiels d'action** : favoriser l'installation des médecins, gérer le temps médical, exercer en groupe, utiliser les nouveaux outils numériques de pratique et de coordination des professionnels, orienter les flux de patients et éduquer aux soins.

Lors de la réunion du 21 décembre 2020, les premières pistes d'action ont été présentées aux professionnels. Le numéro unique de pilotage pour une meilleure orientation des flux de patients a suscité leur intérêt de même que la coopération médecins généralistes – infirmiers notamment à travers les infirmiers de pratique avancée (IPA) dont les premiers diplômés l'ont été fin 2020.

Des réunions régulières se déroulent depuis afin de poursuivre voire de renforcer la mobilisation (15 février 2021, 29 mars 2021). Le contexte sanitaire surcharge les professionnels en exercice et met d'autant plus au jour la situation de tension. Lors de la réunion du 29 mars, une infirmière de Graulhet a interpellé l'assistance afin d'alerter une nouvelle fois sur la situation catastrophique à laquelle les professionnels sont confrontés dans le bassin de vie. Elle a évoqué des situations extrêmes de patient sans recours à un médecin traitant et dans un état de détresse vitale.

1.1.3 Le rôle du COPIL et des partenaires du projet

Le Comité de pilotage a vocation à recueillir l'adhésion et la contribution des institutions situées dans l'écosystème du projet. En particulier, ses missions consistent à suivre l'avancée du projet, valider les choix méthodologiques, mesurer l'atteinte des objectifs, produire des avis sur les résultats acquis au fil de l'eau, choisir les actions à porter au plan d'actions et apporter des soutiens complémentaires sur certaines tâches (respect de la réglementation ou dispositifs de soutien financier, par exemple).

Tableau 2 : Conclusions des réunions avec les professionnels

Thèmes d'actions	Problèmes évoqués	Actions proposées
Installation des médecins	Territoire non classé en zone prioritaire par l'ARS => pas de mesure d'incitations pour l'installation des médecins (assistants médicaux, prime à l'installation, etc.) Flux de patients en fonction de l'accessibilité : polarisation de la patientèle graulhetoise vers les personnes les moins autonomes (personnes âgées)	Discussions avec l'ARS et la CPAM pour l'accélération de la révision du zonage. Dérogação pour permettre l'activation des mesures incitatives sans requalification du zonage. Utilisation de SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) qui est un stage de 6 mois de médecine générale ambulatoire : interne en autonomie = ressource qui participe aux soins programmés et qui pourrait aider aux soins non programmés
Gestion du temps médical Exercice en groupe Services d'appui à la coordination et nouvelles pratiques de santé	Visites à domiciles avec déplacements Constats de décès, gardes à vue etc. pour des patients hors patientèle	Favoriser un médecin « roulant » qui consulterait 1 à 2 fois par semaine sur le territoire au-delà de sa patientèle Renouvellement d'ordonnances de durée plus longue pour les patients stabilisés Pré-tri au comptoir des pharmacies pour renouvellement de médicaments + téléconsultation avec le MG si urgence Délégation de tâches, binômes MG – infirmiers - pharmaciens => définition de protocoles, besoins de formation (antibiogrammes, etc.), rôle des infirmiers Asalée et IPA, question de la responsabilité et du remboursement des soins Utilisation de la téléconsultation, notamment conjointe MG-infirmier - pharmaciens => réunion avec le GIP e-santé Question du partage d'informations entre les professionnels et de la coordination des divers logiciels utilisés par les professionnels (dossier médical, dossier pharmaceutique etc.)
Orientation des patients	Difficultés d'orientation des patients, consultations spécialisées, examens médicaux (imagerie, etc.) Difficulté des diagnostics pour la mise en place de soins à domicile, en particulier pour les personnes âgées Difficultés pour les pathologies psychiatriques	Personne qui serait ressource pour mutualiser les recherches sur l'orientation des patients Création d'un numéro unique d'orientation des patients Possibilité d'orienter vers les réseaux, type MAIA Coopération avec la Fondation Bon Sauveur
Prévention, éducation aux soins	Pathologies lourdes dans le bassin de vie. Suivi en parcours, éducation aux soins Question de l'observance des prescriptions Tensions voire violence du fait de la démographie médicale en baisse	Actions d'éducation aux soins

Il est composé des institutions suivantes :

- Mairie de Graulhet,
- Conseil Départemental du Tarn,
- Délégation départementale de l'ARS du Tarn,
- CPAM du Tarn,
- Conseils départementaux de l'ordre des professions de santé,
- Représentant de l'URPS,
- Centre Hospitalier d'Albi et de Graulhet,
- Représentant des professionnels de santé du bassin de vie,
- Pilote de la CPTS Tarn Centre,
- Françoise LE DEIST et Hervé PINGAUD en qualité d'animateurs.

L'ensemble des membres du COPIL participent aux réflexions et au soutien des actions visant la résorption du déficit d'offre médicale dans ce territoire fragile. Leur expérience est donc un apport précieux au projet et à la phase d'idéation.

Ainsi, lors du premier COPIL organisé le 26 novembre 2020, les membres du COPIL ont confirmé l'urgence à agir pour le bassin de vie de Graulhet. Par ailleurs, des actions ont été confirmées, encouragées et suggérées (Tableau 3) pour la redensification des services de soins dans le bassin de vie.

Tableau 3 : Actions en cours ou à développer suite au premier COPIL du projet

Actions en cours ou à développer pour le territoire	Statut
Arrivée d'un médecin complémentaire à Labouzarie	Confirmé, courant 2021.
Validation de la CPTS Centre Tarn	Projet validé. Financement en cours de validation.
Mise en place du numéro unique d'orientation des patients	Encouragé. Montage financier à préciser.
Labellisation du Centre hospitalier de Graulhet en hôpital de proximité	Confirmée. Projet en cours d'élaboration.
2 nd médecin généraliste au CH de Graulhet	Confirmé mais retardé.
Encouragement des médecins généralistes pour être maîtres de stage universitaires	Dérogation accordée à un MG de Graulhet pour accélérer l'accès à ce statut.
Poursuivre les efforts de développement des plateaux techniques	En cours.
Développer l'éducation aux soins	Encouragé.
Communiquer auprès de la population sur les actions en cours	Encouragé.

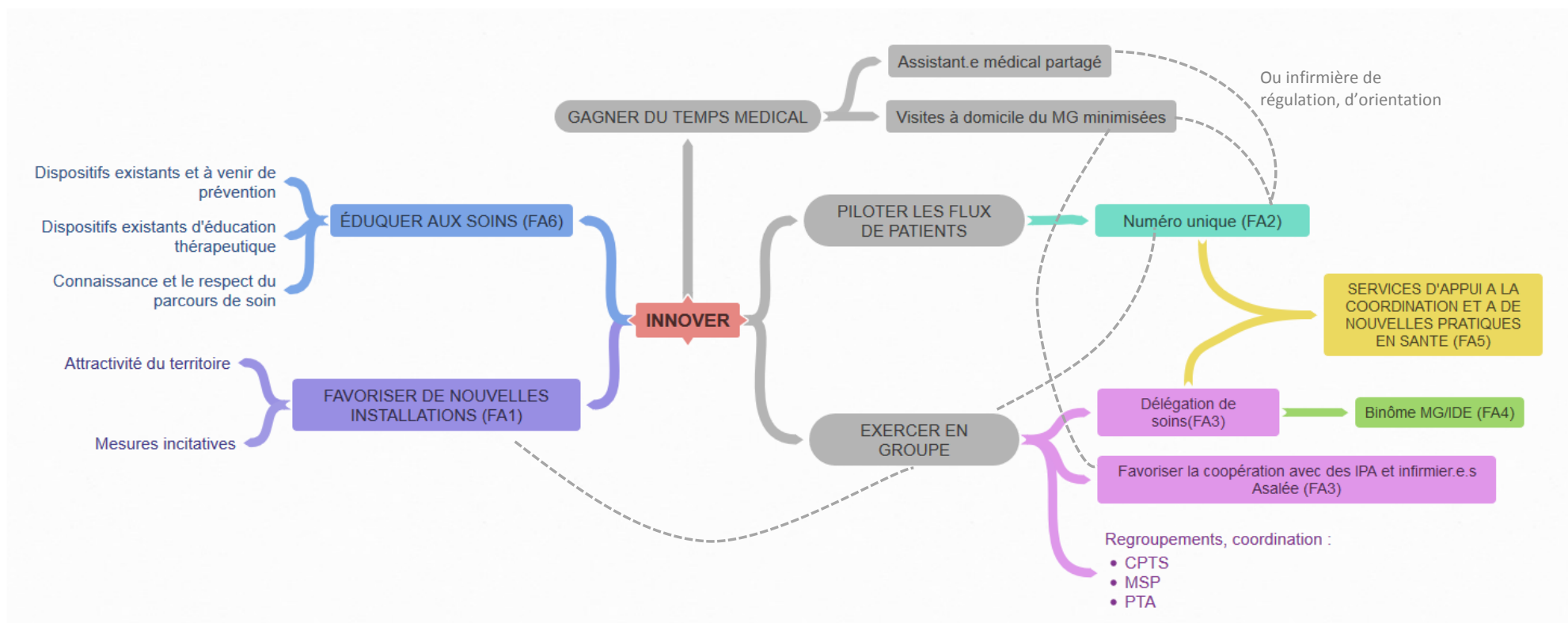
En fonction des échanges avec les parties prenantes et les professionnels, des collaborations complémentaires se sont nouées, notamment avec le **GIP e-santé Occitanie**, groupement d'intérêt public qui met en œuvre les services e-santé nationaux et régionaux dans les territoires. L'objectif est de travailler avec cet opérateur afin de développer et d'harmoniser les outils de collaborations numériques pour les professionnels de santé sur la base des besoins identifiés (cf. fiches actions).

Une première version du portefeuille d'actions a été présentée lors du second COPIL du 11 février 2021. Les partenaires se sont positionnés sur les différentes actions et ont incité l'équipe projet à poursuivre le travail. Le présent rapport sera présenté au dernier COPIL du projet qui se déroulera début mai 2021.

1.2 Construction de la carte mentale

A partir des échanges avec les professionnels et les parties prenantes au projet, une carte mentale a pu être élaborée afin de lister l'ensemble des pistes d'action (Note : Les traits pleins représentent une relation de décomposition des blocs thématiques principaux. Les traits en pointillés représentent des relations d'influence mutuelle des actions.

Figure 3).



Note : Les traits pleins représentent une relation de décomposition des blocs thématiques principaux. Les traits en pointillés représentent des relations d'influence mutuelle des actions.

Figure 3 : Carte mentale pour la redensification des services de soins primaires dans le bassin de vie de Graulhet

Nous y retrouvons les 6 grands thèmes d'action qui avaient émergé lors des réunions avec les professionnels (en majuscules sur la Note : Les traits pleins représentent une relation de décomposition des blocs thématiques principaux. Les traits en pointillés représentent des relations d'influence mutuelle des actions.

Figure 3). En fonction des priorités identifiées par les acteurs et de la faisabilité des actions en termes financiers et de mobilisation des ressources humaines, 6 fiches actions sont proposées pour le portefeuille d'actions :

FA1 : Favoriser de nouvelles installations de MG

FA2 : Création d'un numéro unique de régulation des flux de patients

FA3 : Délégation de soins dans le bassin de vie de Graulhet

FA4 : Création de binômes MG IDEL pour la prise en charge de patients à domicile

FA5 : Exercice en groupe à l'aide des services d'appui à la coordination et à de nouvelles pratiques en santé

FA6 : Education aux soins pour une prise en charge efficiente

2 L'émergence et le déploiement des actions : ce que disent la politique de santé et la littérature

Le processus d'idéation a permis d'identifier 6 thèmes et pistes d'actions pour lutter contre la désertification médicale dans le bassin de vie de Graulhet. La présente section explique la manière dont ces pistes ont émergé dans le paysage de la délivrance de soins primaires et dont elles sont déployées en France et à l'international. L'impact et les freins associés à la mise en œuvre de ces pistes sont également abordés.

Au regard de l'ampleur de la littérature relative à ces sujets, seul un résumé de la revue de cette littérature est exposé ici pour chaque piste d'actions⁵.

2.1 Les mesures d'installation des médecins

La revue de littérature présente en Annexe recense les déterminants de l'installation des médecins en zones sous-dotées. Au-delà d'un catalogue des différentes stratégies visant à favoriser l'installation de médecins dans ces zones, nous avons souhaité proposer une hiérarchisation de celles-ci à partir d'une analyse historique et d'une prospective afin de guider le choix des décideurs. D'une part, les actions que nous analysons se sont révélées plus ou moins efficaces (bénéfiques) et sont soumises à des contraintes plus ou moins fortes (risques) ; d'autre part, il est possible d'estimer leur impact dans les années à venir en extrapolant à partir des tendances actuelles (aspiration des nouvelles générations, évolution de la structure de la population, etc.).

Concernant les études médicales, il apparaît clairement que les mesures quantitatives sont peu efficaces. L'impact de la suppression du numerus clausus est fortement limité par l'impossibilité des universités à augmenter rapidement leur capacité. Les étudiants qui commencent leur formation ne seront de toute façon médecins qu'à l'issue de nombreuses années d'études, l'effet immédiat de cette mesure est donc nul. Par ailleurs, cette mesure ne permet pas mécaniquement d'accroître le nombre de médecins généralistes puisque de nombreux étudiants s'inscrivent dans d'autres spécialités malgré les tentatives de régulation des places ouvertes pour l'épreuve classante nationale (ECN), notamment

⁵ La revue de littérature complète sera disponible en complément du présent rapport dans les semaines qui viennent.

par des stratégies de redoublement. La très forte croissance du nombre moyen de médecins par habitant en France depuis des décennies, enfin, n'implique en rien une meilleure répartition sur le territoire. Les zones en tension restent en grandes difficultés et les zones attractives voient l'offre médicale croître sans cesse sans qu'un effet de concurrence « naturel » vienne limiter les installations qui restent, rappelons-le, totalement libres en France pour la profession médicale.

Les actions qui visent à changer l'image de la médecine générale sont en revanche beaucoup plus structurelles, que ce soit les actions qui visent à promouvoir cette spécialité dans les universités de médecine mais aussi dans les lycées, et ce, particulièrement au bénéfice de zones sous-dotées. Au-delà de l'information et des bourses proposées, un véritable accompagnement pourrait ainsi être proposé aux lycéens de ces zones (classe spécialisée, prépas) afin d'inciter ces populations à s'engager dans ces études longues et difficiles, et lutter contre les renoncements liés à des raisons sociologiques et financières. L'hypothèse que ces jeunes s'installeront plus facilement dans la région qui les a vus naître est pertinente et ces mesures sont fortement développées en Allemagne à profit.

Les stages constituent également un levier fondamental car ils permettent aux étudiants de connaître les territoires, la population de celle-ci, de changer l'image qu'ils en ont parfois, et de se faire des contacts ce qui favorise les remplacements de début de carrière et les installations. Augmenter le nombre de maître de stages universitaires, construire des stages de qualité (exercice ville-hôpital varié, projets de santé, exercice coordonné, etc.) et proposer des conditions de stage attractives est donc fondamental. Cela n'est possible qu'au travers d'échanges avec les universités et un lien avec les associations d'internes afin de rester au plus près des attentes.

Les pratiques innovantes en matière d'offre de soins (ateliers de rencontre professionnels-population, construction de parcours de soins, recherche action, exercices coordonnés avec paiement au forfait en fonction d'objectifs de soins pour favoriser leur qualité plutôt que leur quantité, projet de santé en soins primaires) peuvent aussi attirer les étudiants vers la pratique de la médecine générale. Certaines mesures complémentaires comme la participation à des forums des métiers dans les universités, des prix de récompense de thèse, des journées ou des réunions d'information sont également des pistes intéressantes pour inciter les étudiants à s'intéresser au domaine. Cela peut se faire au travers de réseaux constitués lors des études ou lors du début de la vie professionnelle (par exemple le parrainage d'étudiants ou de jeunes médecins par des médecins en exercice) afin de favoriser les échanges, le soutien face aux situations difficiles et le partage d'expérience.

Les aides financières sont les mesures qui ont été privilégiées jusque-là, avec plus ou moins de succès mais un coût très conséquent (Cour des Comptes). Elles peuvent présenter une efficacité mais doivent être bien calibrées afin de limiter les effets d'aubaine et de concurrence entre territoires riches et plus pauvres. Elles doivent aussi être plus orientées vers la sécurisation ou la facilitation des conditions d'exercice (bourse d'étude, notamment pour les jeunes des zones sous-dotées, aides pour les médecins remplaçants dans zones sous-dotées, financement d'assistants médicaux, fourniture de locaux, soutien pour les 1ères années d'exercice) que vers de simples bonifications de rémunération. Le très faible nombre de contrats signés par les professionnels, même s'il est en augmentation montre que ce déterminant n'est pas fondamental, passé un certain niveau de revenu et qu'il ne résout pas seul la problématique des déserts médicaux.

Les nouvelles générations aspirent à un cadre de vie qui offre de nombreuses opportunités et souhaitent une répartition entre temps de travail et le temps personnel (notamment familial) différente de leurs aînés. La présence de services publics (ou de maisons de services publics), d'infrastructures de qualité, d'une vie culturelle et associative fortes sont des atouts certains pour les faire venir dans un bassin de vie. Les collectivités doivent donc organiser des campagnes de

communication et de promotion afin de faire découvrir aux étudiants et jeunes médecins la qualité de vie de leur territoire et changer les représentations parfois négatives qu'ils en ont. Rien de mieux pour cela qu'un accompagnement par des médecins qui vivent depuis longtemps dans le territoire afin d'en présenter toutes les ressources pour un professionnel de santé.

Le soutien et l'accompagnement du projet professionnel de l'étudiant au travers d'une information efficace, un soutien du conjoint pour s'insérer professionnellement, des solutions personnalisées de garde d'enfants, la possibilité de construire un cadre de vie agréable et stimulant sont également des déterminants centraux.

Développer une offre de travail qui répond aux attentes des jeunes médecins, enfin, est essentiel : centres de santé avec exercice salarié ou mixte, activités variées avec une médecine hospitalière, de ville, et en structures médico-sociales, activité variée comprenant des actions de prévention, de la recherche en soins primaires (lien avec l'université), un travail d'équipe coordonné pluriprofessionnel et des projets de santé stimulants notamment dans le cadre de CPTS.

Au final, il n'y a pas de solution unique pour favoriser une installation et redynamiser les territoires mais un ensemble d'actions à mettre en œuvre de manière conjointe. Leurs atouts et faiblesses de ces actions doivent être clairement identifiés afin de construire un projet pragmatique et cohérent et de guider la stratégie. Ce projet ne peut se faire qu'en concertation et avec la participation active des professionnels. Ce sont eux qui donneront envie aux étudiants et jeunes médecins de s'installer ou au contraire de quitter au plus vite le territoire. Et la cohésion des professionnels ne sera possible qu'au travers d'objectifs partagés et d'actions concrètes, où chacun a la possibilité d'apporter ses compétences, d'être valorisé dans son métier et d'exprimer sa perception des problématiques.

2.2 Le numéro unique de régulation des flux de patients

Le numéro unique est un service public à destination des habitants permettant de faciliter la prise en charge de la demande de soins, en pilotant les flux de demandes. Il s'inscrit dans un contexte plus large et s'est appuyé sur différents dispositifs et expérimentations. Il vient en complément de l'existant, sans se substituer à ce qui est déployé par ailleurs à d'autres échelles, notamment la PDSA. L'étude de l'ensemble de ces dispositifs a permis d'identifier les modalités et l'organisation du numéro unique, qui correspondrait le mieux à la problématique du bassin de vie de Graulhet, les avantages certains et les freins potentiels.

Faciliter la prise en charge des soins et en assurer une permanence est une préoccupation majeure des pouvoirs publics et des médecins généralistes depuis les années 50. Malgré les réglementations mises en place, la permanence des soins a été en grande difficulté, surtout en milieu rural, jusqu'au mouvement en 2001 de la "grève des gardes". Il y a eu à ce moment-là une prise de conscience des autorités de santé et une organisation de la permanence des soins, qui est désormais déclinée au sein de chaque territoire.

Ci-dessous un tableau des différents dispositifs de pilotage des flux sur lesquels nous avons pris appui.

Tableau 4 : Comparatif des différents dispositifs de pilotage des flux

Nom	Type de régulation	Echelle	Description	Fonctionnement
PDSA : Permanence des Soins Ambulatoires	Téléphonique avec régulation des appels	Nationale	La PDSA permet de maintenir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins, en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux ; elle répond aux demandes de Soins Non Programmés (SNP) par des moyens structurés, adaptés et régulés. Chaque territoire s'organise en fonction de ses ressources. Elle est assurée par un médecin généraliste, en collaboration avec les établissements de santé. Elle doit également concourir à la préservation des moyens destinés à l'Aide Médicale Urgente et en garantir une mobilisation à bon escient.	Régulation médicale hors horaires des cabinets médicaux avec régulateur et effecteur d'astreinte
PAIS : Plateforme Alternative d'Innovation en Santé	Téléphonique avec régulation des appels par une assistance médicale formée	Locale, étendue à plusieurs territoires : 2 dans le Loir et Cher et un dans les Pyrénées Atlantiques	Chaque médecin adhérent à PAIS assure selon un planning défini une journée d'astreinte grâce à une mutualisation d'informations des patients. La réponse médicale se déroule de 8h à 20h en semaine ainsi que le samedi matin de 8h à 12h. Financièrement, l'astreinte est indemnisée à hauteur de 100€ auxquels s'ajoutent les consultations payées par les patients. Chaque médecin reçoit également une aide à l'embauche mensuelle de 430€ pour une secrétaire qui aura reçu au préalable une formation spécifique du SAMU 41 au Centre Hospitalier de Blois pour apprendre à orienter les appels. Pour finir, chaque médecin s'engage sur des missions de formation et de prévention notamment, auprès du personnel des EHPAD. Le coût de ces formations est pris en charge par le Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Information Sanitaires de l'Assurance maladie (FNPEIS).	Régulation téléphonique par Assistant Médical formé en journée vers médecin effecteur d'astreinte
Pilotage des flux CPTS Grand Gaillacois	Téléphonique avec régulation des appels par une IDAC	Locale, déployé par la CPTS Grand Gaillacois	Des médecins et infirmières du territoire se positionnent sur un planning d'astreinte, qui est géré mensuellement par l'IDAC. La permanence téléphonique est assurée par l'IDAC en journée de 9h à 19h.	Régulation téléphonique par IDAC qui oriente vers médecins ou infirmiers d'astreinte, donne un conseil ou réoriente le patient en fonction de la demande.
SAS : Service Accès aux Soins	Téléphonique ou en ligne assurée par une plateforme avec régulation des appels	En cours de développement national (départements pilotes : Haute Garonne pour l'Occitanie)	SAS vise à faciliter la prise en charge des SNP par la mise en place d'une plateforme digitale. Ce dispositif permettra aux usagers de visualiser l'offre de soins et les disponibilités des professionnels sur un territoire, les rendant plus autonomes dans la prise en charge de leur santé. Ce dispositif viendrait en complément des CPTS pour la gestion des SNP.	Régulation médicale en ligne ou par téléphone 24/24 avec régulateur et effecteur d'astreinte
AMU : Aide Médicale d'Urgence	Téléphonique avec régulation des appels	Nationale	L'AMU est le dispositif mis en place pour apporter une aide médicale aux personnes victimes d'un accident ou d'une affection brutale et inattendue.	Régulation médicale de l'urgence 24/24

UMUPS : Unité mobile de l'urgence et de la permanence des soins	Téléphonique avec régulation des appels	Départementale : Innovation département de l'Hérault (34)	De façon expérimentale, il a été proposé d'apporter des réponses aux carences constatées en matière de couverture de l'AMU. Ce dispositif expérimental est composé d'un Véhicule Radio Médicalisé (VRM) du Service Départemental d'Incendie et de Secours SDIS 34 avec conducteur SDIS, qui mobilise un médecin formé à l'urgence avec un double statut de Médecin Correspondant SAMU et de Sapeur-Pompier volontaire (MCSSP). Il assure l'AMU dans l'attente de l'arrivée du SMUR et la PDSA (visites incompressibles et nuit profonde) 24h/24.	Régulation médicale et mobile en complément de l'AMU et de la PDSA 24/24
le MOLDU : Médecin d'Orientation Libéral des Urgences	Après admission aux urgences, réorientation vers la médecine de ville	Locale : Hôpital d'Annemasse, en Haute-Savoie	Face à cette problématique, un dispositif innovant vise à « éduquer » le patient au bon usage des urgences et à réduire ainsi le nombre de demandes en structurant l'offre de soins vers les médecins de ville. Le modèle organisationnel repose sur la présence d'un médecin libéral qui tient le rôle de médecin « répartiteur » ou « régulateur » au sein des urgences les soirs de semaine : le Médecin d'orientation libéral des urgences, dit « MOLDU » intervient après l'arrivée du patient aux urgences pour le réorienter vers la médecine de ville lorsque cela paraît justifié. Ce système suppose la présence d'effecteurs en aval. Pour cela il s'articule au dispositif de PDSA en place grâce à la collaboration avec les médecins de garde en ville qui libèrent des plages dédiées pour les patients qui sont envoyés par le MOLDU.	Réorientation des urgences après admission vers la médecine de ville, par un MOLDU
Entr'Actes	Téléphonique de 8h à 20h avec régulation des appels et numéro dédié et application Entr'Actes	Locale (Bas Rhin)	L'initiative permet de coupler le numéro national d'appel unique pour la permanence des soins ambulatoires 116 117 avec l'application Entr'Actes. Cette application permet aux médecins régulateurs du 116 117 d'envoyer une notification sur les téléphones mobiles des médecins du secteur abonnés à la plateforme et géolocalisables, si ceux-ci ont indiqué qu'ils pouvaient prendre en charge des soins non programmés. Les médecins volontaires stipulent leurs plages de RDV disponibles sur l'application. Lorsqu'une demande est programmable, le médecin régulateur envoie une notification aux médecins volontaires sélectionnés. Dès qu'un médecin accepte de prendre en charge le patient, le médecin régulateur libéral fixe alors un rendez-vous selon les disponibilités spécifiées.	Régulation téléphonique par Médecin Régulateur en journée 8h/20h qui communique et programme les SNP aux médecins effecteurs volontaires par le biais d'une application Entr'Actes.

Deux expérimentations qui ont été évaluées se rapprochent le plus du numéro unique : la PDSA via le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) d'Auch et le modèle PAIS (Plateforme Alternative d'Innovation en Santé) dans le Loir et Cher.

La PDSA permet d'apporter une régulation en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux (nuit, WK et jours fériés). Une étude de ce dispositif porté par le CRRA d'Auch a été réalisée en 2016⁶. La permanence téléphonique est assurée par un médecin régulateur libéral qui peut soit effectuer un conseil simple (51,3% des appels), soit orienter si besoin vers le médecin effecteur (34,8% des appels) ou vers les urgences (11,2% des appels). Les motifs principaux des appels sont des problématiques infectieuses, digestives et traumatologiques.

Le modèle PAIS a été mis en place en 2008 avec les objectifs suivants :

⁶ MARSEILLAN, A. (2018). Description de l'activité du Centre de réception et de régulation médicale libérale d'Auch dans le Gers en 2016. UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER – FACULTÉ DE MÉDECINE.

- prévenir les risques de désertification médicale,
- favoriser l'accès aux soins de proximité,
- améliorer les conditions de travail des médecins généralistes et leur organisation,
- relancer la prévention et l'éducation,
- réduire le recours inapproprié aux structures hospitalières, notamment aux urgences.

La réponse téléphonique est effectuée par une assistante médicale en journée. Les médecins adhérents à PAÏS assurent selon un planning défini une journée d'astreinte, grâce à un partage d'informations soutenu par un système d'information.

L'étude⁷ de ce dispositif montre que les objectifs cités ci-dessus sont atteints, avec une garantie de sécurité, d'efficacité des soins et d'économie importante : 1 euro consacré à PAÏS en rapporte au moins 5, d'après les résultats. Ce dispositif a par ailleurs entraîné une dynamique et une satisfaction de travail de la part des médecins. Il a ainsi donné envie à de jeunes médecins de venir s'installer. Il s'est également développé par la suite dans d'autres territoires.

Une enquête de l'URPS Ile de France, effectuée en janvier 2020⁸, pointe des possibles freins à sa mise en œuvre. Tous les médecins généralistes n'expriment pas le besoin d'être organisés pour répondre à la demande de soins non programmés. Tous n'acceptent pas de faire apparaître leurs disponibilités sur un système pouvant être consultable par d'autres professionnels du même secteur.

Pendant, au regard des effets attendus d'une telle régulation, le numéro unique répondrait à un besoin et à une demande réelle des professionnels du bassin de vie de Graulhet.

2.3 La délégation de soins

En France, la délégation s'inscrit dans les moyens de lutte contre les déserts médicaux. A l'heure où un élargissement encore plus important des fonctions des pharmaciens et des infirmiers est étudié par le législateur, il convient de s'intéresser de plus près au processus de délégation en le définissant, ainsi que des termes connexes que sont la coopération et le transfert.

- **La délégation** est décrite par l'HAS comme « l'action par laquelle le médecin confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche. La délégation comprend l'idée de supervision. La responsabilité du délégant (le médecin) reste engagée du fait de la décision de déléguer, la responsabilité du délégué (le professionnel non médical) est engagée dans la réalisation de l'acte. »

Cette idée de supervision est centrale dans l'assimilation du concept de délégation (au sens strict), car la notion de responsabilité du professionnel lors de la réalisation qui en découle est actée.

- **Le transfert**, quant à lui, présuppose une idée de « de déplacer l'acte de soin, d'un corps professionnel à un autre : les activités sont confiées dans leur totalité, y compris en termes de responsabilité, à une autre profession. Les professionnels non médicaux sont donc autonomes dans la décision et la réalisation ».

L'auxiliaire de vie est ainsi autonomisé, l'acte de soins étant alors sous sa responsabilité.

- Enfin, **la coopération** est notée comme « *des transferts d'activités ou d'actes de soins, voire en une réorganisation du mode d'intervention auprès des patients* ». Il existe une mutualisation des moyens qui peut s'exprimer selon différents moyens et formes, et à travers tous les professionnels

⁷ SCHICK, J. (2016). Etude comparative de l'incidence de PAIS (plateforme alternative d'innovation en santé) sur le recours aux urgences entre trois communautés de communes en Loir-et-Cher. Université de Tours.

⁸ URPS Ile de France, (janvier 2020), Enquête sur les soins non programmés auprès des médecins généralistes libéraux exerçant en île de de France.

de santé. Le terme coopération repose donc sur un concept de consensus, de confiance entre deux ou plusieurs parties dans une perspective de la réalisation d'un acte médical.

Le cadre législatif, à l'origine assez contraignant, a évolué ces dernières années afin de permettre un plus grand décloisonnement, ce qui a pu faciliter la mise en place d'actions favorisant les actes délégatifs et coopératifs. En particulier, la loi HPST 2009 a conduit à la création de nouvelles formes de coopérations, notamment à travers l'élaboration d'un protocole de délégation. Ce dernier explicite plusieurs points :

- Premièrement, l'ensemble des activités qui font l'objet d'une autorisation de délégation, et les professionnels impliqués dans ce processus.
- Deuxièmement, la réorganisation du mode d'intervention chez le patient dans le but d'une augmentation à la fois de la qualité de sa prise en charge tout en étant le plus efficient dans la durée de la prise en charge par le médecin.

Par la suite, d'autres lois complémentaires (en 2016 et 2019) sont venues préciser ce cadre de coopération.

C'est cependant à travers « Ma Santé 2022 » qu'a été insufflé un nouvel élan majeur : celui de mettre la délégation au centre d'un dispositif à la fois national et local, protocolisé mais également expérimental ainsi qu'une volonté de définir et de fluidifier des nouvelles pratiques de partage d'activité entre professionnels. Afin d'inviter ces derniers à mettre en place ces pratiques de délégation, plusieurs mesures incitatives ont été développées, comme la distribution d'une prime de coopération spécifique ou à travers un outil (COOP-PS), permettant de centraliser les protocoles de coopération déjà établis ou en cours.

Parmi les protocoles de coopération existants (une soixantaine à ce jour, essentiellement à destination du secteur sanitaire), un certain nombre l'ont été pour les soins primaires. Les délégations associées concernent notamment la prise en charge de certaines pathologies, selon les cas, par les pharmaciens, kinésithérapeutes ou les infirmiers.

Au sein de l'ensemble des coopérations entre professionnels existantes, celle entre le médecin et l'infirmier revêt une place incontournable. C'est notamment le cas dans plusieurs pays d'Europe (Belgique, Espagne, Finlande, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni et Suède) ou en dehors (Canada et Etats-Unis). En France, tout particulièrement, la coopération entre le médecin et l'infirmier s'est développée à travers deux dispositifs distincts : d'une part celui du protocole Action de Santé Libérale en Equipe (Asalée) et d'autre part celui de l'infirmier en pratique avancée (IPA).

L'une des fonctions (Asalée) est centrée sur la prévention, le dépistage et l'accompagnement de patients atteints de maladies chroniques en coordination avec un médecin généraliste. L'IPA est, de son côté, soit spécialisé dans une discipline médicale particulière, soit dans le nursing, c'est-à-dire l'amélioration de la santé dans des parcours de soins jugés complexes. Cette pratique d'IPA, qui a connu un essor relativement récent en France par rapport à d'autres pays, permet aux infirmiers d'acquérir une émancipation par rapport au décret de compétences des infirmiers, car ces derniers peuvent exercer au sein d'une spécialité définie plutôt qu'à travers des actes entièrement délimités comme peuvent l'être les protocoles de délégation.

En outre, la délégation entraîne des effets qui peuvent être mesurables. C'est notamment le cas pour l'effet que va avoir la délégation sur la demande de soins, la qualité de soins ainsi que l'impact sur les

coûts. Selon les types de coopération, il en résulte que plusieurs effets bénéfiques (réduction des coûts généraux, augmentation de la qualité des soins, attractivité de la population...) peuvent être attendus.

Cependant, le recours à la délégation provoque un certain nombre de réticences : par exemple, ces dernières années, un faible pourcentage des médecins (environ 30 %) y est favorable.

De plus, une nouvelle organisation de la pratique de ces derniers doit être mise en place, dont la lourdeur peut susciter une résistance au changement de la part des praticiens médicaux. Des difficultés de coopération peuvent émerger, en particulier pour le protocole Asalée.

Chez les IPA, à cause du peu de recul que les parties prenantes ont de la fonction, un manque de compréhension du rôle, des compétences ainsi que des différentes missions de ces derniers sont les principaux facteurs de résistance à leur développement à ce jour.

2.4 L'exercice en groupe

Le modèle dominant de la médecine en France est celui de la médecine individuelle libérale : activité isolée, paiement à l'acte, liberté d'installation et de prescription, libre choix du médecin traitant pour les patients. Il n'y a ni coordination formalisée, ni planification globale, et les violentes réactions de la corporation aux tentatives de régulation du secteur attestent du poids de l'histoire.

Les premiers regroupements de professionnels se font dans une logique de rationalisation des coûts. De manière marginale, se développent des centres de santé construits autour de missions sociales et d'actions de prévention, ils sont sous-tendus par une dimension idéologique forte. Les professionnels y sont salariés.

Cette tendance est en train d'évoluer notamment sous l'impulsion des jeunes générations. 81% des moins de 50 ans choisissent ce mode d'exercice vs 57% pour les 50-59 ans. En 1969, seulement 11% des médecins travaillaient en exercice regroupé, ils sont 61% en 2019. Les jeunes médecins tendent également à s'installer en groupes plus hétérogènes (médecins et non médecins).

Cette tendance au regroupement est fortement encouragée par les autorités publiques avec des aides financières et matériels et des mesures d'accompagnement spécifiques. Entre 2017 et 2019, le nombre de Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) a augmenté de 37% et celui des centres de santé ou centres polyvalents de 21%. Les Communautés Professionnelles territoriales de Santé (CPTS) sont également en forte progression (+25% entre décembre 2018 et avril 2019). L'objectif du gouvernement est de créer 1000 CPTS et 2000 MSP à l'horizon 2022 afin de former un maillage dense de professionnels coordonnés

Par ailleurs, plus de 100 postes d'infirmières Asalée ont vu le jour entre 2017 et 2019 pour accompagner les patients souffrant de maladies chroniques, assurer la prévention secondaire et l'éducation thérapeutique. La finalité est de permettre au médecin de se concentrer sur ce qui demande le plus d'expertise tout en développant une logique de prise en charge globale et pluriprofessionnelle coordonnée

Il existe à l'international une grande variété de systèmes de santé avec des organisations de soins fortement coordonnées, et d'autres plus isolées. Malgré ces différences, la tendance est partout au regroupement des professionnels, qui est historiquement cristallisée par les tensions entre offre et demande.

En Suède et en Finlande, les professionnels sont regroupés dans des centres de santé publics pluridisciplinaires dans leur grande majorité. Ils sont le plus souvent salariés ou payés à la capitation

(forfait populationnel pour des missions de promotion de la santé, de prévention, les soins diagnostiques, curatifs, palliatifs, et de réadaptation).

Au Royaume-Uni, face à la pénurie de médecins généralistes dans les années 70, différentes mesures ont été mises en place pour favoriser l'exercice de groupe. Depuis 2004, les listes de patients s'effectuent par cabinet et non par médecin. L'objectif est d'optimiser l'organisation du travail et de faire disparaître les derniers cabinets individuels. Dans ce pays, les infirmiers assurent des consultations de premiers recours pour des problèmes mineurs, le suivi des malades chroniques stabilisés, l'éducation et la promotion de la santé. Par ailleurs, les centres d'information, d'orientation et de promotion de la santé sont gérés de manière autonome par ces mêmes professionnels.

Au Québec, la rémunération se fait à l'acte mais dans des cabinets pluriprofessionnels privés. 20% des médecins exercent en centre médical public. Depuis l'an 2000, des réseaux de médecins généralistes se développent avec une collaboration avec des infirmiers aux compétences étendues (soins primaires simples, prévention, dépistage, gestion de cas, suivi des personnes vulnérables...). L'inscription de patients sur des listes correspondant à des groupes de médecins incite ces derniers à une logique de prise en charge de population plutôt que de patientèle.

L'objectif en France est de contenir la tendance à la multiplication des actes sans véritable justification médicale et au cloisonnement des professionnels qui les enferment dans une logique de lutte corporatiste (refus de toute mutualisation d'actes pour éviter une perte financière, critique du recours à l'immigration, rejet du travail d'équipe coordonné). Dans ce cadre, les modes de rémunération sont un levier puissant dans le processus car ils orientent fortement les modes d'organisation des professionnels (paiement au forfait sur objectifs, indicateur de qualité des soins, financement de parcours de soins villes-hôpital, etc.).

Il existe 4 formes principales d'exercice coordonné : les centres de santé (CDS), les équipes de soins primaires (ESP), les MSP et les communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS). Le modèle de chacune de ces organisations, avec ses atouts et ses faiblesses, est développé dans le chapitre de la revue de littérature consacré à l'exercice en groupe.

Le vieillissement, la chronicisation des pathologies, l'accroissement des inégalités sociales de santé occasionnent une complexification des prises en charge et nécessitent l'intervention de nombreux acteurs de soin dans le parcours des patients. Face à cette complexité, la coordination professionnelle paraît indispensable pour assurer des prises en charge de qualité, pour renforcer l'efficacité, l'efficience et la productivité des soins, par l'articulation des compétences, le partage d'expérience et la montée en compétences des professionnels.

Les différentes formes d'exercice en groupe permettent d'améliorer l'accès aux soins d'une population de plus en plus âgée et souffrant de pathologies chroniques. Sur le plan de l'efficacité, la coordination interne est plus rapide ; les personnes se connaissent et se font confiance, n'ont pas d'appréhension quant au jugement de l'autre et échangent plus naturellement entre elles. L'acteur le plus compétent ou de première ligne peut ainsi répondre aux attentes et besoins spécifiques des patients. Sur le plan de l'efficience, les coûts semblent augmenter à court-terme mais il faut considérer cette variable sur le long terme car l'exercice de groupe est fortement associé à la réduction des risques de survenue de complications pouvant entraîner des hospitalisations coûteuses. Il évite aussi les risques de renoncements aux soins ou les recours inadaptés (urgences). La probabilité de réaliser des économies en matière de santé apparaît cependant faible même si pour les professionnels il peut exister des économies d'échelle. La productivité quant à elle, semble augmenter car le médecin voit sa charge de travail diminuer à l'occasion du passage à l'exercice regroupé. Il est cependant difficile de distinguer la frontière entre la substitution et la complémentarité des actes. Les études montrent plutôt une

tendance à une plus forte complémentarité qu'à une réelle substitution. Il apparaît que la substitution peut fortement réduire la demande, les infirmières pouvant dispenser des soins d'un niveau de qualité comparable à celui des médecins, dans certains domaines bien précis. La complémentarité, de son côté, enrichit les soins et en améliore la qualité.

Pour les professionnels, l'exercice de groupe est jugé plus souple en termes de contraintes d'horaires et de congés et facilite l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Il permet un partage de compétences, des échanges, de la coopération, renforce les dynamiques d'équipe et est fortement recherché. Il constitue ainsi réellement une stratégie pertinente, tant du côté des professionnels, des patients, que de l'optimisation des soins. Développer une offre d'emploi qui correspond à ces nouvelles aspirations est particulièrement pertinent pour favoriser l'installation de nouveaux professionnels dans les territoires en tension.

2.5 Les systèmes d'information, d'appui à la coordination et la télémédecine pour faire évoluer les pratiques de soins

Les technologies du numériques ont un rôle majeur à jouer dans l'évolution du fonctionnement du système de santé de façon générale. Nous parlons en France et à l'international de la E-Santé, terme qui sera défini par la suite, englobant de nombreuses thématiques, dont la télémédecine et les systèmes d'appui à la coordination. Ils pourraient être une solution pour tenter de répondre favorablement au problème de désertification médicale, notamment dans le bassin de vie de Graulhet.

Le déploiement de la télémédecine a pris de l'ampleur du fait du contexte sanitaire actuel avec la crise liée au COVID. La télémédecine est un outil qui a permis notamment de gérer l'afflux des demandes de consultation vers des hôpitaux et une offre de soins primaires sous tension, tout en respectant les mesures de confinement. Cependant, si elle a l'avantage de pouvoir présenter de nombreux gains pour les patients et les professionnels de santé, la technologie numérique présente également certains freins d'ordre technique, économique et culturel.

L'OMS définit la E-Santé comme « *les services du numérique au service du bien-être de la personne* ». L'OMS précise que cela correspond à « *l'utilisation des outils de production, de transmission, de gestion et de partage d'informations numérisées au bénéfice des pratiques tant médicales que médico-sociales* ».

Le CNOM, dans son livre blanc de janvier 2015 a schématisé la E-Santé de la façon suivante :

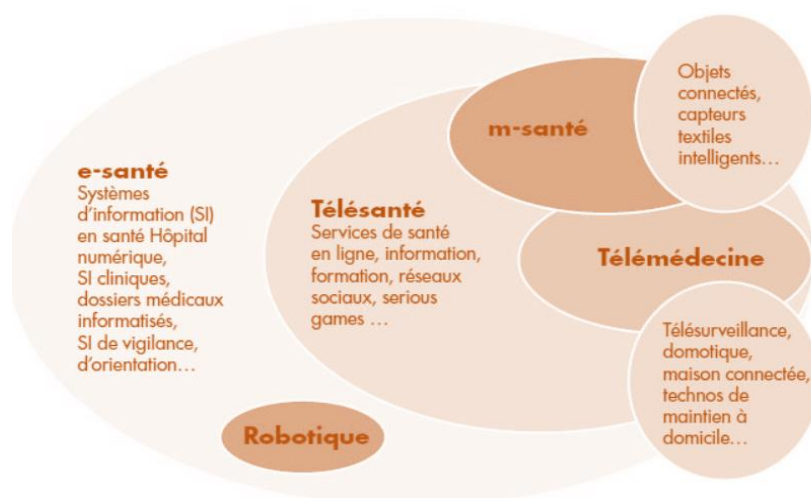


Figure 4 : Présentation de la E-santé par le CNOM

Télémédecine en France et dans le monde

En France, la télémédecine existe depuis le début des années 1990) Elle a été mentionnée pour la première fois comme étant « *un acte à distance* » dans la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004⁹. Puis elle a été légiférée en France le 21 Juillet 2009 avec la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST). Cette loi définit le mot télémédecine comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication, faisant intervenir au moins un médecin* ». ¹⁰ Par la suite, le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010¹¹ différencie les 5 actes de télémédecine suivant :

- Télé-expertise : c'est l'acte par lequel un médecin sollicite l'avis d'un de ses confrères par voie numérique ;
- Téléconsultation : c'est la consultation médicale réalisée à distance par un médecin généraliste ou spécialiste (via des outils sécurisés) ;
- Télésurveillance médicale : elle permet le suivi à distance d'un patient, notamment la transmission de données médicales et la mise en place d'alertes en cas de prise en charge spécifique ;
- Télé-assistance médicale : c'est lorsqu'un médecin assiste à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;
- Régulation médicale : c'est la réponse médicale apportée à un patient dans le cadre des urgences ou de la permanence des soins.

En 2014, suite à la loi de financement de la sécurité sociale, le programme ETAPES (Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours En Santé) a été lancé dans différentes régions¹².

L'article 53 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ajoute une notion : le télé-soin qu'elle définit comme étant une « *pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication qui met en rapport un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux en complément de la télémédecine réservée aux professions médicales* ». ¹³ Le télé-soin concerne aujourd'hui 18 corps de métiers. ¹⁴

Avec la crise de la COVID-19 les règles de réalisation des actes de télémédecines ont été assouplies dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, ce qui a permis un essor très significatif, notamment de la téléconsultation. ¹⁵

A l'étranger, l'Allemagne n'a adopté qu'en 2015 une loi sur la télémédecine. Cette dernière n'est que strictement hospitalière. Au Royaume-Uni les programmes de télémédecine et d'e-santé sont pilotés par le *National Health System* (NHS). En, Californie la réglementation sur la télémédecine date de 1996 avec le « *Telehealth Development Act* » qui impose les premières règles concernant la délivrance des soins par la télémédecine. Ce décret décrit également les règles de paiement et de remboursement par les mutuelles d'assurances-maladies.

⁹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

¹⁰ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

¹¹ Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine

¹² Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014

¹³ Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 - article 53

¹⁴ Haute Autorité de Santé, H. A. S. (2021). Qualité et sécurité du télésoin : Critères d'éligibilité et bonnes pratiques pour la mise en œuvre [Outils d'amélioration des pratiques].

¹⁵ Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19

L'apport de la télémédecine

- **Pour les patients**
 - Simplifie les démarches administratives
 - Facilite l'accès à leurs informations médicales
 - Informe sur la santé et l'offre de soins
 - Facilite le suivi de leurs indicateurs de santé

- **Pour les professionnels**
 - Informatisation le processus de gestion de soins et le suivi médical des patients.
 - Sécurisation des processus de transmissions des prescriptions et consignes entre professionnels.
 - Génération d'alertes ou de rappels automatiques dans le cadre d'un suivi de patient.
 - Création de nouveaux cursus de formation.

- **Dans l'organisation des soins et médico-économique**
 - Permet une attractivité qui peut favoriser l'installation des médecins dans des zones sous peuplées
 - Vise à faire des économies en restructurant les soins et en utilisant les compétences médicales de chaque professionnel.

Les freins, les limites et les inconvénients de la télémédecine

Ils sont principalement d'ordres techniques, économiques et culturels :

- Faible couverture numérique sur le territoire, et fracture numérique pour des raisons matérielles ou de compétences.
- Réticence des organismes d'assurance maladie obligatoire à l'idée d'élargir le périmètre des soins remboursables à ces nouvelles catégories de services.
- Craintes ressenties par la communauté médicale, d'un renforcement de la standardisation des pratiques.

Les SNAC

Les Systèmes Numériques d'Appui à la Coordination sont des outils technologiques qui permettent de favoriser la coordination entre les différents professionnels de santé qui interviennent dans le parcours du patient, et ainsi contribuer à l'amélioration de sa qualité. Leur développement entre dans le programme « E-parcours », lancé en 2017 par la Ministre de la Santé, dans le cadre du volet numérique « Territoires de soins 2021 ». Ils répondent à des besoins de renforcement de la coordination dans des conditions sécurisées et efficaces, de mise en place d'actions de prévention et d'éducation à la santé, de facilitation de partage et d'échange de données de santé.

Ils ont vocations à offrir plusieurs services¹⁶ :

- un dossier de coordination,
- un annuaire propre aux intervenants,
- un plan personnalisé de santé,
- des mécanismes de repérage et d'alerte de situations critiques,
- un carnet de liaison,
- un réseau social et une messagerie sécurisée réservés aux professionnels,
- un partage d'agenda,

¹⁶ Instruction n°DGOS/PF5/2019/129 du 24 mai 2019 relative à la mise en œuvre du programme e-parcours.

- un soutien logistique de la trajectoire de patient mobilisant des connaissances officielles et actualisées des ressources.

Les utilisateurs des SNAC pourront être les institutions portant des dispositifs de coordination (PTA, Réseaux, MAIA, CLIC, CPTS...), l'ensemble des établissements de santé et médico-sociaux, ainsi que l'ensemble des professionnels de premier recours, du secteur médico-social et social, quel que soit leur mode d'exercice.

Chaque région a le libre choix de son offre de service concernant les SNAC. L'ARS Occitanie déploie SPICO (Système de Partage d'Informations et de Coordination en Occitanie, cf. section 5 infra).

La e-santé est donc maintenant largement présente dans les établissements de santé, les cabinets médicaux, les laboratoires de biologie.

Partout en France, des médecins, des infirmières, des personnels administratifs, des patients proposent et mettent en œuvre de nouvelles manières de travailler grâce au numérique. L'innovation technologique contribue grandement à l'amélioration de notre système de soins grâce notamment au développement de systèmes d'aide à la décision médicale.

2.6 Education aux soins

À chaque étape de la vie, l'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs, comme le niveau de revenus, l'alimentation ou encore le logement par exemple, nommés les déterminants sociaux de la santé qui sont, selon l'OMS, « *les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie* ». L'influence des déterminants commerciaux de la santé peut y être ajouté, tout comme la littératie en santé définie comme la capacité d'accéder, de comprendre et d'évaluer l'information pour avoir un avis éclairé en matière de santé. Pour faire face à ses inégalités, la Charte d'Ottawa, rédigée en 1986, pour la promotion de la santé, a pour but de permettre à tous les individus une meilleure maîtrise de leur propre santé et de leur apporter les moyens nécessaires à son amélioration.¹⁷

Trois notions permettent d'introduire les différentes possibilités en matière d'apprentissage de la santé : au commencement, la **promotion de la santé ou éducation aux soins**, vise à acquérir les savoirs nécessaires de façon personnelle ou par le biais de différentes instances comme l'école ou la PMI par exemple. En présence de forts déterminants de santé, la **prévention** a pour vocation d'éviter ou de réduire l'incidence de la maladie et de ses effets. L'**éducation thérapeutique** permet, enfin, d'acquérir les compétences nécessaires à la gestion d'une maladie chronique.

L'objectif de l'éducation à la santé est donc d'accompagner la responsabilisation du patient. Ce dernier est en effet un des premiers acteurs de sa santé et doit en avoir conscience. L'acquisition d'un réel pouvoir décisionnaire combiné au processus d'apprentissage pour y accéder constitue la base de la notion « d'empowerment » ou autonomisation du patient. Responsabiliser les patients afin qu'ils usent du système de santé de manière optimale est un enjeu d'autant plus important dans les territoires souffrant d'un déficit d'offre de soins, comme c'est le cas dans le bassin de vie de Graulhet. Il s'agit alors de jouer sur la demande plus que sur l'offre. Afin de gagner en pouvoir de décision, l'individu doit donc disposer des informations lui permettant de décider en connaissance. Les acteurs de l'éducation aux soins, qui accompagnent le patient dans ces évolutions, vont au-delà des professionnels de santé. Les différentes politiques publiques de santé ont par ailleurs permis une

¹⁷ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (1986) Promotion de la santé. Charte d'Ottawa.

évolution de l'éducation à la santé. Le modèle politique des 4P¹⁸ est un programme de santé basé sur des acteurs politiques, sociaux, économiques et citoyens, centré sur les interventions en santé publique de Promotion, Prévention, et Politiques Publiques. Dans cette même logique apparaît la médecine 4P : Prédictive, Préventive, Personnalisée et Participative qui permet de **prédire** la maladie grâce à la recherche **personnalisée** sur le génome, pour adapter la **prévention** aux risques détectés, tout en incluant la **participation** du patient. A ces 4P, peuvent s'en ajouter deux : **preuves** via les comptes rendus médicaux et **parcours**.

Les outils d'aide à la décision des patients et l'implication des patients (c'est-à-dire l'*empowerment*), semblent prometteurs comme levier d'amélioration de la pertinence des soins. Il est intéressant de noter que, l'évaluation des mesures comme des outils incitatifs en faveur des bonnes pratiques médicales en lien avec des objectifs chiffrés ou des guides de bonnes pratiques ou encore des indicateurs de qualité des soins, en direction des professionnels de santé s'avèrent avoir des impacts individuels limités mais globalement un impact « certain » bien que peu pérenne dans le temps. Comme le précise le rapport Cap Santé !, la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 renforce les objectifs en termes d'accompagnement et de participation des usagers aux décisions. De plus, la Stratégie nationale de santé de 2013 dédie son premier axe à la prévention en la positionnant en priorité par rapport au curatif

Au niveau territorial, suite à la loi de janvier 2016, des évolutions sur les projets régionaux de santé impliquent la création d'un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS). Face à l'importance de la pauvreté dans la région (taux moyen de pauvreté pour l'Occitanie, 17%) et en conséquence à un état de santé fragile, le PRAPS Occitanie oriente ses actions vers les populations les plus vulnérables.

Les contrats locaux de santé et les Ateliers santé ville déclinent ces programmes au niveau local. Le CLS Graulhetois a mis trois axes d'amélioration en avant : la lutte contre l'obésité infantile, la facilité d'accès au parcours de santé pour les patients diabétiques et l'amélioration de la réponse apportée à la souffrance psychosociale des jeunes. Plusieurs actions se déclinent dans le bassin de vie.

Concernant la prévention, par le biais du parcours éducatif de santé, l'école devient un acteur majeur de la prévention, de l'éducation à la santé et de l'autonomisation au national. La PMI du Tarn a orienté ses actions dans le dépistage de troubles d'adaptation de tout ordre chez les enfants de moins de 6 ans. Le Tarn est le premier département à adopter un plan de lutte contre les perturbateurs endocriniens proposé par le Réseau Environnement Santé en éditant un guide "ma maison sans perturbateur endocrinien".¹⁹

Concernant la prévention, la mairie de Graulhet participe à la campagne Octobre Rose et à celle de Mars Bleu en faveur du dépistage du cancer respectivement du sein et du côlon. Engagée dans la lutte contre l'obésité infantile, le programme "Bouger pour grandir"²⁰ ouvert à 15 enfants volontaires en surpoids ou obésité infantile proposée par la ville de Graulhet connaît un réel engouement et a prouvé en 8 ans son efficacité. Le centre médico-psychologique de Graulhet, lié à la fondation Bon Sauveur d'Alby assure en plus des consultations psychiatriques adultes, des actions de prévention. L'hôpital de Graulhet, par le biais des Consult'Ados propose aux adolescents en difficultés psychologiques un

¹⁸<https://www.synmad.com/actualites/ejournal/la-medecine-4p-5p-6p-copie-du-4p-politique-ou-standardisation-des-comportements-seul-un-syndicat-fort-nous-gardera-libre.html>

¹⁹https://www.tarn.fr/fileadmin/mediatheque/Tarn/Documents/Actualites/2020/Plan-departemental-de-prevention-et-de-lutte-contre-les-perturbateurs-endocriniens_Bilan-des-actions-2019_Tarn.pdf

²⁰ Bouger pour grandir, CEM Graulhet

accueil anonyme et gratuit par un psychologue. Les personnes âgées ont accès aux consultations fragilité labellisées depuis 2007 au CH LAVAUUR et ont été avancées au CH GRAULHET.

Concernant l'éducation thérapeutique, à Graulhet, un programme d'éducation thérapeutique existe pour les patients diabétiques de type 2 âgés de 30 à 75 ans. Un autre programme d'éducation thérapeutique anticancéreux oraux, en collaboration avec l'IUCT Oncopole, accompagne les patients traités par ces prescriptions médicamenteuses.

Certains enjeux ne sont pas pris en compte à notre connaissance dans le bassin. Face à cela, de nouvelles pistes pourraient être explorées comme le service sanitaire des étudiants en santé dans un programme de prévention. Face à la dominance des ALD pour maladies cardiovasculaires, le déploiement d'un programme d'éducation thérapeutique pour les maladies cardio-vasculaires, existant à Albi actuellement pourrait peut-être s'organiser dans le bassin de vie. Un programme « sport santé seniors » pourrait aider au « bien vieillir » des seniors, des mesures concernant l'éducation à la sexualité des jeunes pourrait permettre de réduire le taux d'IVG nettement supérieur à la moyenne départementale et national. Un nouvel état des lieux pourrait également être réalisé par le biais d'un nouveau CLS du Graulhetois.

L'évaluation de quelques actions d'éducation à la santé a permis à travers la modification des comportements, la prévention et l'autonomisation de démontrer une baisse estimée entre 7 et 17% de l'utilisation des services associés à l'action d'éducation. Cependant, la difficile évaluation des actions d'éducation à la santé reste difficile : l'aspect « expérimentation sur des populations » peut paraître parfois discutable et l'évaluation par focus groupe et remontée d'information des participants s'avèrent souvent désorganisée. Mais, le fait d'informer la population d'une expérimentation peut déjà, en soi, modifier les comportements. Concernant les programmes d'éducation thérapeutique, la Haute autorité de santé (HAS), souligne également la difficulté d'évaluer les effets de tels programmes. Les effets des parcours éducatifs de santé (PES) ne peuvent se faire sentir à courts termes et la difficulté d'isoler ces effets est particulièrement importante.

Un exemple d'évaluation peut être donné : sur le volet prévention pour les populations jeunes, le projet PRESAGE (Projet de recherche sur la santé des jeunes) fournit une illustration d'un programme bénéficiant d'une évaluation en fin d'action²¹. Les résultats montrent un effet limité de ces actions sur les deux principaux freins au recours aux soins : le frein financier et le frein socio-culturel. Le principal effet constaté est l'augmentation du recours à des psychologues, lorsque recommandé par le médecin. Des résultats encourageants sur leur insertion professionnelle et sociale sont en revanche constatés.

L'état de santé dépend de multiples facteurs sanitaires, mais aussi sociaux et économiques. Le patient est le premier concerné par son état de santé. Il est amené de manière toujours plus intense à prendre en main sa propre santé. Pour cela, les lois évoluent en permanence afin de développer les actions d'éducation à la santé. Les effets sont cependant complexes à évaluer. Il est donc indispensable de planifier les évaluations au moment où les programmes sont mis en place. A cet égard, le PRAPS d'Occitanie dédie une section aux actions d'évaluation.

²¹ CREST (2014), Rapport d'évaluation du projet PRESAGE.

Synthèse

6 dispositifs de lutte contre la désertification médicale sont présentés dans ce travail :

Les mesures visant à **favoriser l'installation de nouveaux médecins** se concentrent sur :

- l'amélioration de l'image de la médecine générale notamment pour susciter des vocations chez les jeunes des régions en situation de tension,
- sur la construction de stages attractifs qui constituent un déterminant majeur pour des installations futures,
- sur les liens avec les associations d'internes
- sur la construction d'offres d'emploi adaptées aux aspirations des nouvelles générations (salarial, activités diversifiées et de groupe) et de campagnes de communication et de promotion du territoire.

Les aides financières dirigées vers la sécurisation des parcours (bourses d'étude contre engagement d'installation, aide à l'installation et aides aux remplaçants) constituent également des outils pertinents.

Le **numéro unique** vise à réguler le flux de patients en redirigeant la demande avec un délai court et vers le professionnel le plus adapté. L'objectif est de soutenir la permanence des soins, d'améliorer les conditions de travail des médecins généralistes, de renforcer la prévention et de réduire le recours inapproprié aux soins, notamment des urgences. Les expérimentations ont montré une réelle efficacité de ce type de dispositif qui tend à se développer en France. Rediriger et mieux répartir la charge de travail entre professionnels peut également faire gagner un temps médical conséquent.

La **délégation de soin** consiste pour le médecin à confier une tâche médicale à un autre professionnel de santé sous supervision. Les compétences des professionnels de santé non-médecins s'élargissent ce qui accroît les possibilités. Des protocoles ont également été élaborés avec des financements spécifiques notamment pour le suivi des patients qui souffrent de pathologies complexes ou chroniques. Des spécialisations infirmière (Asalée et IPA) ont été créées ce qui améliore la qualité des prises en charge. Des résistances existent encore, cristallisées notamment par le paiement à l'acte et la crainte de perdre sa spécificité professionnelle.

Malgré l'organisation historique de la médecine individuelle libérale, **l'exercice de groupe** se développe en France, porté par les nouvelles générations. Les autorités publiques encouragent ces regroupements au travers des maisons de santé et des communautés professionnelles territoriales de Santé. Une grande diversité de systèmes de soins existe dans le monde mais il est intéressant de constater que tous les pays qui ont été confrontés à des tensions sur l'offre de soin ont accru la coordination entre professionnels afin d'éviter la redondance des actes et optimiser les prises en charges. Par ailleurs, le vieillissement et la chronicisation des pathologies occasionnent une complexification des prises en charge qui nécessite une plus forte coordination pour gagner en efficacité, en efficience et en productivité des soins.

Les systèmes d'information, d'appui à la coordination et la télémédecine permettent de gagner en efficacité en centralisant les informations patients, en améliorant la communication entre professionnels, en facilitant les consultations à distance et la télé-expertise, notamment entre infirmiers à domicile et médecins. Des limites au développement de la santé numérique sont encore présentes : couverture réseau, remboursements, résistance de certains professionnels qui voient une déshumanisation de leur pratique. La télémédecine s'est cependant fortement développée durant l'épidémie COVID ce qui a permis une démocratisation et un maintien des accès aux soins malgré la situation sanitaire.

L'éducation aux soins et la promotion de la santé, enfin, visent à diffuser les bonnes pratiques auprès des patients, à éviter ou réduire l'incidence de la maladie et de ses effets et à faire acquérir les compétences pour gérer la maladie une fois installée. L'objectif est de rendre le patient acteur de sa santé et de le faire gagner en autonomie, de réduire les recours inadaptés aux soins, d'améliorer l'état de santé de la population ou d'éviter que sa santé se dégrade. Des outils très concrets existent, qu'ils soient numériques ou proposés lors d'ateliers : lutte contre l'obésité infantile, prise en charge du diabète, activité sportive, détection de la fragilité et bien-vieillir, etc.

Cette revue de littérature conforte ainsi les mesures identifiées avec l'ensemble des professionnels et acteurs de la santé afin de réduire l'écart en offre et demande de soins dans le bassin de vie de Graulhet.

3 Portefeuille d'actions pour la redensification des services de soins primaires dans le bassin de vie de Graulhet

Grâce au processus d'idéation et en cohérence avec les actions développées en France et à l'étranger pour améliorer l'accès aux soins, les mesures présentées dans la carte mentale font ici l'objet de fiches actions détaillées. Ces fiches visent à décrire de manière opérationnelle les objectifs, les acteurs et les étapes à mettre en œuvre afin que ces mesures aient l'impact attendu. Elles précisent également les risques associés au déploiement des mesures et les moyens de contrer ces risques s'ils venaient à survenir. Selon le degré d'avancement des discussions avec les acteurs et selon les recherches menées par l'équipe projet, les fiches actions peuvent être plus ou moins détaillées et intégrer des rubriques additionnelles. C'est notamment le cas pour la fiche action associée au numéro unique dont les expériences dans d'autres régions ont permis d'élaborer un budget estimatif pour sa mise en œuvre. Une étude complémentaire sur la délégation apporte par ailleurs un éclairage complémentaire sur les conditions d'acceptabilité par les professionnels du renforcement de ce type de pratique.

3.1 FA1 : Installation des médecins

FICHE ACTION 1 (FA1) : FAVORISER L'INSTALLATION DE MEDECINS GENERALISTES

Chef du projet : Mairie de Graulhet / ARS Occitanie/ Département TARN/ CPAM 81

Public cible : médecins généralistes (effecteurs de soins) et habitants (demandeurs de soins) du bassin de vie de Graulhet

Contexte actuel et besoin
<ul style="list-style-type: none">- Départ de plusieurs MG en 2020 et courant 2021,- Déplacements de usagers demandeurs de soins de la zone de Graulhet vers des prestataires hors zone.
Objectifs de l'action
<ul style="list-style-type: none">- Inverser la tendance de départs des médecins généralistes du bassin de vie en développant l'attractivité du bassin pour les professionnels de santé ;- Créer un lien dynamique entre les formations d'enseignement supérieur et le terrain d'exercice de professionnels.
Objectif opérationnel
Susciter l'installation de nouveaux médecins dans le bassin de vie.
Actions à mettre en œuvre
<ul style="list-style-type: none">- Communiquer sur l'environnement social, culturel et de loisirs du bassin de vie ainsi que sur la présence d'infrastructures et de services publics (maisons de services publics et politique d'aménagement du territoire) : marketing territorial, journées de découverte du territoire...- Relayer les informations du guichet d'informations et d'accompagnement de l'ARS et du CD 81 (permanence, référent, site internet PAPS, livret du type « s'installer dans le Tarn : mode d'emploi », page facebook, numéro unique) et les compléter par une gamme de services spécifiques locaux qui répond aux problématiques d'installation des jeunes médecins, remplaçants et stagiaires.- Favoriser la présence de maîtres de stage universitaire dans le bassin : information et accompagnement, « guide du maître de stage ».- Développer des stages de qualité en médecine générale portés par une campagne de communication et de recrutement : lien avec les associations d'internes et le doyen afin de connaître les besoins et

aspirations et construire des stages sur mesure avec des projets de recherche en soins primaires stimulants.

- **Construire une offre de travail attractive...**

- **En favorisant la venue des remplaçants** en utilisant les dérogations ARS pour faire travailler simultanément médecins et remplaçants. Utiliser un site internet de mise en relation médecins généralistes-remplaçants pour centraliser les demandes de remplacements et de collaborations.
- **En libérant du temps médical grâce aux assistants médicaux** en profitant de l'aide au recrutement de la CPAM pour les médecins exerçant de manière coordonnée.

... portée par une campagne de communication et de recrutement, en coordination avec les actions menées par l'ARS et le département : Lien avec les associations d'internes et le doyen afin de connaître leurs besoins et aspirations et construire une offre d'emploi souple sur mesure avec des tâches variées et des projets de santé stimulants, généralistes dating.

- **Construire une offre d'emploi sur mesure destinée à des médecins étrangers** dans le cadre de la loi ou de dérogations.
- **Informé et inciter au cumul emploi-retraite.**
- Echanger avec le conseil départemental de l'ordre des médecins sur la possibilité **de recourir à des médecins adjoints pour soutenir les médecins du territoire** sur une période donnée en prévision d'une situation de déficit problématique.

Pour mémoire : Des actions de soutien (classe prépa), d'information et des bourses spécifiques ont été mises en place pour les jeunes locaux dans certains Länder allemand avec l'hypothèse que des natifs seraient plus enclins à s'installer dans la zone qui les a vu grandir. Les actions visant à améliorer la connaissance et l'attrait de la médecine générale sont également à étudier (campagnes de promotion, prix de thèse, journée d'information...).

Acteurs impactés et utilisateurs finaux

Acteurs impactés : les lycéens, étudiants en médecine, médecins généralistes et paramédicaux.

Utilisateurs finaux : habitants du bassin de vie de Graulhet.

Risques identifiés	Actions pour contrer les risques
<ul style="list-style-type: none"> - Durée importante pour développer certaines actions, - Complexité de certaines actions, - Efficacité incertaine des mesures car caractère contingent. - Polarisation de la structure de la patientèle en lien avec les fragilités du territoire (pauvreté, vieillissement et chronicisation). - Contraintes juridiques (médecins étrangers et cumul emploi retraite, obtention de dérogations). 	<ul style="list-style-type: none"> - Hiérarchisation des actions et moyens associés. - Construire un plan d'action détaillé avec calendrier précisant les acteurs et les moyens à mettre en œuvre. - Evaluation régulière des coûts et bénéfices. - Exercice en groupes permettant de partager les contraintes liées à la population et gain en temps médical, - Accompagnement des acteurs au travers de groupes de travail.

Contraintes identifiées

Matérielles et financières :

Coût de certaines mesures et services.

Humaines

- Variété des expertises requises pour la mise en place des actions (juridique, ingénierie, communication, connaissances et veille sur les dispositifs).
- Manque de disponibilité des professionnels pour s'investir en tant que MSU.
- Mauvaise coordination et faible adhésion des acteurs.

<p><u>Temporelles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Temps d'élaboration des différentes mesures, souvent complexes - Manque de disponibilité des médecins locaux pour participer aux actions.
<p>Solutions alternatives au projet</p>
<p>Délégation de soins et autres mesures permettant d'optimiser le temps médical des médecins présents sur le territoire (mutualisation des tâches non médicales, exercice en groupe, télémédecine, régulation de la demande, etc).</p>
<p>Pilotes et parties prenantes de la mise en œuvre</p>
<p><u>Pilotes</u> : mairie de Graulhet. <u>Parties prenantes de la mise en œuvre</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ARS, - MSP, - Médecins locaux, - CH, - Etablissements médico-sociaux, - URPS, - Association d'internes. <p><i>Organismes académiques</i> : Universités, lycées. <i>Organismes financeurs</i> : Etat, ARS, CPAM, collectivités territoriales.</p>

Suivi et évaluation

Liste des indicateurs	Méthode et outil de suivi
<ul style="list-style-type: none"> - Evolution du nombre de médecins dans le bassin, - Suivi de la présence de services publics et d'infrastructures, d'équipements, de services culturels et de loisirs dans le bassin, - Nombre de maîtres de stage des universités et nombre d'étudiants faisant leur stage dans le bassin, - Recours au relais d'information du guichet unique, - Dynamique de la présence de remplaçants, de collaborateurs, d'adjoints et d'assistants médicaux, - Evolution du temps médical disponible, - Nombre et évolution des médecins étrangers dans le bassin, - Nombre et évolution des médecins cumulant emploi et retraite. 	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi statistique et analyses causales, - Regroupement dans un document unique des services publics, infrastructures, équipements, services culturels et de loisirs présents dans le bassin, - Enquêtes de satisfaction et de souhaits. - Entretiens qualitatifs et études terrain.

Analyse bénéfiques risques

Bénéfices	Notes	Risques	Notes
Faire connaître les aides existantes	7	Contraintes juridiques (médecins étrangers et cumul emploi retraite, dérogations)	6
Améliorer la qualité des soins grâce à l'augmentation du temps médical	7	Coût de certaines mesures et services.	6
Améliorer l'image du territoire et renforcer son attractivité	7	Complexité de certaines actions	7

Développer les liens avec l'université pour maintenir un flux de stagiaires	7	Manque de disponibilité des professionnels pour s'investir en tant que MSU ou pour participer aux différents groupes de travail	7
Renforcer la permanence des soins	7	Coordination et adhésion des acteurs faibles	7
Répondre aux besoins de soins du territoire et éviter le renoncement aux soins	8	Temps important pour développer les actions	8
Augmenter le nombre de patients couverts grâce à l'installation d'un nouveau médecin	9	Variété des expertises pour la mise en place des actions (juridique, communication, connaissances et veille sur les dispositifs)	8
		Difficulté à recruter des candidats malgré les actions entreprises	8
Moyenne	7,4	Moyenne	6,3

3.2 FA2 : Création d'un numéro unique de régulation des flux de patients

FICHE ACTION 2 (FA2) : CREATION D'UN NUMERO UNIQUE DE REGULATION DES FLUX DE PATIENTS

Chef du projet : Mairie / CPTS Centre Tarn / MSP/ GIP e-santé

Public cible : habitants (demandeurs de soins) et professionnels de santé (effecteurs de soins) du bassin de vie de Graulhet

Contexte actuel et besoin	
<ul style="list-style-type: none"> - Recours aux urgences par manque d'offre de soin - Usage inadapté de l'offre de soins - Agressivité de certains patients envers les professionnels exerçant sur place dans le bassin de vie 	
Objectifs de l'action	
<ul style="list-style-type: none"> - Faciliter la prise en charge des demandes de soins d'usagers - Eviter le consumérisme des soins - Limiter l'engorgement des urgences et des secrétariats médicaux - Favoriser le développement de la coordination en exercice pluriprofessionnel par une orientation efficace 	
Objectif opérationnel	
Mettre en place une régulation de la demande de soins par le biais d'un numéro unique.	
Actions à mettre en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> - Recruter un infirmier (type IDAC/IAO) pour répondre aux appels et offrir une réponse adaptée aux besoins du patient - Mettre en place une équipe de soins de premiers recours et un processus d'orientation faisant consensus - Développer une grille d'orientation pour faciliter le tri des appels - Mettre en place des outils partagés (agenda, communication, transmission, SPICO...) pour la coordination et le suivi (cf. FA 5 : exercer en groupe) 	
Utilisateurs impactés et utilisateurs finaux	
<ul style="list-style-type: none"> - Professionnels de santé : médecins, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes (impactés), habitants du bassin de vie de Graulhet (finaux) 	
Risques identifiés	Actions pour contrer les risques
<ul style="list-style-type: none"> - Flux d'appels trop important avec risque de non réponses à certains appels (perte des appels par un temps de décroché inadapté) 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimation de la fréquence des appels, contrôle du temps de réponse et ajustement du temps de travail du répondant

<ul style="list-style-type: none"> - Non adhésion des professionnels de terrain au projet - Mauvaise utilisation de ce numéro par la population - Exutoire d'une colère citoyenne 	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien par les professionnels libéraux dans la régulation - Communication auprès des acteurs et mobilisation - Information et pédagogie pour l'utilisation de ce numéro par la population
Listes des contraintes identifiées	
Matérielle et financière (Outil numérique, recrutement IDAC/IAO et financement)	
Humaine (résistance aux changements de la part des professionnels et des habitants)	
Temporelle (mise en place urgente)	
Solutions alternatives au projet	
Télémédecine	
Recrutement de médecins	
Pilotes et parties prenantes de la mise en œuvre	
Pilotes : Mairie de Graulhet et CPTS Centre Tarn (à rapprocher de sa mission socle 1B)	
Parties prenantes de la mise en œuvre :	
Organismes financeurs : CPAM, ARS, Mairie	
IDAC/IAO	
Equipe de soins de premiers recours	
GIP-E Santé	

Suivi et évaluation

Liste des indicateurs	Méthode et outil de suivi
Nb d'appels quotidiens Localisation des appels Nb de chaque type de conseil Nb de places ouvertes sur les agendas des praticiens Nb de sollicitations non satisfaites en back office Nb de réorientations vers chaque type de professionnel Nb de recours aux urgences Types d'actes réalisés par les effecteurs	A travers l'outil numérique

Analyse bénéfices risques

Bénéfices	Notes	Risques	Notes
Création d'une solidarité entre les professionnels du BV	6	Difficultés de financement de l'action	1
Optimisation du temps médical	7	Embolisation du numéro avec un temps de décroché trop long	5
Absorption des patients qui n'ont pas de médecin traitant	7	Recrutement du répondant	7
Moindre recours aux urgences	7	Mécontentement de la population qui n'aura pas une réponse médicale systématiquement	8
Offrir une réponse à chaque demande de soins	9	Pas d'adhésion des professionnels au projet	8
Total	7,2	Total	5,8

Budget de l'action

Coûts du projet	
Recrutement IDAC/IAO	45 000 euros annuel
Rémunération temps de soutien à l'IDAC/IAO	A définir. Si besoin
Rémunération temps d'astreinte des professionnels	26 000 euros annuel (100 euros / jours par professionnel sur 260 jours ouvrés). Hypothèse de 1 professionnels par jour ouvré.
Coût des locaux (MSP) : - loyer (2 salles: pour effecteur et IDAC/IAO) - fluides	A définir avec la communauté d'agglomération et l'association
Achat du matériel : - téléphone - ordinateur - bureau / chaise de bureau / armoire - fournitures	- à définir (cf mairie) - 700 euros - <i>normes locales médicales ? accueil de public dans le cadre de la téléconsultation ?</i> - 300 euros
Coût de la ligne téléphonique	A définir / en attente
Achat de l'outil numérique de messagerie instantanée et de coordination (spico discussion + spico dossier)	Déploiement gratuit par l'ARS
Campagne de communication	A définir
Coût total du projet	71 000 euros minimum

Ressources du projet	
Communauté d'agglomération	A définir
Municipalité de Graulhet	A définir.
CPAM	
ARS	
Ressources totales du projet	35 000 euros

3.3 FA3 : Délégation de soins

3.3.1 Fiche action

FICHE ACTION 3 (FA3) : DELEGATION DES SOINS DANS LE BASSIN DE VIE

Chef du projet : ARS / CPTS / URPS / Conseils départementaux des ordres des professions de santé / Mairie de Graulhet

Public cible : professionnels de santé (effecteurs de soins) et habitants (demandeurs de soins) du bassin de vie de Graulhet

Contexte actuel et besoin

- Temps médical non utilisé à bon escient
- 1 seule infirmière Asalée sur le bassin de vie (qui arrête en Mars 2021 suite au départ du MG)
- Agressivité de certains patients envers les professionnels restants

Objectifs de l'action

- Adapter les pratiques à l'évolution de la médecine et de la société
- Développer la coopération entre professionnels de santé
- Optimiser le temps d'activité des professionnels (notamment le temps de consultation des médecins)
- Favoriser la réactivité et l'adéquation de la prise en charge (renforcer son efficience)

Objectif opérationnel

Organiser la délégation de soins entre les différents professionnels de santé

Actions à mettre en œuvre

- Identifier les professionnels délégants et les professionnels délégués
- Identifier le panier des activités ou des actes de soins transférés ou transférables d'un professionnel à un autre
- Évaluer la manière dont ces actes peuvent rentrer dans les protocoles de coopération existants nationaux
- Monter un projet de coopération à titre expérimental
- Communiquer auprès de la population autour des mesures de délégation mises en place

Le cas particulier des infirmiers IPA et Asalée :

- Mettre en œuvre des actions visant à déployer des infirmiers de type IPA et Asalée dans le bassin de vie
- Explorer les pistes de coopération avec les professionnels de santé du bassin de vie (binômes)

Utilisateurs impactés et utilisateurs finaux

Impactés : les professionnels de santé : médecins (délégant) - infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes (délégués).

Finaux : habitants du bassin de vie de Graulhet.

Risques identifiés

- Perception et acceptation de la population
- Limitation des responsabilités pour certains professionnels de santé
- Non adhésion des professionnels au projet
- Temps pour la validation d'un protocole de coopération

Actions pour contrer les risques

- Communication auprès de la population
- Déploiement des protocoles de coopération (ensemble de règles partagées par le collectif)
- Utilisation d'outil de coordination, incluant l'information et la communication (SPICO)
- Utiliser des protocoles déjà validés autant que faire se peut

Listes des contraintes identifiées

Matériel et financière

Modalités de remboursement des actes de délégation

Outil de coordination

Humaine

Résistance aux changements de la part des professionnels et des habitants Définition des rôles dans le pilotage de la coopération <u>Temporel</u> Besoin d'une mise en place rapide
Solutions alternatives au projet
Exercice regroupé Téléconsultation
Pilotes et parties prenantes de la mise en œuvre
<u>Pilotes</u> : ARS, CPTS et mairie de Graulhet. <u>Parties prenantes de la mise en œuvre</u> : Haute autorité de Santé (HAS), ARS Organismes financeurs : CPAM Médecins, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes URPS

Suivi et évaluation

Liste des indicateurs	Méthode et outil de suivi
Type d'actes délégués Nombres d'actes délégués Nb d'orientations vers chaque type de professionnel Niveau d'acceptabilité des usagers Niveau de satisfaction des patients Rapport coût/bénéfices pour le délégant et le délégué.	Auprès des professionnels impliqués à travers l'outil numérique de traçabilité et de coordination Suivi du niveau de satisfaction des patients

Analyse bénéfices risques

Bénéfices	Notes	Risques	Notes
Gain de temps pour les médecins généralistes	7	Perte de compétence par le médecin généraliste sur les actes qu'il délègue	3
Amélioration de la qualité de soins auprès du patient	7	Limitation des responsabilités pour certains professionnels de santé	4
Meilleure coopération entre les professionnels	7	Perte d'information par manque de communication et de coopération entre le délégant et le délégué	5
		Pas d'infirmier(e) IPA et Asalée disponible sur le territoire	6
		Mauvaise perception et acceptation de la population	6
		Temps pour la validation d'un protocole de coopération	7
		Peu d'incitation financière favorisant la délégation	7
		Non adhésion des professionnels au projet	8
Total	7	Total	5,8

3.3.2 Une étude complémentaire : Les déterminants de l'adhésion de professionnels de soin à la délégation médicale. Points de vue de délégués et de délégués

Dans le cadre du projet mené par l'équipe de TBS, une étude additionnelle a porté sur les déterminants de l'adhésion des professionnels de soin à la délégation d'actes. Des entretiens ont donc été réalisés avec des professionnels du bassin de vie de Graulhet et de bassins voisins. L'objectif des entretiens était de recueillir les représentations et pratiques des professionnels d'un territoire confronté à une situation de tension entre offre et demande de soins sur le thème de la délégation de soins.

Afin de comparer les différents points de vue, nous avons souhaité couvrir trois catégories de professionnels amenés à collaborer, ou éventuellement à vivre des expériences de délégation. Cette dernière se fait classiquement du professionnel qui a le plus de prérogatives, à savoir le médecin, vers les professionnels qui en ont le moins, les infirmiers et pharmaciens. Nous avons donc interrogé plus de médecins afin de recueillir un contenu plus conséquent de la part de ces professionnels qui constituent le premier maillon de la chaîne. Parmi les délégués, nous souhaitions avoir le témoignage d'infirmières Asalée, catégorie professionnelle particulièrement impliquée dans les protocoles de délégation.

Notre échantillon est constitué de 12 médecins, 7 pharmaciens et 9 infirmiers (cf. Tableau 5). Ces professionnels sont répartis sur 4 bassins de vie dont 3 sont mitoyens à celui de Graulhet. Les professionnels hors bassin vivent des problématiques semblables au bassin de vie de Graulhet ou bien connaissent la problématique de cette zone.

Tableau 5 : Description de l'échantillon d'étude

Catégories	Sexe	Âge moyen	Exercice dans le bassin de vie	Exercice hors bassin de vie	Type d'exercice
Médecins	5 femmes (42%)	41,6 ans	5	7	Libéral (dont 4 en MSP, la majorité travaille de manière regroupée)
	7 hommes (58%)	51,1 ans			
Infirmiers	8 femmes (89%)	45,4 ans	6	3	7 travaillent en libéral, 2 infirmières sont salariées de l'association Asalée
	1 homme (11%)	35 ans			
Pharmaciens	3 femmes (43%)	45 ans	4	3	Libéral
	4 hommes (57%)	45,5 ans			

Dans un premier temps, nous avons interrogé les professionnels sur leur perception du contexte de démographie médicale dans les bassins de vie considérés et sur les évolutions de leur pratique les dernières années. Il en ressort que les professionnels perçoivent un bassin de vie sous tension de démographie médicale, et mentionnent des pratiques qui se transforment d'un exercice isolé vers un exercice en groupe et des prises en charge de patients de plus en plus complexes.

La délégation est présente dans les zones d'étude en particulier au travers du dispositif Asalée qui est perçu très positivement par les professionnels. Il est cependant davantage considéré comme un complément que comme une véritable substitution.

Les professionnels de santé ont exprimé leur ressenti sur le déploiement de la délégation. Ils en ont identifié les avantages, souligné les freins et ainsi mis en valeur les conditions d'exercice.

Les conditions d'adoption de la délégation identifiées par les professionnels sont avant tout des facteurs humains et d'organisation du travail collaboratif. L'ensemble des professionnels convergent vers ces prérequis ce qui laisse présager un terrain propice à l'adoption de la délégation par les

différents professionnels. Le Tableau 6 résume les facteurs mentionnés et en font un parallèle avec la théorie de la délégation élaborée par Castelfranchi et Falcone (1998)²².

Tableau 6 : Correspondance entre la théorie de la délégation et les conditions relevées par les professionnels

Conditions de délégation relevées par les enquêtés	Correspondance avec les conditions à l'adoption de la délégation par les professionnels selon la théorie de Castelfranchi et Falcone
<ul style="list-style-type: none"> • Confiance • Compétences du délégué. Honnêteté sur ses propres compétences • Envie. • Collaboration, médecin référent en permanence. • Rédaction de protocoles clairs et connus de tous. 	<ul style="list-style-type: none"> • Confiance • Compétences du délégué • Motivation de part et d'autre • Travail en équipe • Connaissance par le délégué du plan de délégation (ce que l'on pourrait assimiler au protocole)

Bien que formalisée depuis plusieurs années, la délégation demeure à certains égards une innovation en termes de pratique professionnelle. Les théories d'acceptation et d'acceptabilité d'une innovation technologique sont nombreuses, compilées et comparées dans la littérature (Momami and Jamous, 2017²³, Acosta Salgado, 2021²⁴). Nous avons retenu pour l'étude la théorie de la diffusion de l'innovation (Innovation Diffusion Theory, IDT) développée par Rogers dès 1962 et revue par l'auteur en 2003²⁵. Cette théorie a la double particularité de décrire le processus d'adoption et de diffusion de l'innovation par 5 catégories d'acteurs (cf. Tableau 7), et de fournir les caractéristiques que doit revêtir l'innovation pour se diffuser. Les acteurs qui font face à une innovation ne s'engagent pas tous directement dans son adoption. Les **innovateurs** seront les premiers à s'engager, prenant les risques associés et contribuant ensuite à la diffusion de l'innovation. Viennent ensuite les **premiers adeptes** qui, grâce à des échanges avec leurs pairs, permettent d'atteindre la **majorité précoce**. La **majorité tardive** adopte l'innovation par la pression des pairs alors que les **retardataires** ne s'engageront dans l'innovation que s'ils estiment qu'elle devient incontournable.

Tableau 7 : La théorie de la diffusion de l'innovation d'après Rogers (2003)

Caractéristiques de l'innovation permettant l'adoption	
Observabilité	L'innovation peut être observable, visible, claire
Avantage relatif	L'adoption de l'innovation est perçue comme préférable au statu quo
Compatibilité	L'innovation est en accord avec les valeurs des acteurs
Complexité/simplicité	L'innovation doit être compréhensible et simple dans son déploiement
Testabilité	L'innovation doit pouvoir être essayée avant d'être généralisée

²² CASTELFRANCHI, C. and R. FALCONE (1998), « Towards a theory of delegation for agent-based systems », *Robotics and Autonomous Systems*, Vol. 24, pp. 141-157

²³ MOMAMI, A. M. et M. JAMOUS (2017) « The evolution of technology acceptance theories », *International Journal of Contemporary Computer Research*, Vol.1(1), pp. 51-58.

²⁴ ACOSTA-SALGADO L. S. (2021), Amélioration des modèles et méthodes d'évaluation de l'acceptabilité des solutions innovantes. Applications dans le contexte du maintien à domicile des personnes âgées. Thèse soutenue le 8 février 2021, Université de Lorraine.

²⁵ Ouvrage de ROGERS E. (2003) *Diffusion of Innovations*. Fifth Edition. Free Press : New-York expliqué dans l'article de KAMINSKY, J. (Spring 2011). « Diffusion of Innovation Theory », *Canadian Journal of Nursing Informatics*, 6(2). *Theory in Nursing Informatics Column*. <http://cjni.net/journal/?p=1444>

En reprenant les caractéristiques qui permettent à la délégation de se diffuser en tant qu'innovation, nous observons que des ajustements sont encore nécessaires, en particulier du côté des médecins (cf. Tableau 8).

Nous avons constaté un manque de connaissances sur la délégation, son périmètre et son fonctionnement, rendant parfois méfiants les professionnels. La perte de rémunération et de pouvoir que la délégation d'actes bénins induit est un frein important pour les médecins. Ces actes ont en effet été identifiés collectivement comme ceux pouvant faire l'objet de la délégation. Ils sont aussi les actes qui permettent une activité plus « rentable », dans le sens où elle est identique à celle des consultations plus lourdes et donc significativement plus longues. La notion d'équilibre du portefeuille de consultations en termes de pénibilité prend tout son sens ici.

Tableau 8 : Correspondance entre la théorie de diffusion de l'innovation (IDT) et les freins et conditions relevés par les professionnels

Caractéristiques de l'innovation permettant l'adoption d'après l'IDT		Correspondance avec les freins et conditions de délégation relevés par les enquêtés
Observabilité	L'innovation peut être observable, visible, claire	Manque de connaissances et d'information. Flou sur le périmètre de la délégation et son fonctionnement. Besoin de retours d'expériences.
Avantage relatif	L'adoption de l'innovation est perçue comme préférable au statu quo	Avantages diffus et pas toujours perçus. Privilégier les complémentarités. Peur d'une perte financière. Appréhension quant à la responsabilité.
Compatibilité	L'innovation est en accord avec les valeurs des acteurs	Problèmes d'égo, d'inertie. Interrogations sur la place du médecin dans le soin.
Complexité/ Simplicité	L'innovation doit être compréhensible et simple dans son déploiement	Appréhension sur le temps et la lourdeur de mise en place. Perception d'incitation provenant des pouvoirs publics qui n'accompagnent pas la mise en œuvre.
Testabilité	L'innovation doit pouvoir être essayée avant d'être généralisée	Infirmiers Asalée perçu comme un premier pas. COVID a favorisé le déploiement et constitue un exemple.

Nous constatons des réticences des médecins qui souhaitent protéger leur exercice. La délégation doit être un complément et non une substitution à leurs actes. Les infirmiers et pharmaciens interrogés affirment et respectent pourtant cette frontière entre leur métier et celui des médecins car ils ont conscience de cette résistance et de leurs propres limites.

Au regard de ces caractéristiques, le dispositif Asalée semble correspondre aux critères qui permettent son appropriation par les professionnels : il est connu des médecins, géré de manière centrale et simple par l'association, il constitue un complément et non une substitution d'activité, et il est adaptable aux besoins des praticiens des maisons de santé. De plus, les médecins se positionnent sur la courbe de diffusion de cette innovation : certains présentent une connaissance très poussée et une expérience réelle de ce dispositif depuis plusieurs années (innovateurs, premiers adeptes). Ils relayent souvent leurs connaissances de ce dispositif au travers des réunions et échanges. Beaucoup suivent ainsi le mouvement sur les conseils de ces premiers expérimentateurs (majorité précoce). D'autres l'adoptent progressivement car souhaitent connaître les retours avant de s'engager (majorité tardive).

Cette structure ne se retrouve pas chez les IPA ou les pharmaciens. Les IPA sont récentes et leur champ de compétences les rend plus « menaçantes ». Elles pourraient se trouver en position de substitution d'actes ce qui, nous l'avons vu est une réticence majeure de la part de certains médecins (perte financière, de contrôle, de pouvoir, etc). La délégation des pharmaciens est mal connue et les questions de formation et de coordination sont considérées comme centrales.

La délégation avec des infirmiers libéraux est évoquée en particulier dans le cadre des MSP, en tant que collaboration plus que délégation. Les infirmiers interrogés soulignent l'importance de développer les protocoles afin d'institutionnaliser cette collaboration informelle parfois indispensable pour faire face à la pénurie de médecins.

A ce titre, il est important de noter que la tension démographique n'a pas été présentée comme le facteur le plus prégnant d'accélération de la délégation. La pandémie de COVID a en revanche mis en lumière les possibilités offertes par cette pratique mais aussi parfois les difficultés associées (sur le plan de la coordination par exemple).

Ainsi, si l'ensemble des professionnels s'entend sur les préconditions humaines et organisationnelles à la délégation, son développement demande des actions de la part des pouvoirs publics :

- Une communication accrue qui mettrait l'accent sur la complémentarité des actions des délégants et des délégués. Le terme même de délégation génère des appréhensions ;
- Une formation transparente et rassurante pour les délégants, aussi bien pour les infirmiers que pour les pharmaciens ou d'autres professionnels appelés à être délégués ;
- Un mode de rémunération adapté pour les différents professionnels, au-delà de celle associée à la délégation, afin d'être incitative mais aussi de limiter les concurrences entre délégants et délégués ;
- Un soutien au développement de protocoles personnalisés, développés au plus près du terrain pour faciliter l'appropriation.

Nous pouvons noter que ces facteurs rejoignent ceux mentionnés dans les études sur les IPA dans divers pays du monde : stratégie de communication, clarification, développement des compétences, travail collaboratif, soutien financier et ressources appropriées, confiance etc.²⁶

Concernant les modes de délégation au-delà de l'infirmière Asalée, comme les IPA, les pharmaciens ou les infirmiers libéraux, il sera vraisemblablement nécessaire que des délégants et des délégués s'engagent dans ces modes de collaboration en tant que précurseurs, puis en tant que vecteurs d'information et de retour d'expériences, afin de permettre la diffusion de cette innovation de pratique de soins.

Dans cette étude, nous avons observé les barrières et les conditions impactant l'adoption de la délégation de soins par les professionnels de santé. La consultation à la fois des délégants et délégués potentiels constitue la force de cette étude en permettant de couvrir les points de vue des différentes partie-prenantes.

L'enquête présente cependant des limites notamment dues à des biais de sélection des professionnels interrogés. Pour des contraintes de temps, nous avons contacté en priorité les personnes présentes aux réunions de la CPTS Centre Tarn. Ces personnes participent régulièrement aux échanges sur les enjeux de santé de leur territoire. L'âge moyen des médecins interrogés par rapport à celui des médecins de la zone considérée est inférieur à la moyenne ce qui constitue également un autre biais

²⁶ AGUILARD S., S. COLSON et K. INTHAVONG (2017), « Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature », *Santé publique*, Vol 29(2), pp. 241-254.

car ils peuvent constituer une population plus favorable aux innovations de pratiques. La convergence de nos observations avec les théories et précédentes études nous rassurent cependant sur les grandes tendances que nous avons identifiées.

Afin d'être complet dans l'étude de l'appropriation de la délégation par l'ensemble des acteurs impactés, il semble pertinent d'intégrer le point de vue des patients. Nous avons donc interrogé les professionnels sur leur sentiment concernant ceux-ci. Que pensent-ils de l'acceptabilité de la population pour la délégation ? Les ressentis des professionnels, relativement hétérogènes, alimenteront une prochaine étude dédiée à l'acceptabilité par la population de la délégation de soins, sous la forme d'une enquête quantitative.

3.4 FA4 : Création de binômes MG IDEL pour la prise en charge de patients à domicile

FICHE ACTION 4 (FA4) : CREATION DE BINOMES, TRINOMES MG IDEL POUR LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTS A DOMICILE

Chef du projet : Mairie de Graulhet – CPTS Centre Tarn

Public cible : Binôme Médecin - Infirmier (effecteur de soins) du bassin de vie de Graulhet

Contexte actuel et besoin	
<ul style="list-style-type: none"> - Baisse du nombre de médecins traitants et donc du temps médical disponible - Temps de déplacement important pour se rendre au domicile des patients (temps médical et paramédical contraints) 	
Objectifs de l'action	
<ul style="list-style-type: none"> - Réorganiser la ressource médicale sous tension en optimisant le temps médical - Rendre la coordination plus opérationnelle (avis médical, production d'ordonnances, demande d'hospitalisation...) - Limiter les déplacements des patients et des professionnels 	
Objectif opérationnel	
Améliorer la prise en charge grâce à un dispositif de communication et de transmission numérique entre l'IDEL et le MG dans le cadre des visites à domicile.	
Actions à mettre en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> - Connaître les professionnels intéressés par ce dispositif et former des binômes par zone géographique des patients - Identifier et synchroniser les créneaux dédiés des MG et des infirmiers - Identifier les cas dans lesquels la consultation en binôme est proposée parmi les visites à domicile et les appels au numéro unique - Lors de la prise de RDV chez le MG ou lors de l'appel au numéro unique, planifier la consultation à distance du binôme en fonction de la localisation du patient et de l'agenda partagé - Dans le cas où les actes réalisés à distance par l'infirmier relèvent d'une délégation d'acte du MG, consulter le protocole associé (cf. FA délégation de soins) - Mettre en place des outils partagés (agenda, communication, transmission, SPICO...) pour la coordination et le suivi (cf. FA Exercer en groupe à l'aide des services d'appui à la coordination et à de nouvelles pratiques en santé) - Equiper les infirmiers en matériel (médical et logistique) nécessaire à la téléconsultation - Former les médecins et les infirmiers aux outils numériques et éventuels appareils médicaux 	
Utilisateurs impactés et utilisateurs finaux	
<ul style="list-style-type: none"> - Médecins Généralistes du BVG - Infirmiers libéraux du BVG - Patients du BVG 	
Risques identifiés	Actions pour contrer les risques
<ul style="list-style-type: none"> - Non adhésion des professionnels au projet - Communication non sécurisée et protection des données - Adaptation des professionnels de santé au logiciel informatique 	<ul style="list-style-type: none"> - Communication sécurisée (SPICO ou autres) - Formation sur l'utilisation de l'application ou du logiciel. - Education des patients

<ul style="list-style-type: none"> - Refus des patients d'être suivis par un infirmier en direct et un médecin à distance - Couverture réseau 	
Listes des contraintes identifiées	
Matériel et financière (SPICO...)	
Humaine (résistance aux changements de la part des professionnels et des habitants)	
Solutions alternatives au projet	
Camionnette d'équipe pluridisciplinaire de soins (médecine itinérante)	
Pilotes et parties prenantes de la mise en œuvre	
Pilotes : Mairie de Graulhet et CPTS Centre Tarn	
Parties prenantes de la mise en œuvre : GIP e-santé Occitanie	
Organismes financeurs : CPAM, ARS, Mairie	
IDEL, MG	

Suivi et évaluation

Liste des indicateurs	Méthode et outil de suivi
<ul style="list-style-type: none"> - Nb de patients pris en charge - Nb d'actes de soins effectués par les IDEL - Nb d'interventions du MG et types d'actes réalisés - Nb de prescriptions 	<ul style="list-style-type: none"> - Données archivées dans les dossiers des patients suivis par le binôme. - Traçabilité sur dossier - A travers la plateforme numérique (à préciser dans le cahier des charges) - Explication de la prescription médicale par IDEL afin d'obtenir l'adhésion du patient

Analyse bénéfices risques

Bénéfices	Note	Risques	Note
Absorption des patients qui n'ont pas de médecin traitant	5	Communication non sécurisée et protection des données	3
Lutter contre le renoncement aux soins	6	Adaptation des professionnels de santé au numérique	6
Moindre recours aux urgences	7	Refus des patients d'être suivis par un infirmier en direct et un médecin à distance	6
Création d'une solidarité entre les professionnels du BV donc se soutenir : « relais, souplesse, travailler sans filet ».	7	Couverture réseau	7
Optimisation du temps médical donc gagner en productivité	7	Non adhésion des professionnels au projet	7
Diminution de la charge émotionnelle : « confiance, éviter le burn-out, éviter la solitude, sécurise, double-regard, gain de temps »	8		
Offrir une réponse à chaque demande de soins	8		
Améliorer la communication « de faire du lien, laisser la place, temps d'échange, parler ensemble, rebondir, être attentif, entendre »	9		
Moyenne	7,1	Moyenne	5,8

3.5 FA5 : Utiliser les systèmes d'information et la télémédecine pour l'exercice en groupe

FICHE ACTION 5 (FA5) : EXERCER EN GROUPE A L'AIDE DES SERVICES NUMERIQUES D'APPUI A LA COORDINATION (SNAC) ET A DE NOUVELLES PRATIQUES EN SANTE

Chef du projet : Mairie/CPTS Centre Tarn

Public cible : Médecins - Infirmiers – Pharmaciens – Kinésithérapeutes - Établissements sanitaires et médico-sociaux

Contexte actuel et besoin

- Patients âgés ne pouvant se déplacer et n'ayant parfois plus de médecin traitant,
- Temps de déplacement important pour se rendre au domicile des patients (temps médical et paramédical contraints),
- Travail administratif conséquent et fastidieux,
- Mode de rémunération pas toujours adapté,
- Besoin de coordination des paramédicaux avec le médecin du fait des limites dans leurs prérogatives (ordonnances, demande d'hospitalisation...),
- Pas de support commun pour recueillir et alimenter l'ensemble des informations patients par les différents professionnels,
- Clivage entre médecine de ville et établissements avec difficulté pour accéder aux informations de patients communs,
- Besoin de coordination entre professionnels et avec les structures pour optimiser les prises en charge et fluidifier les parcours, notamment pour les sorties d'hospitalisation, fractionnement ou redondances des actes de soins,
- Limite des connaissances statistiques sur l'état de santé et les besoins de la population du bassin.

Objectifs de l'action

- *SI partagé et outils de communication* : Optimiser le partage de données et éviter la redondance grâce à la centralisation des données patients, produire des statistiques sur l'ensemble des patients pris en charge, alléger le travail administratif grâce à des passerelles numériques pertinentes, rapprocher médecine de ville et établissements MS afin d'améliorer la pertinence des soins, décloisonner les structures, réduire le fractionnement ou la redondance des actes,
- *Au travers de la CPTS* : Faire évoluer les compétences et offrir un soutien aux professionnels, favoriser l'innovation au travers d'une dynamique d'équipe, soutenir la permanence des soins et améliorer les conditions de travail grâce à une meilleure répartition des contraintes (mutualisation des moyens et fonctions support) et des charges de travail, favoriser une logique de prise en charge populationnelle en recourant aux nouveaux modes de rémunération (NMR),
- *FA. Favoriser l'installation de nouveaux médecins* : Répondre aux aspirations des stagiaires et jeunes médecins d'exercer en groupe de manière coordonnée et favoriser les nouvelles installations,
- *FA. Numéro unique* : Piloter la demande de soins et y répondre de manière pertinente au travers d'un numéro de régulation de la demande,
- *FA. Binôme MG-IDE* : Augmenter les possibilités de recours lors de situations où le professionnel n'a pas l'expertise ou le pouvoir de décision requis, notamment grâce à la constitution d'un binôme MG IDE pour les visites à domicile.

Objectif opérationnel

Utiliser des systèmes interopérables pour la communication et le stockage de données patient, adaptés aux besoins fonctionnels des collectifs de praticiens et des structures. Trouver un mode de financement adapté.

Actions à mettre en œuvre	
<p>Pour chaque utilisation/pratique envisagé(e) et en fonction de l'outil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Créer un schéma des fonctionnalités et le faire amender par un groupe de travail constitué de professionnels afin de vérifier qu'elles répondent bien aux besoins du territoire, - Créer des cas d'utilisation faisant sens au regard des besoins prioritaires et tester des solutions pour concrétiser l'action, - Faire une cartographie des logiciels existants (en ville et en établissement), leurs atouts et faiblesses, l'écart entre les fonctionnalités proposées et l'usage recherché par les professionnels de terrain, - Accéder aux rémunérations adaptées à l'exercice en groupe en répondant au cahier des charges des NMR dans le cadre de la CPTS, - Comptabiliser les besoins d'équipements (téléphones, tablettes...), - Recenser les professionnels et structures intéressés et constituer un réseau de soins utilisant les différents outils, - Déployer les outils auprès des professionnels et structures et les former. 	
Utilisateurs impactés et utilisateurs finaux	
<p>Pour chaque utilisation/pratique envisagé(e) et en fonction de l'outil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médecins Généralistes du BVG, - Infirmiers BVG, - Pharmaciens du BVG, - Kinésithérapeutes du BVG, - Structures sanitaires et médico-sociales, - Patients du BVG avec ou sans médecin traitant. 	
Risques identifiés	Actions pour contrer les risques
<ul style="list-style-type: none"> - Support non sécurisé, protection des données, - Accord des professionnels pour utiliser de nouveaux systèmes, - Adaptation au changement des professionnels de santé s, - Complexité dans l'usage des logiciels, - Couverture réseau Internet, - Utilisation par les professionnels de plusieurs supports de dossiers patients, - Non interopérabilité. 	<ul style="list-style-type: none"> - Site sécurisé, accès avec identifiant (CPS ou équivalent), - Formation des professionnels à l'utilisation des logiciels, - Travail ergonomique participatif pour le développement des logiciels, - Accompagnement de la migration, transferts de données.
Listes des contraintes identifiées	
<i>Matérielles et financières.</i>	
<i>Technique</i> : possibilités de développement des fonctionnalités demandées.	
<i>Humaine</i> : résistance au changement de la part des professionnels.	
Solutions alternatives au projet	
Utilisation des logiciels actuels ou d'autres supports de partage de données.	
Pilotes et parties prenantes de la mise en œuvre	
<p><i>Pilotes</i> : Mairie de Graulhet et CPTS Centre Tarn (à rapprocher de sa mission socle 2.3).</p> <p><i>Organismes financeurs</i> : ARS, CPAM, Mairie.</p> <p><i>Parties prenantes de la mise en œuvre</i> :</p> <p>GIP e-santé Occitanie, MG, IDEL et Aides à domicile, Pharmaciens, Kinésithérapeutes, Médecins et professionnels des établissements sanitaires et médico-sociaux.</p>	

Suivi et évaluation

Liste des indicateurs	Méthode et outil de suivi
<ul style="list-style-type: none"> - Nb de professionnels et de structures utilisant le logiciel et fréquence de connexion, - Nb de dossiers ouverts dans la file active, - REX qualitatif des différentes fonctionnalités du logiciel, - Nb d'actes soutenus à l'aide du logiciel, - Volume des traces dans le logiciel. 	<ul style="list-style-type: none"> - Statistiques d'usage des services - Bilan annuel des usages et besoins et support de remontée des demandes usagers.

Analyse bénéfices risques

Bénéfices	Notes	Risques	Notes
Faire évoluer les compétences	6	Support non sécurisé, protection des données	5
Trouver de nouvelles rémunérations	6	Complexité dans l'usage des logiciels	5
Gagner en efficience (coûts)	7	Utilisation par les professionnels de plusieurs supports de dossiers patients	6
Lutter contre le renoncement aux soins	7	Accord des professionnels pour utiliser de nouveaux systèmes	6
Renforcer la permanence des soins	7	Adaptation au changement des professionnels de santé	5
Rapprocher le secteur MS de la médecine de ville	7	Non inter-opérabilité	7
Gagner en efficacité (qualité des soins)	8	Accord des patients pour partager des données médicales	7
Gagner en productivité et augmenter le temps médical	8	Couverture réseau Internet	7
Favoriser de nouvelles installations	9		
Moyenne	7,2	Moyenne	6

APPLICATION AU NUMERO UNIQUE

Actions à mener	Avancement
Créer un schéma des fonctionnalités et le faire amender par un groupe de travail constitué de professionnels afin de vérifier qu'elles répondent bien aux besoins du territoire	Modèles de processus métier (Business process model and notation) fait. (cf. Annexe 1)
Créer des cas d'utilisation faisant sens au regard des besoins prioritaires et tester des solutions pour concrétiser l'action	Cas d'utilisation rédigés (cf. Annexe 1)
Faire une cartographie des logiciels existants (en ville et en établissement), leurs atouts et faiblesses, l'écart entre les fonctionnalités proposées et l'usage recherché par les professionnels de terrain	Travail mené avec le GIP e-santé.
Accéder aux rémunérations adaptées à l'exercice en groupe en répondant au cahier des charges des NMR dans le cadre de la CPTS	Valider la rémunération des effecteurs en mode forfaitaire journalier.

Comptabiliser les besoins d'équipements (téléphones, tablettes...)	En cours
Recenser les professionnels et structures intéressés et constituer un réseau de soins utilisant les différents outils	En cours
Déployer les outils auprès des professionnels et structures et les former	A venir

APPLICATION AU BINOME MG-IDEL

Actions à mener	Avancement
Créer un schéma des fonctionnalités et le faire amender par un groupe de travail constitué de professionnels afin de vérifier qu'elles répondent bien aux besoins du territoire	Modèles de processus métier collaboratifs (Business process model and notation) à venir.
Créer des cas d'utilisation faisant sens au regard des besoins prioritaires et tester des solutions pour concrétiser l'action	Cas d'utilisation en cours de rédaction.
Faire une cartographie des logiciels existants (en ville et en établissement), leurs atouts et faiblesses, l'écart entre les fonctionnalités proposées et l'usage recherché par les professionnels de terrain	Choix de collaborer avec le GIP e-santé.
Accéder aux rémunérations adaptées à l'exercice en groupe en répondant au cahier des charges des NMR dans le cadre de la CPTS	Explorer les modes de rémunération spécifiques adaptés.
Comptabiliser les besoins d'équipements (téléphones, tablettes...)	A venir
Recenser les professionnels et structures intéressés et constituer un réseau de soins utilisant les différents outils	A venir
Déployer les outils auprès des professionnels et structures et les former	A venir

3.6 FA complémentaire : l'éducation aux soins

FICHE ACTION 5 (FA5) : ÉDUQUER AUX SOINS POUR UNE PRISE EN CHARGE EFFICIENTE

Chef du projet : Mairie / CPTS Centre Tarn

Public cible : habitants du bassin de vie de Graulhet

Contexte actuel et besoin

- Population en situation de fragilité socio-économique (niveau d'éducation plus faible que la moyenne nationale, taux de chômage élevé, proportion de bénéficiaires de la CMU plus importante que dans le département, etc.)
- Fort taux de bénéficiaires d'une prise en charge en ALD
- Inégalités sociales de santé (ISS) marquées dans le bassin de vie par rapport au national (en particulier pour la surcharge pondérale, l'usage d'alcool, le tabagisme quotidien et le renoncement aux soins).
- Addictions et comportements à risque des jeunes (tabac, alcool, stupéfiants) supérieurs en région Occitanie au taux national
- Taux d'IVG chez les 15 - 24 ans supérieur à la moyenne départementale et nationale
- Problématique du juste recours aux soins
- Moindre recours au dépistage individuel (recours au dépistage organisé plutôt bon)

Objectifs de l'action

- Rendre les usagers acteurs de leur santé et de leur parcours de vie en développant une consommation de soins réfléchie (éducation aux soins et prévention)
- Accompagner les patients chroniques dans la prise en charge de leur maladie et de ses conséquences (éducation thérapeutique)
- Améliorer l'accès à la prévention et au dépistage
- Limiter les dépenses de santé inadaptées et éviter le consumérisme des soins

Objectifs opérationnels

- Mieux orienter les usagers et qualifier plus en amont la raison de la demande de soins (cf. FA2 - Création d'un numéro unique de régulation des flux de patients)
- Développer et mettre en place des actions innovantes de prévention et de dépistage notamment en gynécologie et pédiatrie, en collaboration avec la CPTS Centre Tarn
- Informer la population des dispositifs existants en matière d'éducation aux soins et d'éducation thérapeutique

Actions à mettre en œuvre

- Mettre à jour le Contrat local de santé afin de cibler au mieux les actions d'éducation à la santé en cohérence avec les besoins de soins de la population.
- Analyser l'offre actuelle et passée d'actions de prévention, d'éducation thérapeutique et d'éducation aux soins dans le bassin de vie. Identifier les réussites et les limites des actions menées afin d'en retirer les bonnes pratiques. Exemples : Ateliers Ville - santé, Education thérapeutique du diabète...
- Lister et relayer les initiatives nationales, départementales ou locales d'éducation aux soins, de prévention et d'éducation thérapeutique présentes dans le bassin de vie par **l'élaboration d'un livret d'information** (annuaire des contacts, fiches d'information, etc.). Exemple : <https://herault.fr/actualite/125780/2-decouvrez-nos-5-guides-pratiques-a-l-attention-de-tous.htm>
- Identifier et créer des **partenariats avec des ateliers thérapeutiques** existants pour les ALD dominantes (diabète, cancer, maladies cardio-vasculaires)
- Soutenir la CPTS en mettant à disposition de manière ponctuelle une **salle de consultations de dépistage** et de suivi pour des pathologies/pratiques spécifiques (gynécologie, obésité). Ce pourrait être à la maison de santé.

<ul style="list-style-type: none"> - Convenir avec la CPTS et les médecins mobilisés d'un calendrier de « journées de consultations préventives » communiqué à la population. 	
<p>Pour mémoire :</p> <p>Actions conjointes avec les services publics sociaux du Département visant à inciter et sensibiliser les bénéficiaires de la CMU afin qu'ils s'inscrivent dans un parcours de soin « classique » : médecin traitant, prise de RDV, ... Lien avec les Maisons de services publics et avec les PTA à venir ? Exemple : Journée de dépistage de la CPAM ; Action du département CPEF (Centre de planification et d'éducation familiale)</p>	
<p>Acteurs impactés et utilisateurs finaux</p>	
<p>Professionnels de santé et organismes publics (impactés, partenaires) Utilisateurs finaux : habitants du bassin de vie de Graulhet. Adultes, jeunes, enfants.</p>	
<p>Risques identifiés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Barrière de la langue - Forte proportion de chômage longue durée qui peut être un facteur d'isolement - Non adhésion des professionnels de terrain au projet 	<p>Actions pour contrer les risques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Créer des partenariats avec des interprètes pour les journées organisées de dépistage/prévention - Innover dans la communication : utilisation des réseaux sociaux, PanneauPocket (https://www.panneaupocket.com/) etc. - Communiquer auprès des acteurs et les mobiliser
<p>Listes des contraintes identifiées</p> <p>Culturelle (se rendre acteur de sa santé et non uniquement consommateur) Financière (financement national de campagne de dépistage, de prévention à relayer) Humaine (résistance aux changements de la part des professionnels et des habitants)</p>	
<p>Solutions alternatives au projet</p> <p>Aucune.</p>	
<p>Pilotes et parties prenantes de la mise en œuvre</p> <p><u>Pilotes</u> : Mairie de Graulhet et CPTS Centre Tarn <u>Parties prenantes de la mise en œuvre</u> : CPAM, ARS, Mairie, CHU Toulouse, la Ligue contre le Cancer...</p>	

Analyse bénéfiques risques

Bénéfices	Note	Risques	Note
Répartition de l'information par plusieurs acteurs (associations, écoles...)	6	Non adhésion des professionnels de santé	5
Diminution des conduites à risque pour la santé	6	Offre non adaptée aux usagers (contenu, localisation...)	6
Découverte de réseaux d'aide et d'accompagnement pour lutter contre l'isolement et le renoncement aux soins	7	Manque de relai de communication des actions	6
Participation aux campagnes nationales de dépistage	7	Non adhésion des usagers	6
Moindre consommation de soins	8	Action non prioritaire	7
Meilleure gestion des maladies chroniques	8	Pas d'effets à court termes	8
Responsabilisation des usagers acteurs de leur santé	9		
Moyenne	7,3	Moyenne	6,3

3.7 Analyse globale de risque

Le Tableau 9 récapitule l'analyse des risques opérés pour chaque fiche action ci-dessus.

Tableau 9 : Récapitulatif de l'analyse des risques sur les actions

Bénéfices	Notes	Risques	Notes	Bénéfice - Risque	Classement
FA1 – Favoriser l'installation des médecins					
Faire connaître les aides existantes	7	Contraintes juridiques (médecins étrangers et cumul emploi retraite, dérogations)	6		
Améliorer la qualité des soins grâce à l'augmentation du temps médical	7	Coût de certaines mesures et services.	6		
Améliorer l'image du territoire et renforcer son attractivité	7	Complexité de certaines actions	7		
Développer les liens avec l'université pour maintenir un flux de stagiaires	7	Manque de disponibilité des professionnels pour s'investir en tant que MSU ou pour participer aux différents groupes de travail	7		
Renforcer la permanence des soins	7	Coordination et adhésion des acteurs faibles	7		
Répondre aux besoins de soins du territoire et éviter le renoncement aux soins	8	Temps important pour développer les actions	8		
Augmenter le nombre de patients couverts grâce à l'installation d'un nouveau médecin	9	Variété des expertises pour la mise en place des actions (juridique, communication, connaissances et veille sur les dispositifs)	8		
		Difficulté à recruter des candidats malgré les actions entreprises	8		
Moyenne	7,4	Moyenne	6,3	1,1	4
FA2 – Création d'un numéro unique de régulation des flux de patients					
Bénéfices	Notes	Risques	Notes		
Création d'une solidarité entre les professionnels du BV	6	Difficultés de financement de l'action	1		
Optimisation du temps médical	7	Embolisation du numéro avec un temps de décroché trop long	5		
Absorption des patients qui n'ont pas de médecin traitant	7	Recrutement du répondant	7		
Moindre recours aux urgences	7	Mécontentement de la population qui n'aura pas une réponse médicale systématiquement	8		

Offrir une réponse à chaque demande de soins	9	Pas d'adhésion des professionnels au projet	8		
Total	7,2	Total	5,8	1,4	1
FA3 – Délégation de soins					
Bénéfices	Notes	Risques	Notes		
Gain de temps pour les médecins généralistes	7	Perte de compétence par le médecin généraliste sur les actes qu'il délègue	3		
Amélioration de la qualité de soins auprès du patient	7	Limitation des responsabilités pour certains professionnels de santé	4		
Meilleure coopération entre les professionnels	7	Perte d'information par manque de communication et de coopération entre le déléguant et le délégué	5		
		Pas d'infirmier(e) IPA et ASALEE disponible sur le territoire	6		
		Mauvaise perception et acceptation de la population	6		
		Temps pour la validation d'un protocole de coopération	7		
		Peu d'incitation financière favorisant la délégation	7		
		Non adhésion des professionnels au projet	8		
Total	7	Total	5,8	1,2	3
FA4 – Création de binômes, trinômes, MG, IDEL et pharmaciens					
Bénéfices	Notes	Risques	Notes		
Absorption des patients qui n'ont pas de médecin traitant	5	Communication non sécurisée et protection des données	3		
Lutter contre le renoncement aux soins	6	Adaptation des professionnels de santé au logiciel informatique	6		
Moindre recours aux urgences	7	Refus des patients d'être suivis par un infirmier en direct et un médecin à distance	6		
Création d'une solidarité entre les professionnels du BV donc se soutenir : « relais, souplesse, travailler sans filet ».	7	Couverture réseau	7		
Optimisation du temps médical donc gagner en productivité	7	Non adhésion des professionnels au projet	7		
Diminution de la charge émotionnelle : « confiance, éviter le burn-out, éviter la solitude, sécurise, double-regard, gain de temps »	8				
Offrir une réponse à chaque demande de soins	8				

Améliorer la communication « de faire du lien, laisser la place, temps d'échange, parler ensemble, rebondir, être attentif, entendre »	9				
Moyenne	7,1	Moyenne	5,8	1,3	2
FA5 – Exercer en groupe à l'aide des services d'appui à la coordination et à de nouvelles pratiques en santé					
Bénéfices	Notes	Risques	Notes		
Faire évoluer les compétences	6	Support non sécurisé, protection des données	5		
Trouver de nouvelles rémunérations	6	Complexité dans l'usage des logiciels	5		
Gagner en efficience (coûts)	7	Utilisation par les professionnels de plusieurs supports de dossiers patients	6		
Lutter contre le renoncement aux soins	7	Accord des professionnels pour utiliser de nouveaux systèmes	6		
Renforcer la permanence des soins	7	Adaptation au changement des professionnels de santé	5		
Rapprocher le secteur MS de la médecine de ville	7	Non inter-opérabilité	7		
Gagner en efficacité (qualité des soins)	8	Accord des patients pour partager des données médicales	7		
Gagner en productivité et augmenter le temps médical	8	Couverture réseau Internet	7		
Favoriser de nouvelles installations	9				
Moyenne	7,2	Moyenne	6		
FA6 – Education aux soins	Notes	Risques	Notes		
Bénéfices	Notes	Risques	Notes		
Répartition de l'information par plusieurs acteurs (associations, écoles...)	6	Non adhésion des professionnels de santé	5		
Diminution des conduites à risque pour la santé	6	Offre non adaptée aux usagers (contenu, localisation...)	6		
Découverte de réseaux d'aide et d'accompagnement pour lutter contre l'isolement et le renoncement aux soins	7	Manque de relai de communication des actions	6		
Participation aux campagnes nationales de dépistage	7	Non adhésion des usagers	6		
Moindre consommation de soins	8	Action non prioritaire	7		
Meilleure gestion des maladies chroniques	8	Pas d'effets à court termes	8		
Responsabilisation des usagers acteurs de leur santé	9				
Moyenne	7,3	Moyenne	6,3	1	5

Il est important de noter que les **fiches actions relatives à l'installation des médecins et à l'éducation à la santé**, bien que classées dernières au regard de l'analyse bénéfices-risques, présentent les plus grands bénéfices cumulés. En effet, comme nous le verrons dans la section suivante, l'installation de nouveaux médecins permet d'absorber directement une patientèle conséquente. L'éducation à la santé, de son côté, permet de réduire durablement la consommation de soins et de permettre une consommation raisonnée des soins (contribuant ainsi à la réduction des dépenses de santé). Ces deux fiches actions sont cependant relayées aux dernières places : pour l'installation de nouveaux médecins, en raison d'un processus long, structurel, en lien avec une multitude d'acteurs et une perception négative du bassin de vie par les nouveaux potentiels candidats ; pour l'éducation à la santé, en raison de l'échéance à plus long termes des effets. De plus, pour cette dernière fiche action, comme en a témoigné le représentant des usagers au COPIL, il ne faut pas qu'elle se substitue à des actions du côté de l'offre. Il faut, selon lui, un signal envoyé par les institutions de santé et par les professionnels, d'une mobilisation et d'une action de leur côté.

La **fiche action 2 sur la mise en place d'un numéro unique** de régulation des flux de patients apparaît ainsi en première position au regard de l'analyse bénéfices-risques. Comme nous le verrons dans la dernière section de ce rapport, cette action est la première lancée par les partenaires afin de faire face à l'écart offre et demande du bassin de vie.

La **création de binômes et trinômes** entre les médecins généralistes, les infirmiers et les pharmaciens se positionne en troisième position. Cette action peut découler directement de la mise en place du numéro unique avec une coordination naturelle plus importante entre les professionnels. Des cas d'usage ont d'ailleurs été développés afin d'illustrer auprès des professionnels la manière dont cette collaboration renforcée peut fonctionner selon les cas.

Dans les deux actions principales, les protocoles d'orientation et de coopération jouent un rôle central dans le déploiement des actions. A ce titre, agir afin de définir au plus tôt ces protocoles est fondamental.

La fiche action relative à la **délégation de soins**, qui arrive en 4^{ème} position fait écho à l'étude qualitative présentée dans la première section et dédiée aux facteurs d'acceptabilité et d'adoption de la délégation de soins. Comme développée dans la revue de littérature et résumé en section 2, la collaboration avec les infirmières Asalée fonctionne de mieux en mieux et se diffuse de plus en plus parmi les professionnels. Ce constat a le double avantage de gain de temps médical pour les médecins (augmentation de l'offre), et d'accompagnement des patients dans leur prise en charge et leur éducation à la santé (diminution de la demande). Aller au-delà de ce dispositif nécessite cependant des évolutions importantes en termes de connaissance des possibles ou encore de rémunérations des acteurs. Le numéro unique et la constitution de binômes-trinômes, à travers le renforcement des collaborations entre professionnels, peuvent contribuer à améliorer l'image de la délégation et à aller de l'avant dans ce domaine.

Enfin, le **recours aux nouveaux outils numériques** s'avère indispensable mais davantage comme des moyens de faciliter les autres actions qu'en eux-mêmes. Les freins à la télémédecine ont été présentés dans la revue de littérature et nous pouvons ajouter les craintes des professionnels quant à l'accessibilité à la fois en termes de connexion réseaux et en termes de compétences des professionnels pour utiliser ces outils, et quant à la sécurisation des données.

Cette analyse bénéfices-risques peut être complétée par des estimations chiffrées, dans la mesure du possible, de l'impact de ces actions sur l'écart entre l'offre et la demande de soin quantifié dans le Rapport 1.

4 Effets attendus de la mise en œuvre des actions sur l'écart entre la demande et l'offre de soins dans le bassin de vie de Graulhet

4.1 Rappel et mise à jour des conclusions du Rapport 1

Le Rapport 1 mettait en évidence la situation dramatique qu'allait connaître le bassin de vie de Graulhet dans le courant de l'année 2021 avec des départs en retraite additionnels et peu d'arrivées nouvelles. Depuis la publication de ce rapport, des évolutions ont eu lieu au niveau des professionnels de santé :

- un médecin s'est installé 2 jours par semaine à Graulhet ;
- un médecin a prévu de se retirer de la pratique de la médecine traditionnelle à partir du mois de juin ;
- un médecin est parti à la retraite à Labessière, commune du bassin de vie.

Ce sont donc sur la base de ces nouvelles hypothèses que sont construites les estimations ci-dessous : 5.9 médecins seront présents en 2021 à Graulhet, 2 à Briatexte et 0 à Labessière. En 2022, avec le départ de 2 médecins supplémentaires à la retraite, les médecins seraient 3.9 à Graulhet.

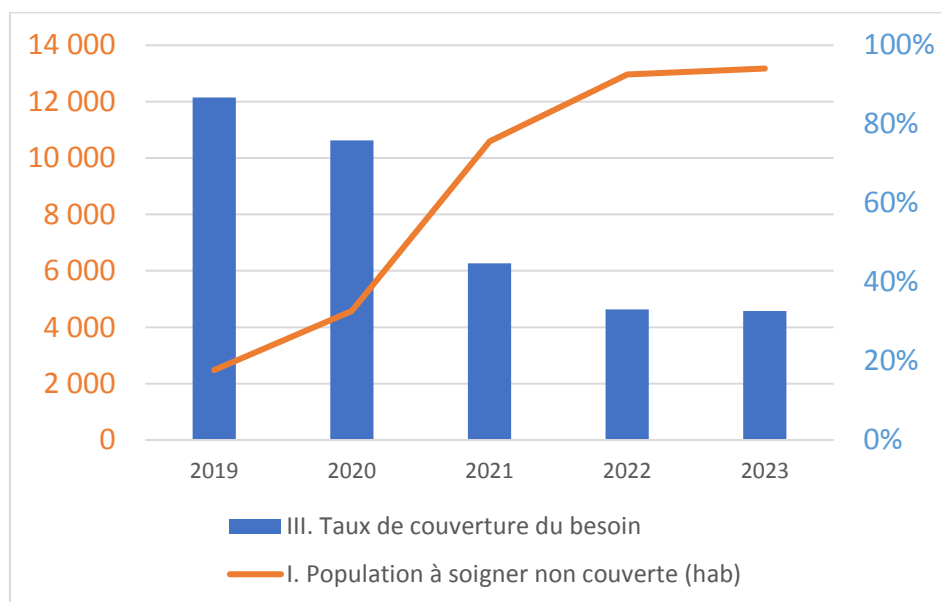


Figure 5 : Ecarts entre l'offre et la demande de soins primaires dans le bassin de vie de Graulhet.

La Figure 5 montre en 2021 un écart entre l'offre et la demande de 49 719 consultations non couvertes (soit un taux de couverture de 45%) et 10 588 patients sans médecin traitant. La Figure 6 présente le nombre de médecins en équivalent temps plein qu'il faudrait pour soigner l'intégralité de ces patients sur le bassin de vie soit, en 2021, 9.8 médecins supplémentaires.

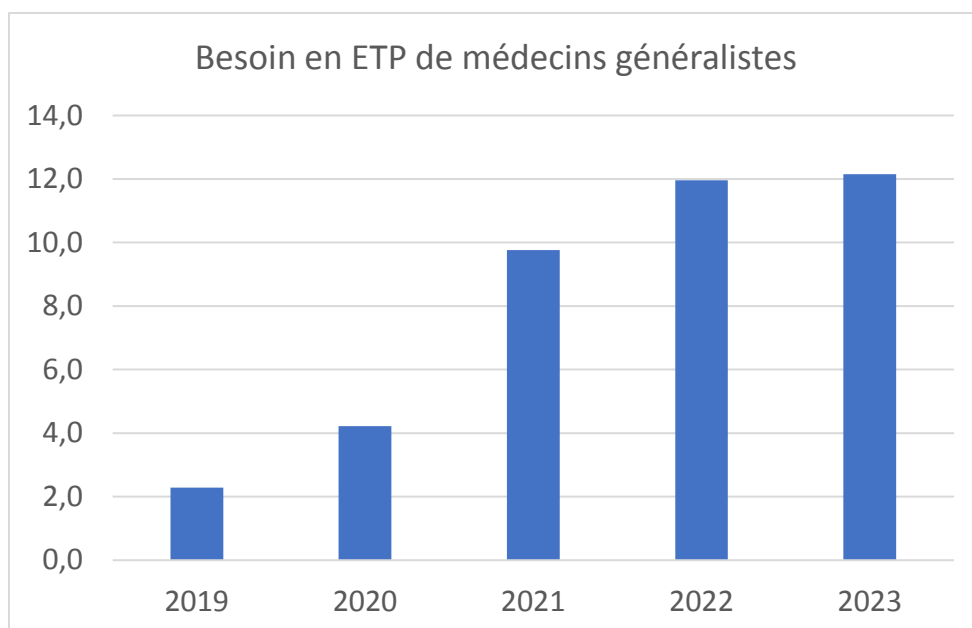


Figure 6 : Besoin en équivalent temps plein de médecins généralistes pour couvrir la population à soigner non couverte

Malgré les mesures d'attractivité de nouveaux médecins qui pourraient être mises en place pour valoriser le bassin de vie, la combinaison des mesures proposées dans le portefeuille d'action s'avère absolument nécessaire pour faire face à cette situation.

4.2 Projections sur l'APL

Afin de prendre en compte les communes environnantes à celles du bassin de vie, le rapport XXX présentait l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), utilisé par l'ARS afin de caractériser la tension médicale des territoires français. Cet indicateur a la particularité d'inclure les médecins disponibles dans un périmètre de 20 minutes de déplacement autour d'une commune, tout en prenant en compte la patientèle couverte par ces médecins. Cet indicateur est devenu central à la politique d'offre de soins puisque l'ARS l'utilise pour déterminer ses zones d'intervention prioritaire. En-deçà de 2.5 consultations par habitant et par an, les communes bénéficient de mesures d'incitation à l'installation de nouveaux médecins.

La principale limite de l'APL dans le cas présent est que son niveau, utilisé pour désigner les zones prioritaires, est renouvelé tous les 5 ans. Aussi, pour Graulhet, l'APL était à un niveau satisfaisant 5 ans auparavant. Pour autant, la prise en compte de l'âge des médecins alors disponibles sur le bassin de vie aurait permis d'anticiper la chute actuelle due en particulier aux nombreux départs à la retraite. Mais ces calculs prédictifs n'ont pas été réalisés et le renouvellement de l'APL pour reconsidérer la commune de Graulhet en ZIP ne se fera normalement pas avant 2022.

La méthode de calcul de l'APL disponible dans la littérature ainsi que les prédictions sur l'évolution de l'offre et de la demande de soins nous ont permis d'en réaliser le calcul de cet indicateur depuis 2019 (cf. le Rapport 1) et jusque 2022.

Le Tableau 10 présente les valeurs calculées. On note la chute importante de l'APL entre 2020 et 2021 (cf. également la Figure 7). Son seuil n'est pas inférieur à 2.5 mais s'en rapproche fortement. Pour des valeurs de l'APL situées entre 2,5 et 4, l'ARS considère les communes concernées comme des zones de vivier au sein desquelles l'institution sélectionne des zones d'intervention prioritaire supplémentaires, ainsi que des zones d'action complémentaires et des zones de vigilance.

Tableau 10 : Valeurs prévisionnelles de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée pour la commune de Graulhet

APL estimés	
2019	4,16
2020	3,78
2021	2,76
2022	2,72
2023	2,69

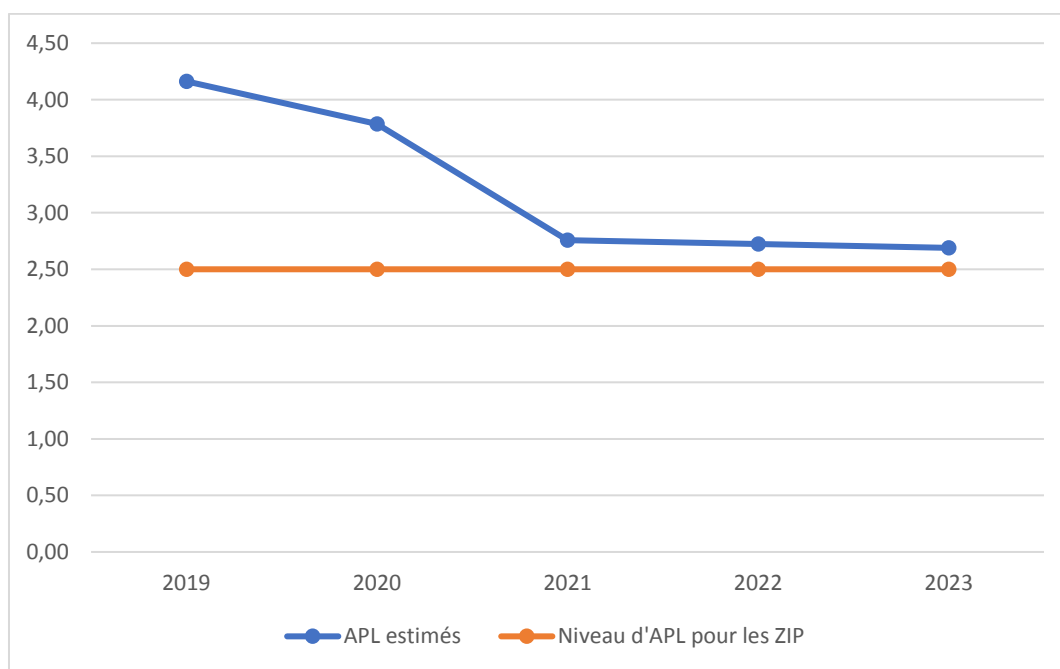


Figure 7 : Valeurs prévisionnelles estimées de l'APL

La situation appelle donc une décision de l'ARS afin de renforcer les mesures d'incitation à l'installation dans le bassin de vie.

4.3 Présentation des effets attendus des actions du portefeuille

Les actions du portefeuille ont donc vocation à résorber l'écart entre l'offre et la demande de soins noté dans les estimations ci-dessus. Les actions proposées ont des effets sur l'offre, sur la demande, ou sur les deux volets.

Le Tableau 11 présente les effets attendus des actions.

Tableau 11 : Effets attendus des différentes fiches actions sur la demande et l'offre de soins

Fiche action	Variabes déterminant l'effet de l'action sur l'écart offre - demande	Impact attendu sur la demande	Impact attendu sur l'offre
Installation de nouveaux médecins	Nombre de médecins		Augmentation mécanique : 1 médecin supplémentaire, c'est 1 084 patients pris en charge ou 5 090 consultations
Numéro unique de régulation des flux de patients	Nombre de consultations par médecin et/ou nombre de patients par médecine	Diminution : la réponse et le conseil permettent de répondre, d'orienter, de rassurer.	Augmentation : les médecins effecteurs sont au-delà du bassin de vie.
Délégation de soins	Gain de temps de consultations => nombre de consultations par médecins et/ou nombre de patients par médecin	Diminution de la pression sur les médecins généralistes dès la prise de rendez-vous. A termes, diminution des demandes de consultations.	Augmentation : certaines tâches sont réparties sur un nombre plus important de professionnels. La couverture géographique et le réseau de proximité peuvent être plus vastes.
Binômes/trinômes MG-IDEL-pharmaciens	Gain de temps de consultations => nombre de consultations par médecins et/ou nombre de patients par médecin	Diminution de la pression sur les médecins généralistes.	Augmentation : certaines tâches sont réparties sur un nombre plus important de professionnels. La couverture géographique et le réseau de proximité peuvent être plus vastes.
Exercice en groupe à travers les nouveaux outils de collaboration	Nombre de consultations par médecins et/ou nombre de patients par médecin	Augmentation car couverture géographique plus large. Mais augmentation limitée par la couverture réseau.	Augmentation par gain de temps médical. Augmentation limitée par la couverture réseau et par le temps dédié à la téléconsultation qui n'est que partiel.
Education aux soins	Nombre de consultations par médecins	Diminution de la demande par prise en charge de certains soins par le patient lui-même. Diminution de la demande par une hygiène de vie améliorée.	

4.4 Estimations de projections des effets sur l'écart offre et demande de soins dans le bassin de vie de Graulhet

A partir des effets des actions présentés ci-dessus, des estimations peuvent être faites, sur la base d'hypothèses de contribution des actions à la résorption de l'écart offre-demande. Les effets de l'ensemble des actions ne peuvent cependant être quantifiés. Nous nous limiterons donc dans cette section à l'estimation des actions que sont l'installation de nouveaux médecins, la mise en place du numéro unique de régulation des flux de patients, et l'intervention d'infirmières Asalée auprès des médecins du bassin de vie n'en disposant pas encore.

Nous procédons à une **évaluation analytique marginale puis cumulative** des effets : chaque action a sa propre **contribution sur l'écart** offre et demande ; les **scénarios successifs** cumulent ces contributions. L'objectif étant d'identifier quelle combinaison d'actions de quelle ampleur est nécessaire à la résorption totale de l'écart.

Nous présentons la stratégie de résorption suivante :

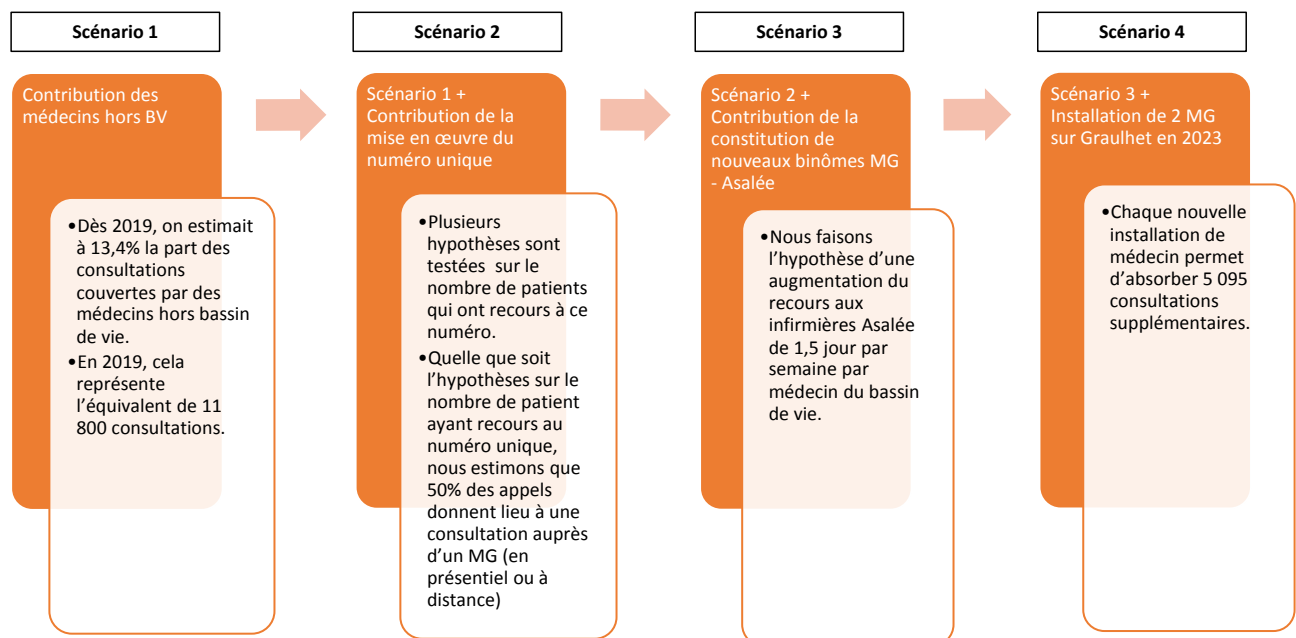


Figure 8 : Stratégie d'évaluation analytique marginale puis cumulative

Les scénarios suivants sont donc testés :

Scénario 0 : aucune mesure n'est mise en place.

Scénario 1 : 13.4 % de la population consulte à l'extérieur du bassin de vie. Ceci correspond à 11 800 consultations soit 2.3 médecins généralistes équivalent temps plein additionnels. Nous considérons cette contribution à la réduction de l'écart offre-demande constante dans le temps.

Scénario 2 : En plus de l'absorption par les médecins hors bassin (scénario 1), le numéro unique est mis en place. Nous faisons 3 hypothèses sur le recours de la population à ce numéro unique : la population appelle pour 50% des consultations sollicitées (H1), pour 60% (H2) et pour 70% (H3) des consultations sollicitées. Quelle que soit l'hypothèse, nous estimons que 50% des appels donnent lieu à une consultation auprès d'un médecin généraliste (à distance ou en présentiel). Ainsi, selon les

hypothèses, nous estimons que 25% (H1), 30% (H2) ou 35% (H3) des consultations sollicitées sont soit réorientées vers d'autres professionnels de santé, soit ne donnent pas lieu à une consultation (cf. section infra pour des illustrations de ces cas). Ces pourcentages représentent ainsi des consultations médicales évitées.

Scénario 3 : additionnellement aux scénarios 1 et 2, ce scénario intègre la constitution de binômes MG-infirmière Asalée supplémentaires. Un binôme médecin généraliste – infirmière Asalée permet au médecin d'accueillir 10% de patientèle additionnelle. Dans l'étude qui estime cet effet, les auteurs considèrent 0.27 infirmière Asalée pour 1 médecin. Cela représente environ 1,5 jour par semaine. Nous considérons que pour 1,5 jour de collaboration avec l'infirmière Asalée, le médecin généraliste peut absorber 10% de consultations supplémentaires sur l'année (provenant soit de 10% de patients supplémentaires soit de plus de patients mais dans la limite de 10% de consultations supplémentaires). Nous considérons également que l'ensemble des médecins généralistes du bassin de vie a recours à 1,5 jours d'infirmière Asalée supplémentaire, qu'ils y aient déjà recours ou non. Le nombre de consultations couvertes par les médecins généralistes du bassin de vie de Graulhet augmenterait donc de 10%.

Scénario 4 : une fois les actions associées aux scénarios 1, 2 et 3 mises en place, nous considérons l'installation de nouveaux médecins sur le bassin de vie. Nous faisons l'hypothèse que 2 médecins additionnels viennent s'installer sur le bassin de vie à partir de 2023.

Le Tableau 12 fournit les estimations des différents scénarios.

Tableau 12 : Effets estimés des différentes actions sur les consultations non assurées par les médecins du bassin de vie et le taux de couverture du besoin.

	2021	2022	2023
Scénario 0 : statut-quo			
Consultations non prises en charge dans le BV	49 719	60 890	61 881
Taux de couverture du besoin	45%	33%	33%
Scénario 1 : 11 800 consultations sont couvertes par des médecins généralistes hors bassin de vie			
Consultations non prises en charge dans le BV	37 919	49 089	50 081
Taux de couverture du besoin	58%	46%	46%
Scénario 2 : Scénario 1 + mise en place du numéro unique			
Demande de consultations initiale à laquelle est appliqué le % de consultations évitées	89 970	90 950	91 942
<i>H1 : 25% de consultations évitées</i>			
Consultations non prises en charge dans le BV	15 426	26 352	27 095
Taux de couverture du besoin	77%	61%	61%
<i>H2 : 30% de consultations évitées</i>			
Consultations non prises en charge dans le BV	10 928	21 804	22 498
Taux de couverture du besoin	83%	66%	65%
<i>H3 : 35% de consultations évitées</i>			
Consultations non prises en charge dans le BV	6 429	17 257	17 901
Taux de couverture du besoin	89%	71%	70%
Scénario 3 : Scénario 2 + augmentation du nombre de binômes MG – Infirmières Asalée			
Offre de consultations initiale à laquelle est appliqué le % d'augmentation des consultations disponibles	40 251	30 061	30 061

<i>H1 : 25% de consultations évitées par le numéro unique</i>			
Consultations non prises en charge dans le BV	11 401	23 346	24 089
Taux de couverture du besoin	83%	66%	65%
<i>H2 : 30% de consultations évitées par le numéro unique</i>			
Consultations non prises en charge dans le BV	6 903	18 798	19 492
Taux de couverture du besoin	89%	70%	70%
<i>H3 : 35% de consultations évitées par le numéro unique</i>			
Consultations non prises en charge dans le BV	2 404	14 251	14 895
Taux de couverture du besoin	96%	76%	75%
Scénario 4 : scénario 3 + installation de 2 MG en 2023			
<i>H1 : 25% de consultations évitées par le numéro unique</i>			
Consultations non prises en charge dans le BV	11 401	23 346	12 880
Taux de couverture du besoin	83%	66%	81%
<i>H2 : 30% de consultations évitées par le numéro unique</i>			
Consultations non prises en charge dans le BV	6 903	18 798	8 283
Taux de couverture du besoin	89%	70%	87%
<i>H3 : 35% de consultations évitées par le numéro unique</i>			
Consultations non prises en charge dans le BV	2 404	14 251	3 686
Taux de couverture du besoin	96%	76%	94%

D'après le Tableau 12, la combinaison des actions proposées permettrait de résorber quasi intégralement l'écart entre l'offre et la demande de soins. Les hypothèses sur le recours plus ou moins important de la population au numéro unique et sur le pourcentage de consultations évitées par réorientation ou information des patients, impactent les résultats de ces estimations. Un suivi rigoureux du nombre d'appels et de l'orientation de ces appels sera nécessaire afin de s'assurer de l'impact réel du numéro unique sur la demande de soins.

Ces estimations sont basées sur des scénarios dont l'évolution de la mise en œuvre devra également être suivie. Des installations nouvelles de médecins pourraient par exemple survenir plus tôt qu'anticipé. Ce que ces estimations mettent en lumière, c'est le potentiel de résorption de l'écart offre-demande permis par la mise en place des actions recommandées.

5 Une illustration de mise en œuvre d'une action du portefeuille : le numéro unique de régulation des flux de patients

Comme cela est décrit dans la FA2, le numéro unique permet de faciliter la prise en charge de la demande de soins sur le bassin de vie de Graulhet et sur le territoire de la CPTS Tarn-Centre. Il n'a pas vocation à venir se substituer aux différents dispositifs déployés par ailleurs à une échelle nationale (SAS, DAC...), mais bien à répondre à un besoin urgent sur un bassin de vie précis.

La mise en œuvre de cette action a été identifiée comme prioritaire par les acteurs impliqués dans le projet de redensification des soins dans le bassin de vie de Graulhet. Ainsi, l'équipe projet est venue en appui aux pilotes de ce déploiement : la CPTS Centre Tarn et la Mairie de Graulhet. L'équipe a dans un premier temps décrit de manière détaillée les acteurs impliqués dans cette action et leur rôle. Dans un second temps, les membres de l'équipe ont proposé des cas d'usage visant à concrétiser les cas dans lesquels le numéro unique sera opérationnel et de quelle manière. Un étudiant de l'école d'ingénieur ISIS, Florent Bonnafous réalise un stage sous la co-direction du Dr Bayart et du Professeur

Pingaud sur les outils numériques sous-tendant le déploiement du numéro unique. Une brève description de l'état d'avancement de sa mission est présentée. Enfin, un calendrier de déploiement a été proposé et adapté au fur et à mesure des discussions et actions mises en œuvre. La dernière version de ce calendrier est présentée plus bas pour illustrer la démarche mais fera l'objet de mises à jour régulières par les pilotes du déploiement du numéro unique.

5.1 Les acteurs et leur rôle

Le numéro unique est un service public à destination des habitants de ces territoires, qui sont appelés "les demandeurs". La régulation téléphonique est effectuée par un(e) Infirmier(e) d'Accueil et de Coordination (IDAC) qui a une parfaite connaissance du territoire, de son offre et ses enjeux, ainsi que des professionnels. Il est appelé "le répondant". Il conseille directement par téléphone et/ou oriente vers l'équipe de soins primaires de prise en charge en fonction de la demande, grâce à une grille d'orientation. Cette équipe de soins primaires qualifiée, composée de médecins généralistes, d'infirmiers libéraux et de pharmaciens s'organise en avance pour se rendre disponible sur des jours d'astreintes. Ils sont appelés "les effecteurs". Une grille d'orientation doit être construite en amont pour assurer l'orientation adéquate des patients.

La Figure 9 ci-dessous présente une cartographie détaillant les actions réalisées par les demandeurs, le répondant et les effecteurs.

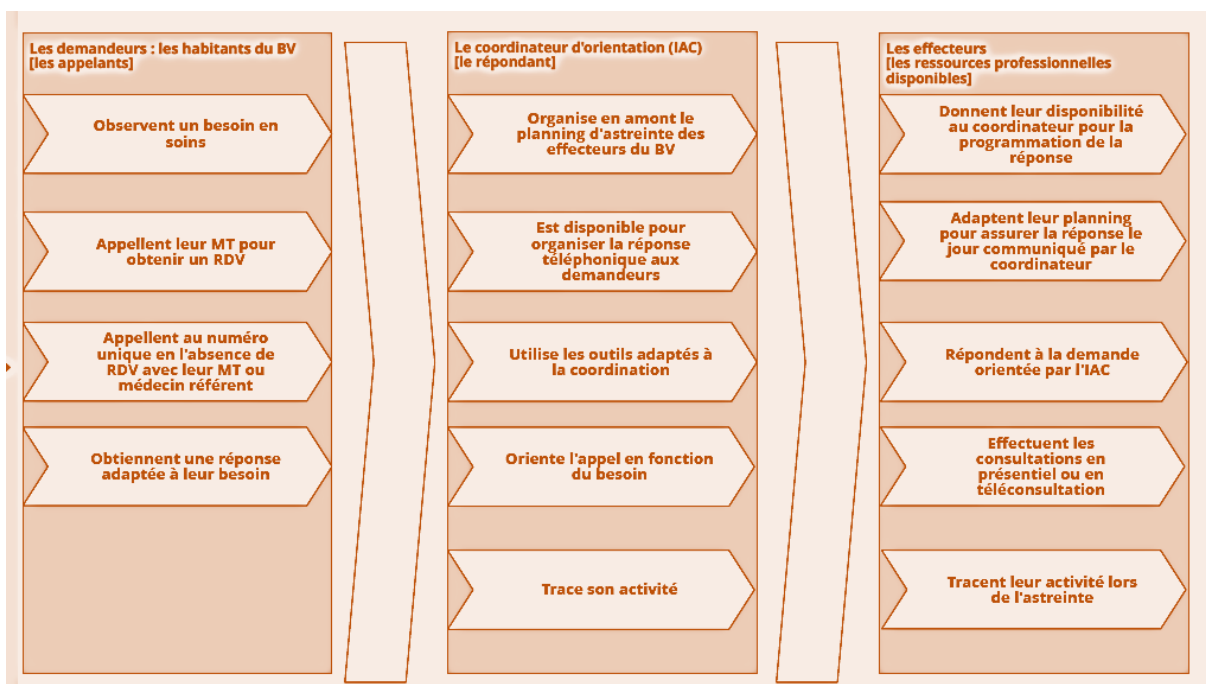


Figure 9 : Cartographie des acteurs du numéro unique

Ce numéro unique, en plus de faciliter la prise en charge des demandes de soins, va permettre d'alléger la charge de travail des médecins généralistes, en faisant un tri de la demande en amont pour éviter le consumérisme de soins et les consultations inutiles. Il va donner une réponse aux patients qui n'ont pas de médecin en les orientant vers le médecin d'astreinte (ou autres professionnels si le besoin ne nécessite pas une consultation médicale), et ainsi éviter l'afflux vers les urgences. Enfin, il a été prouvé par l'étude de dispositifs similaires déployés dans d'autres territoires en France, que le numéro unique permet de réaliser des économies en matière de dépenses de santé (cf. Annexe 1 pour plus de détails).

5.2 Illustration du numéro unique par les Use Case et représentation de son organisation

Pour illustrer ce numéro unique et les différentes interactions qui auront lieu entre les trois acteurs, nous avons réalisé 6 cas d'utilisation (cf. Annexe 1 pour plus de détails). Les 3 premiers concernent une problématique de soins aigus, avec certaines particularités :

- pour le cas n°1, l'appelant n'habite pas sur le territoire. L'appel n'aboutit pas.
- pour le cas n°2, l'appelant n'a pas de médecin traitant, alors que pour le cas n°3, l'appelant a un médecin traitant qui n'est pas disponible. Ils sont tous les 2 orientés vers le médecin d'astreinte disponible.

Le cas numéro 4 concerne une problématique de pathologie chronique stabilisée. L'appelant a uniquement un suivi spécialisé mais pas de médecin traitant. Il est orienté par le régulateur vers le pharmacien pour son renouvellement de traitement, qui se mettra en lien directement avec le médecin spécialiste.

Le cas numéro 5 concerne un cas d'urgence, l'appelant est basculé directement vers le SAMU.

Le cas numéro 6 concerne une sortie d'hospitalisation mal préparée où le patient présente des doutes sur les différentes démarches à effectuer. Il est orienté vers un cabinet d'infirmier.

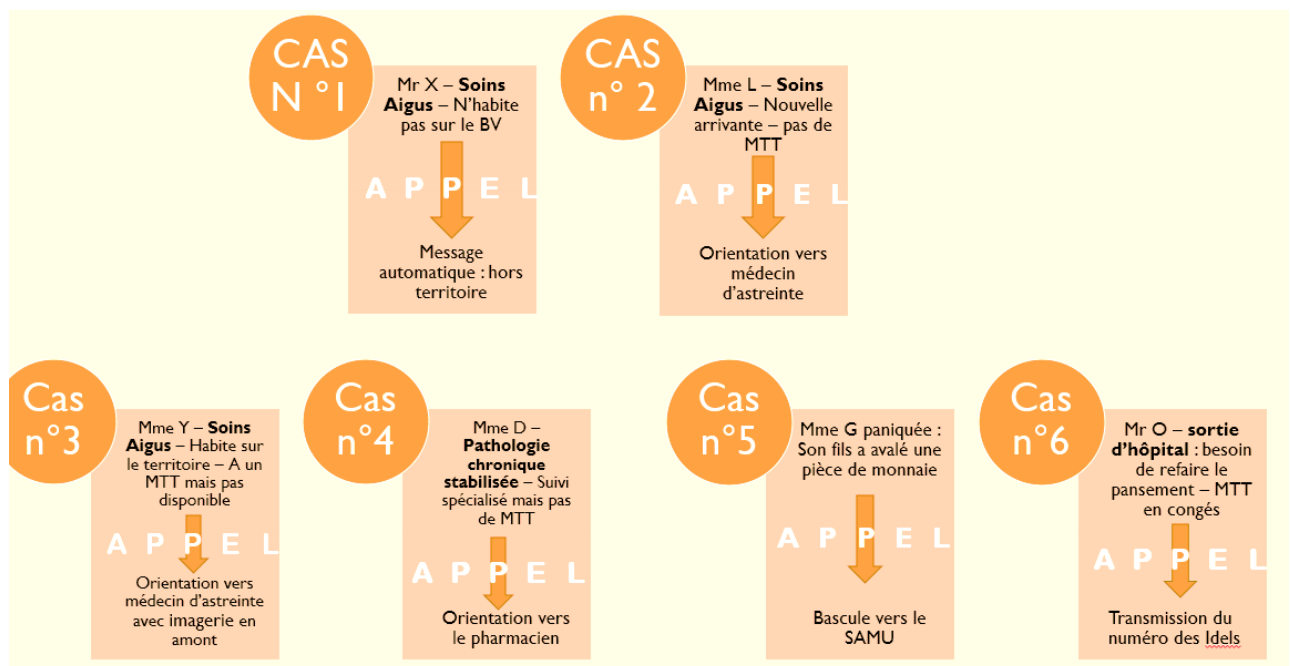


Figure 10 : Schéma illustrant les différents cas d'usages et l'orientation apportée par le répondant

Ces cas ont été décrits, approfondis et modélisés comme des processus métier collaboratifs (cf. Annexe 2). Les modèles ont contribué à définir le fonctionnement du numéro unique et à développer la configuration adaptée des outils numériques associés.

Ces cas d'utilisation ayant éclairé les acteurs du projet, d'autres ont été élaborés pour illustrer le fonctionnement de binômes-trinômes MG-Infirmier-Pharmaciens. Ils sont également joints au présent rapport (cf. Annexe 3) et seront utilisés par la suite par les pilotes de la mise en œuvre de cette action.

5.3 Les outils de coordination du numéro unique

5.3.1 Les partenaires associés au déploiement d'outils pour la mise en œuvre du numéro unique

Les fiches actions ont rapidement mis en lumière la nécessité d'utiliser des outils numériques efficaces et adaptés, menant naturellement à une collaboration avec le GIP e-santé Occitanie. Dans le cadre du déploiement du numéro unique, dans un premier temps, les échanges ont porté sur la réalisation de l'analyse fonctionnelle du premier outil développé par le GIP e-santé et mis à disposition des professionnels de santé de la région : Spico Discussions. Cette étude a permis de mettre en relation les outils proposés par le GIP aux fonctionnalités requises pour le numéro unique. Des entretiens réguliers se poursuivent afin de mettre en adéquation les besoins du territoire et la vision du groupement.

Parallèlement aux outils numériques, un autre élément est indispensable au déploiement du numéro unique : la grille d'orientation qui permettra à l'IDAC d'orienter les patients vers le professionnel le plus adapté à son besoin. Pour développer cette grille d'orientation, la CPTS Centre Tarn a souhaité s'appuyer sur l'expertise de Medical Intelligence Service, une entreprise créée par des médecins urgentistes afin d'aider à la décision lors de l'apparition de symptômes, et sur son outil Medvir décrit plus bas.

5.3.2 Un premier outil de coordination usuelle : SPICO Discussions

Spico Discussions est une **messagerie instantanée sécurisée** destinée à tous les professionnels du sanitaire, du médico-social et du social dans la région. Son objectif premier est de simplifier les échanges entre les différents utilisateurs afin d'optimiser et de coordonner les prises en charges de patients. L'application en portance web et mobile possède un annuaire de tous les professionnels de la région qui ont créé leur compte sur Spico. Elle permet donc de rassembler des professionnels dans des conversations autour de thématiques mais surtout autour de patients. En effet, il est possible d'associer différents professionnels à un patient afin d'échanger à son sujet et de se transmettre des documents tels que des ordonnances, des bilans médicaux, des images ou des vidéos.

Dans notre cas, l'intérêt de cet outil est de favoriser les échanges entre l'IDAC et les différents professionnels du territoire. Dès que l'IDAC aura besoin de solliciter un acteur médical ou paramédical, elle transmettra le bilan de l'appel, une demande ou des informations dans une conversation dédiée à ce sujet. Des fonctionnalités comme la recherche rapide de professionnels, et de patients sont très appréciables dans notre cas. L'autre avantage que nous tirons de cet outil est l'instantanéité des messages. En effet, une notification de message sera reçue par le professionnel de santé avec les informations du patient ainsi que la requête de l'IDAC de façon immédiate.

Actuellement, Spico discussions est en cours de déploiement sur le territoire. En collaboration avec le GIP e-santé, nous sommes intervenus auprès des professionnels de la CPTS Centre Tarn pour leur présenter les fonctionnalités et les avantages à utiliser cet outil dans leur pratique quotidienne. Une première action concrète a été de créer un groupe de discussion autour du centre de vaccination. Rassembler tous les professionnels est un gain de temps non négligeable pour les coordinatrices du centre. Cette conversation leur permet d'échanger de nouvelles informations importantes mais aussi de coordonner des plannings aussi bien des infirmières, des médecins et du personnel administratif.

5.3.3 Un deuxième outil de coordination plus complexe : SPICO Dossiers

Spico dossiers est un **outil de coordination permettant la création, l'alimentation et le partage de dossiers patients** autour des différents acteurs du sanitaire, du médico-social et du social. Ce dossier rassemble les informations de l'utilisateur essentielles à la coordination et contribue à la collaboration des

différents professionnels. Dans le cadre de la CPTS où nous intervenons c'est un outil à privilégier dans une optique de coordinations des acteurs d'un territoire.

Le dossier d'un patient est articulé autour de plusieurs composants :

- tout d'abord, nous allons retrouver un annuaire du cercle de soin du patient avec son équipe de prise en charge, les aidants et le représentant légal.
- ensuite, le cahier de liaison dématérialisé permet d'avoir une traçabilité des actions réalisées ainsi que la notification d'évènements à venir. Une ligne de vie, représentant l'évolution des soins et des interventions réalisés sur le patient au cours du temps est associée à ses différents évènements. Ainsi, le suivi et la vision générale du parcours du patient sont favorisés.
- il est aussi possible de remplir des formulaires liés à des thématiques comme l'administratif et social, le médical, le cadre de vie ainsi que le PPCS (Plan Personnalisé de Coordination en Santé). Ces formulaires, qui peuvent être réalisés par les différents corps de métiers vont aider à renseigner au mieux le profil du patient et permettre de tenir informé le reste des professionnels intervenants auprès du patient.
- pour finir, tous ces acteurs peuvent alimenter le dossier de manière sécurisée avec des documents tels que des comptes-rendus, des ordonnances, des bilans de soin, etc.

Au-delà du dossier patient, d'autres fonctionnalités favorisent la coordination. Les professionnels peuvent partager leur agenda et consulter celui des autres. De plus, chaque utilisateur de l'outil va avoir accès à son tableau de bord qui affiche les tâches à venir ainsi que les différentes alertes le concernant.

Pour le numéro unique, l'utilité d'un tel outil se trouve dans le suivi de cas complexes. Si après la recherche dans la base de données, le patient possède un dossier Spico, l'IDAC pourra transmettre l'entièreté des informations médicales du patient en plus de la trace de l'appel au personnel médical ou paramédical sollicité (médecin d'astreinte, pharmacien, infirmière, etc..).

Contrairement à Spico discussions, Spico dossiers vient d'être déployé en phase pilote dans le Tarn. À la suite d'une discussion avec Françoise Rigal, présidente du SSIAD de Graulhet, nous allons, avec elle, réaliser un scénario de prise en charge concrète de cas complexe. Une fois ce travail réalisé, nous allons pouvoir le présenter au GIP. À partir de ce cas d'usage, et en collaboration avec le GIP, nous allons pouvoir préparer une démonstration de l'outil à destination de tous les professionnels du territoire.

5.3.4 Un support d'aide à la décision pour l'infirmière : Medvir

Medvir est un outil conçu pour évaluer la gravité de l'état de santé d'un patient. Il a la capacité de proposer plus de 750 diagnostics par une intelligence artificielle résultant de plus de 30 années de recherches par des médecins urgentistes. De plus, cette application est certifiée dispositif médical de classe 1²⁷ et est constamment en amélioration. Le test va être réalisé selon différentes étapes :

- Définition du profil du patient : Age, poids
- Déclaration de ses symptômes : Ils peuvent être ajoutés par une barre de recherche ou bien en naviguant dans différentes catégories telles que les douleurs, les écoulements, les saignements, les gonflements, des manifestations psy... Exemple : chutes, vertiges, hématomes, etc.

²⁷ Cette certification est délivrée par la Commission européenne pour tout ce qui a trait au matériel et logiciel de santé. La classe 1 correspond aux outils présentant le risque le plus faible.

- Réponse à des questionnaires : Le logiciel va demander, en se basant sur les premiers symptômes, de décrire des signes d'accompagnement et des précisions comme les antécédents, les traitements en cours ou encore les facteurs épidémiologiques.

À la suite de ses différentes déclarations, l'application fournit une première analyse avec plusieurs composantes. Tout d'abord une analyse des risques de potentielles pathologies accompagnée d'une échelle de probabilité. Ensuite, un avis est donné en fonction de la gravité, allant de simples conseils à un appel au SAMU. Cet outil donne aussi des conseils d'attitudes à adopter dans la situation avec les médicaments à prendre, où consulter, ce que le patient doit surveiller ainsi que d'autres remarques et commentaires. Pour finir, une synthèse téléchargeable est disponible. Y sont répertoriés les différents symptômes et l'aide au diagnostic d'une pathologie.

Dans le cadre d'une aide à l'IDAC, cet outil est une solution adaptée. À l'image d'une grille de tri FRENCH pour les urgences, l'application va pouvoir assister l'IDAC dans la classification de cas difficiles ou en cas de doute quant à l'orientation à proposer à l'appelant. En effet, en interrogeant le patient en suivant les étapes de Medvir, l'IDAC recevra une aide à l'analyse de la situation pour diriger le patient vers le professionnel d'astreinte adéquat. Une autre composante de Medvir utile à l'IDAC est la synthèse du questionnaire qui permet de gagner du temps quant à la restitution de l'appel au professionnel de santé référent du patient ainsi qu'à celui qui répondra à la demande. Via l'outil de messagerie instantanée Spico discussions, la liste des symptômes du patient ainsi que l'aide au diagnostic d'une ou plusieurs pathologies pourront ainsi leur être envoyées

Medvir nous a été proposé comme un outil prometteur qui viendrait se substituer à la création d'une grille d'orientation par les professionnels du bassin de vie. Cependant, il faut encore clarifier les cas d'utilisations ainsi que le budget demandé pour l'utilisation de ce logiciel qui contrairement à Spico n'est pas un outil déployé par le service public. Enfin, avant tout déploiement définitif, une phase de test est à prévoir avec l'équipe et en particulier avec l'IDAC.

5.4 Mise en œuvre du numéro unique

L'action de mise en place de cette régulation de la demande de soins par le biais du numéro unique nécessite plusieurs étapes de mise en œuvre, portées par la CPTS Centre Tarn et la Mairie de Graulhet.

Une opérationnalité avait été initialement envisagée pour le mois d'avril 2021, mais cette échéance a été retardée du fait de la complexité de la situation sanitaire liée à la COVID. En amont du déploiement, 3 phases clés sont à franchir :

- Opérationnaliser et financer le numéro unique : pour ce faire, les différentes parties prenantes de cette action interagissent régulièrement : la Mairie de Graulhet, la CPAM et l'ARS concernant le financement, ainsi que la CPTS Grand Gaillacois, Centre Tarn et l'association de la MSP de Graulhet pour la partie mise en œuvre (locaux, ligne téléphonique, recrutement du répondant...).
- Déployer les outils nécessaires à la coordination : volet détaillé supra (partie 5.3).
- Organiser concrètement la réponse : une mobilisation des effecteurs et du répondant (lorsqu'il sera recruté) est indispensable à cette étape pour son bon fonctionnement.

Le calendrier de déploiement mis à jour est ainsi présenté ci-dessous (Figure 11).

ou trinômes entre médecins, infirmiers et pharmacien qui peut découler naturellement de la création d'un numéro unique du fait d'une coordination plus importante, se positionne en 2^{ème} au regard de l'analyse bénéfices-risques.

Le recours aux outils numériques qui est indispensable notamment en ce qu'il facilite les autres actions est en 3^{ème} position. Cependant, le déploiement de la télémédecine se heurte à plusieurs problématiques telles que la sécurisation des données, la couverture réseau ou les aptitudes techniques des professionnels de santé à l'utilisation de ces outils, entre autres.

La délégation de soin qui présente un avantage en termes de gain de temps pour le médecin et d'accompagnement pour le patient, se positionne en 4^{ème}, cela notamment du fait du manque de connaissances du possible ou de la question de la rémunération des acteurs.

L'installation de nouveaux médecins et l'éducation aux soins sont les moins bien classés malgré leur efficacité en matière de résorption de l'écart à moyen et long termes, notamment en raison respectivement du poids des incertitudes sur l'existence de candidats, d'un déploiement long et d'effets non immédiats.

L'évaluation analytique marginale puis cumulative des effets que certaines des actions proposées pourraient avoir sur l'écart entre l'offre et la demande de soins dans ce bassin de vie, a permis de mettre en évidence que la combinaison de ces actions permettrait de résorber quasiment intégralement cet écart.

Il incombe désormais aux pilotes de la mise en œuvre des actions et aux partenaires, notamment financiers, de s'employer à conduire les professionnels et la population vers une effectivité de ces actions. Alors que nous clôturons ce rapport, la tension au sein de la population ne fait que croître et les professionnels font face de manière croissante et brutale à des patients désarmés face au manque de médecins. La crise est un moteur puissant d'action et de mobilisation qui jouera possiblement le rôle de catalyseur nécessaire.

Bibliographie

ABI NAJEM M., P. BALMELLE, C. DATSE, L. JIMENEZ, K. MALIGE-LABART, E. RROBIJAONA et N. ROUSSELOT (2021) « Un modèle prédictif d'adéquation entre l'offre et la demande de soins primaires dans le bassin de vie de Graulhet », Rapport rédigé dans le cadre du Projet de redensification des services de soins primaires dans le bassin de vie de Graulhet pour la mairie de Graulhet. Ce rapport est appelé dans la suite du présent document « Rapport 1 ».

ACOSTA-SALGADO L. S. (2021), Amélioration des modèles et méthodes d'évaluation de l'acceptabilité des solutions innovantes. Applications dans le contexte du maintien à domicile des personnes âgées. Thèse soutenue le 8 février 2021, Université de Lorraine.

AGUILARD S., S. COLSON et K. INTHAVONG (2017), « Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature », *Santé publique*, Vol 29(2), pp. 241-254.

CASTELFRANCHI, C. and R. FALCONE (1998), « Towards a theory of delegation for agent-based systems », *Robotics and Autonomous Systems*, Vol. 24, pp. 141-157

CHAHER, Y. (2019) Cadre d'ingénierie pour l'innovation ouverte : Application en santé connectée. Thèse en vue de l'obtention du Doctorat de l'Université de Toulouse.

CPAM 81 (2019) « L'offre de soins tarnaise : quelles réponses à la fragilisation de la démographie médicale ? », Commission Innovation Santé Territoire de la CPAM du Tarn.

CREST (2014), Rapport d'évaluation du projet PRESAGE.

MARSEILLAN, A. (2018). Description de l'activité du Centre de réception et de régulation médicale libérale d'Auch dans le Gers en 2016. UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER – FACULTÉ DE MÉDECINE.

MOMAMI, A. M. et M. JAMOUS (2017), « The evolution of technology acceptance theories », *International Journal of Contemporary Computer Research*, Vol.1(1), pp. 51-58.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (1986) Promotion de la santé. Charte d'Ottawa.

Ouvrage de ROGERS E. (2003) Diffusion of Innovations. Fifth Edition. Free Press : New-York expliqué dans l'article de KAMINSKY, J. (Spring 2011). « Diffusion of Innovation Theory », *Canadian Journal of Nursing Informatics*, Vol. 6(2). *Theory in Nursing Informatics Column*. <http://cjni.net/journal/?p=1444>

SCHICK, J. (2016). Etude comparative de l'incidence de PAIS (plateforme alternative d'innovation en santé) sur le recours aux urgences entre trois communautés de communes en Loir-et-Cher. Université de Tours.

URPSS Ile de France, (janvier 2020), *Enquête sur les soins non programmés auprès des médecins généralistes libéraux exerçant en île de France*.

Webographie

<https://www.ladepeche.fr/2020/09/29/la-ville-utilisee-comme-terrain-dexperimentation-9104117.php>

<https://www.synmad.com/actualites/ejournal/la-medecine-4p-5p-6p-copie-du-4p-politique-ou-standardisation-des-comportements-seul-un-syndicat-fort-nous-gardera-libre.html>

https://www.tarn.fr/fileadmin/mediatheque/Tarn/Documents/Actualites/2020/Plan-departemental-de-prevention-et-de-lutte-contre-les-perturbateurs-endocriniens_Bilan-des-actions-2019_Tarn.pdf

Annexe 1 : Cas d'utilisation du numéro unique

Cas 1 : Mr X appel pour une demande de soins aigus. Il habite en dehors du bassin de vie.

Mr X. appelle le numéro unique -> il compose son code postal : hors commune CTPS Centre-Tarn et Bassin de Vie -> Message indiquant que sa demande ne peut aboutir car il est hors périmètre et qu'il doit contacter des professionnels de proximité de son lieu d'habitation.

Cas n°2 : Mme L, vient de s'installer dans le BV et a une demande de soins aigus nécessitant une consultation médicale : nouveau patient résidant dans le BV sans médecin traitant.

Mme L. appelle le numéro unique -> Le régulateur décroche -> Le régulateur demande les informations administratives pour vérifier que Mme L. habite le BV -> Le régulateur, grâce à sa grille d'orientation, valide la demande de RDV médical -> Le régulateur crée avec l'accord de Mme L. un dossier administratif patient (avec antécédents médicaux, traitements en cours..) sur le logiciel, permettant le partage d'informations -> Le régulateur oriente Mme L. vers le médecin d'astreinte en lui communiquant le prochain créneau disponible grâce à l'agenda partagé -> L'appel se termine.

En parallèle, le régulateur transmet l'information au médecin d'astreinte.

L'échange et les réponses apportées sont tracés dans le dossier patient (qui comprend le dossier administratif associé au dossier médical), auquel le médecin d'astreinte et le futur médecin traitant ont accès.

Cas n°3 : Mme Y appelle car elle a un problème de soins aigus – elle habite sur le territoire du BV et de la CPTS – elle a un médecin traitant

Mme Y. appelle le numéro unique -> Le régulateur décroche et demande des renseignements administratifs -> Mme Y décrit ensuite au régulateur l'objet de son appel : « j'ai essayé d'obtenir un RDV rapide avec mon médecin traitant, mais il n'avait pas de disponibilités avant 10 jours, or je suis tombée hier soir dans mes escaliers. Je pensais ne rien avoir, mais ce matin, j'ai le genou enflé et très douloureux, je ne peux pas aller travailler » -> Le régulateur la questionne davantage sur sa symptomatologie -> le régulateur se réfère à la grille d'orientation pour conclure à une orientation vers le médecin d'astreinte du jour, avec des imageries en amont -> Le régulateur crée un dossier patient (administratif + médical) sur le logiciel, avec l'accord de Mme Y quant au partage d'information avec les professionnels de santé concernés -> Le régulateur consulte l'agenda partagé de l'équipe d'astreinte sur le logiciel pour connaître l'astreinte médicale -> Le régulateur indique à Mme Y qu'elle va recevoir par mail des E-ordonnances pour faire une imagerie dans la journée, et qu'elle doit appeler tel médecin d'astreinte pour connaître l'horaire de la consultation -> L'appel se termine.

En parallèle, le régulateur transmet l'information au médecin d'astreinte en lui demandant d'envoyer des E-ordonnances par mail à Mme Y.

L'échange et les réponses apportées sont tracés dans le dossier patient, auquel le médecin d'astreinte et le médecin traitant ont accès.

Cas n°4 : Mr D appelle car il lui manque des traitements dans le cadre de sa pathologie chronique stabilisée (diabète) – il habite sur le territoire du BV et de la CPTS – il a un suivi spécialisé mais pas de médecin traitant identifié.

Mr D appelle le numéro unique -> Le régulateur décroche -> Le régulateur demande les informations administratives pour vérifier que Mr D. habite le BV et crée avec l'accord de Mr D. un dossier administratif patient sur le logiciel, permettant le partage d'informations -> Mr D. décrit l'objet de son appel : « il me manque des seringues d'insuline pour soigner mon diabète, dans 2 jours je n'en ai plus, je n'ai pas de médecin traitant, et mon RDV de suivi avec mon diabétologue n'est que dans 1 mois. Je le vois une fois tous les 6 mois car mon diabète est stabilisé depuis longtemps. Je n'ai pas de médecin traitant car je viens d'emménager dans la région et je n'ai pas eu besoin d'aller consulter en médecine générale depuis ce moment » -> Le régulateur se réfère à la grille d'orientation pour conclure à une orientation vers la pharmacie la plus proche -> Le régulateur crée un dossier patient complet (administratif + données médicales) qu'il partage avec le diabétologue et le pharmacien, après accord au partage d'information de Mr D. -> Mr D. est satisfait de savoir que sa demande est prise en compte aussi facilement -> Il raccroche et va se rendre à la pharmacie la plus proche.

En parallèle, le régulateur transmet l'information au pharmacien et au diabétologue. Ils se mettent en lien pour l'avance et l'ordonnance, qui peut être échangée directement via le dossier patient créé par le régulateur.

L'échange et les réponses apportées sont tracés dans le dossier patient, auquel les différents praticiens ont accès.

Cas n°5 : Mme G. appelle car son fils a avalé une pièce de monnaie et peine à respirer.

Mme G. appelle le numéro unique -> Le régulateur décroche -> Mme G. en proie à la panique, explique son problème immédiatement -> Le régulateur bascule l'appel vers le SAMU.

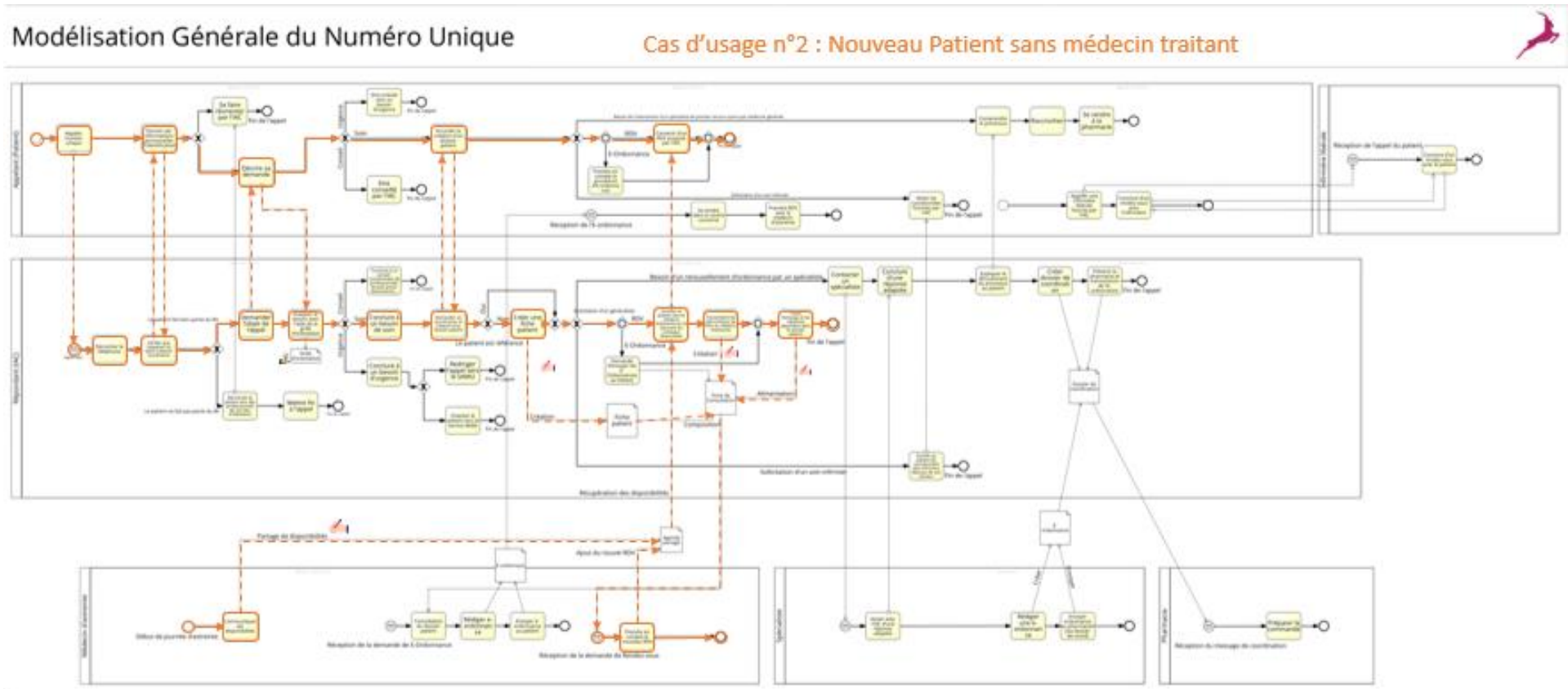
Le régulateur trace la réorientation de son appel grâce à l'outil numérique.

Cas N°6 : Mr O. appelle car il sort de l'hôpital suite à sa fracture de la hanche et il a besoin que son médecin traitant, qui est en congés, viennent lui refaire ses pansements.

Mr O. appelle le numéro unique -> Le régulateur décroche -> Le régulateur demande les informations administratives pour vérifier que Mr O. habite le BV -> Mr O. décrit sa demande " Je viens de me casser la hanche, je sors de l'hôpital. Le chirurgien m'a dit qu'il fallait refaire le pansement tous les jours, j'ai l'ordonnance, mais je n'ai pas très bien compris. J'ai appelé Dr House, mon médecin traitant mais il est en vacances " -> Le régulateur donne les explications nécessaires suite à la lecture de l'ordonnance où il est stipulé "pansement à faire tous les jours par IDE libéral" et donne au patient les coordonnées des infirmiers libéraux de son secteur -> Avec l'accord de Mr O., le régulateur crée un dossier patient (administratif + médical) permettant aux professionnels du BV de pouvoir s'y référer.

Le régulateur trace le conseil apporté lors de son appel grâce à l'outil numérique.

Annexe 2 : Processus métiers collaboratifs pour le numéro unique – Illustration cas d'usage n° 2



Annexe 3 : Cas d'utilisation pour les binômes et trinômes MG-infirmiers-pharmaciens.

Cas n°1 : MG/IDEL interviennent l'un après l'autre, le besoin est ponctuel et asynchrone.

Mme Y appelle pour prendre un rdv à domicile, elle ne peut pas se déplacer et n'a pas de solutions de transport. L'opérateur (soit la secrétaire médicale ou le régulateur du numéro unique) lui donne un rdv par Visio avec le binôme MG/IDEL qui couvre cette région.

Les informations recueillies par l'opérateur sont enregistrées directement dans son dossier et sont consultables par le binôme médecin et IDEL. L'opérateur s'est assuré en amont que Mme Y était équipée pour effectuer une téléconsultation.

Au moment du RDV, le MG se connecte à l'outil numérique et clique sur la demande de téléconsultation du patient. Il décide des suites de soins à donner et délègue à l'IDEL du binôme les soins envisageables. L'IDEL reçoit le plan de soins par le biais de l'outil numérique sécurisé. Une fois chez la patiente, l'IDEL communique par ce biais avec le médecin sur la situation actuelle de Mme Y et sur l'avancée du plan de soin préconisé.

Cas n°2 : MG/IDEL interviennent l'un en même temps que l'autre, le besoin est ponctuel et synchrone.

Mr X est alité depuis plusieurs mois. Il a une escarre de stade 3 au talon qui ne s'améliore pas malgré le protocole en vigueur. Le médecin doit faire un débridement et a besoin d'être assisté par une IDE, qui fera ensuite le suivi du processus de soin.

Le médecin et l'IDEL interviennent ensemble à domicile pour le premier acte. Par la suite, l'IDEL continue le suivi à domicile, en tenant au courant le médecin en instantané (possibilité d'envoi de photos...).

Cas n°3 : MG/IDEL interviennent l'un avec l'autre, sur une sortie d'hospitalisation : le besoin est ponctuel et synchrone.

Mme T, vient de sortir de l'hôpital après une opération chirurgicale compliquée suite à une infection et une altération de son état général. Elle nécessite un suivi médical à domicile car son état reste fragile, mais ne répond pas aux critères d'admission de l'HAD. Avant sa sortie, l'hôpital contacte directement son MG. Si cela n'aboutit pas ou si Mme T n'a pas de MG, l'hôpital appelle le numéro unique. Le régulateur lui attribue un binôme. L'infirmière et le médecin font la première visite ensemble, prennent connaissance des documents de sortie d'hospitalisation et se coordonnent pour la suite des soins. L'IDEL effectue les visites rythmées et l'évolution des soins se fait après validation du médecin qui est en contact et coordination instantanée avec l'infirmière via l'outil numérique.

Cas n°4 : Le binôme MG/IDEL interviennent en séquence, le besoin est continu et asynchrone, le patient est inscrit dans un parcours de soins.

Mr O a une pathologie chronique. Il habite loin du cabinet du médecin. Il a des troubles de la marche. Un cabinet IDEL intervient fréquemment pour les traitements. Mr O est donc déjà suivi par un binôme (MG+IDEL) et un plan type de soins est déjà constitué. Les rdvs sont gérés par la secrétaire du médecin ou avec l'infirmière directement qui fait les visites. Elle se coordonne directement via l'outil numérique avec le MG pour le suivi de sa pathologie et pour prévenir et/ou traiter les éventuelles complications, dans le cadre du plan de soin.

Cas n°5 : Le trinôme MG/IDEL/Pharmacien intervient en séquence, le besoin est continu et asynchrone, le patient est inscrit dans un parcours de soins.

Mr. K est un patient qui souffre d'une maladie chronique stabilisée, le déplacement vers un cabinet médical est très difficile pour lui vu son état musculosquelettique qui le laisse avec une mobilité réduite. A la suite de son contact avec le binôme (par le biais du numéro unique ou par la secrétaire médicale), l'infirmière passe par son domicile, fait son examen et contacte le médecin à l'aide de l'outil numérique pour lui renouveler sa prescription. Le médecin envoie une e-ordonnance au pharmacien via l'outil en direct.

Cas n°6 : Le trinôme MG/IDEL/Pharmacien intervient dans une première consultation au sein d'une pharmacie.

Mme I est une patiente du bassin de vie qui consulte pour la première fois pour une lésion dermatologique. Elle essaye de prendre RDV avec son médecin généraliste mais son état général ne lui permet pas de faire de grands déplacements. Son médecin, qui est en trinôme avec le pharmacien, lui donne trois choix. Le premier, elle peut dès aujourd'hui se rendre chez son pharmacien le plus proche afin d'obtenir un premier avis. Le second propose qu'une IDE vienne le lendemain chez elle. Le troisième est qu'elle se rende chez ce médecin la semaine suivante. Mme I préfère le premier choix du fait de la contrainte de temps et se rend chez le pharmacien le plus proche. La secrétaire du médecin informe le pharmacien de la venue de Mme I et l'objet de son appel.

Le pharmacien qui a vu Mme I constatant que la lésion n'est pas sérieuse, lui propose une pommade et informe le médecin par photo et message sur l'outil de coordination.

Cas n°7 : Le trinôme MG/IDEL/Pharmacien intervient dans une première consultation pour une angine dans une pharmacie.

Mme I est une patiente du bassin de vie qui consulte pour la première fois pour une angine. Elle essaye de prendre RDV avec son médecin généraliste mais son état général ne lui permet pas de faire de grands déplacements. Son médecin, qui est en trinôme avec le pharmacien, lui donne trois choix. Le premier, elle peut dès aujourd'hui se rendre chez son pharmacien le plus proche afin d'obtenir un premier avis. Le second propose qu'une IDE vienne le lendemain chez elle. Le troisième est qu'elle se rende chez ce médecin la semaine suivante. Mme I, au regard de l'urgence, opte pour le premier choix. Le pharmacien qui examine Mme I constate une angine purulente, en informe le médecin en envoyant une photo et un message afin d'obtenir son diagnostic immédiat et le suivi du traitement qui pourrait nécessiter une e-ordonnance.