



SciencesPo.

Formation continue

**GESTION ET POLITIQUES DE SANTE
Executive Master**

Promotion 2009 – 2010

Direction :

Didier TABUTEAU, Conseiller d'Etat, Professeur à Sciences Po

DOSSIER DE SOUTENANCE PUBLIQUE

Chantal PINEAU

Date de la soutenance :
28 juin 2011

**« les soins de premiers recours
en zones rurales fragiles »**

Tuteur : **Guillaume SARLAT**

1^{re} partie

I. 1. Des besoins de santé spécifiques liés aux caractéristiques de la population et des territoires 3

I.1.1 Une population dont les pathologies sont marquées par le vieillissement, des Indicateurs socio-économiques dégradés et le type d'exercice professionnel..... 3

I.1.11 La population des zones rurales fragiles est plus âgée 3

a) Ce vieillissement induit des besoins de biens et soins médicaux plus importants..... 3

b) Le vieillissement en milieu rural et agricole présente des spécificités épidémiologiques 4

I.1.12 Les indicateurs socio-économiques dégradés influent sur le niveau de santé..... 6

a) Les zones rurales fragiles connaissent une pauvreté systémique..... 7

b) Les conséquences de la précarité sur la santé sont aggravées par la situation de ces territoires..... 8

I.1.13 Certaines pathologies sont en lien avec les activités professionnelles du monde agricole 9

a) Tableau d'ensemble 10

b) Pesticides et santé 10

I.1.2 Une population qui a un rapport à la santé différent et qui a moins recours au système de soins..... 13

I.1.21 Le recours aux soins est différent de celui des urbains 13

a) Les généralistes représentent une part plus importante de l'activité médicale 13

b) Un faible recours aux soins des spécialistes 14

c) Un peu moins de consommations de soins d'auxiliaires..... 14

d) Le milieu rural dépense plus en frais de transport..... 14

I.1.22 Un rapport à la santé différent dont l'impact sur le recours aux soins reste difficile à mesurer..... 15

I.1.3 Le cumul des facteurs de risques : un effet multiplicateur sur la surmortalité..... 15

I.1.4 Une lecture problématique de la typologie et cartographie de ces zones 17

I.2. Des professions aux modes d'exercices spécifiques et qui se projettent difficilement dans l'avenir 19

I.2.1 Une médecine globale en exercice isolé et une position sociale particulière pour les médecins généralistes 19

I.2.11 Un mode d'exercice isolé qui se conjugue avec les conséquences des effets de la démographie médicale 20

I.2.12 Une charge de travail plus importante pour les médecins isolés et en zones rurales 21

I.2.13 Une médecine globale qui nécessite des compétences avancées 22

I.2.14 Une position sociale singulière : le généraliste en zone rurale exerce dans une grande proximité avec ses clients et il est reconnu socialement 23

I.2.15 Une vision de l'avenir difficile à préciser 25

I.2.2 L'offre globale infirmière est mal connue, inégalement répartie sur le territoire et la profession a du mal à dégager ses perspectives pour l'avenir 26

I.2.21 L'offre globale infirmière est mal connue 26

I.2.22 Cette offre est très inégalement répartie sur le territoire 27

I.2.23 Une charge de travail importante, faiblement rémunérée 27

I.2.24 Acceptée en contre partie de l'intérêt au travail 28

I.2.25 Des coordinations informelles mais bien réelles 28

I.2.26 Une vision de l'avenir floue où pointe la crainte de la disparition de l'exercice libéral 29

2^e partie

II. Deux priorités pour prendre en compte ces spécificités : l'organisation et soutien de l'offre et la formation 31

II.1 En France, des mesures qui visent une meilleure répartition géographique des médecins 31

II.1.1 La multiplicité des mesures et des acteurs 31

II.1.11 Une grande diversité de mesures, très peu évaluées 31

II.1.12 Sur le terrain, l'assurance maladie peine à retrouver ses marques 33

II.1.2 Les limites des mesures les plus mobilisées 34

II.1.21 Les mesures financières sont peu opérantes 34

II.1.22 L'augmentation du numerus clausus est de faible efficacité 35

II.2 La loi Hôpital patients santé et territoire (HPST) présente un cadre favorable au développement d'une offre mieux adaptée aux besoins 35

II.2.11 La volonté d'un management territorial de l'offre de soins 35

II.2.12 Des expérimentations nombreuses et diversifiées 37

II.2.21 Mouthe, une maison de santé pluridisciplinaire (MSP) adossée à l'hôpital local 37

II.2.22 ASALEE, une coopération entre médecins généralistes libéraux et infirmières 40

II.2.23 Couleur santé, une association régionale de mise en oeuvre de l'éducation thérapeutique ambulatoire.....	41
II.2.3 Les limites actuelles.....	42
II.2.31 La tension sur la construction des territoires de santé	42
II.2.32 La difficulté voire l'impossibilité à faire émerger des projets de santé sur tous les territoires de proximité	43
II.2.33 Le poids de la pression budgétaire.....	43
II.3 De nouvelles perspectives à dégager pour organiser et soutenir l'offre	44
II.3.1 En Australie, une typologie de l'organisation de l'offre selon les zones et densité de population	44
II.3.2 Au Québec, un accès aux soins de premiers recours facilité par l'adaptabilité du système.....	47
II.3.3 Pour la France, des propositions au-delà des Maisons de santé	48
II.3.31 Deux propositions pour l'organisation et le soutien de l'offre.....	48
a) Mise à disposition auprès de médecins isolés d'un conseiller coordonnateur	48
b) A l'échelle des territoires de proximité, un animateur réseau-santé	50
II.3.32 Deux propositions pour soutenir l'offre	50
a) Accueillir les nouveaux professionnels de santé sur le territoire.....	50
b) Parrainer les jeunes installés.....	51
II.4 Le système de formation français évolue sans acter la spécificité de la médecine rurale.....	52
II.4.1 En Australie, le choix d'une formation spécifique pour la médecine rurale	52
II.4.11 Les Rural Clinical School, un dispositif qui couronne les expériences antérieures	53
II.4.12 Des évaluations nationales positives.....	54
II.4.2 En France, le système de formation commence à évoluer	56
II.4.21 La réévaluation de la médecine générale dans la formation médicale.....	56
a) Reconnaissance comme discipline de spécialité	56
b) Propositions de stage en médecine générale.....	56
II.4.22 Un meilleur accès à la formation continue.....	57
II.4.23 Selon les sensibilités des équipes pédagogiques, des formations plus collaboratives	57

II.4.3 Des propositions pour alimenter une dynamique	58
II.4.31 Un séminaire annuel « exercer en milieu rural »	58
II.4.32 Accroître le nombre de maîtres de stage	59
II.4.33 Valoriser et accompagner le Contrat d'engagement de service public (CESP).....	59
<u>Conclusion</u>	<u>61</u>
<u>Liste des personnes contactées ou rencontrées</u>	<u>63</u>
<u>Bibliographie</u>	<u>67</u>
<u>Glossaire</u>	<u>73</u>
<u>Annexes</u>	<u>75</u>
<u>Note de réflexion</u>	<u>151</u>
<u>Note de lecture</u>	<u>153</u>
<u>Remerciements</u>	<u>161</u>

Introduction

Le système de santé français s'est historiquement construit sur le soin. L'assurance maladie créée en 1946 sur le modèle bismarckien, le choix de la médecine libérale¹ et d'un système hospitalier universitaire orienté vers l'excellence technique, participent à un système qui privilégie le soin à l'approche de santé globale et populationnelle.

En période de croissance économique et démographique, ce modèle « professionnel non hiérarchisé »² du système de soin n'a pas été perçu comme problématique : il a globalement permis de répondre aux besoins. Aujourd'hui cependant il est remis en cause tant du point de vue économique que de son accessibilité et de sa qualité. En réalité, la France, comme d'autres pays développés,³ se pose la question de la transformation de l'organisation de la médecine de premier recours pour mieux intégrer les dimensions de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques. A l'heure où les questions de démographie médicale font la une des journaux, les réponses s'orientent vers des regroupements de professionnels et des pratiques plus collaboratives.

Dans ce contexte, nous avons voulu nous intéresser à une population particulière, celle des zones rurales éloignées des grands centres urbains. En effet, ces zones sont aujourd'hui identifiées comme particulièrement problématiques : éloignées des CHU et des centres urbains, elles sont peu attractives pour l'installation de jeunes professionnels. C'est donc à la question de l'offre de soins de premier recours⁴ sur ces zones rurales que nous avons choisi de faire porter notre travail.

La question de la spécification des territoires s'est posée de façon récurrente tout au long de nos travaux. En effet, alors que des pays étrangers comme le Canada, l'Australie ou encore les Etats-Unis ont développé des recherches spécifiques aux territoires ruraux, la France ne dispose que d'études partielles. Il n'y a pas aujourd'hui d'étude spécifique de la santé au regard de la typologie des zones rurales en France. Notre travail s'appuie donc sur des données générales –espaces à dominante urbaine/espaces à dominante rurale parfois

¹ Dont les sept principes sont les suivants : « le libre choix, le respect absolu du secret professionnel, le droit à des honoraires pour tout malade soigné, le paiement direct par l'assuré en prenant pour base minimum les tarifs syndicaux, la liberté thérapeutique et de prescription, le contrôle des malades par les caisses, des médecins par les syndicats et commission médicale d'arbitrage en cas de désaccord, nécessité de représentation du syndicat dans les commissions techniques organisées par les caisses » in Hassentel P., « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », Sève – Les tribunes de la santé, N° 18, printemps 2008. Il faut ajouter à ces principes la liberté d'installation inscrite dans la charte de la médecine libérale de 1927 et reprise dans la loi de 1930.

² Typologie dégagée par l'IRDES, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

³ Source IRDES, in « Questions d'économie de la santé », N° 127, novembre 2007

⁴ Au sens de la loi hôpital patients santé territoires (HPST), les soins de premier recours recouvrent l'entrée dans le système de soins, le suivi du patient et la coordination de son parcours ainsi que la mise en œuvre sur le terrain des politiques de santé publique comme la prévention et le dépistage.

dénommés espaces urbains et espaces ruraux- et en tant que de possible sur des études ciblées qui permettent de mieux approcher ces zones dites fragiles.

Nous appuyant sur notre expérience professionnelle, nous avons choisi d'aborder la question des soins de premier recours en zones rurales que nous qualifierons de fragiles, à partir d'une exploration d'une part des spécificités des besoins des populations et d'autre part des caractéristiques de la pratique des professionnels du premier recours que sont les médecins généralistes et les infirmières. Ce faisant cette exploration nous amène à préciser et discuter les typologie de territoires qui peuvent se dégager. Enfin, la confrontation des spécificités des besoins des populations et des caractéristiques de l'offre de premier recours permet, dans un second temps, d'aborder une réflexion sur l'organisation de l'offre et la formation.

De fait, la formation et l'organisation de l'offre ne nous semblent pas aujourd'hui suffisamment articulées. Ainsi, la formation devrait préparer aux nouvelles modalités de l'exercice professionnel qu'induisent les Maisons de santé ou les autres modalités de collaboration pluri-professionnelles. Au-delà des dispositifs déjà mis en œuvre et des réflexions en cours, nous proposons des pistes pour soutenir l'offre, en élargir la palette et enrichir la formation par un contenu qui prenne en compte les spécificités de besoin et de pratique sur ces zones.

1^{re} partie

Des spécificités de besoins de santé et de pratiques professionnelles

Nous allons tout d'abord tenter ici de dresser le portrait des spécificités des besoins sur ces territoires ruraux fragiles.

I. 1. DES BESOINS DE SANTE SPECIFIQUES LIES AUX CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ET DES TERRITOIRES

I.1.1 Une population dont les pathologies sont marquées par le vieillissement, des indicateurs socio économiques dégradés et le type d'exercice professionnel

I.1.11 La population des zones rurales fragiles est plus âgée

Si les derniers recensements INSEE montrent que l'espace à dominante urbaine vieillit maintenant plus vite, il n'en reste pas moins que l'espace à dominante rurale est davantage vieilli. Ainsi les données du recensement INSEE de 2006 indiquent que l'espace rural comptait 27,5% de plus de 60 ans et 11,4% de plus de 75 ans contre respectivement 20,0% et 7,7% dans l'espace urbain⁵

Au sein de l'espace à dominante rurale, les territoires ruraux fragiles à dominante agricole se caractérisent par une faible densité de population (23 habitants au km²) et une population âgée : les plus de 75 ans représentent 14% de la population contre 6% en zone périurbaine⁶.

Les territoires fragiles ouvriers et traditionnels, au tissu industriel en déclin présentent une densité de population plutôt élevée (88 habitants au km²) mais avec une amorce de déclin démographique lié à la fois aux déficits du solde naturel et du solde migratoire. Ce sont donc des campagnes qui désormais vieillissent.⁷

a) Ce vieillissement induit des besoins de biens et soins médicaux plus importants

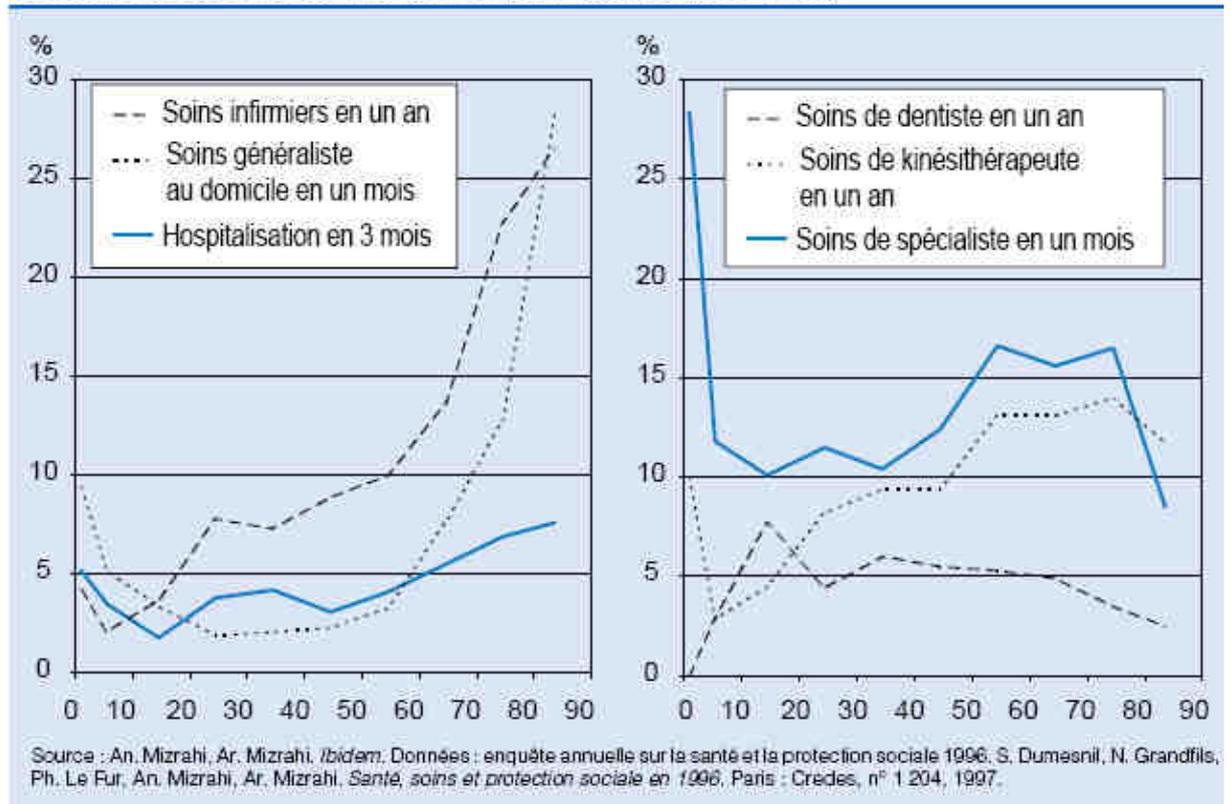
Même si toutes les consommations médicales n'augmentent pas avec l'âge, le recours aux soins est plus fréquent.

⁵ M. Berthod-Wurmser, R Ollivier, M Raymond, membres de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et S Villiers et D Fabre, membres du Conseil général de l'agriculture, de l'alimentation et des espaces ruraux (CGAAER) in « Pauvreté, précarité, solidarité en milieu rural », rapport IGAS et CGAAER de septembre 2009, p. 23

⁶ « Quelle France rurale pour 2020 ? Contribution à une nouvelle politique de développement rural durable », étude prospective de la DATAR, CIADT du 3 septembre 2003, p. 22

⁷ ibid. p. 23

Recours aux soins par nature selon l'âge (France 1996)



Cette augmentation est surtout élevée pour les soins de généralistes et infirmiers. Il est à noter que cette augmentation n'est pas liée à l'âge lui-même mais à la plus grande morbidité du grand âge. Avec la perte de mobilité, la consommation de soins des plus âgés est plus souvent dispensée à domicile ou à l'hôpital⁹. Par ailleurs, l'effet des facteurs socio-économiques sur les consommations médicales s'atténue avec l'âge, induisant un rapprochement des consommations y compris pour les catégories sociales plus défavorisées¹⁰. Ces éléments concourent à un besoin de soins et biens médicaux proportionnellement plus important sur ces zones rurales fragiles.

b) Le vieillissement en milieu rural et agricole présente des spécificités épidémiologiques

Les premiers résultats du programme de recherche Approche multidimensionnelle intégrée (AMI)¹¹ lancée en 2007 par le groupe AGRICA et la MSA en collaboration avec l'IFR 99 auprès de 1000 retraités agricoles de Gironde dégagent certaines spécificités rurales du vieillissement.

⁸ « Recours aux soins par nature selon l'âge (France 1996), in actualité et dossier en santé publique, N°21 décembre 1997, p. 17

⁹ *ibid.* p.17

¹⁰ *ibid.* p. 20

¹¹ Conduite par l'équipe de recherche du Professeur Dartigues de l'université de Bordeaux 2, l'étude se base sur l'analyse des conditions de vie d'un échantillon de 1000 retraités agricoles en moyenne âgés de 76 ans et habitant l'une des communes rurales de la Gironde. Première initiative consacrée à la population rurale retraitée, AMI propose une analyse multidisciplinaire et globale du vieillissement en milieu rural avec : épidémiologies de pathologies liées à l'âge, vieillissement fonctionnel, nutrition, pharmacologie, psychologie, aspects géo-démographiques, ophtalmologie, neuroimagerie, vie sociale et relations à l'environnement – et s'inscrit sur une durée de 5 ans. Les résultats de l'étude sont mis en perspectives avec les bilans d'autres études conduites par le Pr Dartigues sur le milieu urbain : 3Cités et Paquid (population mixte, urbaine et rurale).

Les retraités agricoles sont plus dépendants et plus fragiles avec notamment une incidence beaucoup plus forte des maladies neurodégénératives. Ce dernier point pourrait être en lien avec l'usage de pesticides et le faible niveau d'éducation scolaire. Ils font état de conditions physiques plutôt moins bonnes que les populations urbaines avec des déficits visuels très fréquents. Pour autant, ils sont plus satisfaits de leur vie actuelle et plus épanouis que les urbains.

Le vieillissement en milieu rural et agricole

Le bilan d'étape¹² de l'étude AMI fait apparaître que :

« **La dépendance est un phénomène davantage présent en milieu rural** : Alors que plus de la majorité de la population urbaine (51,5%) suivie dans l'étude des 3Cités se déclare totalement indépendante, seulement 32% des répondants vivant en milieu rural font le même constat. Parmi les personnes interrogées la dépendance est un phénomène : léger pour 41%, modéré pour 19% (besoin d'aide pour les activités domestiques, pour faire ses courses ou gérer son budget) et sévère pour 8% (besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne, tels que s'habiller ou faire sa toilette). Près de 45% des répondants se déclarent aidés par leur entourage dans les difficultés du quotidien (dans 58% des cas par le conjoint) et 29% affirment bénéficier d'une aide professionnelle.

Les pathologies dégénératives sont nettement plus fréquentes : 15,2% des participants de l'étude AMI, âgés de 75 ans et plus, souffrent de troubles neurodégénératifs contre 5,4% des participants de l'étude 3Cités, et 12,1% de l'étude Paquid. Les personnes diagnostiquées par le médecin de l'étude sont en moyenne plus âgées, moins éduquées, très dépendantes et plus exposées au risque de malnutrition (54% contre 12%). Elle souffrent également plus souvent de la maladie de Parkinson (16% contre 1,6%), sont plus déprimées (26% contre 9%) et très fréquemment atteintes de déficiences visuelles (80% contre 42%). Pourtant, 29% de ces personnes vivent à leur domicile, sont bien entourées par leur famille et bénéficient d'aides professionnelles dans plus d'un cas sur deux.

La population rurale est en moins bonne santé..... : Bien que les retraités soient suivis régulièrement par un médecin généraliste (41% déclarent en consulter au moins une fois par mois), ils font état de conditions physiques plutôt moins bonnes que les populations urbaines :

Des déficits sensoriels très fréquents et notamment visuels (52% contre seulement 15% dans l'étude des 3Cités). Ceux-ci peuvent être liés à un défaut d'accès aux soins spécialisés et/ou à de faibles ressources financières (près de 36% de l'échantillon déclarent vivre avec moins de 1000 euros par mois) et/ou encore à des pathologies touchant spécifiquement les travailleurs agricoles. Cette question fera l'objet d'un sous projet spécifique sur le vieillissement oculaire avec diagnostic médical réalisé en collaboration avec le CHU de Bordeaux.

Une surcharge pondérale : l'indice de masse corporelle est élevé avec une prévalence de l'obésité de 28% contre 13,2% pour les habitants des villes.

Une sensation d'essoufflement dans la vie quotidienne pratiquement multipliée par deux par rapport aux populations urbaines (24% contre 15%)

De basses performances cognitives dues notamment à un faible niveau d'études : plus de la moitié des personnes interrogées n'ont pas été scolarisées ou n'ont atteint que le niveau d'études primaires alors que c'est seulement le cas pour 8,7% de la population urbaine sondée.

Mais majoritairement épanouie et active : Malgré ces problèmes de santé plus fréquents, près de 70% des personnes interrogées se déclarent satisfaites de leur vie actuelle. En effet, moins de 10% des personnes se plaignent d'isolement social et seulement 10% éprouvent des difficultés pour se déplacer. Par ailleurs, 9% de l'échantillon vivant en milieu rural souffre de dépression alors que plus de 13% de l'échantillon urbain est diagnostiqué dépressif. Concernant les activités de loisirs, 43% des participants

¹²Communication du groupe AGRICA, Paris, le 16 décembre 2009

marchent quotidiennement, 40% jardinent et 28% continuent à effectuer des tâches agricoles. Les activités pratiquées à domicile sont essentiellement centrées sur : la télévision (86% des participants la regardent quotidiennement), la lecture de la presse (53%) et les travaux manuels (31% bricolent ou cousent). »

L'importance du vieillissement dans ces territoires accroît le besoin en temps de généralistes et d'infirmiers, mais aussi implique l'existence d'une filière gériatrique avec notamment la capacité à prendre en charge les maladies neurodégénératives. La coordination des interventions, qu'elles soient médicales ou sociales, semble aussi essentielle pour faciliter ce maintien à domicile. Le caractère bien vécu des situations de santé parfois très dégradées conforte l'option de prise en charge de proximité qui permet le maintien dans un environnement de soutien.

I.1.12 Les indicateurs socio-économiques dégradés influent sur le niveau de santé

En 2007, le taux d'emploi de l'espace à dominante rurale est nettement inférieur (57%) à celui de l'espace à dominante urbaine (65%)¹³. Le monde rural se caractérise par une part plus élevée d'emplois ouvriers et d'employés : ces deux catégories représentent globalement près de 60% des emplois ruraux. A contrario, le déficit de cadres et professions intellectuelles supérieures est important : 7% seulement de l'emploi rural. L'arrivée de nouvelles populations ne corrige pas ce déséquilibre, au contraire. En effet, les néoruraux appartiennent rarement à des catégories qualifiées, salariées ou indépendantes. Beaucoup viennent à la campagne avec l'espoir de mieux faire face aux difficultés financières, de logement, d'emploi. Ce faisant, la vie rurale et notamment l'éloignement des services, aggrave souvent leurs difficultés¹⁴. Au final, il y a plus de pauvres en milieu rural, même si l'intensité de la pauvreté y est moins marquée que pour l'ensemble de la population¹⁵. Si les taux les plus élevés de pauvreté ne concernent pas que les zones rurales fragiles, celles-ci sont cependant particulièrement concernées.

¹³.in « Pauvreté, précarité, solidarité en milieu rural », rapport IGAS et CGAAER de septembre 2009, p. 23, ce rapport reprend la typologie de la DATAR dans sa catégorisation des territoires observés.

¹⁴ ibid. p. 27, 49-50

¹⁵ ibid. p. 36. L'intensité de la pauvreté est l'écart entre le seuil de pauvreté et la médiane des niveaux de vie des personnes pauvres, rapporté au seuil de pauvreté. Cet écart était en 2006 de 16,9% pour le milieu rural contre 18,2% pour l'ensemble de la population.

La pauvreté rurale

La pauvreté se décline en deux indicateurs :

La pauvreté monétaire, définie par des revenus globaux par unité de consommation du ménage inférieurs à 60% de la médiane des niveaux de vie, soit en 2006, 880 euros par mois (816 en 2004 et 949 en 2008).

La pauvreté en conditions de vie est définie par un cumul de 8 privations ou difficultés parmi 27 relatives à l'insuffisance des ressources, aux retards de paiement, aux restrictions de consommation et aux difficultés liées au logement. Cet indicateur est mesuré à l'échelle du ménage.

Les ménages ruraux sont plus concernés par la pauvreté monétaire que les urbains : en 2004, le taux moyen de pauvreté global par département est de 11,7% alors que ce taux pour la population rurale par département est de 13,7%.¹⁶ L'éventail des revenus y est plus resserré avec moins de très hauts revenus mais plus de revenus faibles. Pour autant l'intensité de la pauvreté y est moindre. **En revanche les ruraux sont moins touchés par la pauvreté en conditions de vie.**

La composition de la population pauvre en milieu rural est différente de celle du milieu urbain :

Tout d'abord la première grande différence réside dans le statut au regard du logement : alors que l'écart entre propriétaires et accédants entre milieu rural et urbain est de 13%, cet écart est de 30% au sein des ménages les plus pauvres. Ainsi 56% des ménages ruraux les plus pauvres sont propriétaires ou en accession à la propriété. A la différence du milieu urbain, les couples avec enfants sont surreprésentés en milieu rural (de 4,3 points). De même les jeunes adultes sont surreprésentés de 11,3 points en milieu rural contre une surreprésentation de 7,8 points en milieu urbain¹⁷. Par ailleurs, même si la pauvreté rurale n'est plus dominée par celle des personnes âgées, la situation des femmes âgées isolées demeure problématique. Enfin, il est à noter que la part des prestations sociales dans le revenu des ménages pauvres ruraux est plus faible que pour les ménages pauvres urbains, ce qui renvoie à la question de l'accès aux droits¹⁸. Ce dernier point fait également écho avec le caractère caché de la pauvreté rurale, élément commun à d'autres pays développés¹⁹.

a) Les zones rurales fragiles connaissent une pauvreté systémique²⁰

Les zones rurales fragiles connaissent des situations aggravées du fait de la conjonction des facteurs négatifs :

- Fragilisation et perte d'activités agricoles et industrielles
- Manque de dynamisme lié au vieillissement de la population d'origine rurale combiné à la faible qualification des jeunes qui restent au pays
- Arrivée de publics en grande difficulté
- Fragilité globale des territoires qui les rend encore plus vulnérables à tout événement négatif comme la fermeture d'une entreprise ou d'un service public.

Dans cet environnement l'isolement physique est aussi culturel. Or les jeunes sont particulièrement concernés, rendant encore plus problématique leur insertion socio économique.

« Si la pauvreté individuelle résulte de différentes situations qui enclenchent souvent une « spirale négative », dans certains lieux, la pauvreté devient systémique et concerne la globalité du territoire,

¹⁶ ibid. p. 38, à partir des données INSEE Première N° 1162

¹⁷ ibid. p. 37

¹⁸ ibid. pp 42-43

¹⁹ ibid. p. 20

²⁰ ibid. pp. 54-55 et étude FNARS Bourgogne et IRTESS, « étude sur les processus d'exclusion et d'insertion en milieu rural », janvier 2009

dans une autre spirale du vieillissement, de déqualification, d'enfermement et de pauvreté, sans ressort pour y échapper²¹. »

b) Les conséquences de la précarité sur la santé sont aggravées par la situation de ces territoires

En effet, la pauvreté et la précarité ont des effets négatifs sur la santé qui sont très documentés²², concernant notamment les maladies cardio-vasculaires, l'obésité, le diabète, les addictions, la santé mentale, taux de survie aux cancers... Nous allons nous en tenir ici à la dimension aggravée par la situation des territoires.

La dimension qui nous a semblé essentielle est celle du **report de soins qui aboutit à la découverte de problèmes graves et nombreux lors de leur prise en charge tardive**²³. Ces reports sont liés à : L'éloignement de l'offre ou son absence qui oblige à aller plus loin : même si la part de population située à « plus de 15 minutes » ne dépasse 15% que pour un nombre limité de services, tous les services de la médecine ambulatoire ou hospitalière un tant soit peu spécialisée sont concernés²⁴. Pour une population ayant de faibles moyens économiques, l'obstacle peut être dirimant. Une fois la prise en charge démarrée, l'éloignement continue de rendre difficile la continuité du soin : ainsi en Creuse²⁵, les grossesses pathologiques sont orientées vers Limoges mais compte tenu de la distance, de nombreux rendez vous sont manqués, ce qui génère parfois des complications graves²⁶. Toujours dans le domaine du suivi des grossesses et de la petite enfance, le rapport IGAS²⁷ note pour ce département un déficit de suivi dans les cantons les plus défavorisés avec des conséquences épidémiologiques négatives : petits poids de naissance, couverture vaccinale insuffisante, surpoids et obésité... Si en matière de santé mentale la ruralité n'est pas un facteur aggravant, bien au contraire²⁸, l'éloignement de l'offre, voire sa quasi absence, conduit soit à une prise en charge tardive, soit à l'absence de prise en charge. Or les phénomènes d'addiction semblent en milieu rural en croissance rapide, notamment chez les jeunes.²⁹

²¹ rapport IGAS et CGAAER, op. cit., p. 54

²² notamment : « Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité », HCSP, 2009 ; G. Salem, S Rican, E Jouglu, ML Kürzinger, in Atlas de la santé en France, volumes 1 et 2 ; C. Pornet, O Dejjardin, F Morlais, V. Bouvie, G. Launoy : « socioeconomic determinants for compliance to colorectal cancer screening. A multilevel analysis », in J epidemiol Community Health (2010) ; O. Dejjardin, L Remontet, AM Bouvier, A Danzon, B Trétarre, P Delafosse, F Molinié, N Maarouf, M Velten, EA Sauleau, N Bourdon-Raverdy, P Grosclaude, S Boutreux, G De Pouvourville and G launoy, in "Socioeconomic and geographic determinants of survival of patients with digestive cancer in France", British Journal of Cancer (2006)

²³ rapport IGAS et CGAAER, op. cit., pp. 167-168

²⁴ rapport IGAS et CGAAER, op. cit., p. 31

²⁵ Ce département est presque classé entièrement par la DATAR dans la catégorie « rural agricole vieilli et peu dense »

²⁶ ibid. p. 78

²⁷ op. cit. p. 79

²⁸ plusieurs études internationales et françaises confirment l'absence de corrélation entre le lieu de vie et la maladie mentale, à l'exception de la schizophrénie dont l'incidence, toutes choses égales par ailleurs, est supérieure en milieu urbain. Références : "Mood disorders and urban/rural settings, comparisons between two french regions", V Kovess-Masfety, X. Lecoutour, S Delavelle ; "A European approach to rural-urban differences in mental health" : the ESEMedD 2000 comparative study, V Kovess-Masfety, J Alonso, R De Graaf, K. Demyttenaere

²⁹ étude FNARS et rapport IGAS/ CGAAER, op. cit.

Par ailleurs, des études³⁰ sur les déterminants sociaux et géographiques pour le mode de prise en charge et les chances de survie des patients atteints de cancers digestifs indiquent un effet négatif de la distance. L'accès à la prise en charge par un centre de référence ainsi que le taux de survie sont moins bons. Cette problématique est partagée par d'autres pays³¹ mais la question manque d'études robustes. Ces données méritent d'être approfondies pour déterminer la part relevant du stade de diagnostic, des différences de stratégie de prise en charge selon les catégories de population, de la compliance des patients eux mêmes dans le suivi des traitements.

Le coût financier : L'absence de mutuelle ou le refus de soins CMU n'est pas une caractéristique propre au milieu rural, mais là encore la faiblesse de l'offre médicale rend plus difficile le contournement du refus de soin. L'étude FNARS³² pointe surtout un manque en matière de soins dentaires (37% des usagers ayant déclaré souffrir et manquer de soins ne vont pas du tout chez le dentiste et autant n'y vont que rarement). La vue est l'autre type de soins délaissé : parmi les personnes interrogées, 20% ont déclaré avoir des problèmes de vue mais 30% d'entre elles n'ont jamais consulté de spécialiste des yeux et 15% rarement.

La honte et la peur de la stigmatisation : dans des univers clos où tout le monde se connaît et où tout se sait, la peur d'être jugé ou tout simplement repéré, notamment pour des soins liés à la santé mentale et l'addictologie, constitue un frein supplémentaire à l'accès aux soins³³

L'absence d'identification de la santé comme une problématique majeure des ruraux en difficulté par les acteurs sociaux de ces territoires contribue sans doute à en accroître la gravité³⁴. L'organisation de l'offre de soins de premier recours apparaît comme une composante essentielle de la démarche d'aménagement du territoire. Elle n'implique donc pas seulement les professionnels de santé mais aussi les acteurs politiques, nationaux et locaux.

1.1.13 Certaines pathologies sont en lien avec les activités professionnelles du monde agricole

Si les activités de l'espace rural sont loin d'être exclusivement agricoles, celles-ci s'exercent bien dans cet espace. Les professionnels de santé du premier recours sont donc ceux qui sont les plus susceptibles d'être confrontés aux maladies spécifiquement liées à l'activité agricole. Après un balayage d'ensemble sur les

³⁰ O. Dejardin and alii, op. cit. ; S Blais, O dejardin, S Boutreux, G launoy in "social determinants of access to reference care centers for patients with colorectal cancer – a multilevel analysis" in European journal of cancer 2006 ; O Dejardin, A-M Bouvier, C Herbert, M Velten, A Buemi, P Delafosse, N Maarouf, S Boutreux, G Launoy in " Social and geographic disparities in access to reference care site for patients with colorectal cancer in France", in British journal of cancer, 10 mai 2005

³¹ NC Campbell, LD Ritchie, J Cassidy and J Little : « Systematic review of cancer treatment programmes in remote and rural areas », in British journal of cancer (1999)

³² op. cit, pp. 171-172

³³ in études FNARS, et IGAS/CGAAER op. cit.

³⁴ étude FNARS Bourgogne et IRTESS, op. cit. pp. 7 et 167

principales pathologies concernées nous nous attarderons plus particulièrement sur la question des incidences sur la santé de l'usage des pesticides.

a) Tableau d'ensemble

L'activité professionnelle en travaux agricoles présente plusieurs groupes de facteurs de risques³⁵ :

- Les émissions de polluants : tracteurs, ...
- L'essence, le fuel, les solvants
- Les poussières organiques et inorganiques
- Les zoonoses : virus, bactéries
- Les ultra violets
- Les pesticides : insecticides, fongicides, herbicides, rodenticides. Plus de 90 familles, plus de 900 matières actives et plus de 9 000 produits.

Ainsi les exploitant(e)s ayant au cours de leur activité professionnelle travaillé dans l'élevage de bovins, associé à la production de volailles ou de porcs, sont notablement plus exposés au risque de bronchite chronique³⁶. Les accidents du travail (cf. encadré) mettent souvent en jeu la proximité avec l'animal, l'utilisation des machines et le travail du bois. Les maladies professionnelles sont essentiellement des troubles musculo-squelettiques, notamment du canal carpien. Les zoonoses, plutôt rares, peuvent cependant, comme la leptospirose, être très graves et mortelles. Aujourd'hui ce sont surtout les incidences à long terme de l'usage des pesticides sur la santé qui sont à l'étude.

b) Pesticides et santé

En effet, la France est le premier utilisateur de pesticides en Europe et pourtant les études sur ce thème sont essentiellement nord américaines³⁷. Toutefois l'université de Caen, en lien avec l'université Victor Segalen de Bordeaux a lancé en 2005 le suivi de la cohorte Agrican sur le thème cancers et agriculture. La collaboration avec les équipes internationales permet de confronter les résultats des différentes cohortes ainsi étudiées et de mieux en cerner la validité.

« En milieu professionnel, des effets neurologiques aigus ou subaigus déclenchés par certains pesticides sont bien rapportés : par exemple, des paralysies ascendantes des membres ont été observées avec certains insecticides organophosphorés ; les organochlorés ou le fipronil peuvent provoquer des convulsions, etc. Les effets chroniques sont moins bien documentés, cependant une élévation du risque de la maladie de Parkinson est rapportée, dans de nombreuses études, chez les

³⁵ Docteur P. Lebailly, enseignant chercheur, université de Caen, intervention du 25 novembre 2010 à la MSA Côtes normandes sur le thème « cancers et agriculture »

³⁶ Donnée issue des premiers résultats de la cohorte Agrican (agriculture et cancer) : 180 000 inclusions, lancée en 2005, soit la cohorte agricole la plus importante au plan international.

³⁷ notamment J. Aquavella et alii, « cancer among farmers : a metanalysis. Ann. Epidemiol 1998 ; étude financée par la firme Monsanto ; A. Blair et alii « Clues to cancer etiology from studies of farmers. Scand J Work Environ. Health 1992, National Cancer Institute

agriculteurs et plus généralement dans les populations exposées à des pesticides. L'exposition répétée à des insecticides anticholinestérasiques a également été associée à une altération des performances intellectuelles, des troubles de l'humeur et de la personnalité »³⁸. De fait, la maladie de Parkinson a été reconnue maladie professionnelle liée à l'utilisation des pesticides par plusieurs tribunaux français³⁹.

Pour l'heure, il ressort que si les agriculteurs connaissent globalement une plus faible incidence de cancers, notamment pour les cancers pulmonaires et digestifs, certaines localisations sont en revanche augmentées : le risque est plus élevé pour les hémopathies malignes, les cancers de la prostate, les tumeurs cérébrales et les cancers de la peau⁴⁰.

Le niveau d'exposition⁴¹ aux pesticides est indépendant de la surface traitée. En revanche le type de matériel utilisé pour l'application, le contexte de mise en œuvre (céréales, vignes, serres...), la phase de contact (préparation, application, nettoyage, taille, cueillette...), les problèmes techniques (ruptures, renversement,...) ont de forts effets sur le niveau d'exposition. Quant aux équipements de protection individuels, leur effet est limité, voire inverse (possible aggravation de l'exposition, notamment en cas de mauvaise utilisation) ! Les données concernant les femmes et les salariés sont encore trop faibles. Or ces deux catégories sont particulièrement concernées par les travaux de cueillette ou de taille qui semblent être des phases de fortes expositions.

Les incertitudes qui demeurent sur la nature du risque, la nature des signaux d'alerte (odeur, maux ressentis, ...), l'efficacité des protections, l'absence de clarté dans la communication sur le risque, alimentent des attitudes de déni du risque, conduisant par là même à en aggraver la portée.⁴²

³⁸ AFSSET- « santé et environnement- enjeux et clés de lecture- décembre 2005

³⁹ Jugements du TASS de Bourges (2006) et du TASS de Poitiers (2009)

⁴⁰ I. Baldi, P Lebailly in « Cancers et pesticides », La revue du praticien, vol 57, 15 juin 2007, PP 40 à 44

⁴¹ résultats de l'étude Pestexpo menée par le GRECAN, présentée à la MSA Côtes normandes en juin 2006

⁴² C Nicourt et J.M. Girault, institut de recherche agronomique (INRA), in « Le coût humain des pesticides : comment les viticulteurs et les techniciens viticoles français font face au risque », La revue en sciences de l'environnement, volume 9, numéro 3, décembre 2009 et D. Jacques-Jouvenot et JJ Laplante in « Les maux de la terre, regards croisés sur la santé au travail en agriculture », 2009, éditions de l'Aube, p. 48.

Accidents du travail et maladies professionnelles agricoles⁴³

Sur 1 154 156 travailleurs salariés déclarés en moyenne chaque trimestre pour 2008, il a été déclaré 63 598 accidents du travail proprement dit (hors accidents de trajet). En matière d'accidents du travail des salariés agricoles le risque majeur se situe dans les activités d'entretien des végétaux, espaces verts et forêts (28,4 % des accidents avec arrêt). Les tâches relatives aux « manutentions et transports manuels » et celles en rapport avec l' « utilisation de machines, outils et véhicules » sont aussi fréquemment incriminées avec respectivement 22 % et 16,4 % des accidents avec arrêt. Les accidents du travail avec arrêt et graves touchent principalement les mains (respectivement 23 et 26,7 %), avec en premier lieu des lésions de type plaies ou contusions pour les accidents avec arrêt et plaies ou fractures pour les accidents graves. Le risque d'accident est particulièrement élevé pour les nouveaux embauchés : en 2008, 42 % des accidents concernent des personnes dont l'ancienneté dans l'entreprise est inférieure à 1 an. La période de septembre-octobre, marquée par une forte présence de saisonniers, connaît une recrudescence des accidents avec arrêt et graves par rapport à l'ensemble de l'année. Les salariés les plus âgés sont plus exposés aux accidents graves ou mortels. En effet, les « 50 ans et plus » représentent 28,1 % des accidents graves et 39,4 % des accidents mortels alors qu'ils pèsent pour 18 % dans la population des salariés.

3 443 maladies professionnelles avec ou sans arrêt ont été reconnues en 2008 pour les salariés agricoles. La part des affections péri-articulaires reste stable sur les 2 dernières années avec 86 % du total des maladies professionnelles reconnues (2 955 cas en 2008). Les salariés touchés par ces affections ont des activités qui se concentrent dans les secteurs de la viticulture, du traitement (abattage, découpe, conditionnement) de la viande de gros animaux, de l'élevage spécialisé de petits animaux et des exploitations de culture et d'élevage non spécialisés.

Concernant les exploitants agricoles, pour 572 892 personnes assurées en ATEXA (assurance accident du travail des exploitants agricoles) en 2008, il a été recensé 27 471 accidents du travail, dont 69 décès. Chez les exploitants ou entrepreneurs de travaux agricoles, les chefs d'exploitation et les hommes sont principalement touchés par les accidents du travail. L'indice de fréquence la plus élevée se situe dans les exploitations « bois » avec une incidence de 102,5 puis dans les « élevages de bovins » : incidence de 48,4 alors que la moyenne toutes activités confondues est de 34,9. Les activités en rapport avec les animaux, l'utilisation des machines et la culture des végétaux concentrent le plus grand nombre de cas. Les lésions physiques des accidents sont avant tout des fractures ou des lésions superficielles et contusions, et se localisent surtout aux niveaux des membres supérieurs et du thorax.

1632 maladies professionnelles ont été reconnues en 2008 pour des non salariés agricoles. Les principales maladies professionnelles sont les troubles musculo-squelettiques, plus particulièrement les affections péri-articulaires provoquées par des gestes et postures de travail, qui sont plus nombreuses et plus fréquentes chez les femmes : il est compté 4,5 cas pour 1000 femmes versus 2,1 pour les hommes. Le secteur de l'élevage bovin laitier est particulièrement concerné : ce sont souvent les femmes qui assurent la traite

La spécificité des risques et leurs incidences sur la santé en lien avec les conditions de l'exercice professionnel prend une dimension particulière dans le contexte des exploitants agricoles et de leurs salariés. En effet, les exploitants en tant que travailleurs indépendants n'ont pas de médecine du travail. Seule intervient la MSA (Mutualité Sociale Agricole) dans le cadre de la prévention des risques professionnels avec des interventions essentiellement collectives⁴⁴. Si les salariés agricoles sont suivis

⁴³ Données issues des études CCMSA, direction des études, des répertoires et des statistiques. Etude réalisée par Nicolas Viarouge pour les salariés agricoles et Jean Claude Chrétien pour les non salariés agricoles, données 2008.

⁴⁴ Par exemple : formation à la manipulation des produits phytosanitaires, à la contention des bovins, création de matériel de prévention de chute de toit, ...

en médecine du travail, la situation des travailleurs saisonniers pourtant eux-mêmes parfois très exposés, notamment aux pesticides, pose problème car la durée des contrats ne permet guère la réalisation du suivi. Par ailleurs, la population agricole n'est pas la seule à être exposée : tous ceux qui manipulent ces produits à un stade ou à un autre sont concernés, ainsi que tous ceux qui sont proches de cette manipulation, même si l'exposition par voie aérienne est faible. Or la population protégée par le régime agricole diminue du fait du déclin démographique de ce secteur. L'absence de politique de santé publique en milieu rural amène le médecin généraliste à être confronté à la multiplicité des régimes de protection sociale et à leurs politiques de santé non coordonnées. Celles-ci ne prennent pas en compte ces spécificités liées à l'exercice professionnel et à l'environnement. Aussi dans un tel contexte, il apparaît très important que le médecin généraliste soit lui-même averti des risques encourus et de la résistance à reconnaître la réalité du risque, et qu'il soit à tout le moins en capacité de poser les diagnostics.

I.1.2. Une population qui a un rapport à la santé différent et qui a moins recours au système de soins

I.1.21 Le recours aux soins est différent de celui des urbains

L'étude « Santé et milieu rural »⁴⁵ menée en 2002 sur les territoires ruraux définis à partir du zonage en aires urbaines, pour les régions de l'Aquitaine, la Franche Comté et le Languedoc-Roussillon constitue pour la France une référence actuellement unique⁴⁶. Il ne s'agit donc pas d'une étude spécifique aux zones rurales fragiles et certaines spécificités de ces zones peuvent donc ne pas apparaître ou être lissées. L'étude permet toutefois de dégager des différences marquées entre l'espace à dominante urbaine et l'espace à dominante rurale pour certaines consommations :

- La part des généralistes dans l'activité médicale
- Les consultations de spécialistes par consommant
- Les frais de transport
- Dans une moindre mesure les soins d'auxiliaires

a) Les généralistes représentent une part plus importante de l'activité médicale

« Quel que soit l'âge et la région, les cantons ruraux se situent près de 10% au-dessus du taux de recours aux omnipraticiens des cantons urbains.⁴⁷» Ceci est essentiellement une question d'offre puisque les spécialistes sont davantage présents en milieu urbain. En effet, la consommation de consultation de généraliste entre ruraux et urbains n'est réellement plus importante que pour les ruraux de moins de 5 ans : à ces âges, les jeunes ruraux consomment en moyenne une consultation de plus qu'en milieu urbain. Par ailleurs, l'étude ne dégage pas de différence de consommation de visites de généralistes. Elle nuance cependant ce résultat pour les zones rurales isolées et nous

⁴⁵ « Santé et milieu rural. Une démarche exploratoire menée par trois URCAM », par les URCAM de la région Aquitaine, Languedoc Roussillon, Franche Comté, avec le soutien de la CCMSA et l'appui méthodologique du CREDES, avril 2002

⁴⁶Entretien avec M. A Pelc, directeur des études, des répertoires et des statistiques à la CCMSA

tenterons plus loin de voir si la part des visites n'est pas effectivement plus élevée pour les généralistes en zones rurales fragiles.

b) Un faible recours aux soins des spécialistes

A tous les âges et dans les trois régions de l'étude, les urbains consomment plus de consultations de spécialistes que les ruraux. Les courbes de consommations selon les âges sont identiques pour les ruraux et les urbains avec de fortes consommations aux âges extrêmes. Les ruraux se distinguent notamment par de faibles consommations de consultations gynécologiques et de pédiatres. Une autre étude ⁴⁸ indique pour des besoins de soins en psychiatrie, un recours au seul médecin généraliste plus important en région rurale (33,9% en Haute-Normandie) et le fait que un quart des personnes nécessitant des soins de psychiatre ne sont vues que par leur médecin généraliste.

c) Un peu moins de consommations de soins d'auxiliaires

Les dépenses de soins dentaires par consommant urbain sont plus importantes, principalement aux âges de consommation importante, soit entre 10 et 19 ans et au-delà de 40 ans. De même le milieu urbain consomme plus de soins infirmiers que le milieu rural aux âges élevés. A noter toutefois que l'étude ne prenait pas en compte l'activité des SSIAD, très présents en milieu rural. Concernant les soins de kinésithérapie, la consommation urbaine est légèrement supérieure à celle du milieu rural.

d) Le milieu rural dépense plus en frais de transport

Sans surprise, le milieu rural affiche des consommations plus élevées de frais de transport avec une amplification de l'écart au grand âge (plus de 70 ans).

A l'échelle de l'espace à dominante rurale, la spécificité en matière de consommation de soins se résume pour l'essentiel à un moindre recours aux soins des médecins spécialistes. La question se pose donc de la substitution des soins par les médecins généralistes.

⁴⁷ ibid. p. 26

⁴⁸V. Kovess-Masfety, G Lebreton_Lerouvillois, F Gilbert : « utilisation du système de soin en santé mentale et planification. Données régionales et intrarégionales » in « L'encéphale » (2007), supplément 5. Il est à noter que cette étude différencie les besoins en santé mentale qui relèvent du système de soins de première ligne, c'est-à-dire médecin généraliste, psychologue ou psychothérapeute, des besoins de soins en psychiatrie, relevant des spécialistes psychiatres.

I.1.2.2 Un rapport à la santé différent dont l'impact sur le recours aux soins reste difficile à mesurer

Une étude ⁴⁹menée sur des données de 1997, considérant les ruraux comme habitant des communes de moins de 5000 habitants, montre que une fois les variables d'âge, de sexe et de revenu ajustées, les ruraux se considèrent en meilleure santé que les urbains. Surtout, cette appréciation est corrélée avec le non recours au médecin. Les résultats de cette étude font écho avec les recherches menées en Australie et au Québec : la conception de la santé aurait un impact sur l'utilisation du système de soins.⁵⁰ Les ruraux de ces pays entendent la santé comme l'absence de maladie. La consultation médicale est déclenchée lorsque la capacité de travail est atteinte. Il s'agit donc d'une médecine curative et non pas de prévention ou de maintien de la bonne santé. Ceci est illustré en Australie par les différences de soins dentaires entre urbains et ruraux : tandis que les urbains effectuent des soins de prévention et de maintien de leur dentition les ruraux font procéder au remplacement de leurs dents par des appareils. Toutefois l'étude conclut sur la difficulté à départager la raison du moindre recours aux soins par l'absence ou l'éloignement des services ou par ces raisons culturelles, même si par ailleurs elle affirme que l'éloignement des services ne permet pas à lui seul d'expliquer les inégalités face à la santé des ruraux australiens. En France, le rapport IGAS-CGAAER⁵¹ déjà cité fait état d'une culture rurale moins ouverte aux attitudes de prévention et les travaux de Guy Launoy et alii⁵² ouvrent la réflexion sur ces impacts culturels en matière de participation aux campagnes de dépistage et de chance de survie en cas de cancer colorectal.

I.1.3 Le cumul des facteurs de risques : un effet multiplicateur sur la surmortalité

La surmortalité n'est pas qu'une affaire rurale. Il est constaté⁵³ en France une surmortalité à tous les âges sur un axe central qui va de la Champagne au Massif central, en Bretagne et dans les villes portuaires. Les différences de mortalité évitable liée au système de soins sont faibles sur l'ensemble du territoire. Les caractéristiques socioprofessionnelles constituent le déterminant principal des différences spatiales de mortalité, beaucoup plus que l'offre de soins. Il est même observé un « gradient social » des inégalités de santé : chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité, de morbidité plus élevé que la classe immédiatement supérieure⁵⁴. Pour autant, après contrôle de ces caractéristiques socioprofessionnelles, il subsiste des écarts entre zones géographiques. En fait le cumul des facteurs de risques a un effet multiplicateur et non pas additionnel⁵⁵ : les écarts de mortalité

⁴⁹Z Heritage, O Grimaud : « Niveau de santé perçue plus élevé dans les communes rurales : quel impact sur le recours aux soins ? », Ecole des hautes études en santé publique, Rennes, 2008

⁵⁰ Nicki Welch : « Understanding of the determinants of rural health », février 2000, National Rural Health Alliance (Australie) et « vivre dans une collectivité rurale plutôt qu'en ville fait-il vraiment une différence en termes de santé et de bien-être ? », Institut national de santé publique du Québec, janvier 2004

⁵¹ op.cit. p. 54

⁵² N Desoubeaux, C Herbert, G Launoy, J Maurel, M Grignoux : « Social environment and prognosis of colorectal cancer patients : a french population-based study » in International Journal of Cancer , 1997 ; C Pornet, O Dejardin, F Morlais, V Bouvier, G Launoy : « Socioeconomic determinants for compliance to colorectal cancer screening. A multilevel analysis » octobre 2009 and « Socioeconomic and healthcare supply statistical determinants of compliance to mammography screening programs : a multilevel analysis in Calvados, France », avril 2010, in International Journal of Cancer

⁵³ Salem G, Rican S, Jouglu E : « Atlas de la santé en France : volume 1 les causes de décès », John Libbey eurotext, 1999

⁵⁴ M.J. Moquet, in « inégalités sociales de santé : des déterminants multiples », dossier « comment réduire les inégalités de santé », La santé de l'homme, N° 307, pp 17-19, septembre octobre 2008

⁵⁵ Salem G, Rican S, Jouglu E in « Atlas de la santé en France : volume 1 – les causes de décès », op. cit. p. 104

entre catégories sociales sont plus élevés en Bretagne, Nord Pas de Calais, Alsace, Pays de Loire, Picardie et Haute Normandie que dans les régions du Sud de la France. Gérard Salem⁵⁶ souligne la complexité des phénomènes en matière de santé : il indique notamment la nécessité de prendre en compte l'insertion dans l'environnement global. Ainsi, les différences d'expression de l'enclavement entre le Nord-est de la France et l'Ouest font qu'une amélioration des indicateurs sanitaires dans les zones urbaines du Nord-est entraîne avec elle l'ensemble du territoire régional, tandis que l'amélioration de ces mêmes indicateurs pour les villes de Rennes, Vannes et Saint Briec demeure sans incidence pour les zones rurales environnantes.

Stéphane Rican⁵⁷ indique cependant que les travaux en cours pour l'actualisation de l'Atlas de la santé en France sur les causes de décès montrent une surmortalité qui s'accroît dans le temps pour les zones agricoles vieillies, notamment pour les causes de cancers et maladies cardio-vasculaires.

Une étude⁵⁸ menée en Bretagne à partir des zones d'aires urbaines indique une surmortalité rurale de 4 % chez les hommes et 5 à 7% chez les femmes. Toutefois les variations sont beaucoup plus marquées pour certaines causes. Ainsi, l'étude note une surmortalité de 20% pour les accidents de la circulation. L'Atlas de la santé en France ⁵⁹ indique également un gradient de mortalité par accident de la circulation décroissant des zones rurales vers les zones urbaines : « Alors que, en moyenne, 9 victimes sur 100 décèdent de leur accident survenu en zone rurale, moins de 2 victimes sur 100 décèdent d'un accident survenu dans une agglomération de plus de 200 000 habitants ⁶⁰ ». Ce constat est partagé en Australie (Stella et al., 1995) et au Québec (Thouez et al. 1991 ; Audet et al. 1995) , avec des hypothèses explicatives qui mêlent les conditions matérielles et comportementales. L'étude bretonne, à l'instar là aussi des autres études internationales⁶¹, pointe une surmortalité par suicide des hommes ruraux : 4% de l'ensemble des décès sur la période de l'étude.

La surmortalité est donc le résultat combinatoire d'expositions professionnelles, de facteurs de risques comportementaux, de mode de vie mais aussi de positionnement social et de fonctionnement de l'espace géographique sans pouvoir aujourd'hui dégager précisément la part de chaque facteur et les liens entre eux⁶². Ces zones rurales fragiles qui cumulent les indicateurs socio-économiques dégradés sont également concernées sans que pour l'heure des études spécifiques à ces territoires permettent de le confirmer.

⁵⁶ G Salem, directeur du laboratoire espace santé et territoires, entretien du 20 janvier 2010, en présence de Stéphane Rican et Zoé Vaillant, enseignants chercheurs département de géographie, université Paris ouest Nanterre La Défense

⁵⁷ entretien du 20 janvier 2011

⁵⁸ O Grimaud, S Bayat et J Chaperon in « Mortalité urbaine et rurale en Bretagne », société française de santé publique, santé publique 2004/3, N° 43, p. 499-508

⁵⁹ G Salem, S Rican, ML Kürzinger, "Atlas de la santé en France, volume 2, op. cit.

⁶⁰ G Salem, S Rican, ML Kürzinger, "Atlas de la santé en France, volume 2, op. cit., p. 49

⁶¹ sources "vivre dans une collectivité rurale plutôt qu'en ville fait-il vraiment une différence en termes de santé et de bien-être ? », Institut national de santé publique du Québec, janvier 2004 et « Australia's health 2010 », AIHW

⁶² Salem G, Rican S, Jouglu E , op. cit., pp. 107-110 ; M. J Moquet "inégalités sociales de santé : des déterminants multiples" in La santé de l'homme, N° 397, sept. Oct. 2008, pp. 17-19

I.1.4 Une lecture problématique de la typologie et cartographie de ces zones

De fait, notre volonté d'approcher les besoins de santé des populations en zones rurales fragiles s'est constamment heurtée à la pluralité des définitions et l'absence d'homogénéité des études.

La première difficulté est de définir la ruralité des territoires. Si la définition de l'unité urbaine⁶³ est inchangée, les critères de découpage de l'espace urbain et de l'espace rural évoluent. En effet, l'étalement urbain et le caractère de moins en moins agricole de l'espace rural a amené au milieu des années 1990 à l'abandon des zones de Peuplement industriel et Urbain (ZPIU). En 1997, l'INSEE a adopté le Zonage en Aires Urbaines (ZAU) qui permet de distinguer des espaces à dominante urbaine et des espaces à dominante rurale. Afin de mieux différencier les communes à l'intérieur de l'espace à dominante rurale, l'INSEE a établi en 2002 sur le recensement de 1999, un zonage en aires urbaines et pôles d'emploi de l'espace rural et de leurs couronnes (ZAUER) (annexe 1). Cette approche revient toutefois à privilégier la relation domicile-travail, ce qui n'est pas complètement adapté pour les problématiques liées à la santé. Elle agrège également dans la catégorie « autres communes de l'espace rural » un ensemble indifférencié de rural isolé et de communes rurales sous faible influence urbaine⁶⁴. Depuis 2003, l'INSEE propose comme nouveau découpage de référence la notion de bassin de vie (annexe 1). Celui-ci définit le plus petit territoire sur lequel ses habitants ont accès aux principaux services et à l'emploi. Ce découpage va au-delà de la distinction urbain-rural et prend en compte l'offre de services à la population. Dans le cadre des relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les médecins, un contrat de bonne pratique⁶⁵ définit le médecin rural comme le médecin généraliste qui exerce :

- Dans un cabinet éloigné de plus de 20 minutes d'un service d'urgence
- Dans un canton dont la densité de médecins généralistes par habitant est inférieur à 3 pour 5000

Notre souhait d'approcher les besoins de santé sur des zones rurales fragiles nous a amené à nous intéresser plus particulièrement à la typologie élaborée par la Délégation à l'aménagement du territoire (DATAR) dans le cadre d'une étude prospective pour le comité interministériel de l'aménagement du territoire (CDIAT) de septembre 2003. L'étude⁶⁶ part de la définition du rural selon le ZAUER, s'appuie sur des analyses par bassins de vie et retient le canton comme unité d'échelle administrative. La typologie des cantons ruraux (cf. annexe 1) est celle qui a été établie par la société d'études géographiques économiques et sociologiques appliquées (Segesa). A partir des fonctions des territoires ruraux –résidentielle, productive, récréative et touristique, environnementale – la DATAR identifie trois types de campagnes :

- 1) Les campagnes des villes, nouvelle forme de rural avec une dynamique démographique positive

⁶³ Définition de l'INSEE, reprise du document de travail de BH Nicot, « urbain –rural : de quoi parle-t-on ? » Sirius, Université Paris XII, juin 2005 : « l'unité urbaine est une commune ou un ensemble de communes qui comporte sur son territoire une zone bâtie d'au moins 2 000 habitants où aucune habitation n'est séparée de la plus proche de plus de 200 mètres. En outre, chaque commune concernée possède plus de la moitié de sa population dans cette zone bâtie. Si l'unité urbaine s'étend sur plusieurs communes, l'ensemble de ces communes forme une agglomération multicommunale ou agglomération urbaine. Si l'unité urbaine s'étend sur une seule commune, elle est dénommée ville isolée. Remarque : ces seuils, 200 mètres pour la continuité de l'habitat et 2 000 habitants pour la population, résultent de recommandations adoptées au niveau international ».

⁶⁴ source : BH Nicot, op. cit. p. 9

⁶⁵ contrat de bonne pratique relatif aux spécificités de l'exercice de la médecine générale en milieu rural

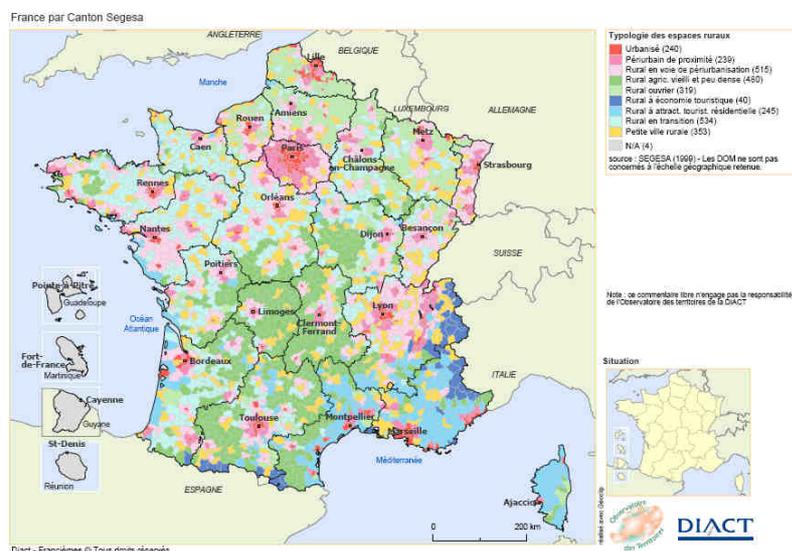
⁶⁶ « Quelle France rurale pour 2020 ? Contribution à une nouvelle politique de développement rural durable », étude prospective de la DATAR, CIADT du 3 septembre 2003

- 2) Les campagnes les plus fragiles, marquées par le recul économique et démographique,
- 3) Les nouvelles campagnes, en recherche d'équilibre et caractérisée par la multifonctionnalité.

Ce sont ces campagnes les plus fragiles qui nous ont plus particulièrement intéressé ici. En effet, l'organisation de l'offre de soins de premier recours nous y semble particulièrement problématique pour l'avenir, même si pour l'heure les zones déficitaires en médecins généralistes ne correspondent pas forcément aux zones rurales les plus défavorisées⁶⁷. Ces campagnes en déclin comptent près de 800 cantons et couvrent près du tiers du territoire national (cf. carte ci contre). Elles cumulent souvent trois handicaps : « une faible densité de population, une tendance à la mono activité plus prononcée, et une évolution démographique régressive »⁶⁸. Deux ensembles distincts la composent :

- 1) Des territoires vieillis peu denses (23 habitants/km²) et à dominante agricole, soit 480 cantons
- 2) Des espaces ouvriers et traditionnels de densité plus élevée (88 habitants au km²), au tissu industriel en déclin, soit 319 cantons

Ces territoires peu attractifs ont des difficultés à maintenir des services sur place, qu'ils soient publics ou privés. Si les bassins de vie peuvent y offrir un niveau de services propres à les rendre autonomes, ces territoires de bassin sont toujours beaucoup plus étendus que ceux centrés sur des centres urbains. De ce fait, la distance d'accès à des services essentiels comme les soins de premiers recours peut être élevée⁶⁹. Il est à noter que les installations des médecins généralistes de moins de 40 ans sont beaucoup plus faibles sur ces zones⁷⁰.



Toutefois, une typologie n'a de sens qu'au regard d'une hypothèse donnée. Celle de la DATAR tient aux objectifs de développement et d'aménagement du territoire. Les zones ainsi définies comme fragiles en terme de

⁶⁷ ibid. p. 14

⁶⁸ ibid. p.22

⁶⁹in « Rapport du groupe de travail « structuration de l'espace rural : une approche par les bassins de vie », rapport de l'INSEE (avec la participation de IFEN, INRA, SCEES) pour la DATAR, juillet 2003, pp. 35-36

perspective de développement économique et humain le sont-elles également du point de vue de la santé ? Pour Gérard Salem⁷¹, il y a sur ce point, probablement autant de différences entre zones rurales que entre zones urbaines et entre zones urbaines et rurales. Il faut, pour vérifier la pertinence de cette catégorie au regard de la santé, observer ces territoires avec les lunettes de la santé ! Ces remarques soulignent s'il en était besoin la pauvreté des données disponibles, car pour l'heure, il n'y a pas pour la France d'observation spécifique des territoires ruraux en difficulté économique au regard des indicateurs de santé. En revanche, du point de vue de l'évolution de l'offre pour ces territoires en perte de vitesse, les territoires choisis sont bien les territoires ruraux pour lesquels les solutions de l'offre de soins pour demain sont les plus problématiques. La connaissance des besoins de ces territoires prend donc tout son sens au regard de cette problématique d'une offre à organiser.

L'effacement des clivages nets de territoires – urbain-rural – n'élimine pas certaines spécificités notamment des zones rurales fragiles. La confrontation au vieillissement accru de la population, la combinaison d'éléments de pauvreté et des distances d'accès aux équipements, certaines spécificités culturelles du rapport à la santé et notamment de la résistance à la prévention constituent des éléments qui, de notre point de vue, doivent influencer le mode d'exercice des professionnels de santé. Nous avons donc cherché à compléter cette approche des spécificités des besoins en santé de ces populations par un regard sur les spécificités de l'exercice des professions de santé du premier recours et notamment des médecins généralistes et des infirmières.

I.2. DES PROFESSIONS AUX MODES D'EXERCICES SPECIFIQUES ET QUI SE PROJETENT DIFFICILEMENT DANS L'AVENIR

I.2.1 Une médecine globale en exercice isolé et une position sociale particulière pour les médecins généralistes

Nous nous appuyons pour cette partie sur des études, notamment de la DREES, mais aussi sur le travail effectué par le Dr Claire Boisbunon dans le cadre de sa thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine générale : « Exercer la médecine générale sur les îles bretonnes du Ponant, une vocation ? »⁷² ainsi que sur les entretiens que nous avons menés auprès de 7 médecins généralistes⁷³ en zones rurales fragiles. En effet, si les îles du Ponant représentent, en terme d'isolement géographique, une situation limite par rapport aux zones rurales fragiles, nous avons relevé qu'à plusieurs reprises les médecins rencontrés sur les îles du Ponant renvoient à

⁷⁰ K. Attal-Toubert et M Vanderschelden, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », N° 679, février 2009, DREES, p. 6 et Muriel Barlet et Clémentine Collin, DREES : « Localisation des professionnels de santé libéraux », 2010

⁷¹ G Salem, directeur du laboratoire espace santé et territoires, entretien du 20 janvier 2011, en présence de Stéphane Rican et Zoé Vaillant, enseignants chercheurs département de géographie, université Paris ouest Nanterre La Défense

⁷² Thèse présentée et soutenue publiquement le 3 janvier 2006 à l'Université de Rennes 1. 13 entretiens qualitatifs ont été menés auprès des médecins de 9 îles bretonnes du Ponant

⁷³ 6 médecins de zones rurales fragiles des départements de la Manche et du Calvados ont été rencontrés. Parmi eux 2 exercent en zone rurale vieillie et les 4 autres dans des bassins ruraux ouvriers, plus denses. Un septième entretien a été mené avec un médecin de l'Orne, récemment à la retraite mais sans successeur, sur une zone positionnée par la DATAR zone rurale en transition. Pour des questions d'agenda l'entretien avec le président du conseil de l'Ordre des médecins du Calvados(situé en bassin rural ouvrier) a dû être ajourné. La grille d'entretien et les résultats se situent en annexe 2.

des similitudes avec l'exercice qu'ils ont pu avoir antérieurement en zones rurales. Nous avons aussi fait le rapprochement avec la définition du médecin généraliste australien en zone rurale.

1.2.11 Un mode d'exercice isolé qui se conjugue avec les conséquences des effets de la démographie médicale

La forte diminution du *numerus clausus* dans les années 80 à 90 commence à se traduire par une diminution du nombre de médecins. Ce phénomène est aggravé par les disparités régionales d'installation mais aussi par les modes d'exercice.

Tout d'abord une étude récente de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)⁷⁴ montre que « à l'échelle des bassins de vie, les médecins et les pharmacies sont mieux distribués sur le territoire que la plupart des services et équipements sanitaires ou non sanitaires. Les médecins généralistes libéraux et les pharmacies sont situés là où se trouve la population »⁷⁵ Cependant il est à noter que la taille des bassins de vie n'est pas identique selon les territoires et que les zones rurales fragiles sont sur des bassins de taille plus importante. Ainsi un taux d'équipement correct peut se conjuguer avec une difficulté d'accès en distance et en temps. Mais surtout, l'étude DREES⁷⁶ montre une évolution très nette des pratiques d'installation des jeunes médecins généralistes de moins de 40 ans : ceux-ci sont beaucoup moins bien distribués sur le territoire. Les jeunes médecins préfèrent les grandes agglomérations et recherchent la proximité de centres universitaires. Il est également noté une proximité plus importante des jeunes médecins aux écoles élémentaires que pour l'ensemble de la population des médecins généralistes. Surtout, les jeunes médecins s'installent majoritairement en groupe et à proximité des autres services de santé. L'exercice en groupe des médecins généralistes est devenu majoritaire (54% des professionnels en 2009 contre 43% en 1998) mais concerne essentiellement les médecins de moins de 40 ans qui sont près de 8 sur 10 à travailler en groupe.⁷⁷ Leur entourage immédiat est fréquemment celui de professionnels de santé non médecins (sages-femmes, orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes,...) alors qu'il s'agissait d'autres médecins spécialistes pour l'ensemble des médecins généralistes libéraux⁷⁸. Une autre étude DREES⁷⁹ insiste sur la concentration de l'activité médicale dans les pôles urbains avec CHU et prévoit à l'horizon 2030 une forte diminution, de l'ordre de 25%, du nombre de médecins exerçant en zones rurales. Ainsi les zones rurales fragiles sont aujourd'hui encore correctement dotées en médecins généralistes, mais ceux-ci sont plus âgés, exercent plus souvent de façon isolée et ces zones sont délaissées par les jeunes installés. Les modifications des pratiques d'installation laissent donc augurer de difficultés à venir pour l'accès aux soins de premier recours et interpellent sur les possibilités réelles d'installation de groupe dans des zones peu peuplées et éloignées des centres urbains.

⁷⁴ Muriel Barlet et Clémentine Collin, DREES : « Localisation des professionnels de santé libéraux », 2010

⁷⁵ *ibid.* en introduction

⁷⁶ *ibid.* p. 49

⁷⁷ Données INPES 2009, étude INPES et IRDES.

⁷⁸ Etude DREES, *op. cit.* p. 49

⁷⁹ K. Attal-Toubert et M Vanderschelden, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », N° 679, février 2009, DREES, p. 6

1.2.12 Une charge de travail plus importante pour les médecins isolés et en zones rurales

Une étude de la DREES⁸⁰ à partir d'un panel de médecins généralistes libéraux dans cinq régions françaises indique une durée de travail plus longue de 3,6% pour les médecins exerçant en zones rurales. L'étude considère cet indicateur comme un marqueur de la densité médicale du lieu d'exercice du médecin.

La part de la patientèle âgée de 60 à 69 ans, et non celle de plus de 70 ans, est celle qui semble le plus jouer sur la durée du travail : « une élévation de 1% de la part de la patientèle âgée de 60 à 69 ans s'accompagne, toutes choses égales par ailleurs, d'une augmentation du temps de travail de près de 2% »⁸¹.

Il s'agit en effet de la période où les problèmes de santé se déclarent, qui nécessitent la mise en place de traitements au long cours. De nombreux actes diagnostiques sont alors nécessaires pour la mise en place de ces traitements de maladies chroniques, ce qui constitue une prise en charge complexe. L'étude note par ailleurs que les médecins évaluent la charge émotionnelle du suivi de ces patients difficile à gérer pour eux⁸².

La part des visites dans l'activité libérale des médecins constitue aussi un élément de la charge de travail : une hausse de 1 point de pourcentage des visites contribue, toutes choses égales par ailleurs, à une hausse de 2,1% du temps de travail déclaré.⁸³ Il est à noter que dans le cadre de nos entretiens le nombre de visites par jour se situait plutôt entre 4 et 5, ce qui confirme un taux au-delà de 10% et une charge de travail plus élevée. Tous font état de situations où les personnes n'ont pas de moyens de locomotion et où la visite est nécessaire, ce qui n'est pas sans les interpeller quant au maintien de l'accès aux soins pour ces personnes très isolées.

L'étude montre nettement que l'exercice en cabinet de groupe permet de réduire le temps de travail à hauteur de 2 à 4 heures hebdomadaires par rapport aux médecins exerçant seuls. Un médecin qui est passé de l'exercice isolé à celui d'une maison de santé pluriprofessionnelle l'exprime ainsi « Ne pas finir à 21 heures, ne pas travailler 6 jours sur 7 et travailler en groupe »⁸⁴.

Enfin l'étude DREES montre que la part des activités en dehors du cabinet médical est plus importante pour les médecins qui exercent dans des régions rurales où la densité médicale est plus faible. Il s'agit de la participation aux gardes pour la permanence des soins, le suivi de personnes âgées en institution, des activités à l'hôpital local ou encore à la régulation des urgences. Ceci a été confirmé dans nos entretiens (Annexe 2). Il apparaît que si souvent ces activités sont choisies elles peuvent aussi être vécue comme une contrainte : « je suis médecin coordonnateur de l'EPHAD, par nécessité, car il fallait quelqu'un et il n'y avait personne d'autre » (entretien 3). Dans notre étude, nous avons aussi rencontré 2 médecins qui, malgré la distance, sont enseignants à la faculté de médecine et tous ceux rencontrés accueillent des stagiaires.

⁸⁰ M Aulagnier, Y Obadia, A Paraponaris (Inserm unité 379), B Saliba-Serre (Inserm unité 379), B Ventelou (Inserm unité 379, Gregam-CNRS), P Verger et les membres du comité de pilotage, Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS-PACA), « L'exercice de la médecine libérale générale, premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises », N° 610, novembre 2007. Les cinq régions concernées par l'étude sont : Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, PACA et Pays de la Loire.

⁸¹ Ibid. p. 6

⁸² Ibid. p. 8

⁸³ Ibid. p. 6

⁸⁴ Témoignage de Jean-Michel Guyon, médecin généraliste libéral à la MSP de Mouthe, lors du congrès de l'AGHL (Association nationale des médecins généralistes d'hôpital local) les 24 et 25 septembre 2010 à Alise sainte Reine.

De tous ces éléments il ressort logiquement que ce sont les médecins ruraux qui sont les plus nombreux à souhaiter une diminution de leur temps de travail.⁸⁵

1.2.13 Une médecine globale qui nécessite des compétences avancées

Les médecins rencontrés, aussi bien pour notre étude que la thèse du Dr Boisbunon, sont unanimes pour dire que leur pratique est étendue et que la médecine générale en zones rurales est une spécificité au sein de la médecine générale. Cette dimension est régulièrement mentionnée comme un élément clé de la motivation à cet exercice et ils insistent sur le caractère de « vraie » médecine générale : « je fais VRAIMENT de la médecine de soins primaires : c'est la première offre de soins dans toutes les pathologies. Il n'y a pas de tri ni de pathologie ni de patient » (entretien 5)

Si les urgences sont moins présentes depuis la mise en place du 15, les médecins ruraux sont quand même amenés à réaliser des points de suture, de la contention orthopédique voire des électrocardiogrammes. Ils disposent d'un petit plateau technique de premier recours⁸⁶. Parmi les 8 médecins rencontrés, 2 sont médecins pompiers.

Tous s'accordent sur l'importance de l'exercice pédiatrique, qui représente jusqu'à 30% de leur activité, et la persistance de la pratique en gynécologie. Ces éléments se recoupent avec le moindre recours des populations rurales au pédiatre et au gynécologue⁸⁷.

La place du suivi de fin de vie et donc des soins palliatifs est aussi régulièrement énoncée. Pour un médecin c'est d'ailleurs le seul motif pour lequel il assure une continuité totale de soins, se rendant joignable 24h/24 (entretien 4).

Tous confirment qu'ils sont la première offre de soins dans toutes les pathologies et l'un met en exergue la place des maladies chroniques : « je suis le spécialiste des maladies chroniques. Je tiens à le dire » (entretien 5). Dans ce cadre, il est même évoqué un « exercice partagé avec le spécialiste » (entretien 2) pour marquer l'importance du suivi dans la durée par le généraliste qui fait le lien avec le spécialiste. Leurs relations avec les spécialistes, à une exception près (entretien 6), sont qualifiées de bonnes voire excellentes.

Les spécificités de cet exercice de la médecine générale en zones rurales font que ces médecins se sont sentis mal préparés par leurs études à cette prise de fonction. Plusieurs pointent notamment le manque de formation à l'écoute, voire « comprendre à demi-mot » (entretien 1). Ils ont appris par les remplacements et au fil du temps. C'est la raison pour laquelle ils sont tous engagés comme maître de stage et ils considèrent que les jeunes sont mieux préparés grâce à ce stage de 6 mois. L'un pointe cependant avec inquiétude une insuffisance de formation clinique chez les jeunes praticiens « il est nécessaire de faire de la clinique,

⁸⁵ « L'exercice de la médecine libérale générale, premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises », N° 610, novembre 2007, op. cit. p. 7

⁸⁶ Observation corroborée par la recherche effectuée par le professeur MF Le Goaziou, "l'équipement du cabinet médical" sur le département de l'Ain, in « la revue Exercer », novembre-décembre 2003, N° 67

⁸⁷ étude "Santé et milieu rural", op. cit.

s'intéresser à l'individu avant de faire des examens. C'est ce qui pêche à mon sens aujourd'hui » (entretien 7).

En Australie : une frontière floue entre médecins spécialistes et généralistes en zones rurales et isolées⁸⁸

Il est particulièrement difficile de définir les soins médicaux spécialisés en zones rurales et isolées. Dans le privé, l'accès au spécialiste nécessite une orientation par le généraliste pour une prise en charge par Medicare. En revanche, à l'hôpital public le patient peut être vu par un spécialiste sans être référé par un médecin généraliste. Or en zones rurales il n'y a pas ou très peu d'hôpitaux privés et les patients ont donc accès sans distinction particulière au généraliste ou au spécialiste.

La distinction soins spécialisés et soins généralistes selon que ceux-ci sont prodigués ou non par un spécialiste ne tient pas non plus. En effet, dans les zones rurales beaucoup de médecins généralistes effectuent des soins complexes et à l'inverse des spécialistes sont amenés à faire des consultations de généralistes. Il est utile et nécessaire que les généralistes des zones isolées sachent prendre en charge des personnes gravement accidentées en attendant l'arrivée des secours et l'orientation vers un centre de soins adaptés. Dans un nombre significatif mais décroissant de communautés les généralistes sont compétents en anesthésie, obstétrique et petite chirurgie allant jusqu'à la laparotomie. Cela permet d'assurer la proximité de la prise en charge et la complémentarité avec des spécialistes qui assurent des permanences épisodiques. Cette acquisition et ce maintien des compétences sont facilités par l'exercice partagé des médecins généralistes dans les zones rurales entre l'hôpital public et leur cabinet privé.

1.2.14 Une position sociale singulière : le généraliste en zone rurale exerce dans une grande proximité avec ses clients et il est reconnu socialement

Quatre grands traits caractérisent le rapport du médecin généraliste en zones rurales fragiles ou isolées à son environnement :

1) Médecin traitant avant l'heure : Le suivi personnalisé au long cours des patients caractérise vraiment l'exercice de la médecine générale dans ces zones. Il s'agit là aussi d'un élément clé de la motivation au choix d'installation en zone rurale. La référence à la fidélité et à un engagement moral non écrit entre le patient et son médecin est très présente. Il s'agit tout aussi bien de « prendre les gens du début à la fin⁸⁹ » que de bien les connaître ainsi que le milieu dans lequel ils vivent. La question de la limite est cependant posée avec le risque de l'erreur. « On est conscients de nos limites » et « la difficulté du métier c'est de passer à côté de l'événement grave » (entretiens 3 et 4). La possibilité de l'erreur est vécu de façon particulièrement aiguë dans les îles du Ponant, du fait de la radicalité de l'éloignement : « on a encore moins qu'ailleurs le droit à l'erreur »⁹⁰

2) Interconnaissance et absence d'anonymat : Le médecin est connu de tous, mais cette connaissance ne se limite pas aux aspects professionnels car, dans ces espaces restreints, la vie quotidienne de chacun est exposée au regard de l'autre : « on est beaucoup plus en contact avec les gens »⁹¹. Même si cela n'est pas perçu comme pesant, surtout pour ceux qui sont originaires du

⁸⁸ confère "Meeting the needs of rural and remote Australians for specialist medical care : issues and options", in "Australian journal of rural health", par RW Pegram, JS Humphreys, R Mc Lean, 2005

⁸⁹Claire Boisbunon, op. cit. p. 132

⁹⁰Ibid.p. 109

⁹¹ Ibid. p. 131

canton⁹², cela a cependant des conséquences sur le temps libre : le temps des courses ou sorties dans la bourgade est systématiquement allongé par les rencontres. Pour autant, les médecins rencontrés font tous état du respect par les patients de leur temps de loisirs et les sollicitations en dehors du temps de travail ne sont pas jugées abusives, mais justifiées par la gravité de la situation. La proximité peut cependant aussi empêcher le praticien de couper psychologiquement avec son métier, d'où la nécessité ressentie d'avoir, pour le temps libre, un point d'ancrage secondaire plus éloigné (entretien 5) ou, pour les congés de « fuir » (entretien 3). Au-delà des aspects gratifiants de rapports humains chaleureux et plus personnels, l'absence d'anonymat implique de « savoir garder ses distances⁹³ » pour ne pas s'impliquer outre mesure dans les histoires locales et préserver la confiance de chacun. Le respect le plus strict du secret médical est jugé dans cet environnement encore plus indispensable. « Le secret médical prend ici tout son sens : tout entendre sans rien manifester. Contre vents et marées » (entretien 2).

3) Intégration et reconnaissance sociale : Connus de tous, « le médecin est considéré comme un élément de base » et l'intégration est d'autant plus facile que « le médecin est attendu comme le messie »⁹⁴. La population est attachée à son médecin et lui manifeste sa reconnaissance. « Je suis le roi, le chouchou de tout le monde. Tout le monde a envie d'être reconnu. Je suis utile, j'étais attendu⁹⁵ ». Dans un tel contexte, le médecin jouit donc d'une notoriété et fait partie des personnalités locales. Ceci peut être un tremplin pour des fonctions d'élus locaux. Nous avons également noté la reconnaissance du médecin comme « guide pour la santé⁹⁶ ». Si dans le cadre des entretiens il est cette fonction a été évoquée sous l'angle individuel, les travaux du docteur Jean Charles Vauthier⁹⁷ évoquent ce point comme une reconnaissance publique et collective. Sur 25 questionnaires répondus par des experts, 20 ont répondu à la question « Sous quelle forme le médecin de campagne pourrait-il être le conseiller permanent en matière de santé au niveau des collectivités locales ? ». 12 réponses consacrent une reconnaissance du médecin des communes rurales comme un citoyen expert en hygiène publique⁹⁸.

4) Un isolement professionnel et familial : Les médecins des îles évoquent une insularité plus dérangerante à titre personnel et familial qu'à titre professionnel⁹⁹. L'impossibilité d'échapper du lieu le soir après le travail et de ne pas pouvoir échanger sur les événements de la journée est perçue comme difficile. Ce sont surtout les manques en matière d'équipement, socio-culturel et éducatif, qui posent problèmes au plan familial. Ces problèmes sont moins marqués en zones rurales mais existent

⁹² entretiens 1, 4, 6 et 7

⁹³ Ibid. p. 59

⁹⁴ Ibid p. pp. 140-141

⁹⁵ Ibid. p. 142

⁹⁶ Ibid. p. 126

⁹⁷ Jean-Charles Vauthier, thèse de docteur en médecine : « l'exercice de la médecine générale en milieu rural en Lorraine : état des lieux, enquête sur les modalités actuelles et les perspectives futures, proposition pour le développement des maisons de santé en milieu rural », le 18 janvier 2006, Université Henri Poincaré, Nancy 1

⁹⁸ Jean-Charles Vauthier, op. cit. p. 136.

⁹⁹ C. Boisbunon, op. cit. p. 65

malgré tout, du fait de l'éloignement géographique des grands centres urbains. « Pour un concert : plus de 3h aller-retour, c'est impensable après une journée de travail chargée » (entretien 2). Notre perception est, à l'instar des entretiens îliens, que l'isolement est davantage ressenti comme un inconvénient indéniable par tous les généralistes « rapportés », contrairement aux généralistes « ancrés »¹⁰⁰. Cette remarque rejoint pour nous l'observation australienne¹⁰¹ sur la plus grande facilité d'adaptation au mode de vie des zones rurales isolées de médecins eux-mêmes originaires de tels espaces. Dans nos entretiens, les praticiens originaires du cru mettent davantage en avant leur amour de la nature, des loisirs sur place, sans ressentir le besoin de la ville.

1.2.15 Une vision de l'avenir difficile à préciser

Lors de nos entretiens, les médecins ont tous exprimé le sentiment que l'exercice tel qu'ils l'ont connu est d'une autre époque : « on est des dinosaures » (entretien 3). Le changement des modes de vie, la féminisation de la profession, semblent rendre inadaptées les conditions actuelles d'organisation de leur métier. Ils ont beau tous s'engager dans la formation des jeunes avec la volonté de transmettre en étant maîtres de stage, beaucoup doutent de la relève. Le fait même de vivre en zones rurales semblent particulièrement problématique : « ce sont les conjoints qui ont fait échec à la succession : manque de possibilités culturelles et distance à l'emploi pour les conjoints » (entretien 2). Ce sentiment est contrebalancé par l'idée que « ça peut virer » (entretien 4) ou qu'« il reste possible de trouver des personnes qui ont envie de s'engager » (entretien 2).

Les maisons de santé pluridisciplinaires sont à plusieurs reprises évoquées comme solution d'avenir. Il en est espéré :

- un dégagement de temps médical disponible par des transferts de compétences vers les infirmières, par exemple pour de l'éducation thérapeutique de proximité (entretiens 1) ou au-delà des pratiques déjà installées comme la surveillance hebdomadaire par les infirmières pour des patients malades chroniques isolés (entretien 6), voire la collaboration d'infirmières salariées en amont des consultations avec une dimension prévention (entretien 6),
- une augmentation des temps d'échanges et une amélioration de la prise en charge des patients grâce à de meilleurs ajustements entre professionnels (entretiens 5 et 6),
- plus de liberté pour les jeunes, du fait de l'implication des collectivités locales dans l'investissement immobilier (entretien 5)
- une sécurisation de l'exercice professionnel des jeunes par la présence des seniors (entretien 5),
- une plus grande souplesse de statuts et mode d'exercice : salariat, temps partiel (entretien 5)

¹⁰⁰ Ibid.

¹⁰¹ JA Henry, BJ Edwards, B Crotty in "Why do medical graduates choose rural careers ?", publié en février 2009, même si par ailleurs l'évaluation du programme des Rural clinical school montre que des étudiants non ruraux peuvent, au travers de ce cursus spécifique, faire ensuite le choix de carrières rurales : ", Diann Eley and Peter Baker, School of medicine, Queensland, in "Does recruitment lead to retention ? Rural Clinical School training experiences and subsequent intern choices », publié en février 2006.

Nous avons cependant noté très peu de remarques sur les implications managériales de telles structures (exception pour l'entretien 1, l'entretien 5 étant plus centré sur la problématique de gestion). De même les réflexions de santé publique sur la prévention sont très peu présentes. Enfin, nous avons pu noter une possible confusion entre présence proche de plusieurs professionnels de santé et un pôle de santé, montrant ainsi l'absence de notion du projet collectif de santé (entretien 7). De même la vision de la coopération semble essentiellement limitée aux collègues médecins eux-mêmes et aux infirmières. Les autres professions sont très peu évoquées et les médecins, à une exception près (entretien 3), ne sont pas les interlocuteurs des services des SSIAD ou autres services à domicile.

A notre grand étonnement, certains professionnels ont spontanément évoqué pour l'avenir le salariat soit par « création de structures type dispensaire » (entretien 2), salariat des caisses (entretien 4) ou dans le cadre de la maison de santé (entretien 5). Deux ont clairement évoqué une régulation de l'installation en médecine générale libérale par carte sanitaire (entretien 5) et des quotas d'installation (entretien 4).

1.2.2 L'offre globale infirmière est mal connue, inégalement répartie sur le territoire et la profession a du mal à dégager ses perspectives pour l'avenir

Nous nous appuyons pour cette partie sur l'étude¹⁰² menée par Emmanuèle Jeandet-Mengual et Jacques-Bertrand de Reboul, membres de l'IGAS en 2008 ainsi que des entretiens¹⁰³ que nous avons conduit avec 5 infirmières sur 4 cabinets de zones rurales fragiles (dont 3 en rural ouvrier) de la Manche et du Calvados. Un entretien avec un pharmacien de la Creuse, zone rurale agricole vieilli et peu dense, apporte un éclairage complémentaire sur les coopérations informelles.

1.2.21 L'offre globale infirmière est mal connue¹⁰⁴

L'offre de soins infirmiers des patients et personnes âgées dépendantes à domicile est assurée par les infirmiers libéraux, les centres de soins infirmiers (CSI) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Les infirmiers libéraux sont payés à l'acte et leur activité est bien connue par l'assurance maladie. Les SSIAD interviennent pour les personnes âgées de plus de 60 ans ainsi que les personnes en situation de handicap ou atteintes de maladies chroniques de moins de 60 ans. Financés par un forfait global, les SSIAD rémunèrent les infirmiers libéraux dans le cadre de leur budget global. A ce jour, la traçabilité des actes infirmiers effectués par les SSIAD est mal assurée. Les CSI sont des structures à but non lucratif, qui assurent des soins infirmiers au centre et à domicile par des infirmiers salariés. Toutefois, la tarification est à l'acte, comme pour les infirmières libérales. L'activité des 532 CSI du territoire pour plus de 5000 infirmiers est aujourd'hui mal connue car non suivie en tant que telle.

¹⁰² Emmanuèle Jeandet-Mengual et Jacques-Bertrand de Reboul, membres de l'IGAS, « Analyse et modalités de régulation de l'offre globale en soins infirmiers ». Note définitive, février 2008.

¹⁰³ La grille d'entretien et les résultats sont portés en annexe 3

¹⁰⁴ Emmanuèle Jeandet-Mengual et Jacques-Bertrand de Reboul, op. cit.

SSIAD

« Ce sont des structures de petite taille (en 2003, l'effectif moyen était de moins de 10 salariés) et de statut majoritairement associatif, mais de nombreux SSIAD sont adossés à une autre structure : établissement pour personnes âgées dépendantes, EHPAD, hôpital local notamment. Un infirmier coordonnateur organise la prise en charge des patients, qui est assurée par des aides soignantes salariées pour l'essentiel des soins de nursing et, pour les actes infirmiers techniques, soit par des infirmiers salariés soit par des infirmiers libéraux qui ont passé convention avec le SSIAD (seul un quart des SSIAD compte des infirmiers salariés en plus des infirmiers coordonnateurs). »¹⁰⁵

1.2.22 Cette offre est très inégalement répartie sur le territoire

Si les infirmiers peuvent intervenir auprès de l'ensemble de la population, il est à noter que près de 70% des actes infirmiers remboursés par le régime général concernent des patients de 70 ans et plus¹⁰⁶. De fait, l'étude DREES¹⁰⁷ déjà citée indique que la répartition spatiale des infirmiers est plus proche de celle des personnes de plus de 75 ans que de celle de l'ensemble de la population.

Les infirmiers libéraux présentent la distribution des professionnels de santé la plus inégalitaire entre les régions¹⁰⁸ : la variation de densité va de 1 à 5 par région et 1 à 7 par département. (L'écart est de 1 à 1,5 pour les médecins généralistes)¹⁰⁹. Les densités les plus élevées se situent en Bretagne et dans le sud de la France. La répartition de l'activité des infirmières entre les actes médicaux infirmiers (AMI), prescrits par un médecin et les actes infirmiers de soins (AIS) qui ne sont pas prescrits, constitue un indicateur fiable de la tension sur l'offre en soins infirmiers. La part des AIS en zone sous dotée comme les Champagne-Ardennes est de 6,7% alors qu'elle est de 67,1% en zone sur dotée comme PACA¹¹⁰. Il est à noter que le département de la Creuse, presque entièrement classé en zone rurale fragile est très fortement sous doté en infirmiers, ce qui n'est pas le cas au regard des médecins généralistes.

L'offre en SSIAD est, de par la nature des services offerts, à rapprocher de la population de plus de 75 ans. Là aussi, les inégalités d'équipements sont flagrantes.

Enfin, la répartition géographique des CSI est qualifiée par l'IGAS de « disparate »¹¹¹.

1.2.23 Une charge de travail importante, faiblement rémunérée

Les infirmières rencontrées travaillent toutes en cabinet à plusieurs et leur rythme de travail est réparti sur 3 à 5 semaines selon le nombre d'associées. Il se dégage cependant des entretiens que la charge de travail est importante du fait des horaires, tôt le matin (entre 6h et 7h45 pour les plus tardives) et tard le soir (20h voire 21h) et des week-end à assurer. Avec les congés des collègues ou les formations, il n'est pas rare d'enchaîner trois week-end d'affilée (entretien 4). Le secrétariat et la gestion sont à assurer en plus de la présence auprès des patients. Par ailleurs, les distances à parcourir en campagne ne permettent pas une bonne valorisation du temps de travail, sans compter l'évolution des indemnités kilométriques qui a du mal à

¹⁰⁵ Ibid. p. 7

¹⁰⁶ Ibid. p. 7

¹⁰⁷ Muriel Barlet et Clémentine Collin, DREES : « Localisation des professionnels de santé libéraux », 2010, op. cit. p. 40

¹⁰⁸ Ibid. p. 42

¹⁰⁹ Emmanuèle Jeandet-Mengual et Jacques-Bertrand de Reboul, op. cit. p. 5

¹¹⁰ Ibid. p. 17

suivre celle du prix des carburants. L'une d'entre elles indique clairement que, à 35 heures, elle ne gagnerait pas un SMIC (entretien 4)

1.2.24 Acceptée en contre partie de l'intérêt au travail

Les infirmières rencontrées mettent en avant la liberté ressentie dans leur exercice. Plusieurs ont choisi ce mode d'exercice pour se dégager de la pesanteur hiérarchique de l'hôpital. La qualité de la relation avec les patients constitue également un point fort de la motivation : « Je n'avais pas envie de faire du domicile en ville. Pour connaître les 2 styles de vie, je dirais que la patientèle est différente. Elle est plus reconnaissante, du fait de l'éloignement et qu'on va chez eux. Ce n'est pas forcément dit, c'est ressenti » (entretien 5). Elles évoquent également des relations plus chaleureuses, de proximité et de confiance. Le suivi dans le temps participe de l'intérêt du travail : « A l'hôpital je ne supportais pas le manque de suivi du patient : là on va jusqu'au bout et ensuite on a des nouvelles du patient » (entretien 4). Enfin, la capacité à choisir de ne pas faire de soins de nursing est pour 4 d'entre elles un point fort : les AIS effectués sont, sauf exception pour dépanner temporairement le SSIAD en surcharge, des préparations de médicaments ou des surveillances hebdomadaires. Nous avons ainsi découvert que les AIS en campagne recouvrent une réalité différente de celles de la ville. Ce ne sont pas des actes qui pourraient être transférés aux aide soignantes mais au contraire des actes qui permettent de dégager du temps médecin.

1.2.25 Des coordinations informelles mais bien réelles

Les infirmières rencontrées font toutes état d'une collaboration informelle mais réelle avec les médecins généralistes, allant jusqu'à des visites communes pour des situations particulières : « Avec les médecins : si problème ou souci, on les appelle, on discute. Si c'est une plaie, on se donne RDV chez le patient pour une visite commune. Pas avec tous les médecins, mais on arrive à discuter. Il y a possibilité de faire des suggestions sur la conduite à tenir » (entretien 2). La collaboration informelle et quotidienne est également évoquée avec le SSIAD et les services d'aide à domicile : «Le SSIAD : ça se passe bien, très simplement. Il y a le cahier de transmission. Par exemple s'il y a de l'insuline on leur demande de nous prévenir si elles voient quelque chose lors de la toilette. Oui, nous intervenons aussi dans le cadre du SSIAD » (entretien 2). En revanche, les choses semblent parfois plus compliquées avec le HAD qui soit peut demander des prises de relais lourdes avec un délai de prévenance très court (entretien 4), soit ne fait pas intervenir les infirmières de l'hôpital et demande parfois aux infirmières libérales des interventions là encore trop lourdes (entretien 2). Par ailleurs, nous avons pu obtenir le témoignage d'un pharmacien de la Creuse (rural agricole vieilli et peu dense) sur la nature et l'importance de la collaboration au quotidien entre les pharmaciens et les infirmières : « le système de collecte des analyses de laboratoire s'effectue par la pharmacie, ce qui induit des contacts bi quotidiens. De ce fait, il s'est établi une collaboration informelle sur les points suivants :
Pour les patients âgés et isolés :

¹¹¹ Ibid. p. 9, référence à un rapport IGAS de 2006 sur la situation financière des CSI

- Transmission des ordonnances et remise des médicaments, gestion du stock par l'infirmier au domicile
- Renouvellement de traitement pour maladies chroniques, en attendant la nouvelle prescription médicale lors de la prochaine visite du médecin
- Conseil à distance pour la bobologie

Concernant les plaies chroniques, ulcères, traumatismes, escarres, suivi post opératoire :

- Choix des pansements et matériels adaptés par les infirmières, mais difficulté à mettre en œuvre la prescription infirmière, du fait de l'absence de tiers payant
- Echanges techniques pour le choix des matériels de maintien à domicile, perfusion, chambres implantables, sondes urinaires, poches, ...

Si on ajoute les échanges téléphoniques avec les médecins concernant les effets secondaires des médicaments, les interactions médicamenteuses et des points de situation pour des patients ayant des difficultés particulières (alcoolisme, problèmes cognitifs, ..), on peut parler de réseau informel, bricolé et dicté par les contraintes quotidiennes ».

1.2.26 Une vision de l'avenir floue où pointe la crainte de la disparition de l'exercice libéral

Si toutes considèrent qu'il y a du travail pour l'avenir, elles ne sont pas toutes sûres qu'il y ait de la relève, même si elles s'accordent à dire que la dégradation des conditions de travail à l'hôpital rendent le libéral attractif : « Pour l'avenir, je crains qu'il y ait un manque d'infirmières en zones rurales. C'est trop loin de la ville, même si pour moi ce n'est pas si loin. Difficultés à trouver des remplaçants. La « chance », c'est que le travail à l'hôpital est devenu très dur et donc beaucoup pensent au libéral » (entretien 2). L'une d'entre elles imagine d'ailleurs des alternances entre le statut de salariée et libérale (entretien 1). Parmi les 5 infirmières contactées, une seule adhère à un projet de maison de santé, bientôt en phase opérationnelle : « Plus simple et facile pour rencontrer les médecins, discuter des ordonnances, du patient. En attente d'une rémunération au forfait pour effectuer des suivis en amont du médecin, de l'éducation thérapeutique. Ça peut nous intéresser, à notre âge, plutôt que de cavalier... Le salariat, ce n'est pas la maison médicale qui changera le statut ». Une autre (entretien 3) évoque aussi les maisons de santé de façon positive tandis que 2 craignent surtout une perte de liberté, que ce soit par la maison de santé (entretien 1) ou par le développement des réseaux et de la spécialisation de la pratique (entretien 5). Ces propos rejoignent pour partie les positions de la Fédération nationale infirmière qui craint que le développement des maisons de santé amène un assujettissement des infirmières aux médecins avec en corollaire la remise en cause du statut libéral.

Les zones rurales fragiles se caractérisent par un vieillissement accru de leur population et des difficultés sociales et économiques. Sans pouvoir caractériser de façon isolée les spécificités de ces territoires en matière de santé, il se dégage au travers des différentes études et approches, des besoins spécifiques liés au :

- Vieillesse avec un impact plus prononcé des pathologies dégénératives
- Indicateurs socioéconomiques dégradés
- Activités professionnelles agricoles ou environnementales
- Rapport à la santé plus axé sur le curatif et donc moins sensible à la prévention.

Le contexte d'isolement géographique, notamment en rural agricole vieilli et peu dense, aggrave les difficultés du dispositif d'offre de soins à répondre aux besoins.

De fait l'offre de soins de premier recours s'adapte spontanément par un exercice plus large des compétences des professionnels et des collaborations non formalisées mais réelles. Pour autant, il nous est apparu une difficulté à envisager l'avenir tant l'organisation actuelle, en quelque sorte bricolée, semble fragile dans sa capacité à se pérenniser. Nous avons noté également l'inadéquation de la nomenclature, notamment des actes infirmiers, et la difficulté pour les professionnels à se repérer parmi la multiplicité des acteurs. Il nous a été explicitement mentionné des incohérences de position entre les médecins conseil des différents régimes d'assurance maladie et le ras le bol de cette complexité administrative. Les professionnels de santé sont en attente d'accompagnement pour faire évoluer l'organisation de l'offre et de relations plus fluides avec les caisses et en prise avec la réalité de leur travail au quotidien. Par ailleurs, nous avons été particulièrement frappée par la rareté des réflexions de prévention et plus globalement de santé publique tant les professionnels semblent sur le terrain happés par le soin. La difficulté à envisager plus largement, donc au-delà des médecins entre eux ou de la collaboration médecin-infirmière, les collaborations entre professionnels de la santé ou du médico-social nous interpellent également. C'est donc sur les deux axes, organisation et formation, que nous proposons de faire porter notre réflexion concernant la prise en compte de ces spécificités.

2e partie

Deux priorités pour prendre en compte ces spécificités : l'organisation et le soutien de l'offre et la formation

La médecine générale en France est globalement confrontée à la question démographique, mais ceci est encore plus vrai pour certaines zones urbaines difficiles et les territoires éloignés des grands centres urbains. En France, cette question de la démographie médicale est résolument abordée sous l'angle incitatif, avec le refus de mesures coercitives, même si celles-ci resurgissent de façon récurrente dans le débat publique.

Démographie médicale, organisation de l'offre de soins et formation sont étroitement liées.

Après un tour d'horizon des principales mesures adoptées en France puis des opportunités offertes par la loi HPST, nous nous sommes attachée à explorer ces deux axes : l'organisation et le soutien de l'offre d'une part et la formation d'autre part, en tenant compte des spécificités de besoins et de la pratique sur ces territoires ruraux fragiles.

L'étude que nous avons pu mener en Australie, à partir de lectures et d'entretiens sur place avec l'appui de l'ambassade de France (annexe 7), et d'autres lectures sur l'organisation de l'offre au Québec alimentent cette réflexion. Nous nous sommes également appuyée sur le travail mené lors d'une journée de séminaire à la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA)¹¹².

II.1 EN FRANCE, DES MESURES QUI VISENT UNE MEILLEURE REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES MEDECINS

Si l'inégalité de répartition concerne la plupart des professions de santé, il s'avère que les mesures prises se concentrent sur les médecins. Ces mesures sont très diverses et peu évaluées. La multiplicité des acteurs et leur faible coordination présente un risque de concurrence entre les opérateurs dont les effets induits ne sont pas maîtrisés.

II.1.1 La multiplicité des mesures et des acteurs

II.1.11 Une grande diversité de mesures, très peu évaluées

L'étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) menée en 2005¹¹³ distingue les mesures nationales et régionales.

Au plan national, les deux grands acteurs sont l'Etat et l'Assurance maladie.

¹¹² sous le parrainage du Dr JL Deutscher, adjoint au médecin conseil national CCMSA, le groupe a réuni à la CCMSA le 11 avril 2011 : le Dr P Dubois, médecin conseil chef MSA côtes normandes, Mme MC Fillatre, chargée de mission ingénierie sociale MSA Sud Aquitaine, le Dr V Fouques-Duparc, médecin conseil MSA Haute Normandie, le Dr F. Frete, médecin conseil CCMSA, le Dr JJ Laplante, directeur de la santé en MSA Franche Comté, le Dr C Pougel, médecin conseil chef MSA Sud Aquitaine et moi-même pour l'animation des travaux. Le matin a été consacré au thème de l'organisation de l'offre et l'après midi à la formation.

¹¹³ Y Bourgueil, J Mousquès, A Tajahmadi, in « Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France », N° 1635, juin 2006

L'Etat intervient par des mesures réglementaires et législatives. Il s'agit de la réforme de l'organisation du 3^{ème} cycle des études médicales pour influencer sur le choix des stages et de mesures qui visent à valoriser spécifiquement des postes hospitaliers. Mais les dispositions les plus nombreuses concernent des mesures d'exonération de charges sociales et fiscales ainsi que la possibilité pour les collectivités locales d'attribuer des indemnités d'études et de logement pour des étudiants, sous condition d'une installation pendant 5 ans. Ces dispositions n'ont pas fait l'objet d'évaluation publique.

L'Assurance maladie intervient essentiellement dans le cadre conventionnel. Trois contrats de bonne pratique (CBP) visent à favoriser la rétention ou l'installation de médecins, surtout généralistes, exerçant dans des zones spécifiques : station de montagne, zone franche urbaine et zone rurale (cf. encadré). Il semble que moins de 10% des médecins éligibles adhèrent à ces contrats. L'avenant 20 à la convention de 2005 qui permet une majoration de 20 % des honoraires (C+ V) pour des généralistes en zones déficitaires exerçant en cabinet de groupe donne aujourd'hui des résultats décevants. L'apport « net » serait de 50 médecins en 4 ans, alors que le dispositif a coûté 17 millions d'euros par an¹¹⁴.

Les contrats de bonne pratique¹¹⁵

« Proposés par l'Assurance maladie, les contrats de bonne pratique, relatifs à l'exercice de la médecine générale en milieu rural ou en zone franche urbaine, prévoient une indemnité de remplacement de 300 euros par jour dans la limite de 10 jours par an en contrepartie d'un engagement de trois ans à l'exercice dans ces zones.

De plus, il est prévu en zone franche urbaine une prise en charge à hauteur de 240 euros par vacation d'une demi-journée, dans la limite de dix jours par an, consacrée à la prévention, l'éducation à la santé ou la coordination médico-sociale.

Enfin, d'une toute autre nature, le contrat de bonne pratique relatif à l'exercice en zone de montagne prévoit l'octroi d'une majoration de 2000 euros en contrepartie d'un engagement à l'exercice de trois ans dans cette zone. »

Au plan régional, la même étude IRDES recense 137 mesures très diverses. Les intervenants sont multiples : l'Assurance maladie, notamment au travers de fonds dédiés¹¹⁶, les régions mais aussi les conseils généraux et communautés de communes, voire les municipalités, sans compter les organisations professionnelles (URML¹¹⁷ notamment). Les mesures sont classées en trois groupes, selon la fréquence de citations (cf. encadré). Ces mesures, souvent non financières, portent principalement sur les conditions d'exercice, le recrutement, la formation et l'installation. L'étude relève que le faible nombre de mesures relatives au cadre de vie ou les conditions d'exercice, peut résulter d'un biais méthodologique lié aux modalités du recensement qui n'a pas impliqué directement les collectivités territoriales. Il apparaît que si toutes les mesures prévoient leur évaluation, cette dernière n'est jamais effectuée, au sens strict du terme (l'IRDES note l'existence de quelques indicateurs de processus ou de satisfaction).

¹¹⁴ Cyrille Dupuis « Début des négos conventionnelles, plan démographie », in le Quotidien du médecin, lundi 28 mars 2011

¹¹⁵ Y Bourgueil, J Mousquès, A. Marek, A Tajahmadi in « Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France », Bulletin d'information en économie de la santé, Questions d'économie de la santé, N° 122, mai 2007, P. 4.

¹¹⁶ Dotations régionales de développement des réseaux (DRDR) et fonds d'aides à la qualité des soins de ville (FAQSV), fusionnés depuis 2008 dans le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)

Trois groupes de mesures en fonction de leur fréquence de déclaration¹¹⁸

« Les mesures très souvent citées (plus de 25% des mesures) :

- les mesures non financières concernant les conditions d'exercice (46 mesures), au sein desquelles se dégagent plus particulièrement les mesures au soutien d'organisation innovantes (surtout sous la forme de maisons médicales pluridisciplinaires ou de dispositifs de permanence des soins) et les mesures de facilitation de l'accès aux technologies de l'information et de la communication (surtout les projets de télémédecine) ;
- Les mesures pendant la formation des professionnels de santé (34 mesures), au sein desquelles se dégagent plus particulièrement les mesures de sensibilisation aux disciplines et/ou environnements déficitaires (surtout sous la forme de terrains de stages particuliers, comme en hôpital local ou en zone rurale..., ou d'information et de promotion de pratique spécifique comme l'exercice de la médecine générale en zone rurale..., ou d'incitation à la formation dans les disciplines et/ou environnements déficitaires (surtout sous forme de bourses d'étude, sous condition de stage ou d'installation dans la région ou non).

Les mesures moyennement citées (entre 10% et 25%) :

- Les mesures avant la formation (22 mesures), qui consistent surtout en actions d'information et de promotion des métiers de la santé ;
- Les mesures pour l'installation (17 mesures), qui se répartissent équitablement en actions d'aide à la décision d'installation et/ou d'accompagnement à l'installation en médecine de ville ou de recrutement (ex : la création ou l'augmentation de postes à l'hôpital) ;
- Les mesures favorisant la qualification et la promotion professionnelle (15 mesures).

Les mesures peu ou pas citées (moins de 5%) :

- Les mesures influant sur le cadre de vie (3 mesures) ;
- Les mesures financières pour l'exercice et les autres mesures ne font pas l'objet d'aucune déclaration. »

II.1.12 Sur le terrain, l'assurance maladie peine à retrouver ses marques

En dehors des actions conventionnelles nationales, l'Assurance maladie s'est impliquée au plan régional et au plan local dans des actions de soutien à la démographie médicale en zones déficitaires ou fragiles. La création des ARS, avec notamment l'absorption des Unions régionales d'assurance maladie (URCAM), modifie la donne sans que pour l'heure le rôle de chacun soit clarifié.

Dans le cadre des URCAM, l'assurance maladie a mis au point des outils d'aide à la décision accessibles par internet, pour l'installation des professionnels de santé, notamment [cartos@nte](#) et [instals@nté](#). La possibilité de rendez vous pour étude personnalisée était offerte par les caisses primaires. Les sites internet des ARS reprennent progressivement ceux des URCAM mais les données ne sont pas toutes à jour, notamment sur les possibilités de contact au plan local. L'implication des CPAM pour ces contacts de terrain et accompagnement personnalisé apparaît disparate.

Mais c'est surtout sur le soutien des formes d'organisation de soins innovantes que l'Assurance maladie peine à redéfinir sa place. En effet, les URCAM, relayées par les caisses primaires et les MSA, avaient

¹¹⁷ URML : Unions régionales des médecins libéraux, instances appelées à disparaître avec les Unions régionales des professions de santé instaurées par la loi HPST.

impulsé la mise en place de dispositifs locaux d'accompagnement des professionnels de santé pour des organisations innovantes. Il s'agissait d'accompagner l'ingénierie des projets et notamment de mobiliser les partenariats et soutenir l'élaboration des projets de santé. Aujourd'hui, les positions pour l'Assurance maladie sont d'autant plus difficiles à prendre que la visibilité sur ce qui demeure de la mission de service public et ce qui peut relever du marché avec des prestations de services externes, est incertaine. Pour le régime agricole, la question est d'autant plus forte que les missions et les financements associés des médecins conseil, semblent se resserrer sur le contrôle et une activité de gestion du risque pour limiter les dépenses de santé, à l'instar du régime général. Dans un contexte d'incertitude forte sur la pérennité des financements pour les actions innovantes, l'engagement de l'Assurance maladie sur le terrain est remis en question. Pour l'heure, les positionnements varient selon les organismes, les régions, souvent selon les sensibilités des personnes directement impliquées.

II.1.2 Les limites des mesures les plus mobilisées

La France mobilise essentiellement deux types de mesures : l'augmentation du *numerus clausus* pour saturer l'offre et des incitations financières pour orienter les choix de stage et d'installation. Si les évaluations françaises manquent, il s'avère au plan international que ces mesures sont de faible portée.

II.1.21 Les mesures financières sont peu opérantes¹¹⁹

Couramment utilisées dans les pays confrontés à la question de la répartition des professionnels de santé, les mesures financières apparaissent au final de faible efficacité.

Les bourses d'étude ou les prêts sont pratiqués en France soit par les collectivités locales, soit maintenant dans le cadre du contrat d'engagement de service public (CESP). La littérature internationale indique que la contrepartie d'installation dans une zone déficitaire pour une période déterminée à l'avance - souvent de 4 à 6 ans - a de fait un impact à court terme. Il s'avère d'une part que les possibilités de rachat pour se soustraire à cette obligation sont plus souvent utilisées que prévu et d'autre part que l'obligation étant limitée dans le temps, elle n'entraîne pas obligatoirement le maintien des professionnels sur place.

Les incitations financières à l'installation ou au maintien sont celles qui ont été les plus mises en œuvre. Elles sont aujourd'hui mises en cause par les effets d'aubaine toujours possible, et par exemple observés en France avec l'avenant 20, et de possibles effets pervers en matière de productivité¹²⁰.

¹¹⁸ Rapport IRDES, N° 1635, op. cit., p. 42

¹¹⁹ Eléments issus du bulletin d'information en économie de la santé, Y Bourgueil, J Mousquès, A Tajahmadi, « Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature », Questions d'économie de la santé, N° 116, décembre 2006

¹²⁰ Observés au Royaume-Uni entre 1990 et 2004, Questions d'économie de la santé, N° 116, op. cit., p. 4

II.1.22 L'augmentation du numerus clausus est de faible efficacité

Depuis 1997 la France a fortement relevé le nombre d'étudiants admis en deuxième année de médecine : de 3583 en 1997 le chiffre s'élève à 7400 en 2010. Cette augmentation est modulée selon les régions afin de rééquilibrer au plan régional le nombre de médecins formés. Pour autant, les expériences étrangères montrent que la saturation de l'offre dans les zones à forte densité et la concurrence qui en découle, ne décourage pas les médecins de continuer à s'y établir.

La littérature internationale montre que les mesures aux résultats les plus favorables portent sur une réforme de la formation initiale. Ces réformes comportent notamment un ciblage des étudiants les plus susceptibles de s'installer en zones déficitaires et une adaptation des contenus de formation au contexte particulier de ces zones¹²¹. Elle indique également l'intérêt des mesures qui prennent en compte l'aménagement du cadre de vie, dimension influente sur le choix d'installation¹²²

II.2 LA LOI HOPITAL PATIENTS SANTE ET TERRITOIRE (HPST) PRESENTE UN CADRE FAVORABLE AU DEVELOPPEMENT D'UNE OFFRE MIEUX ADAPTEE AUX BESOINS

La loi HPST affirme la volonté d'organiser l'accès à des soins de qualité pour tous et sur tous les territoires. Elle donne un cadre aux expérimentations comme les maisons de santé, les pôles de santé et les coopérations entre professionnels de santé. Pour autant des limites se font déjà sentir, qui invitent à aller plus avant ou explorer de nouvelles pistes.

II.2.1 La volonté d'un management territorial de l'offre de soins

La création des Agences régionales de santé (ARS) par la loi HPST offre pour la première fois au plan régional l'opportunité d'un pilotage global du système de santé à l'échelle des régions : les ARS disposent des compétences sur tout le champ de la santé que ce soit l'hôpital, la médecine ambulatoire, la prévention et le médico-social. La loi pose ainsi la perspective d'une cohérence d'ensemble.

Le projet régional de santé (PRS) constitue la pierre d'angle du pilotage régional de la santé : il décline au plan régional les objectifs de la politique nationale de santé, dans le respect des lois de finances et des lois de financement de la sécurité sociale. Les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) s'inscrivent dans le PRS. Pour la première fois, les SROS vont développer un volet ambulatoire. Certes, alors que les SROS hospitaliers et médico-sociaux sont opposables, les SROS ambulatoires n'ont pour l'heure qu'un caractère indicatif¹²³ mais il s'agit cependant d'une avancée significative dans la démarche de planification. Celle-ci va de pair avec la définition de territoires de santé à l'échelle desquels va être mise en œuvre la politique régionale : « l'Agence Régionale de Santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de

¹²¹ IRDES, N°116, p.5, op. cit.

¹²² IRDES, N° 122, p.6, op.cit.

¹²³ Les premières dispositions de la loi sont d'ailleurs déjà très disputées : l'obligation de déclarer les périodes de congé pour les médecins libéraux a été levée et de même la mise en place des contrats de solidarité pour les zones déficitaires est contestée.

soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours » (art. L. 1434-16 du Code de la Santé publique).¹²⁴ Les ARS ont également la possibilité de conclure des contrats locaux de santé avec les collectivités locales ou leur regroupement pour la mise en œuvre du PRS sur des zones infra territoires de santé.

Enfin les ARS disposent des capacités à développer et suivre la mise en œuvre d'expérimentations. Elles valident les projets de santé des maisons de santé, des pôles de santé libéraux ambulatoires ou autres sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires. Ces projets de santé doivent être cohérents avec le PRS et conformes au SROS ambulatoires et ils deviennent le critère déterminant qui permet de distinguer ces organisations des simples regroupements de moyens. Les ARS autorisent et suivent la mise en œuvre de protocoles de coopérations interdisciplinaires et elles gèrent les expérimentations des nouveaux modes de rémunération (cf. annexe 4).

Ainsi, les ARS disposent aujourd'hui de moyens conséquents pour dessiner une nouvelle configuration de l'offre de soins de premier recours.

Les Maisons de santé

Article L. 6323-3 modifié par la loi HPST : « Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Elles sont constituées entre des professionnels de santé (professionnels médicaux et auxiliaires médicaux). Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux. La loi précise également que les professionnels de santé qui exercent dans une maison de santé élaborent un projet de santé. Ce projet doit témoigner d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale. Tout membre de la maison de santé doit adhérer à ce projet de santé qui est transmis pour information à l'ARS.

Les pôles de santé

Article 40 de la loi créant l'article L. 6323-4 du Code de la santé publique : Sont reconnus par la loi désormais les « pôles de santé » qui « assurent des activités de soins de premier recours (...), le cas échéant de second recours (...), et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire (...) ». Ces organisations fonctionnelles (indépendamment de tout regroupement physique) peuvent être constitués entre des professionnels de santé mais également « des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico sociale ».

¹²⁴ M Aïsseni-Delaunay, V Desquesne, ARS Basse Normandie, P Despres, ORS Basse Normandie et E Navallou, INSEE, in « Construction des territoires de santé en Basse Normandie », Cent pour cent Basse Normandie, N° 210, décembre 2010, publication INSEE Basse Normandie.

II.2.2 Des expérimentations nombreuses et diversifiées

Loin de dresser ici le panorama exhaustif de toutes les expérimentations menées, nous avons choisi de présenter trois types d'actions emblématiques des évolutions à l'œuvre dans le champ de l'organisation de l'offre de soins :

- Une Maison de santé pluridisciplinaire adossée à un hôpital local (Mouthe)
- Une coopération entre médecins généralistes libéraux et infirmières, notamment en zones rurales (ASALEE)
- Une association régionale de mise en œuvre de l'éducation thérapeutique ambulatoire, notamment en zones rurales (Couleur santé ETP)

II.2.21 Mouthe, une maison de santé pluridisciplinaire (MSP) adossée à l'hôpital local¹²⁵

Mouthe est le chef lieu d'un canton rural de moyenne montagne, le Jura, au climat rigoureux. Le vieillissement de la population rurale coexiste avec une installation importante de familles liée au développement du travail transfrontalier en Suisse. Nous resituons cette expérience de Mouthe dans le cadre du questionnaire porté par l'association des généralistes des hôpitaux locaux (AGHL) sur la coopération entre hôpital local et MSP et une mise en perspective avec l'expérience australienne. Il est également à noter que la démarche de collaboration est soutenue par la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS).

En 2005, la décision de reconstruire un hôpital local neuf à Mouthe a suscité une réflexion sur l'opportunité d'y adosser une MSP. Le projet a dû dépasser les réticences de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) à financer une structure pour des professionnels libéraux.

Le nouvel hôpital a ouvert progressivement tous ses services au premier semestre 2009 :

- 6 lits de médecine,
- 7 lits de Soins de suite et réadaptation (SSR)
- 54 lits d'Etablissement pour l'hébergement de personnes âgées dépendantes (EPHAD), avec regret de ne pas avoir de lits en Unités de soins de longue durée (USLD)
- 3 lits hébergement temporaire
- 3 places accueil de jour

La maison de santé a ouvert ses portes le 1er septembre 2009 :

- 3 médecins généralistes dont 1 ayant une capacité gériatrique
- 1 kinésithérapeute libéral, finalement installé en face de la MSP, mais collaborant au projet
- 1 orthophoniste libéral à mi-temps libéral
- 1 diététicienne libérale, 2 jours par mois
- 1 sage-femme ½ journée par semaine
- 1 pédicure podologue à compter du 1/10/10
- centre de soins infirmiers
- SSIAD/ADMR (Aide à domicile en milieu rural) qui partagent le même local

¹²⁵ Témoignage présenté lors des assises de l'AGHL des 24 et 25 septembre 2010 à Alise Sainte Reine.

- PMI ½ journée par semaine
- Médecin du travail par vacations
- Ostéopathe 3 jours par semaine.

Le projet de santé de la MSP porte sur 3 axes :

1. Améliorer la prise en charge des patients sur son territoire rural, isolé de moyenne montagne
2. Optimiser une filière gériatrique autour de l'hôpital local de Mouthe, intégrée sur le territoire de santé de Pontarlier et ainsi améliorer les relations ville-hôpital
3. Regrouper les professionnels de santé pour améliorer leurs pratiques et faciliter leur maintien et de nouvelles installations.

Un an après l'ouverture de la MSP, il se dégage les avantages suivants :

Pour les collectivités locales : l'assurance d'une prise en charge des soins de premier recours et de pérennité des professionnels de santé sur leur territoire : la MSP et l'hôpital local associé forment une entité puissante, incontournable, vecteur de regroupement de professionnels et de cohérence des projets ; une filière gériatrique organisée et de proximité.

Pour les professionnels : un financement de la structure assuré avec des loyers attractifs ; la possibilité de travail à temps très partiel par le partage des locaux ; une mutualisation de moyens (salle de réunion, studio pour stagiaire ou remplaçant, maintenance,...) et de compétences (appui administratif, appui des équipes mobiles qui interviennent à l'hôpital), une nouvelle dynamique, par exemple l'entrée des médecins dans une démarche qualité.

Pour l'hôpital local : Une coordination ville-hôpital optimisée, avec en particulier la filière gériatrique ; une amélioration de l'attractivité et du dynamisme de l'hôpital pour les patients, les résidents, les personnels et les professionnels. Le projet a permis l'appui de professionnels dont l'hôpital ne pourrait pas forcément disposer, par exemple l'orthophoniste ou une continuité de prise en charge par un appui ponctuel en certaines circonstances (prise en charge par le Kiné libéral lors d'un arrêt maladie brutal du kiné de l'établissement).

Les difficultés sont liées :

- à la complexité juridique des différents statuts et métiers : il faut pouvoir trouver la structure juridique et l'organisation adaptée,
- aux incompatibilités informatiques entre l'hôpital et le libéral
- à une différenciation des 2 structures, MSP et hôpital local, sans doute insuffisante pour les patients, confrontés à des modes de fonctionnement différents qu'ils ont du mal à comprendre.

Ce témoignage est rejoint par les résultats du questionnaire sur la collaboration entre hôpital local et MSP lancé en 2010 par l'AGHL, avec le concours de Mme Lise-Marie Deschamps dans le cadre de sa thèse de médecine générale. 67 hôpitaux locaux ont répondu. Il est à noter que les hôpitaux locaux

situés en zone de revitalisation rurale ont plus tendance à avoir un projet en cours de collaboration avec une MSP (57 % contre 44%). 8 collaborations sont effectives et 25 sont à l'état de projet. Pour les 8 hôpitaux locaux où cette collaboration est effective, les éléments les plus positifs sont :

- L'amélioration des relations avec les professionnels de la MSP
- La permanence des soins mieux assurée
- L'attractivité pour de nouveaux professionnels de santé
- Une meilleure coordination des entrées et sorties d'hôpital
- Un meilleur suivi des patients à l'intérieur de l'hôpital
- Une meilleure motivation des professionnels libéraux

Du point de vue des hôpitaux, les difficultés rencontrées pour la mise en œuvre du projet sont essentiellement financières du fait de la mixité du projet, hôpital - médecine libérale ambulatoire et de temps nécessaire vu la complexité des dossiers administratifs.

Pour la mise en place des projets de santé de territoire, l'AGHL a élaboré un document de « constats et propositions de l'AGHL aux ARS¹²⁶ ». Sur 13 propositions, 6 concernent la médecine générale :

- L'hôpital local a vocation à promouvoir l'exercice de la médecine générale et doit être aidé pour assumer cette fonction
- L'exercice des professionnels de santé de ville doit être encouragé dans l'hôpital local
- L'hôpital local doit contribuer à garantir une offre de soins adaptée à son territoire, y compris en facilitant l'exercice des professionnels de ville et notamment les médecins généralistes.
- L'hôpital local peut contribuer à l'organisation de la permanence de soins dans son territoire de 1^{er} recours.
- L'hôpital local doit être soutenu pour devenir un lieu reconnu de formation envers : les futurs médecins généralistes, [...]
- La participation de médecins généralistes intervenant dans les hôpitaux locaux aux instances de l'ARS est essentielle.

En Australie, il ressort des études effectuées sur les difficultés à maintenir les compétences avancées nécessaires aux médecins généralistes ruraux que la possibilité de collaboration avec un hôpital local ou de proximité est importante : la collaboration du médecin avec l'hôpital local est identifiée comme un des éléments permettant le maintien de la compétence et de la motivation¹²⁷.

¹²⁶ Site de l'AGHL, février 2010

¹²⁷ RW Pegram, JS Humphrey, R Mc Lean in « Meeting the needs of rural and remote australians for spécialist medical care : issues and options », in « Australian Journal of rural health », 2005, p. 3 et RM Glazebrook, SL Harrison in "obstacles to maintenance of advanced procedural skills for rural and remote medical practioners in Australia", in the "international electronic journal of rural and remote health research, education, practice and policy, 2006, p. 7

II.2.22 ASALEE, une coopération entre médecins généralistes libéraux et infirmières

Action de santé libérale en équipe – ASALEE – est depuis 2004 la seule expérimentation française de transfert de tâches entre professionnels de santé portant sur les soins de premier recours. Cette expérience a démarré dans les Deux-Sèvres avec 41 médecins généralistes, répartis sur plusieurs cabinets et regroupés en association. Celle-ci emploie 8 infirmières déléguées à la santé publique, titulaires de nouvelles missions pour améliorer la qualité des soins :

- Consultation d'éducation thérapeutique pour le diabète et l'hypertension artérielle,
- Dépistage des troubles cognitifs après 75 ans et des facteurs de risques cardio-vasculaires,
- Accès aux dossiers informatisés des généralistes pour inscrire les comptes rendus des consultations infirmières, des données biologiques et déposer des alertes à l'attention du médecin,
- Recherche dans les dossiers pour le suivi des dépistages organisés des cancers et la bonne mise en œuvre des bilans biologiques

Chaque infirmière intervient dans 2 ou 3 cabinets médicaux. La collaboration médecins/infirmières est définie selon des protocoles précis conformes aux recommandations de la Haute autorité de santé (HAS).

Une évaluation médico-économique centrée sur les patients atteints de diabète de type 2 a été réalisée en 2008 par l'IRDES¹²⁸. Celle-ci conclut à l'efficacité et l'efficience du dispositif : il est observé une bonne évolution de l'équilibre glycémique ainsi que du taux de réalisation des examens préconisés dans les recommandations HAS. L'ensemble est mis en œuvre sans surcoût global.

Une infirmière participante¹²⁹ depuis l'origine à l'expérimentation fait état de la satisfaction des patients qui adhèrent à la démarche (certains patients refusent). Elle évoque aussi la nécessité pour les infirmières de rappeler de temps à autres aux médecins de leur envoyer des patients : les habitudes de travail n'évoluent pas spontanément.

A ce jour l'expérimentation s'étend sur 4 régions – Poitou-Charentes, Rhône Alpes, Lorraine et Bourgogne – avec une vingtaine d'infirmières salariées. Si nous avons au cours de nos entretiens entendus des références spontanées de médecins (entretiens 1 et 6) à ce type d'organisation, les choses semblent beaucoup plus nuancées du côté des infirmières. Les infirmières rencontrées défendent leur statut libéral et force est de constater que l'expression publique des organisations professionnelles va également dans ce sens. A propos de ASALEE : « l'ONSIL et CI se sont ralliées à la position de la FNI qui s'est opposée à la généralisation de cette expérimentation sur tout le territoire et a obtenu l'arrêt de son financement par le FAQSV¹³⁰ ».

¹²⁸ Y. Bourgueil, P. Le Fur, J. Mousquès, E. Yilmaz, in « la coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2. Evaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE. IRDES. Décembre 2008

¹²⁹ M-H Bréchoire, in Actusoins, newsletter du 13/10/ 2010

¹³⁰ communiqué de presse de l'Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux (ONSIL), Toulouse, le 13 janvier 2011, dans le cadre de la campagne aux élections des Unions régionales des professionnels de santé (URPS)

Pour notre part, nous pensons qu'il s'agit bien là de nouvelles missions, différentes de celles exercées par les infirmières libérales à domicile. Il n'y a donc pas fondamentalement de remise en cause de l'option d'exercice en libéral mais plutôt offre d'une nouvelle possibilité dans l'exercice du métier. Cela nous renvoie aux résistances d'origine lors de la mise en place des SSIAD, accusés de prendre le travail des infirmières. Nos visites de terrain sur des zones où il n'y a pas de sureffectif infirmier montrent que la compréhension des complémentarités s'établit et la coopération s'installe. Les expériences de type ASALEE ont le mérite de pouvoir s'adapter tant au milieu urbain que rural. En zones rurales, il peut s'agir d'une vraie opportunité pour assurer un meilleur suivi des malades chroniques et de la prévention, dans un contexte où les médecins sont dans l'incapacité de dégager le temps nécessaire.

II.2.23 Couleur santé, une association régionale de mise en œuvre de l'éducation thérapeutique ambulatoire

Couleur santé éducation thérapeutique est une association régionale bas normande créée à l'initiative de la MSA¹³¹ en novembre 2007 pour développer l'éducation thérapeutique (ETP) ambulatoire, notamment en zones rurales et notamment pour les maladies cardiovasculaires. L'association a évolué en 2009 avec une présence majoritaire des professionnels de santé au conseil d'administration. Les associations de patients sont également membres du conseil. Un conseil scientifique a été mis en place dès l'origine pour l'évaluation du programme pédagogique et de la plus value pour les patients. Il émet également des propositions d'adaptation des outils.

Le programme, conçu par l'Institut de perfectionnement en communication et éducation médicale (IPCEM) et la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA), vise les patients atteints de maladies cardiovasculaires ou présentant des facteurs de risques. Les ateliers sont proposés aux patients de tous les régimes sociaux par les médecins généralistes. Ceux-ci perçoivent une rémunération pour la réalisation de l'aide au diagnostic et l'orientation du patient vers un atelier.

Les ateliers de 3 séances sont proposés à proximité du domicile du patient. Ils se déroulent soit en journée, soit en soirée, voire le samedi pour faciliter l'accès aux personnes en activité. Pour l'année 2010, chaque atelier comprend en moyenne 6,21 patients.

Les éducateurs sont tous des professionnels de santé, pour la plupart infirmiers, formés à la méthode sous le contrôle de Couleur santé. 53 éducateurs actifs ont été formés depuis 2008, dont 14 libéraux. Couleur santé organise l'accès régional à l'ETP cardiovasculaire ambulatoire par le biais de conventions de partenariat avec les établissements, les réseaux de santé, les maisons de santé, ou en qualité d'effecteur direct dans les zones blanches.

En zone blanche, Couleur santé assure le lien direct entre le patient, le médecin généraliste et le formateur. Par exemple, couleur santé informe le médecin de l'inscription et des dates de l'atelier du

¹³¹ Les MSA côtes normandes et Mayenne-Orne-Sarthe sont à l'initiative de sa création. Le régime social des indépendants, RSI, a dès l'origine été associé au conseil d'administration.

patient et lui adresse le bilan de fin d'atelier. L'association est aussi amenée à salarier directement des animateurs pour intervenir en zones blanches.

Des réunions grands publics avec invitation par les médecins conseils de la MSA et du RSI ont permis en 2010 de sensibiliser 417 patients au cours de 11 réunions. En 2011, les médecins conseil du régime général devraient participer au dispositif d'invitations.

La montée en charge de l'activité est progressive et l'association n'a pas encore atteint le point d'équilibre économique qui se situe à 1000 patients dans l'année. En 2010, 70 ateliers ont été mis en œuvre pour une prise en charge de 432 personnes. La carte des prescriptions par canton (annexe 5) montre l'importance de l'implication de médecins généralistes, par exemple le canton de Quettehou en Nord Manche, et de la collaboration avec les hôpitaux locaux, comme Falaise. Là où des personnes s'impliquent sur le terrain, la culture de l'éducation thérapeutique fait son chemin : en 2010, 113 aides au diagnostic sur le canton de Falaise et 162 sur celui de Quettehou, à comparer avec 26 sur Caen. A noter par ailleurs la volonté d'adapter l'animation des séances aux différents publics : en 2010, 3 ateliers se sont déroulés en Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT) et l'adaptation du contenu pour les populations d'origine étrangère du bassin de Flers en actuellement en projet. L'objectif de Couleur de santé de permettre un accès permanent à l'ETP dans le parcours de soins, et cela quel que soit le lieu de vie, est réalisable.

II. 2.3 Les limites actuelles

II.2.31 La tension sur la construction des territoires de santé

Le choix du type de territoire est en lien avec l'objectif poursuivi¹³² : la définition des territoires d'observation et des territoires d'action n'obéit pas aux mêmes logiques. A l'intérieur même des territoires d'action, la logique d'élaboration diffère selon qu'il s'agisse d'élaborer une politique ou de la mettre en œuvre. Or, les ARS doivent définir des territoires de santé aux vocations plurielles puisqu'il s'agit tout aussi bien de l'organisation de l'offre de santé que de l'organisation de la démocratie locale, la mise en œuvre d'actions mais aussi l'observation et l'évaluation. La conciliation des 8 critères nationaux¹³³ qui devaient être pris en compte pour cette démarche de construction des territoires de santé a conduit nombre d'agences à retenir le département comme territoire de santé, privilégiant ainsi la logique administrative. Les documents relatifs à la construction de ces territoires montrent les difficultés d'arbitrer sur les critères et finalement la prépondérance de la logique administrative. Il est bien envisagé l'existence de territoires de projet à l'échelle des territoires de vie ou de proximité, mais dans une logique d'emboîtement dans les territoires de référence légale. Il nous est apparu dans le

¹³²D. Polton, H Mauss in « Territoires et accès aux soins », Rapport du groupe de travail, La Documentation française. Janvier 2003

¹³³ Les huit critères sont : « compétence globale ; espace de débat public ; pratiques spatiales de la population ; distances d'accès ; organisation des espaces de proximité ; intégration de l'offre de services ; cohérence avec les autres politiques publiques ; capacité d'animation des ARS » in « Construction des territoires de santé en Basse Normandie, Cent pour cent INSEE, M Aïssani-Delaunay et V Desquesne ARS, P Després ORS, E Navallou INSEE, décembre 2010

débat sur ce thème lors des assises de l'AGHL¹³⁴ qu'il y avait tension entre la démarche de l'agence, top-down, et les réalités de terrain qui font ressortir des territoires de premier recours par exemple qui s'affranchissent des frontières départementales.

II.2.32 La difficulté voire l'impossibilité à faire émerger des projets de santé sur tous les territoires de proximité

Le territoire de proximité est celui où s'organisent les soins de premier recours. Outre la difficulté à emboîter le territoire de proximité dans le territoire de santé défini par l'ARS, il s'avère que l'élaboration des projets de santé à cette échelle relève d'une démarche ascendante qui s'appuie sur l'initiative des acteurs locaux. Sur ce point, il semble difficile d'envisager un maillage systématique des projets de santé territoriaux, même si, à l'instar de la Basse Normandie¹³⁵, les ARS prévoient une déclinaison à l'échelle des micro-pays. Le risque est de voir les territoires les plus fragiles s'exclure eux-mêmes de la démarche. Ce point est évoqué dans le rapport déjà cité sur la pauvreté en milieu rural et nous avons nous mêmes pu observer par exemple l'absence de projet sur une zone comme Gavray-Cérences (Basse-Normandie) où les professionnels de santé sont pourtant âgés et sans certitude de remplacement. Or « l'expérience montre qu'il est très difficile de restructurer une offre de soins qui a complètement disparu d'un territoire, dans un système de médecine libérale et de liberté d'installation¹³⁶ ». Les cartes des projets de maisons de santé ou de pôles de santé libéraux laissent présager de territoires où demain l'offre sera en péril. L'entretien avec la présidente¹³⁷ de la Commission régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) de Basse Normandie nous a confirmé le fait que, au-delà des zones jugées prioritaires et qui seront donc aidées pour un projet de maison ou pôle de santé, la fragilité de la démographie des professionnels de santé est beaucoup plus étendue.

II.2.33 Le poids de la pression budgétaire

Alors que la DGOS¹³⁸ reconnaît que 30% des hôpitaux locaux sont situés dans des zones géographiques particulières et relèvent donc d'une dimension aménagement du territoire, elle maintient des niveaux de seuil critique pour les SSR et USLD. Or ceux-ci sont contestés par les acteurs locaux. Il s'agit tout à la fois de maintenir un maillage territorial de l'offre de soins de premier recours, mais aussi d'assurer la graduation du niveau de prise en charge selon les besoins. A l'heure des restrictions budgétaires, il est à craindre que les structures de proximité, moins puissantes dans

¹³⁴ Assises AGHL des 24 et 25 septembre 2010, Alise Sainte Reine, intervention de Mme F Meynard, directrice de la Santé Publique, ARS Bourgogne

¹³⁵ entretien du 1^{er} avril 2011 avec Mme MC Quesnel, présidente de la CRSA de Basse Normandie, élue au titre de personne qualifiée, présidente de la MSA côtes normandes

¹³⁶ C Pougel, médecin conseil MSA Sud aquitaine, in « les entretiens individuels avec les médecins généralistes : un préalable indispensable à la décision d'accompagner des projets de Maisons de santé rurales », mémoire pour l'inscription sur la liste d'aptitude de médecin conseil chef de la Mutualité sociale agricole, octobre 2010.

¹³⁷ Cité supra

¹³⁸ Intervention de Annie Podeur, DGOS, aux assises de l'AGHL le 2^e septembre 2010

leur lobbying que des services hospitaliers en vue, fassent les frais des arbitrages financiers, sans réelle prise en compte du critère d'efficience.

En tous les cas, les acteurs de terrain vivent difficilement les remises en cause de la pérennité de financement lorsque les engagements de ces expérimentations sont tenus. Ces décisions, vécues sur le terrain comme brutales, sont de nature à alimenter la réticence des professionnels à s'engager dans des expérimentations qui nécessitent de leur part un investissement personnel fort.

II.3 DE NOUVELLES PERSPECTIVES A DEGAGER POUR ORGANISER ET SOUTENIR L'OFFRE

Alors que la France concentre ses projets d'organisation de l'offre de soins de premier recours sur les maisons ou pôles de santé, nous nous sommes interrogée sur la possibilité d'autres voies, complémentaires. En effet, il nous apparaît d'ores et déjà dans les projets recensés que l'ensemble du territoire ne sera pas couvert par ces structures. En certaines zones, la désertification des services ne sera-t-elle pas déjà trop avancée ? Les expériences australiennes et québécoises montrent qu'il n'y a pas un modèle unique mais des solutions adaptées à la différenciation des territoires. La réflexion menée lors du séminaire CCMSA vient compléter cette prospective.

[II.3.1 En Australie, une typologie de l'organisation de l'offre selon les zones et densité de population](#)

Une revue de lecture systématique des publications de 1993 à 2006¹³⁹ sur les modèles innovants d'organisation des soins de santé primaires en zones rurales et isolées australiennes dégage des modèles différenciés selon les zones et les densités de population. L'accroissement de l'isolement et la diminution en densité de population amène à rechercher des services plus intégrés et globaux qui permettent des économies d'échelle.

Les options de services en zones rurales et isolées

5 grands types de services se dégagent : services mis à disposition (discrete services), services intégrés, services de santé primaire globaux, services intermittents, services à distance.

- **Les services mis à disposition (discrete services)**

Dans des localités d'importance suffisante mais qui connaissent des difficultés pour recruter et fidéliser des professionnels de santé, il a été expérimenté la mise à disposition auprès des médecins généralistes, de locaux équipés, conformes aux standards d'accréditation qualité. L'objectif est d'attirer des médecins en les dégageant des soucis d'investissement, mais aussi de faciliter la continuité du service pour les patients lorsqu'un médecin quitte la localité. Les infrastructures peuvent appartenir à la municipalité, une université ou une autre structure à but non lucratif. Dans ces modèles, les médecins sont salariés, au moins pour une part. Afin de garantir un niveau de revenu suffisant, les rémunérations sont combinées de fixe salarial, de part à l'activité, d'allocation

¹³⁹John Wakerman, John S Humphrey, Robert Wells, Pim Kuipers, Philip Entwistle and Judith Jones, "Primary health care delivery models in rural and remote Australia - a systematic review", Australian Primary Health Care Research Institute, September 2006

pour exercice en zones rurales ou isolées (rural retention program) et selon les situations, de compléments pour des interventions en hôpital, des permanences régulières en zones plus isolées, des activités de santé publique et d'enseignement. Des aides pour le logement et le véhicule sont souvent incluses dans le dispositif. Les postes proposés sont assortis de possibilités de congés et de formation médicale continue avec prise en compte du remplacement. Le propriétaire de la structure en assure le management. Souvent les partenaires locaux comme la municipalité, la Division of General Practice ou l'association locale des médecins ruraux sont associés dans le cadre d'un conseil de management. Certaines structures (University clinics) sont particulièrement investies dans l'enseignement des futurs médecins et constituent donc des lieux de stages privilégiés.

Ces expérimentations ne sont pas à ce jour réellement évaluées. Les seuls éléments disponibles sont les données d'évolution, au cas par cas, du nombre de praticiens et même de services de santé complémentaires qui viennent s'adjoindre. Il est également noté une meilleure permanence des soins. Les résultats positifs ont amené les Etats et le gouvernement fédéral à encourager la poursuite des expérimentations souples et adaptées aux contextes locaux.

Ces expériences pourraient être rapprochées du modèle français de Centres de santé, mais ruraux.

- **Les services intégrés**

Ces services intégrés proposent en un lieu unique une gamme de services de santé avec un nombre de professionnels suffisants pour permettre des collaborations mutuelles et une approche collective de santé publique. Ils émanent souvent de centres de santé communautaires ou d'équipes de paramédicaux qui veulent développer une approche de santé globale (en référence à la déclaration de Alma Ata, septembre 1978). Les services proposés vont donc au-delà des seuls médecins généralistes mais incluent souvent une coordination avec les médecins. Les professionnels de santé peuvent être indépendants mais avec une charte de collaboration comme dans les centres de services multiples, Multi-Purpose Services (MPS), ou salariés comme dans les équipes de santé rurales. Les services intégrés se sont développés sous des formes variées : parmi les plus emblématiques, les soins partagés, « shared care », en santé mentale et les centres de santé multiservices, MPS.

« Shared care » en santé mentale

Il s'agit d'améliorer l'accès et la coordination des soins de santé mentale. Le parcours de soins du patient est facilité par une approche combinée et coordonnée des soins primaires et soins spécialisés. Ceci implique dans le cas de la santé mentale une formation conséquente des intervenants de première ligne pour prendre en charge les premiers soins ou les situations les moins complexes. Ce faisant, l'accroissement des compétences des intervenants de première ligne améliore la prise en charge et permet de développer les actions de prévention. Les résultats montrent une amélioration des collaborations, une diminution des appels d'urgence, une diminution des prises en charge tardives et une augmentation des prises en charge à domicile. Même s'il manque encore des études d'efficacité et d'amélioration de la qualité des soins, le modèle apporte des éléments de preuve d'un

bon rapport qualité/prix. Il montre aussi qu'une plus grande flexibilité des financements permet aux professionnels de collaborer en dépassant les séparations conventionnelles entre les métiers. Le modèle se heurte toutefois à la résistance des généralistes au travail collectif, aux incompréhensions entre les intervenants de première et seconde ligne, à de possibles confusions des rôles et responsabilités et au manque de formation en santé mentale des professionnels de santé primaire.

Ce modèle est proche du fonctionnement en filière, avec une bonne identification de tous les maillons qui la composent et une amélioration des liens entre les différentes étapes de la prise en charge.

Multi-Purpose services

Ces centres multiservices regroupent au sein d'une même structure un service de longue durée pour personnes âgées, des lits de soins aigus, un centre de santé et de soins paramédicaux, un centre de réadaptation et de l'éducation pour la santé. Leur financement est partagé entre l'Etat fédéral et les Etats/Territoires. Une convention tripartite entre le gouvernement fédéral, le gouvernement de l'Etat et la structure règle l'organisation et le financement.

Le statut libéral des médecins rapproche ces structures des maisons de santé adossées à un hôpital local.

- **Les services de santé primaire globaux**

Il s'agit des centres de santé communautaires pour les populations autochtones, Aboriginal Community Controlled Health Services (ACCHSs) qui depuis maintenant plus de 30 ans s'inspirent des principes de la déclaration de Alma Ata.

- **Les services intermittents**

Pour des zones particulièrement isolées et peu denses, des services de santé sont fournis soit à partir d'une localité centre pour des périodes courtes mais régulières¹⁴⁰ ou dans le cadre des Royal Flying Doctors sur la base « fly-in fly-out ». La plupart du temps les appels ou demandes d'intervention sont routés via une plateforme. Ces services coexistent souvent avec des services intégrés ou des centres de santé communautaires pour la population autochtone. Des assistants thérapeutes sont aussi formés sur place pour suivre les soins entre les visites et développer les compétences des populations locales.

- **Les services virtuels**

La télésanté et la télémedecine sont vues comme des moyens de dépasser les difficultés d'accès aux soins et le manque de professionnels de santé dans les zones rurales et isolées. La télésanté comprend la communication

¹⁴⁰ Le calendrier est établi à l'avance et coordonne les différents services visiteurs, par exemple sur un roulement à 6 semaines à raison de séjours 2 à 3 jours pour chaque intervenant.

en santé, la gestion de données, l'évaluation des situations et leur management. La télémédecine renvoie plus spécifiquement à une délivrance en temps réel d'applications médicales à distance par un transfert d'information, audio, vidéo et des données graphiques en utilisant les télécommunications et impliquant plusieurs professionnels de santé et la présence du patient. Pour l'heure ces services sont des compléments à l'existant mais ne se conçoivent pas seuls, en tant que modèle.

Cette typologie de modèles laisse une large place aux adaptations en fonction des contextes locaux. Cette même étude dégage les critères essentiels requis pour mettre en place ces types de services et qui relèvent soit de l'environnement soit des pré-requis dans l'organisation des services. (annexe 7, p. 139)

En conclusion, l'étude souligne que les efforts depuis le début des années 1990 se sont surtout portés sur le recrutement et le maintien des professionnels de santé, mais peu ont été dirigés vers le développement d'organisation de systèmes de soins primaires globaux en zones rurales et isolées. Après une multiplication des expérimentations et innovations, l'étude préconise de combler maintenant le retard d'évaluation de ces expériences et de capitaliser sur les acquis, pour entrer en phase de déploiement et généralisation.

[II.3.2 Au Québec, un accès aux soins de premiers recours facilité par l'adaptabilité du système](#)

Dans le cadre d'une recherche¹⁴¹ sous l'égide de l'institut national de santé publique du Québec, il s'avère que l'accès aux services de premier recours apparaît meilleur pour les utilisateurs des contextes ruraux ! Ceci tient à ce que la forte proximité sociale et professionnelle pousse les acteurs locaux à adapter leurs modes d'organisation et de pratique pour pallier à la rareté et l'éloignement.

L'éloignement des centres de services spécialisés entraîne un élargissement des champs de pratique. De ce fait, les soins de premier recours couvrent une plus vaste étendue de besoins. Le caractère sporadique de la présence médicale dans ces zones entraîne le chevauchement des champs de pratique et leur ajustement au sein des équipes professionnelles (entre médecins et infirmières notamment). Il est cependant noté que ces collaborations présentent un fort caractère informel avec une résistance des médecins à la formalisation. Or, les mouvements fréquents de personnels amènent un éternel recommencement de la construction des collaborations, avec en conséquence une fragilité du système.

L'étude préconise de renforcer les bases organisationnelles du premier recours dans les contextes ruraux et éloignés :

- « Miser sur l'affiliation à une équipe de première ligne, plutôt qu'à un médecin de famille, afin de prévenir les fluctuations dans l'accès aux services occasionnées par le fort roulement de personnel ;
- Sensibiliser les acteurs, notamment les médecins, et développer des outils de gestion clinique et inter organisationnelle pour permettre de formaliser les liens naturels de collaboration ;

¹⁴¹ « Entre adaptabilité et fragilité : les conditions d'accès aux services de santé des communautés rurales et éloignées », centre de recherche de l'hôpital Charles Lemoyne, octobre 2009

- Reconnaître l'importance d'adapter les modèles organisationnels aux conditions locales et soutenir les acteurs dans l'implantation de ces modèles »¹⁴²

Cette étude met également en garde contre la tentation de modéliser à des fins d'efficience une organisation type qui ne prendrait pas en compte les caractéristiques de territoires qui sont différents. Dans ces contextes, l'adoption d'un modèle unique pourrait mettre en cause l'accès et la qualité des services. La recherche d'efficience est à faire au cas par cas, tout en admettant in fine que la bonne performance au regard de l'accès aux soins induit des coûts supplémentaires, tant pour le système de soins que les utilisateurs. De fait, l'attention est portée sur l'importance des frais d'accès au service pour l'utilisateur, liée à la distance : déplacement, perte de revenus sont des freins à l'accès aux soins pour les catégories sociales les plus défavorisées.

De ces deux exemples, australiens et québécois, nous retenons la pluralité des modèles et l'importance de les adapter au contexte local.

II.3.3 Pour la France, des propositions au-delà des Maisons de santé

Lors du séminaire CCMSA sur le thème de l'offre de soins de premier recours en zones rurales, plusieurs pistes ont émergé, qui se situent en complément de l'offre existante. En effet, si la MSA s'appuie sur les Maisons de santé, la conscience de difficultés pour certaines zones fragiles l'engage à enrichir la panoplie des outils de l'offre. Il s'agit aussi d'acter à ce jour l'existence de professionnels de santé non regroupés en maisons de santé ou en pôles. Deux propositions concernent l'organisation et le soutien de l'offre et deux autres uniquement son soutien. A ce stade, il s'agit de pistes de travail à étoffer et préciser.

II.3.31 Deux propositions pour l'organisation et le soutien de l'offre

a) Mise à disposition auprès de médecins isolés d'un conseiller coordonnateur

Cette offre a pour objectifs de :

- Soutenir les médecins dans leur activité
- Eviter l'isolement professionnel
- Encourager les collaborations pluri professionnelles
- Faciliter l'arrivée de nouveaux professionnels
- Faciliter la continuité des collaborations après un départ

La création d'un poste peut s'envisager à l'échelle d'un territoire de 15 000 habitants environ, soit 10 à 15 médecins. Cette mise à disposition d'un service pour les médecins impliquerait leur engagement à :

- Participer au diagnostic local des enjeux de santé
- Participer à la concertation pour la mise en œuvre des nouveaux services initiés par le conseiller-coordonnateur

¹⁴² ibid. p. I, « messages aux décideurs »

- S'associer au suivi du fonctionnement du dispositif
- Participer régulièrement soit à un groupe de pairs, soit un groupe d'évaluation des pratiques professionnelles, soit un groupe qualité

Le groupe de travail a émis l'idée de formaliser une charte d'adhésion qui garantisse un investissement minimal dans une démarche collective.

Le conseiller-coordonnateur assure une fonction support mais aussi d'initiation et facilitation des collaborations. De profil plutôt infirmier, le conseiller pourrait être amené à proposer et œuvrer par exemple aux actions suivantes :

- Aide à la gestion et réorganisation des dossiers patients
- Collaboration entre professionnels de santé (gestion des AVK, insulinothérapie, ...)
- Mise en place d'une centrale d'achat et de solution partagée de gestion des DASRI (Déchets d'activités de soins à risques infectieux)
- Mise en place d'actions de prévention,
- Suivi des indicateurs de santé du territoire,
- ...

Cette proposition est très inspirée de l'expérimentation en cours menée par la MSA et GROUPAMA « pays de santé » (cf. annexe 6). La dimension de participation de la population locale est assurée dans Pays de santé par un « conseil de pays de santé » ouvert à toute personne habitant le territoire. L'appui de comités de locaux de santé, avec implication des délégués MSA¹⁴³, permettrait de créer une dynamique de prévention qui prenne bien en compte les besoins locaux :

- Relais des actions de santé publique
- prévention/ pesticides et produits phytosanitaires
- prévention des dangers à la ferme, y compris pour les enfants, à l'instar du travail mené par l'échelon local de La Haye Pesnel (Manche) et largement diffusé depuis,
- participation aux examens de santé,
- promotion de l'éducation thérapeutique,...

Les comités locaux de santé pourraient évoluer vers des contrats locaux de santé, aujourd'hui très peu développés en milieu rural. De même, ce dispositif pourrait être considéré comme une première étape, avec possibilité d'évolution vers un exercice sous forme regroupé et des coopérations plus élaborées.

¹⁴³ Les délégués MSA sont élus tous les 5 ans par l'ensemble des assurés du régime agricole de leur collège (non salarié non employeur de main d'œuvre, salarié, employeur de main d'œuvre). La MSA compte à ce jour 25 820 délégués répartis sur l'ensemble du territoire.

b) A l'échelle des territoires de proximité, un animateur réseau-santé

Au sein d'un territoire de proximité tel que défini par les ARS, un animateur réseau santé pourrait faire le lien entre la population, les collectivités territoriales et les professionnels de santé. L'animateur aurait notamment sur ce territoire, à faire émerger de nouvelles collaborations entre acteurs de santé publique. L'implication des pharmaciens, des pompiers est notamment évoquée dans ce cadre

II.3.32 Deux propositions pour soutenir l'offre

a) Accueillir les nouveaux professionnels de santé sur le territoire

La dimension aménagement du territoire apparaît essentielle pour assurer le recrutement et le maintien de professionnels de santé : ce point est régulièrement évoqué par les jeunes internes. Nous l'avons entendu lors du colloque du 5 avril 2011 sur « les maisons de santé : du concept à la pratique ¹⁴⁴», mais aussi lors de notre entretien avec le président¹⁴⁵ de l'association bas normande des internes en médecine générale et enfin dans les résultats de l'enquête¹⁴⁶ menée par ISNAR-IMG (inter syndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale).

Le groupe de travail propose qu'une sensibilisation des collectivités locales soit effectuée sur cette dimension de l'accueil. Celles-ci pourraient être accompagnées pour élaborer un dispositif d'accueil en trois temps :

En amont :

- Valoriser les services mis à disposition de la population : écoles, poste, équipements sportifs et culturels, accès au haut débit, garde des enfants, ...
- Proposer des services spécifiques pour l'accueil des professionnels de santé : logement d'accueil (si besoin en attente d'un logement plus définitif), aide à la recherche du logement définitif, accompagnement à la recherche d'emploi du conjoint, aide logistique pour l'installation et l'équipement du cabinet, ...

A l'arrivée :

- organiser l'accueil lui-même et assurer une convivialité, adaptée à la culture locale et aux ressources du territoire.

En aval :

- Accompagner l'intégration locale dans la durée par des rencontres, la mise à disposition d'un élu ou de toute autre personne référente pour relayer des besoins particuliers et accompagner les démarches nécessaires.,

¹⁴⁴ « Les maisons de santé : du concept à la pratique. Journée d'étude organisée sous l'égide de la Fédération française des maisons et pôles de santé et de l'union nationale des réseaux de santé, avec le soutien institutionnel de Pfizer.

¹⁴⁵ entretien avec Th. Raginel, président du Syndicat de moyens des internes de médecine générale bas-normands (SIMBAN), le 12 avril 2011

L'assurance maladie et notamment la MSA, en lien avec les ARS pourrait compléter ce dispositif par l'organisation régulière de Rencontres à l'attention des nouveaux installés, des stagiaires, remplaçants, maîtres de stage, élus locaux, ...

Ces Rencontres auraient pour objectifs de :

- créer du lien
- susciter le débat
- susciter des initiatives

Là encore, le groupe a fortement insisté sur la convivialité et la nécessité d'organiser ces Rencontres en décentralisé sur les territoires : 2 à 3 par an pour une région mais à chaque fois sur une zone différente. Des thèmes possibles ont été évoqués :

- La formation des maîtres de stage, un enjeu pour le milieu rural
- MSP : seule alternative à notre système de santé ?
- Des hôpitaux locaux, pour quoi faire ?
- L'élu doit-il décider de l'offre de santé ?
-

Une animation nationale du dispositif « Rencontres » permettrait de mutualiser les thématiques et faire remonter les idées nouvelles qui peuvent émerger.

b) Parrainer les jeunes installés

Il a été suggéré un compagnonnage des jeunes professionnels sur trois axes :

- 1) aspects cliniques et spécificités de la médecine rurale
- 2) aide à la constitution d'un réseau partenarial
- 3) gestion

Sur ce dernier point, l'Assurance maladie, à l'échelle des ARS, interviendrait pour assurer aux jeunes professionnels, juste installés ou en phase de projet, une formation à la gestion sur les aspects suivants :

- Couverture assurance maladie et accidents du travail
- Analyse économique
- Eléments de gestion administrative
- Eléments de gestion des ressources humaines

D'autres pistes, qui n'ont pas été développées, ont été également évoquées lors du séminaire :

- Créer des centres de santé ruraux
- Développer des permanences ou des cabinets secondaires à partir des maisons de santé
- Développer et soutenir le rôle du pharmacien en santé publique

¹⁴⁶ « Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale », réalisée par ISNAR-IMG 21 juillet 2010-1er janvier 2011, résultats partiels.

- Promouvoir l'affiliation à une équipe de 1^{ère} ligne plutôt que à un seul médecin traitant, ce qui implique un travail de sensibilisation de la patientèle.

II.4 LE SYSTEME DE FORMATION FRANÇAIS EVOLUE SANS ACTER LA SPECIFICITE DE LA MEDECINE RURALE

La France se caractérise par une formation médicale qui valorise la technique et la recherche dans le cadre hospitalier, au détriment de la médecine générale et du premier recours. Le premier contact des étudiants avec la médecine générale n'a lieu qu'en deuxième cycle, voire parfois en troisième cycle ! Par ailleurs, le cloisonnement des formations est très fort, sans niveau intermédiaire entre les médecins à bac + 9 et les infirmières à bac + 3, accentuant encore la rigidité de la hiérarchie des professions. Or la volonté de valoriser la médecine de premier recours pour mieux prendre en compte les nouveaux besoins, induits par le vieillissement de la population et la montée en puissance des maladies chroniques, implique de nouvelles logiques. Il devient nécessaire d'ouvrir le champ des collaborations entre les professions de santé et de les amener à situer leur pratique dans une perspective populationnelle et des dynamiques de territoires, voire de développer de nouveaux métiers. De premières évolutions sont à l'œuvre avec la création de la spécialisation en médecine générale, la réforme des études infirmières et la réflexion pour un cadre national d'élaboration des nouveaux métiers¹⁴⁷. C'est un nouveau champ qui s'ouvre, dans lequel il serait intéressant d'introduire des éléments permettant d'accompagner et soutenir l'exercice en zones rurales fragiles.

II.4.1 En Australie, le choix d'une formation spécifique pour la médecine rurale

La formation est considérée en Australie comme un élément clé du recrutement et du maintien des professionnels de santé en zones rurales. Après la mise en place généralisée de 2 à 6 semaines de stage en zones rurales dans les années 1990, une première expérience a démarré en 1997 avec le Parallel Rural Community Curriculum (PRCC) en South Australia qui prévoit une année entière de formation médicale en zones rurales. Très vite d'autres dispositifs similaires se sont créés : les départements universitaires en santé rurale (UDRH), ¹⁴⁸en 1997 également et les Rural Clinical School (RCS) à partir de 2000. UDRH et RCS sont associés au "Rural Undergraduate Support and Coordination" (RUSC) financé également par le Department of Health and Ageing. Le RUSC a cependant une vocation plus large de :

- Promotion de la sélection de candidats ruraux
- L'organisation du soutien des étudiants en médecine intéressés par la pratique en milieu rural
- Proposition des stages de courte durée à tous les étudiants en médecine d'Australie.

Les acteurs des programmes RCS et RUSC sont membres de la Federation of Rural Australian Medical Educators (FRAME) dont l'objet est d'engager des réflexions communes sur la formation pour la pratique de la médecine en zones rurales et faire la promotion de ses spécificités.

¹⁴⁷ « La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner », rapport présidé par le professeur Y Berland, 2007

¹⁴⁸ UDRH : University Departments of Rural Health

L'ensemble des programmes est pour une très large part financé dans le cadre de programmes nationaux pilotés par le Department of Health and Ageing. Ce dernier finance également les allocations financières substantielles accordées pour les formations de longue durée en zones rurales.

II.4.11 Les Rural Clinical School, un dispositif qui couronne les expériences antérieures

La création du parcours parallèle (PRCC) en South Australia a été suivie très rapidement de la mise en place d'un réseau¹⁴⁹ qui compte aujourd'hui 11 départements universitaires en santé rurale. Chaque département est lié à une ou plusieurs universités et l'association entre PRCC, UDRH et RCS est devenue fréquente.

Les UDRH ciblent une gamme plus étendue d'enseignement, de formation et de recherche pour l'ensemble des professionnels de santé, tandis que les RCS visent essentiellement la formation médicale. A cette nuance près, les objectifs des trois dispositifs peuvent être considérés comme quasi identiques à ce jour :

- Augmenter le nombre de professionnels de santé en exercice dans les zones rurales et isolées
- Encourager les étudiants à s'engager dans une carrière rurale et pour cela augmenter et améliorer les expériences rurales des étudiants en santé dans leur parcours post licence, y compris dans l'approche culturelle des populations aborigènes
- Proposer de la formation et du soutien aux professionnels de santé déjà en place
- Entreprendre des recherches spécifiques sur la santé en zones rurales et isolées
- Encourager les professionnels de santé ruraux à prendre des postes universitaires
- Contribuer à l'innovation en éducation, à la recherche et développement de nouveaux services par la collaboration avec les universités, les services de santé et les organisations professionnelles et communautaires, incluant les communautés indigènes
- Contribuer au développement de nouveaux modèles d'organisation des soins en zones rurales et isolées
- Améliorer la gamme des services de soins de santé en milieu rural.

Si les objectifs se recouvrent, il convient de bien souligner le caractère innovant des RCS dans la conception même de la formation médicale. En effet, les PRCC et UDRH innove en proposant des temps de pratique en zones rurales ou isolées, sans commune mesure avec ce qui était effectué jusqu'alors. Ils mettent également l'accent sur l'interdisciplinarité, mais sur le fond l'approche de formation est la même que celle des écoles de médecine urbaines. En revanche les RCS visent à délivrer les principales composantes du parcours de formation médicale dans un environnement rural. Elles ont de ce fait instauré deux grands types de modèles originaux :

Certains ont retenu un programme de formation à partir de l'hôpital mais avec un programme d'enseignement intégré, centré sur le patient : les étudiants suivent de près plusieurs patients dans une approche holistique, les accompagnant dans l'ensemble de leurs traitements. Ainsi en 5^{ème} année, la

¹⁴⁹ ARHEN : Australian Rural Health Education Network

pédiatrie, l'obstétrique et gynécologie, la psychiatrie et médecine communautaire sont intégrés en deux semestres et non pas en cycles distincts. Ceci permet aux étudiants par exemple de suivre une femme de la fin de sa grossesse, à l'accouchement et aux premiers mois du bébé. Cette organisation de l'enseignement est adaptée à la réalité de ces zones où les spécialistes ne sont pas présents en permanence mais seulement une partie du temps. Cela prend également en compte, par rapport aux hôpitaux universitaires, la moindre incidence de la diversité des pathologies sur une courte période.

D'autres RCS ont adopté une formation clinique à partir des localités et non pas de l'hôpital. L'étudiant est supervisé par un médecin généraliste mais il suit les patients sur l'ensemble de leur parcours, des soins de premier recours jusqu'à l'hôpital. L'étudiant est ainsi confronté à tout l'éventail de la pratique, il travaille avec l'ensemble du corps médical et il passe en fin d'année les mêmes examens que les étudiants de parcours classique.

Les RCS ont développé des variantes à partir de ces deux grands modèles d'enseignement.

Les RCS doivent en outre respecter des contraintes spécifiques :

- 25% des étudiants recrutés en RCS doivent engager au moins 50% de leur parcours en zone rurale ou isolée
- Les contenus doivent être conformes aux standards de formation et les étudiants passent les mêmes examens que leurs homologues formés dans les hôpitaux universitaires (disposition qui s'applique aussi au PRCC et UDRH)
- L'université doit obligatoirement engager des équipes sur place pour coordonner, gérer et enseigner
- Seulement 5% du budget dédié peut être utilisé dans la grande cité universitaire
- L'utilisation des ressources locales doit être privilégiée
- La formation doit développer une inscription locale, notamment par l'implication et la coopération avec les élus locaux, les représentants locaux de l'Etat/Territoire et utiliser les ressources et expertises locales

[II.4.12 Des évaluations nationales positives](#)

Une évaluation des dispositifs UDRH et RCS établie à la demande du Department of Health and ageing en 2008¹⁵⁰ conclut à l'atteinte des objectifs pour ces deux programmes.

Ces deux programmes sont perçus comme ayant participé à la révolution de la santé rurale avec comme effets principaux :

- Une augmentation du nombre d'étudiants accédant à la connaissance des problématiques de la santé en zones rurales
- La création d'infrastructures d'éducation et d'aménagements accessibles pour les étudiants et les enseignants, mais aussi pour les autres professionnels de santé locaux

¹⁵⁰ Evaluation of the University departments of rural health programs and the Rural Clinical schools program, nov 2008, par Urbis

- Les opportunités créées de recherche, enseignement et de poursuite d'études sur place encouragent des médecins, infirmières et autres professionnels de santé à rester sur place. Il est également noté sur ce point que la position de superviseur et d'enseignant amène les professionnels locaux à accroître leurs compétences techniques et leurs connaissances.
- La possibilité d'associer l'exercice clinique avec une position d'enseignement encourage d'autres professionnels à revenir en zones rurales
- Des médecins, infirmières et autres professionnels de santé choisissent de s'installer à la suite de ces parcours de formation
- Une visibilité accrue des questions de santé en milieu rural au sein de l'Université
- Une meilleure visibilité du secteur universitaire en zones rurales et isolées
- Une augmentation du nombre de publications sur les thématiques de la santé en zones rurales ou isolées
- De nouveaux partenariats pour innover dans la délivrance des services et la recherche.

Si la plupart de ces effets ne peuvent pas être attribués de façon sûre et directe aux RCS ou UDRH, la réalité d'un maintien ou d'une augmentation du nombre de professionnels de santé en milieu rural est avérée. Certes, ces améliorations ne sont pas aujourd'hui à la hauteur des besoins mais il est espéré qu'avec l'arrivée à maturité de ces programmes, la venue de jeunes professionnels de santé ayant suivi ces parcours de formation ou le choix pour des professionnels expérimentés de rester sur place, contribuent de façon très significative à résoudre le manque de professionnels en zones rurales et isolées.

Trois autres études¹⁵¹ confirment l'appréciation positive de ces programmes, tout en précisant les obstacles potentiels pour un choix de pratique professionnelle en zones rurales. En effet, l'intérêt pour la formation et l'enthousiasme même des étudiants ne suffisent pas à déclencher le choix de la pratique en zones rurales. Parmi les principaux facteurs évoqués, les opportunités d'emplois pour le conjoint, le goût de celui-ci pour la vie en zone rurale et les possibilités d'éducation pour les enfants sont des éléments qui pèsent dans le choix d'installation. Ceci rejoint la remarque faite, lors de notre entretien, par le directeur de l'association des médecins ruraux, M. Sant, qui pose comme priorité des jeunes médecins la possibilité de concilier travail et vie de famille. Et nous retrouvons également là les réflexions des jeunes internes français sur l'importance de la dimension aménagement du territoire dans leur choix d'exercice¹⁵²

¹⁵¹ Diann Eley and Peter Baker : "Does recruitment lead to retention ? Rural Clinical School training experiences and subsequent intern choices", School of medicine, Queensland, publié en février 2006

JA Henry, BJ Edwards, B Crotty : "Why do medical graduates choose rural careers ?", publié en février 2009

P Stagg, J Greenhill, PS Worley : "A new model to understand the career choice and practice location decisions of medical graduates", publié en novembre 2009

¹⁵² « enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale », réalisée par ISNAR-IMG 21 juillet 2010-1er janvier 2011, résultats partiels : 52 % des internes interrogés considèrent que la présence d'une crèche, garderie ou école à proximité de leur lieu d'exercice est une mesure incitative à l'installation en zone déficitaire

II.4.2 En France, le système de formation commence à évoluer

II.4.21 La réévaluation de la médecine générale dans la formation médicale

La France ne propose pas de formation spécifique pour les soins de premier recours en zone rural, elle s'attache en priorité à valoriser et reconnaître la médecine générale comme une discipline à part entière.

a) Reconnaissance comme discipline de spécialité

Depuis 2002 la médecine générale est reconnue discipline de spécialité et depuis 2004 il est créé le diplôme d'études spécialisées de médecine générale. Dans la foulée, ont été créés en 2007 les premiers postes de chef de clinique en médecine générale et en 2009, les premiers professeurs de médecine ont été nommés. Pour l'heure, les besoins sont loin d'être satisfaits puisque les besoins en chefs de clinique de médecine générale sont estimés en hypothèse basse pour 2013 à 520 alors qu'en 2010 leur nombre est seulement de 45¹⁵³ !

b) Propositions de stages en médecine générale

Alors même que dès l'arrêté du 4 mars 1997, chaque étudiant de deuxième cycle des études médicales (DCEM) devait effectuer un stage d'initiation à la médecine générale, il a fallu attendre un deuxième arrêté en 2006 puis enfin celui du 18 juin 2009 pour inscrire réellement dans le deuxième cycle l'obligation d'un stage de 6 semaines à temps complet en médecine générale. Si les facultés de médecine reconnaissent l'importance de ce stage avant les choix d'orientation du 3^{ème} cycle, il n'en demeure pas moins que l'offre n'est pas à la hauteur de la demande : en Basse-Normandie, seuls 20 étudiants sur une promotion de 160 vont pouvoir y accéder en 2011¹⁵⁴. En effet, la faculté doit aussi pourvoir aux stages de niveau 1 : 6 mois obligatoires auprès d'un médecin généraliste en ambulatoire lors du 3^{ème} cycle médecine générale. De ce fait, le stage optionnel de 6 mois, stage autonome en soins primaires supervisé dit SASPAS, n'est ouvert au plan national qu'à peine au tiers des internes en médecine générale¹⁵⁵. Ainsi la volonté de développer l'offre de stages en médecine générale, parfois accompagnée de dispositifs incitatifs comme en Basse-Normandie¹⁵⁶, se heurte à la constitution d'un corps de maîtres de stage suffisant.

¹⁵³ Estimation tirée du rapport conjoint de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) « le post interne – constats et propositions », par C Aubin, C. Daniel, Dr F Schaetzel IGAS et A Billon, P Blamont, A Eliot, J Veyret, IGAENR, avec la participation de C Bizot, stagiaire IGAS, juin 2010, p. 90.

¹⁵⁴ Donnée issue de l'entretien avec Th. Raginel, président du Syndicat de moyens des internes de médecine générale bas-normands (SIMBAN), le 12 avril 2011.

¹⁵⁵ Donnée issue du rapport « post interne - constats et propositions », op. cit. p. 94. Pour la Basse-Normandie 18 internes sur 63 pourront en bénéficier en 2011.

¹⁵⁶ Incitation aux stages en médecine générale dans les zones dites d'intervention prioritaires en Maisons de santé ou Pôles de santé libéraux ambulatoires : convention d'aide à la prise en charge de frais liés au transport et à l'hébergement financé conjointement sur le FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins) et par le conseil régional.

II.4.22 Un meilleur accès à la formation continue

L'article 59 de la loi HPST instaure le développement professionnel continu en simplifiant les dispositifs existants en matière de formation médicale continue et en intégrant l'évaluation des pratiques professionnelles. Ce nouveau dispositif, qui n'est pas encore opérationnel, devrait à terme clarifier le dispositif et faciliter l'accès à l'indemnisation.

Les infirmières libérales nous sont apparues quant à elles satisfaites de leur dispositif de formation conventionnelle continue : elles disposent par année d'un crédit de 7 jours par an avec indemnisation de 75 AMI/jour soit environ 225 euros, cumulable avec un crédit d'impôt. Les thèmes sont très variés et les lieux de stage jugés suffisamment proches du lieu d'exercice.

II.4.23 Selon les sensibilités des équipes pédagogiques, des formations plus collaboratives

Nous aurions aimé pouvoir dire que les formations initiales prennent en compte l'évolution de la pratique vers plus de collaboration inter disciplinaires, mais force est de constater que le management de la coopération n'est pas entré dans le champ de la formation initiale, ou alors à la marge.

De fait, il semble que la réforme des études infirmières de 2009 favorise cette approche notamment dans les unités d'enseignement relatives à l'action éducative individuelle et collective. Mais les deux entretiens menés avec des directrices d'école d'infirmières¹⁵⁷ ont bien indiqué l'importance des options pédagogiques des écoles : il est possible en combinant certaines unités d'enseignement de valoriser la dimension santé publique et d'aborder le travail en interprofessionnalité, mais il s'agit d'un choix d'école¹⁵⁸, pas d'une orientation de programme en tant que tel. Toutefois ces deux directrices ont aussi indiqué que la réforme, en mettant l'accent sur la réflexion conceptuelle de valeurs, sur les capacités d'analyse, permet aux futures professionnelles de mieux s'inscrire dans l'élaboration de projet, comme les projets de santé de structure de groupe.

Concernant la formation médicale, la maquette de formation ne prévoit pas cette préparation aux collaborations pluriprofessionnelles. Toutefois, la faculté de médecine de Caen a opté pour une formation qui met l'accent sur les collaborations, entre médecins, par des groupes d'apprentissage à l'analyse des pratiques, sorte de groupes de pairs pour étudiants. Chaque groupe de 8 à 9 étudiants se réunit avec 3 à 4 enseignants autour d'un cas clinique. Le dispositif favorise l'interactivité. Il s'agit certainement d'un premier pas important pour une pratique plus collective mais l'absence d'initiation à la pratique pluri professionnelle demeure regrettable. Le président de l'association des internes en médecine générale de Basse-Normandie l'a explicitement souligné, car pour lui l'articulation entre le médecin et le paramédical est différente à l'hôpital et en libéral.

¹⁵⁷ Mme Saillat, directrice de l'école de Saint Lô, le 10 mars 2011 et Mme M.J. Vaugoyeau directrice de l'école Croix rouge de Limoges, le 3 avril 2011 (entretien téléphonique)

¹⁵⁸ Par exemple l'école de Limoges opère un regroupement géographique avec les écoles de kinésithérapeutes, d'assistantes sociales, puéricultrices et secouristes avec pour projet de développer les champs de collaboration.

II.4.3 Des propositions pour alimenter une dynamique

La réunion de travail à la caisse centrale de la MSA a aussi porté sur la formation pour accompagner l'organisation de l'offre de soins de premier recours en zones rurales. Séduit par le modèle australien d'une formation à la médecine rurale reconnue d'excellence, le groupe réuni à la CCMSA¹⁵⁹ a d'entrée de jeu pris la mesure des obstacles pour influencer sur les formations initiales et la formation continue. Aussi la réflexion s'est centrée sur la question « comment donner le goût à des professionnels de santé et du médico-social de travailler ensemble sur un territoire rural ? ». Le groupe a délibérément fait le choix du pragmatisme et cherché à situer sa proposition dans le champ du possible.

II.4.31 Un séminaire annuel de 3 jours : « Exercer en milieu rural »

De la santé aux prises en charge sociales, comment répondre aux besoins de la population ?

Objectifs généraux :

- Améliorer la qualité de l'offre au bénéfice de la population
- Améliorer la qualité de vie des professionnels
- Favoriser l'installation des jeunes professionnels

Public visé :

Internes en médecine générale, étudiants travailleurs sociaux (3^{ème} année), étudiants école d'infirmières (3^{ème} année), maîtres de stage, élus locaux, représentants des usagers du système de santé, directeurs d'école de service social et école d'infirmières.

Objectifs opérationnels :

- Identifier les champs de compétences des différents acteurs
- Se familiariser avec les cultures professionnelles
- Sensibiliser aux spécificités de l'exercice en milieu rural
- Modéliser des collaborations
- Apprendre à faire un diagnostic d'offre, de fonctionnement
- Manager un projet

Partenaires :

CCMSA, DGOS, CNGE, ISNAR-MG, FNMS, FNI, IRTS, IFSI, AGHL,...

Le groupe a particulièrement insisté sur les aspects de partenarial et d'innovation

¹⁵⁹ sous le parrainage du Dr JL Deutscher, adjoint au médecin conseil national CCMSA, le groupe a réuni à la CCMSA le 11 avril 2011 : le Dr P Dubois, médecin conseil chef MSA côtes normandes, Mme MC Fillatre, chargée de mission santé publique MSA Sud Aquitaine, le Dr V Fouques-Duparc, médecin conseil MSA Haute Normandie, le Dr F. Frete, médecin conseil CCMSA, le Dr JJ Laplante, directeur de la santé en MSA Franche Comté, le Dr C Pougel, médecin conseil chef MSA Sud Aquitaine et moi-même pour l'animation du groupe.

Mots clés :

Mixité, décloisonnement, champ organisationnel, démocratie sanitaire

Déroulement :

Compte tenu du temps imparti, chaque séminaire porterait sur une thématique.

- 1er jour : des présentations se rapportant au thème
- 2ème jour : travaux de groupe
- 3ème jour : mise en pratique, travail sur action en mode projet

Lieu :

En région, lieu différent chaque année

Le groupe a également évoqué, mais sans l'approfondir, l'intérêt de formation à la coordination avec un Master de coordination en santé pour structurer une dynamique d'entreprise de territoire en santé :

- Apprentissage à vivre utilement la pluriprofessionnalité
- Management de projet
- Animation de territoire en santé
- Bonne maîtrise de l'outil informatique partagé
- Coordination avec les élus influents du territoire.

Lors de nos travaux nous avons également perçu l'intérêt d'autres pistes à explorer, en complément des réflexions en cours au plus haut niveau sur la création de nouveaux métiers en santé et sur les collaborations.

[II.4.32 Accroître le nombre de maîtres de stage](#)

L'écart entre le nombre de stages nécessaires et l'offre faite aux étudiants indique qu'un effort important est à mener en ce domaine. Certes la formation des maîtres de stage est prise en charge, mais elle semble insuffisamment dédommée¹⁶⁰. Au cours des entretiens nous avons aussi perçu la nécessité, au-delà de la rémunération, de cultiver la motivation des maîtres de stage, par la reconnaissance et un suivi des contacts.

[II.4.33 Valoriser et accompagner le contrat d'engagement de service public](#)

Les Contrats d'engagement de service public (CESP) installés par la loi HPST proposent une bourse mensuelle de 1200 euros bruts (soumis seulement à CSG et CRDS) en contrepartie de l'engagement d'exercer en zone dite prioritaire à durée équivalente de versement de la bourse. Nous avons découvert la déconnexion totale du dispositif de celui de la formation. Non seulement les étudiants ne connaissent pas à ce jour quelles seront les zones dites éligibles à l'installation mais il n'y a pas non plus d'accompagnement

de formation à l'exercice dans ces zones. D'ailleurs les enseignants de la faculté ne sont pas associés à la mise en œuvre du dispositif¹⁶¹ par ailleurs fort décrié dans sa gestion centralisée. Pour l'exercice 2010-2011 seuls 200 contrats ont été signés sur les 400 ouverts. Nous pensons que ces contrats devraient donner lieu à un accès prioritaire aux stages en médecine générale de niveaux 2, permettre aux étudiants de bénéficier d'un tutorat pour accompagner le projet professionnel, ainsi que de modules complémentaires le préparant à son exercice future sur une zone sous dense. Il s'agirait ainsi de valoriser le CESP par des mesures portant sur la formation initiale et qui au plan international sont reconnues attractives. Cette valorisation du contrat ouvrirait du même coup la possibilité de recruter les candidats les plus susceptibles de s'installer en zones déficitaires, améliorant encore l'efficacité du dispositif.

¹⁶⁰ « Le post internat – constats et propositions », op. Cit. p. 81

¹⁶¹ Ceci nous a été confirmé par le Pr Luet, professeur de médecine générale à la faculté de médecine de Caen, entretien du 24 mars 2011

Conclusion

Nous l'avons très vite constaté, la France n'a pas développé de recherche propre à la santé sur les territoires ruraux. Le manque se situe sur plusieurs niveaux. L'espace rural répond à des définitions plurielles du fait de l'étalement urbain et de son caractère de moins en moins agricole. Les typologies des zonages amènent à aborder le rural par défaut de l'urbain. Et lorsqu'une typologie, comme celle de la DATAR, s'applique aux zones rurales, ces territoires n'ont pas fait l'objet de recherche spécifique sous l'angle de la santé. Notre expérience professionnelle et la collation de recherches ciblées nous ont permis cependant de dégager des spécificités, tant de besoins que du point de vue de la pratique des professionnels de santé. Nous ne pouvons que souhaiter le développement d'une recherche qui « chausse les lunettes de la santé » sur les territoires identifiés comme fragiles dans leurs perspectives de développement économique et social.

En effet, l'absence de recherche dans le domaine de la santé pour ces territoires empêche le développement d'une formation à la médecine rurale et sa valorisation. Il nous semble également que ce manque amène à réduire la question des soins de premier recours en zones rurales fragiles à celle de la démographie des professionnels de santé. Les dispositifs mis en place se privent de valoriser les atouts de l'exercice dans ces zones. Or l'attrait pour une pratique qui fait appel à une palette de compétences élargies nous semble par exemple un point fort, à valoriser. La condition est de l'accompagner par une formation adaptée et la possibilité effective de maintenir les compétences avancées nécessaires à l'exercice sur ces territoires. L'exercice en zone rurale valorise la dimension sociale de la médecine. Le rapport avec la patientèle, l'insertion dans l'environnement socio-économique, le mode de vie, constituent des éléments possibles de motivation, aujourd'hui non activés.

Pour assurer à la fois l'attractivité des métiers, de l'installation dans ces zones et la réponse aux besoins des populations, il importe d'articuler les interventions et de prendre en compte le lien entre démographie, organisation de l'offre et formation. Nos ébauches de propositions se situent dans cette perspective. Le pilotage à l'échelle des ARS permettrait d'assurer la cohérence globale, par exemple dans le cadre des futures plateformes régionales d'appui aux professionnels de santé..

Enfin, les résultats de l'étude québécoise sur les conditions d'accès aux services de santé des communautés rurales et éloignées, nous incitent à souligner le risque, pour ces zones, de la normalisation d'une organisation type. L'accent est porté sur la prise en compte des contextes locaux et l'adaptabilité des solutions. A l'heure de la rigueur budgétaire, il nous semble important de garder à l'esprit que les solutions adoptées doivent préserver l'efficacité. En l'absence d'efficacité, il n'y a plus d'efficience.

Liste des personnes contactées ou rencontrées

Ministère de la Santé ; direction de la sécurité sociale

- Dr Marine Jeantet, conseillère médicale du directeur, chargée du pilotage des nouveaux modes de rémunération en ambulatoire

Haut comité pour l'avenir de l'assurance maladie

- M J.P Viquant, secrétaire général

Agence régionale de santé Basse Normandie

- M. P.J. Lancry, directeur général
- Mme M. C. Quesnel, présidente de la CRSA

Professionnels de santé du premier recours

- 6 médecins de zones rurales fragiles des départements de la Manche et du Calvados. Parmi eux 2 exercent en zone rurale vieillie et les 4 autres dans des bassins ruraux ouvriers, plus denses. Un 7^{ème} entretien a été mené avec un médecin de l'Orne, récemment à la retraite mais sans successeur, sur une zone positionnée par la DATAR zone rurale en transition.
- 5 infirmières sur 4 cabinets de zones rurales fragiles (dont 3 en rural ouvrier) de la Manche et du Calvados.
- Un assistant pharmacien de la Creuse, zone rurale agricole vieilli et peu dense

CCMSA

- Dr J. L. Deutscher, adjoint au médecin conseil national
- Dr. F. Frete, médecin conseil
- M. A. Pelc, directeur de la direction des Etudes, des répertoires et des statistiques

Caisses de MSA

- M. B. Deyris, responsable MSA services côtes normandes
- Dr P Dubois, médecin conseil chef MSA côtes normandes et coordonnateur MSA Basse Normandie
- Mme M.C. Fillatre, chargée de mission ingénierie sociale MSA Sud Aquitaine
- Dr V. Fouques-Duparc, médecin conseil MSA Haute-Normandie
- Dr JJ. Laplante, directeur santé MSA Franche Comté
- Dr A. Morel, médecin chef santé sécurité au travail MSA côtes normandes
- Dr C. Pougel, médecin conseil chef MSA Sud Aquitaine

Enseignants et chercheurs

- Pr Luet, professeur de médecine générale à la faculté de médecine de Caen
- Mme Saillat, directrice école infirmière de Saint Lô
- Mme M.J.Vaugoyeau, directrice école infirmières Croix Rouge de Limoges
- M. G. Salem, professeur, directeur du laboratoire espace santé et territoires, université Paris ouest, Nanterre La Défense
- M. S. Rican, maître de conférences, département de géographie, université Paris ouest Nanterre La Défense
- Mme Z. Vaillant, maître de conférences, département de géographie, université Paris ouest Nanterre La Défense

Syndicat de moyens des internes de médecine générale bas-normands (SIMBAN)

- M. T. Raginel, président

Colloques, congrès, interventions

- Assises de l'AGHL des 24 et 25 septembre 2010 à Alise Sainte Reine
- « Les maisons de santé : du concept à la pratique. Journée d'étude organisée sous l'égide de la Fédération française des maisons et pôles de santé et de l'union nationale des réseaux de santé, avec le soutien institutionnel de Pfizer, le 5 avril 2011
- « Cancers et agriculture », intervention du Dr P. Lebailly, enseignant chercheur, université de Caen, le 25 novembre 2010 à la MSA côtes normandes
- « Développer une politique de santé sur les territoires ruraux : quel rôle possible pour les intercommunalités ? », organisé par Mairieconseils avec la participation de la Caisse des dépôts et de la MSA, jeudi 9 juin 2011

Australie

- Mme Lou Andreatta : principal adviser, Office of rural health
- Pr Amanda Barnard, vice-doyen, Rural clinical school, school of general practice, rural and indigenous health, Australian national university
- M Rob Cameron, assistant secretary, rural health services and policy branch
- Mme Karen Cook, chief executive officer, Nursing and midwifery council
- M. Richard Dennis, executive director, the Australian institute health and welfare
- M. Gary Dolman, head of bureau, bureau of infrastructure, transport and regional economics, Department of infrastructure, transport, regional development and local government
- M. Gordon Gregory, executive director, Rural health alliance

- M. Barny Lee, assistant secretary, workforce distribution branch, department of health and ageing
- M. Steve Sant, chief executive officer, Rural doctor association in Australia
- Dr Charles Sleiman, vice president, Australian capital territory Division of general practice

Ambassade de France à Camberra

- Mme Laurence Beau, conseiller politique
- M. Marc Trouyet, premier conseiller

Bibliographie

Rapports

- C Aubin, C. Daniel, Dr F Schaezel IGAS et A Billon, P Blamont, A Eliot, J Veyret, IGAENR, avec la participation de C Bizot, stagiaire IGAS, rapport conjoint de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) : « le post internat – constats et propositions », juin 2010
- Y Berland, président du rapport « La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner », 2007
- M. Berthod-Wurmser, R Ollivier, M Raymond, membres de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et S Villiers et D Fabre, membres du Conseil général de l'agriculture, de l'alimentation et des espaces ruraux (CGAAER) in « Pauvreté, précarité, solidarité en milieu rural », rapport IGAS et CGAAER de septembre 2009
- Rapport de l'INSEE (avec la participation de IFEN, INRA, SCEES) pour la DATAR, juillet 2003 : « structuration de l'espace rural : une approche par les bassins de vie »
- E. Jeandet-Mengual et J.B.de Reboul, membres de l'IGAS, « Analyse et modalités de régulation de l'offre globale en soins infirmiers ». Note définitive, février 2008.
- D. Polton, H Mauss in « Territoires et accès aux soins », Rapport du groupe de travail, La Documentation française. Janvier 2003

Etudes

- M Aïsseni-Delaunay, V Desquesne, ARS Basse Normandie, P Despres, ORS Basse Normandie et E. Navallou, INSEE, in « Construction des territoires de santé en Basse Normandie », Cent pour cent Basse Normandie, N° 210, décembre 2010, publication INSEE Basse Normandie.
- M Aulagnier, Y Obadia, A Paraponaris (Inserm unité 379), B Saliba-Serre (Inserm unité 379), B Ventelou (Inserm unité 379, Gregam-CNRS), P Verger et les membres du comité de pilotage, Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS-PACA), « L'exercice de la médecine libérale générale, premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises », DREES N° 610, novembre 2007. Les cinq régions concernées par l'étude sont : Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, PACA et Pays de la Loire.
- Actualité et dossier en santé publique, N°21 décembre 1997 : « Recours aux soins par nature selon l'âge (France 1996)
- AFSSET- « santé et environnement- enjeux et clés de lecture- décembre 2005

- Etudes CCMSA, direction des études, des répertoires et des statistiques. Etude réalisée par Nicolas Viarouge pour les salariés agricoles et Jean Claude Chrétien pour les non salariés agricoles, données 2008
- K. Attal-Toubert et M Vanderschelden, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », N° 679, février 2009, DREES
- Muriel Barlet et Clémentine Collin, DREES : « Localisation des professionnels de santé libéraux », 2010
- Etude prospective de la DATAR, CIADT du 3 septembre 2003 : « Quelle France rurale pour 2020 ? Contribution à une nouvelle politique de développement rural durable »,
- Y. Bourgueil, P. Le Fur, J. Mousquès, E. Yilmaz, in « la coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2. Evaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE. IRDES. Décembre 2008
- Y Bourgueil, J Mousquès, A Tajahmadi, in « Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France », IRDES N° 1635, juin 2006
- Y Bourgueil, J Mousquès, A Tajahmadi, « Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature », Questions d'économie de la santé, N° 116, décembre 2006
- Y Bourgueil, J Mousquès, A. Marek, A Tajahmadi in « Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France », Bulletin d'information en économie de la santé, Questions d'économie de la santé, N° 122, mai 2007
- Etude AMI, Approche multidimensionnelle intégrée, conduite par le Professeur Dartigues de l'université de Bordeaux 2
- Etude FNARS Bourgogne et IRTESS : « étude sur les processus d'exclusion et d'insertion en milieu rural », janvier 2009
- HCSP, 2009 : « Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité »,
- INSEE Première N° 1162
- ISNAR-IMG : «enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale », 21 juillet 2010-1er janvier 2011, résultats partiels
- Etude Pestexpo menée par le GRECAN, présentée à la MSA Côtes normandes en juin 2006
- Etude « Santé et milieu rural. Une démarche exploratoire menée par trois URCAM », par les URCAM de la région Aquitaine, Languedoc Roussillon, Franche Comté, avec le soutien de la CCMSA et l'appui méthodologique du CREDES, avril 2002
- «Vivre dans une collectivité rurale plutôt qu'en ville fait-il vraiment une différence en termes de santé et de bien-être ? », Institut national de santé publique du Québec, janvier 2004
- « Entre adaptabilité et fragilité : les conditions d'accès aux services de santé des communautés rurales et éloignées », centre de recherche de l'hôpital Charles Lemoyne, octobre 2009 (Quebec)

- Evaluation of the University departments of rural health programs and the Rural Clinical schools program, novembre 2008, par Urbis

Articles de recherches

- J. Aquavella et alii, « cancer among farmers : a metanalysis. Ann. Epidemiol 1998 ; étude financée par la firme Monsanto
- Baldi, P Lebailly in « Cancers et pesticides », La revue du praticien, vol 57, 15 juin 2007, PP 40 à 44
- Blair et alii « Clues to cancer etiology from studies of farmers. Scand J Work Environ. Health 1992, National Cancer Institute
- NC Campbell, LD Ritchie, J Cassidy and J Little : « Systematic review of cancer treatment programmes in remote and rural areas », in British journal of cancer (1999)
- O. Dejardin, L Remontet, AM Bouvier, A Danzon, B Trétarre, P Delafosse, F Molinié, N Maarouf, M Velten, EA Sauleau, N Bourdon-Raverdy, P Grosclaude, S Boutreux, G De Pourville and G launoy, in "Socioeconomic and geographic determinants of survival of patients with digestive cancer in France", British Journal of Cancer (2006)
- O. Dejardin and alii, op. cit. ; S Blais, O dejardin, S Boutreux, G launoy in "social determinants of access to reference care centers for patients with colorectal cancer – a multilevel analysis" in European journal of cancer 2006
- Dejardin, A-M Bouvier, C Herbert, M Velten, A Buemi, P Delafosse, N Maarouf, S Boutreux, G Launoy in " Social and geographic disparities in access to reference care site for patients with colorectal cancer in France", in British journal of cancer, 10 mai 2005
- N Desoubeaux, C Herbert, G Launoy, J Maurel, M Grignoux : « Social environment and prognosis of colorectal cancer patients : a french population-based study" in International Journal of Cancer , 1997
- Diann Eley and Peter Baker, School of medicine, Queensland, in "Does recruitment lead to retention ? Rural Clinical School training experiences and subsequent intern choices », publié en février 2006.
- RM Glazebrook, SL Harrison in "obstacles to maintenance of advanced procedural skills for rural and remote medical practioners in Australia", in the "international electronic journal of rural and remote health research, education, practice and policy", 2006
- Professeur MF Le Goaziou, "l'équipement du cabinet médical" sur le département de l'Ain, in « la revue Exercer », novembre-décembre 2003, N° 67
- Grimaud, S Bayat et J Chaperon in « Mortalité urbaine et rurale en Bretagne », société française de santé publique, santé publique 2004/3, N° 43, p. 499-508
- JA Henry, BJ Edwards, B Crotty in "Why do medical graduates choose rural careers ?", publié en février 2009
- Z Heritage, O Grimaud : « Niveau de santé perçue plus élevé dans les communes rurales : quel impact sur le recours aux soins ? », Ecole des hautes études en santé publique, Rennes, 2008

- V Kovess-Masfety, X. Lecoutour, S Delavelle in "Mood disorders and urban/rural settings, comparisons between two french regions"
- V Kovess-Masfety, J Alonso, R De Graaf, K. Demyttenaere in "A European approach to rural-urban differences in mental health" : the ESEMedD 2000 comparative study
- V. Kovess-Masfety, G Lebreton_Lerouillois, F Gilbert : « utilisation du système de soin en santé mentale et planification. Données régionales et intrarégionales » in « L'encéphale » (2007), supplément 5
- M.J. Moquet, in « inégalités sociales de santé : des déterminants multiples », dossier « comment réduire les inégalités de santé », La santé de l'homme, N° 307, pp 17-19, septembre octobre 2008
- BH Nicot, « urbain –rural : de quoi parle-t-on ? » Sirius, Université Paris XII, juin 2005
- C Nicourt et J.M. Girault, institut de recherche agronomique (INRA), in « Le coût humain des pesticides : comment les viticulteurs et les techniciens viticoles français font face au risque », La revue en sciences de l'environnement, volume 9, numéro 3, décembre 2009
- RW Pegram, JS Humphreys, R Mc Lean in "Meetings the needs of rural and remote Australians for specialist medical care : issues and options", in « Australian Journal of rural health", 2005
- C. Pernet, O Dejardin, F Morlais, V. Bouvie, G. Launoy : « socioeconomic determinants for compliance to colorectal cancer screening. A multilevel analysis », in Journal epidemiology Community Health (2010)
- C Pernet, O Dejardin, F Morlais, V Bouvier, G Launoy : "Socioeconomic and healthcare supply statistical determinants of compliance to mammography screening programs : a multilevel analysis in Calvados, France", avril 2010, in International Journal of Cancer
- P Stagg, J Greenhill, PS Worley : "A new model to understand the career choice and practice location decisions of medical graduates", publié en novembre 2009
- John Wakerman, John S Humphrey, Robert Wells, Pim Kuipers, Philip Entwistle and Judith Jones, in "Primary health care delivery models in rural and remote Australia - a systematic review", Australian Primary Health Care Research Institute, September 2006
- Nicki Welch : « Understanding of the determinants of rural health », février 2000, National Rural Health Alliance (Australie)

Ouvrages

- Dr Claire Boisbunon, thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine générale, présentée et soutenue publiquement le 3 janvier 2006 à l'Université de Rennes 1 : « Exercer la médecine générale sur les îles bretonnes du Ponant, une vocation ? »
- D. Jacques-Jouvenot et JJ Laplante in « Les maux de la terre, regards croisés sur la santé au travail en agriculture », 2009, éditions de l'Aube, p. 48.
- C Pougel, médecin conseil MSA Sud aquitaine : « les entretiens individuels avec les médecins généralistes : un préalable indispensable à la décision d'accompagner des projets de Maisons de santé

rurales », mémoire pour l'inscription sur la liste d'aptitude de médecin conseil chef de la Mutualité sociale agricole, octobre 2010.

- Salem G, Rican S, Jouglu E: « Atlas de la santé en France : les causes de décès », volume 1 John Libbey eurotext, 1999
- G Salem, S Rican, ML Kürzinger, "Atlas de la santé en France, volume 2, John Libbey eurotext, 2006
- Jean-Charles Vauthier, thèse de docteur en médecine : « l'exercice de la médecine générale en milieu rural en Lorraine : état des lieux, enquête sur les modalités actuelles et les perspectives futures, proposition pour le développement des maisons de santé en milieu rural », le 18 janvier 2006, Université Henri Poincaré, Nancy 1

Autres articles

- M-H Bréchoire, in Actusoins, newsletter du 13/10/ 2010
- Cyrille Dupuis « Début des négos conventionnelles, plan démographie », in le Quotidien du médecin, lundi 28 mars 2011
- Communiqué de presse de l'Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux (ONSIL), Toulouse, le 13 janvier 2011, dans le cadre de la campagne aux élections des Unions régionales des professionnels de santé (URPS).

Glossaire

AFSSET aujourd'hui fusionnée dans l'ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

AGHL : association des généralistes des hôpitaux locaux

AIS : Acte infirmier de soin

AMI : Acte médical infirmier

ARH : Agence régionale de l'hospitalisation

ARS : Agence régionale de santé

ASALEE : Action de santé libérale en équipe

CBP : Contrat de bonne pratique

CCMSA : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole

CESP : Contrat d'engagement de service public

CIADT : Comité interministériel pour l'aménagement du territoire

CNGE : Conférence nationale des généralistes enseignants

CRSA : Commission régionale de santé et de l'autonomie

CSI : Centre de soins infirmiers

DATAR : Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale

DCEM : Deuxième cycle des études médicales

DGOS : Direction générale de l'organisation des soins

DRDR : Dotations régionales de développement des réseaux

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ESAT : Etablissement et service d'aide par le travail

ETP : Education thérapeutique du patient

FAQSV : Fonds d'aide à la qualité des soins de ville

FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

EPHAD : Etablissement pour l'hébergement des personnes âgées dépendantes

FFMPS : Fédération française des maisons et pôles de santé

FNARS : Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale

HAS : Haute autorité de santé

HPST : Hôpital patients santé et territoires

IFSI : Institut de formation aux soins infirmiers

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IPCEM : Institut de perfectionnement en communication et éducation médicale

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

IRTS : Institut régional de formation des travailleurs sociaux

ISNAR-IMG : Inter syndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale

MSA : Mutualité sociale agricole

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

NMR : Nouveaux modes de rémunération

ONSIL : l'Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux

PRS : Projet régional de santé

RSI : Régime social des indépendants

SASPAS : Stage autonome en soins primaires supervisé

SSR : Soins de suite et réadaptation

URML : Union régionale des médecins libéraux

URPS : Union régionale des professions de santé

USLD : Unité de soins de longue durée

SEGESA : Société d'études géographiques économiques et sociologiques appliquées

SIMBAN : Syndicat de moyens des internes de médecine générale bas-normands

SROS : Schémas régionaux d'organisation des soins

SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile

URCAM : Union régionale des caisses d'assurance maladie

ZAU : Zonage en aires urbaines

ZAUER : Zonage en aires urbaines et en pôles d'emplois de l'espace rural

ZPIU : Zones de peuplement industriel et urbain

Annexes

Annexe 1 : Définition simplifiée du Zonage en aires urbaines et en aires d'emploi de l'espace rural (ZAUER),

Annexe 2 : grille et entretiens médecins,

Annexe 3 : grille et entretiens infirmiers,

Annexe 4 : Protocoles de coopération et nouveaux modes de rémunération

Annexe 5 : couleur santé, carte du nombre de prescription par canton au 31/12/2010

Annexe 6 : pays de santé, une expérimentation de santé publique menée par la MSA et Groupama

Annexe 7 : Etude «Comment organiser l'offre de soins de proximité dans les zones rurales peu denses ?» - l'expérience Australienne

Définition simplifiée du Zonage en aires urbaines et en aires d'emploi de l'espace rural (ZAUER)¹⁶²

Espace à dominante urbaine

- Aires urbaines
 - Pôles urbains (354 pôles représentant 3100 communes)
Unités urbaines (agglomérations) comptant 5 000 emplois ou plus
 - Couronnes périurbaines (10 808 communes)
Communes (ou unités urbaines) dont 40% ou plus des actifs résidents travaillent hors de la commune (ou de l'unité urbaine) mais dans l'aire urbaine
- Communes multipolarisées (4122 communes)
 - Communes (ou unités urbaines) dont 40% ou plus des actifs résidents travaillent dans plusieurs aires urbaines, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles.

Espace à dominante rurale

- Aires d'emploi de l'espace rural
 - Pôles d'emploi de l'espace rural (525 pôles représentant 973 communes)
Communes (ou unités urbaines) n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine comptant 1500 emplois ou plus
 - Communes des pôles d'emploi de l'espace rural (832 communes)
Communes (ou unités urbaines) n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine dont 40% ou plus des actifs résidents travaillent hors de la commune (ou de l'unité urbaine) mais dans l'aire d'emploi de l'espace rural
- Autres communes de l'espace à dominante rurale (16 730 communes)
 - Communes ou unités urbaines n'appartenant ni à l'espace à dominante urbaine ni à une aire d'emploi de l'espace rural.

Bassins de vie¹⁶³

Le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel ses habitants ont accès aux principaux services et à l'emploi. La délimitation des « bassins de vie » résulte d'une opération d'agrégation en deux étapes, à partir des données publiées dans la « carte des territoires vécus » de 2002.

La première étape consiste à procéder à un regroupement à partir des 4054 « pôles de services intermédiaires » et leur aire d'influence, ou communes bien équipées, selon les règles suivantes : les unités urbaines sont considérées d'un seul bloc (des équipements importants sont souvent situés dans une commune centre ; c'est la globalité des équipements de l'unité urbaine qui a alors du sens) ; les bassins disposant de moins de 7 équipements intermédiaires sur les 16 de la gamme ont été rattachés au bassin le plus attirant. On obtient 2812 bassins de service intermédiaire (BSI), qui sont répartis en deux groupes : un référentiel rural, comprenant les 2641 BSI appuyés sur une commune ou une unité urbaine de moins de 30 000 habitants en 1999 ; un référentiel rural élargi qui y ajoute la périphérie des 171 BSI : ces BSI sont donc privés de leur pôle qui est un pôle urbain comptant plus de 30 000 habitants.

Une seconde étape de regroupement est ensuite opérée, dans les BSI du référentiel rural restreint, sur la base de leur niveau d'équipement.

On obtient ainsi 1916 bassins de vie, dont :

- 1745 dans le référentiel rural restreint, qui représentent 28 017 communes, 21,2 millions d'habitants et 429 000 km²

¹⁶² « Rapport du groupe de travail « structuration de l'espace rural : une approche par les bassins de vie », op. cit. annexe 3 du rapport, source INSEE, recensement 1999

¹⁶³ in « Quelle France rurale pour 2020 ? Contribution à une nouvelle politique de développement rural durable », étude prospective de la DATAR, CIADT du 3 septembre 2003, annexe 2, note méthodologique, p. 57

- 171 dans le référentiel rural complémentaire, qui représentent 6043 communes, 4,5 millions d'habitants et 82 000 km²

Typologie des cantons¹⁶⁴

Source : Segesa pour l'étude du commissariat général au plan

a) Constitution de la base cantonale

Le choix du canton comme niveau d'analyse des diversités et des transformations du milieu rural correspond à la volonté de disposer d'un niveau géographique fin, relativement comparable dans l'espace et doté de nombreuses statistiques sur la durée. La maille cantonale a cependant été adaptée dans le cas des périphéries de petites villes, qui ont parfois vu leur territoire découpé en de nouveaux cantons, par des fractionnements non réguliers. Dans certains cas ils ont été reconstitués dans leurs anciennes limites. Ont été exclus de l'analyse certains cantons à dominante urbaine (cantons dont 100% de la population habite un pôle urbain, selon le zonage en aires urbaines de 1996, construit sur le recensement de la population de 1990 – à l'exception toutefois des cantons entièrement urbains de densité inférieure à 150 habitants au km² en 1999 - ; cantons de densité d'au moins 500 habitants/km², cantons comptant plus de 100 000 habitants.) L'analyse porte donc sur 2726 cantons, réduit par la suite si les analyses révèlent des cas par trop spécifiques.

b) Choix des critères

Après plusieurs analyses factorielles et de corrélation, 24 critères relativement indépendants (et issus des grandes enquêtes RGP, inventaire communal) ont été retenus couvrant essentiellement les données de peuplement, la structure démographique, les caractéristiques de l'emploi, les groupes socioprofessionnels et le logement.

¹⁶⁴ in « Quelle France rurale pour 2020 ? Contribution à une nouvelle politique de développement rural durable », étude prospective de la DATAR, CIADT du 3 septembre 2003, annexe 2, note méthodologique, p. 57

Entretiens médecins- grille d'entretien

Durée : 30 mn

Noter les données suivantes : âge, sexe, profession, durée d'installation, exercice isolé ou en groupe, cabinet pluri-professionnel ou pas.

Pourquoi exercez-vous en milieu rural ? Qu'est-ce qui vous a amené à exercer là où vous êtes ? Et si c'était à refaire ?

Qu'est ce qui, d'après vous, peut différencier votre pratique de celle d'un médecin de ville ?

Dans les actes pratiqués ?

Dans le nombre de visites à domicile ?

Dans l'implication /permanence des soins et régulation des urgences ?

Dans la relation avec les autres professionnels de santé ?

Dans la relation avec les spécialistes, l'hôpital ?

Dans la relation avec votre patientèle ?

Dans la relation avec l'environnement social et politique (associations d'aides au maintien à domicile, CCAS, maisons de retraite, ...) ?

Quelle perception de l'isolement : professionnel, familial, ... ?

Votre formation initiale vous a-t-elle bien préparé à travailler dans cet environnement ?

Avez-vous des besoins spécifiques de formation continue ? Trouvez vous la réponse à vos besoins ?

Comment voyez vous l'avenir de votre exercice ?

Qu'est ce qui serait bien pour demain ?

Exploitation Entretiens médecins, 1ère partie

Type d'entretien Caractéristiques Organisation du travail	Motivation / installation	Anonymat Proximité Clientèle	Vie sociale Et culturelle	Relations avec les autres professionnels de santé et paramédicales
<p>N°1, 30 km</p> <p>Femme de - de 45 ans, installée depuis 5 ans cabinet avec 4 médecins travaille 4j /semaine secrétariat dans cabinet médical de 8-9 visites à domicile par jour est passé à 4-5 avec le chgt des modes de garde</p>	<p>A été avant remplaçante pdt 10 ans en ville et campagne. Choix du mode de vie rural « On y vient parce que on l'aime »</p> <p>Choix de la clientèle rurale pour sa fidélité et moindre exigence de disponibilité immédiate du médecin, plus de patience</p> <p>Plus grande diversité d'activités que en ville</p> <p>Contente de son choix.</p>	<p>Originaire de la commune</p> <p><u>Je suis d'ici</u>. Les gens connaissent ma famille. Ce n'est pas un pb.</p> <p>Par contre <u>je me protège/préserve des temps hors professionnels</u>.</p> <p>Les gens ici ne font pas la différence entre le professionnel et le temps de loisir.</p> <p>Je ne fais pas mes courses dans le village, je ne fais pas le marché</p>		<p>Ici on se connaît tous : infirmiers, kiné</p> <p>C'est le <u>rapport direct</u> : chacun passe au cabinet prendre les ordonnances</p> <p>On organise facilement une visite commune avec l'infirmière pour discuter ensemble du traitement, de la prise en charge.</p> <p>Pour l'accès au spécialiste, pas de pb, si on prend le temps de lui téléphoner soi-même (nots psychiatre)</p> <p><u>Psychiatrie</u>, pas de pb pour cas lourds</p> <p><u>Oncologie</u> : suivi à cherbourg, si pb ponctuel, appel direct</p>

<p>Type d'entretien Caractéristiques Organisation du travail N°2, 2h</p> <p>Homme, 62 ans, a exercé pendant 30 ans en campagne, <u>a cessé depuis 2 ans (retraite)</u></p> <p>18 ans avec un associé puis seul pendant 12 ans. A toujours eu un secrétariat (même si mi temps avec exercice en solo)</p> <p>Médecin sapeur pompier Correspondant SAMU Enseignant à la fac de médecine générale depuis 1990</p> <p>Coordonnateur EPP</p> <p>5-6 jours sur 7 (faire confirmer) adaptation des horaires de</p>	<p>Motivation / installation Choix de la médecine générale Choix d'exercer en campagne</p> <p>Pas de regret pour les 2 choix. A été remplaçant en région parisienne, travail qualifié « d'abattage » pour les remplacements de jour et risqué pour les remplacements de nuit (agression)</p> <p><u>Choix familial en 1</u> : plus de temps en famille, cadre plus adapté aux enfants, choix partagé avec la conjointe</p> <p><u>Choix professionnel en 2</u> : choix d'une autre relation avec le patient, refus d'un système de consommation de soins</p> <p>Les patients acceptent d'attendre quand il y a une urgence. (y compris dans ses</p>	<p>Anonymat Proximité Clientèle</p> <p>Tout est venu par les enfants : inscription à l'école locale, participation à la vie associative, sportive. <u>On s'est immergé dans la vie locale en tant que citoyen.</u></p> <p>Pas difficile</p> <p>La seule chose : <u>discipliner le patient sur la frontière entre vie professionnelle et vie autre.</u> Bonne acceptation des clients.</p> <p><u>Le secret médical prend ici tout son sens</u> : tout entendre sans rien manifester. Contre vents et marées. « Tous les coups sont permis, tout le monde vit dans le même bocal ». Base de la confiance avec le patient.</p> <p>Le médecin représente quelque chose s'il sait tenir</p>	<p>Vie sociale Et culturelle</p> <p>Refus de faire coexister engagement politique et la pratique médicale : trop d'interrogations sur la compatibilité entre compromissions politiques et les valeurs de la médecine.</p> <p>Renoncement aux activités : « Pour un concert : plus de 3h aller-retour, c'est impensable après une journée de travail chargée ».</p> <p>Organisation co voiturage pdt des années pour que les enfants puissent accéder aux loisirs et à la culture</p> <p>Engagement dans les EPU et l'enseignement à la fac pour pallier à l'isolement intellectuel et l'absence de ressources techniques et</p>	<p>Relations avec les autres professionnels de santé et paramédicales</p> <p>Pas de souci sur ce plan. J'ai rencontré tous mes collègues, confrères et autres professionnels de santé à mon arrivée dans le canton. J'ai passé une sorte de convention avec eux : relation confraternelle, respect des règles de déontologie. Ma porte était ouverte et la relation téléphonique pour la mise au point de la prise en charge. Coordination informelle mais réelle.</p>
<p>travail à l'activité des patients (activité agricole laitière, prise en compte des heures de traite). Diminution du nombre de visites par l'éducation du patient. A survi les évolutions de la vie du canton : augmentation du nombre de salariés qui travaillent en ville. Restent des visites pour les personnes dans l'incapacité de se déplacer : tout le monde n'a pas une voiture.</p>	<p>dernières années de carrière) Fidélisation de la clientèle. Partage de « philosophie »</p> <p><u>L'engagement</u> du médecin en zones rurales est différent de celui du médecin en ville.</p> <p>Le médecin rural est médecin traitant avant l'heure : il n'y a pas de contrat écrit mais un engagement moral avec le patient.</p>	<p>ses fondamentaux/valeurs de la médecine qu'il représente.</p> <p>La conciliation médecin et engagement politique comporte de gros risques pour le respect de l'éthique médicale : le contrat moral avec le patient est sans limite de durée, même si ce patient n'est plus votre client...</p>	<p>avoir un réseau de correspondants.</p>	
<p>Type d'entretien Caractéristiques Organisation du travail N°3, 40 mn</p> <p>Homme, 63 ans, cabinet médical 4 médecins, secrétariat, installé depuis 30 ans ici. Travaille 5 jours par semaine, 13 heures par jour. Voudrait travailler moins. Prend 11 semaines de congé réparties toutes les 7 semaines 10</p>	<p>Motivation / installation</p> <p>Le hasard. A fait des remplacements. Voulait être gastroentérologue. En charge de famille, a dû s'installer. Connaît bien la région : originaire de Cherbourg.</p> <p>« Les gens nous font confiance. Mais ça change, l'exercice se rapproche de celui de la ville. »</p>	<p>Anonymat Proximité Clientèle</p> <p>Ah oui, l'autre vendredi, j'avais fini ma journée, je voulais lire tranquillement et puis j'ai été appelé par mon voisin. Effectivement, il était mal et je suis resté jusque près de minuit.</p>	<p>Vie sociale Et culturelle</p> <p>Pas possible. Mon travail c'est ma vie tout court. La seule solution est de partir, fuir. Vacances toutes les 7 semaines pour 10 jours</p>	<p>Relations avec les autres professionnels de santé et paramédicales</p> <p>Bien sûr, il faut trouver des solutions : exemple : ce monsieur qui sort de l'hôpital, j'ai eu sa femme en pleurs. Il n'est plus en HAD et le SSIAD ne veut pas le prendre. Je vais contacter tout le monde et notamment le SSIAD pour voir ce qui peut être fait.</p>

<p>jours de congé à chaque fois) Normalement ne travaille pas le vendredi mais en fait si : assure la coordination EPHAD, rattrape son retard, vient quand même car a mal dormi, du fait retard. ... « Je suis médecin coordonnateur de l'EPHAD, par nécessité, car il fallait quelqu'un et il n'y avait personne d'autre ». « Gros pb : gérer la fatigue, le stress. A écouter les gens, leurs pbs, on y laisse des plumes »</p>	<p>« L'intérêt c'est de voir les gens dans la durée : j'ai la chance d'avoir des patients que j'ai connu jeunes. Ex : une patiente, mon premier frottis de col utérus, cancer, et elle est toujours en vie ». « Avec le temps la clientèle nous suit : d'où une clientèle aujourd'hui plus âgée. »</p>			
<p>Type d'entretien Caractéristiques Organisation du travail</p>	<p>Motivation / installation</p>	<p>Anonymat Proximité Clientèle</p>	<p>Vie sociale Et culturelle</p>	<p>Relations avec les autres professionnels de santé et paramédicales</p>
<p>N°4 40 mn Homme, 61 ans, en maison médicale depuis 5 ans : 3 médecins indépendants, 4 infirmières associées, 1 podologue, 1 kiné 5 heures de secrétariat par</p>	<p>Choix du milieu rural. Connais seulement les patients de ville qui viennent en vacances sur la côte. Est originaire de la commune où il travaille. « Je suis indéracinable. Je n'aime pas la ville. C'est une question de qualité de vie.</p>	<p>« Avant mon cabinet était à côté de ma maison. J'ai très rarement été dérangé en dehors du cabinet. L'absence d'anonymat ne me dérange pas. Je n'aime pas l'anonymat, je crois. Oui, ça m'oblige à réfléchir avant de faire une course de 5 mn, car</p>	<p>« Rien qui demande la ville. On est à 15 mn de la mer. Je fais du kayak de mer quand je veux. Je ne suis pas un mec de loisirs. »</p>	<p>« Avec les collègues généralistes : on s'interpelle spontanément au sein du cabinet. Si on patauge, à deux, il y en a toujours un qui sait mieux que l'autre. On est conscient de nos limites. Aucun pb avec les collègues spécialistes : ah depuis, 4-5</p>

<p>jour partagé avec un collègue du cabinet. Installé depuis 30 ans. A donc exercé seul pendant plus de 25 ans (mais aurait souhaité au départ s'installer en groupe). A d'abord fait des remplacements mais toujours en rural. N'a jamais exercé en ville. A connu la médecine de ville à la fac. Travaille 5 jours/7, environ 11h par jour. Prends moins d'un mois de vacances par an, jamais plus de 10 jours d'affilée, mais ce n'est pas un pb (un choix)</p>	<p>C'est « un tout », la différence de clientèle s'estompe entre la ville et la campagne, je crois. La clientèle urbaine est plus exigeante, mais avec internet ça change, même ici. »</p>	<p>ça va en prendre 20, mais sinon, quand je fais mes courses, les autres sont déjà rentrés chez eux.</p>		<p>ans j'ai découvert les réseaux (asthme, diabète, ...), mais ça n'a rien changé : je faisais du réseau avant sans le savoir. » SSIAD, HAD, ADMR, il y a tout ça, mais je ne rentre pas dedans. Pas de contacts directs »</p>
<p>Type d'entretien Caractéristiques Organisation du travail</p>	<p>Motivation / installation</p>	<p>Anonymat Proximité Clientèle</p>	<p>Vie sociale Et culturelle</p>	<p>Relations avec les autres professionnels de santé et paramédicales</p>
<p>N° 5 1h Homme, 58 ans, cabinet de 4 médecins avec 1 orthophoniste, 1 diététicien. Projet maison de santé (avec les 2 cabinets infirmiers : 5,5</p>	<p>Choix du lieu, entre la région d'origine de son épouse (Picardie) et la sienne (Bretagne). Volonté de vivre et travailler en milieu rural. « C'est le seul endroit où l'on fait encore de la médecine générale vraie.</p>	<p>Ca ne me gêne pas. Je vis à 40 m d'ici, mais j'ai une résidence secondaire à 50 km. Quand je suis à X (lieu de résidence), je ne me repose pas : les gens sont très corrects, mais c'est moi qui ne peut pas m'empêcher</p>	<p>Pas évoque</p>	<p>Pas de pb. SSIAD, HAD, infirmière : on se contacte facilement. intervient à l'hôpital local. "L'hôpital local est un outil extraordinaire pour la qualité</p>

<p>inf., 1 orthophoniste, 1 diététicien, 2 kiné, 1 pédicure, réseau de santé du Bessin). Un secrétariat médical. Installé depuis 30 ans. A fait des remplacements en rural et urbain, a été 1 an interne au CHS de Picauville. Travaille 12 h/jour, 5 jours sur 7. conge : pas noté</p>	<p>Intellectuellement, c'est très intéressant. Bien sûr, je referais le même choix. C'est une médecine entière, avec toutes les pathologies, toutes les générations. Je fais VRAIMENT de la médecine de soins primaires : c'est la 1^{ère} offre de soins dans toutes les pathologies. Il n'y a pas de tri ni de pathologie, ni de patient. Je suis les gens dans le temps. <u>Je suis le spécialiste des maladies chroniques.</u> Je tiens à le dire. Je fais de la prévention, je fais de l'éducation thérapeutique mais au cabinet, donc elle n'est pas bien faite. Je vais aussi dans les lycées (prévention. Gratuitement). On a une bonne qualité de soins de la population »</p>	<p>quand je vois un patient de me demander comment il va. Je n'ai pas de relations extra professionnelles ici. Pas d'amis ici, en dehors des autres collègues. Ça ne me gêne pas</p>		<p>du soin, la qualité pour les patients. C'est une autre médecine, ça m'oblige à rester au point. J'apprends aussi en présence des internes. Il y a les médicaments, les pompes, du personnel compétent et c'est près des gens. Pour les fins de vie, c'est très important. Mais sinon, j'y vais pour le fun car je ne gagne rien à y aller : 23 euros de rémunération pour 1h à 1h30 sur place. Mais je le fais parce que j'aime vraiment ça et que ça me permet de suivre mes patients».</p>
<p>Type d'entretien Caractéristiques Organisation du travail</p>	<p>Motivation / installation</p>	<p>Anonymat Proximité Clientèle</p>	<p>Vie sociale Et culturelle</p>	<p>Relations avec les autres professionnels de santé et paramédicales</p>
<p>N°6 50 mn Homme, 45 ans Cabinet de 3 médecins, 4 infirmières, 1 kiné, 1</p>	<p>D'origine rurale, est à l'aise dans ce milieu. « J'ai fait ma thèse sur les termes médicaux en patois normand.</p>	<p>« Les gens sont respectueux. Bon, il m'arrive régulièrement de voir débarquer les voisins chez</p>	<p>Loisirs : vie à la campagne : cheval ânes, faire son bois.....</p>	<p>« Nous sommes devenus les secrétaires des spécialistes. Il faut passer du temps à leur téléphoner, en plus des</p>
<p>podologue, 5 heures de secrétariat par jour partagé avec un collègue du cabinet. Met le répondeur à l'heure du repas. Installé depuis 6 ans après 10 de remplacement sur la même zone. Juste un peu de remplacement sur gros bourg rural. Commence à 8h45 fait une coupure déjeuner à 13h. Visites de 14h à 16h puis consultations jusque vers 20h, parfois au-delà. Travaille 4 jours une semaine sur deux et 4,5 jours sinon. Voudrait travailler moins.</p>	<p>c'est vous dire l'état d'esprit dans lequel j'étais. Je me suis senti très vite dans mon élément. Qualité de vie/environnement : cheval le week end, la mer n'est pas loin. Ici, c'est VRAIMENT de la médecine générale : énumération des consultations de la journée : psychiatrie, cardiologie, neurologie, pneumologie, traumatologie, diabétologie, pédiatrie, pneumo, gériatrie, pédiatrie, cardio, ... Quand on peut le faire dans de bonnes conditions, c'est merveilleux.</p>	<p>moi, mais ils n'exagèrent pas ». « Je fais régulièrement des visites médicales en patois. C'est naturel. »</p>		<p>courriers qu'on fait. Les spécialistes se servent du médecin traitant pour faire la paperasse et leur passer commande. Pour un IRM, 17 coup de fil au radiologue privé qui ensuite a ses vacances à l'hôpital.</p>
<p>Type d'entretien Caractéristiques Organisation du travail</p>	<p>Motivation / installation</p>	<p>Anonymat Proximité Clientèle</p>	<p>Vie sociale Et culturelle</p>	<p>Relations avec les autres professionnels de santé et paramédicales</p>
<p>N° 7 45 mn Homme, 56 ans, cabinet de 4 médecins hommes avec secrétariat, installé depuis 27 ans et demi, a été interne 2 ans à l'hôpital local de la ville et a fait des remplacements au</p>	<p>« C'est un choix, délibéré » « Par philosophie et attrait : on est médecin de famille. Parallèlement aux soins, il y a plus d'écoute, importance du colloque singulier, connaissance de</p>	<p>« Il faut être super organisé (médecin et maire). Les personnes elles-mêmes font la différence. Ici, au cabinet, on ne parle pas de la mairie. Les gens sont très respectueux et les secrétaires font aussi barrage. Le fait</p>	<p>Maire de la commune. En fait c'est le hasard. Je ne suis pas politique dans l'âme, mais le maire en place a eu un pb de cumul des mandats. J'étais déjà adjoint et... il m'a fait pression pour que je prenne le poste. J'ai donc fait</p>	<p>« Excellentes, aucun problème. Si j'ai un problème urgent au cabinet, je téléphone à l'urgentiste de l'hôpital qui accepte de le prendre. Il sait que si j'appelle, c'est important. »</p>

<p>cabinet où il est installé. N'a donc jamais exercé en milieu urbain. Travaille 12 heures par jour 4,5 jours par semaine. Est <u>maire</u> de la commune. A 30 mn de paperasse tous els jours au minimum.</p>	<p>l'environnement, du milieu dans lequel vivent les gens. Pluralité de la discipline : pédiatrie, 30 % de mon activité (au dessus de la moyenne départementale), gériatrie (moins que la moyenne départementale). On m'a proposé à 49 ans de rentrer à l'hôpital local comme médecin, j'y aurais gagné en temps de travail mais je n'aurais plus fait de pédiatrie, alors j'ai refusé. » « Ici, il y a moins de consumérisme médical, plus de fidélité au médecin, c'est l'importance du rôle du médecin de famille. Les gens vont d'abord voir le généraliste plutôt que de papillonner... ce que le médecin traitant n'a pas complètement résolu en ville (en partie, mais pas complètement). Ici, on est des centralisateurs de la pathologie de l'individu, et quand ça dépasse notre compétence, on est gare de</p>	<p>d'être généraliste aide bien pour être maire : polyvalence, écoute des personnes, les mêmes qualités. »</p>	<p>la fin du mandat et celui là. Après je ne sais pas. C'est très prenant.</p>	
---	---	--	--	--

Annexe 2
Exploitation entretiens médecins 3^{ème} partie.

Numero entretien	Nature des actes	Permanence Des Soins (PDS)	Formation initiale	Formation continue	Avenir
N°1	Ici, <u>les urgences</u> , c'est nous. Pas de proximité à l'hôpital. Suture, qqes actes d'urgence, petits traumatismes ECG d'urgence <u>Gynécologie</u> : frottis, pose de stérilet <u>Pédiatrie</u> Grande diversité d'activité <u>Visites à domicile</u> : évolution forte avec le chgt modes de garde. De 9/10 visites/jour il y a 10 ans à 4/5 aujourd'hui. Les visites concernent l'EPHAD et bcp les P âgées sans moyen de locomotion	1 W End par an Pas de garde en semaine (organisation avec 50 médecins, grand secteur). Mise en œuvre à l'HL de Valognes En semaine : SOS médecins	Je m'y suis bien préparée en tant qu'interne Les jeunes maintenant ont le SASPAS Ce qui m'a manqué : la prise en charge du patient : écouter, comprendre à demi mots, la relation au patient. ça, je ne l'avais pas appris. Aucune formation/pathologies des professionnels agricoles. Je me réfère à un bouquin sur les maladies professionnelles	Adhère à 2 associations : 2 soirées par mois : - 1 avec intervenant sur thème - 1 en groupe de pairs (10 médecins), en conformité avec SFMG	«je ne m'y penche pas vraiment, mais je crois qu'il faudrait le faire» La maison médicale a 25 ans. Faut il ouvrir à d'autres professions, comme les paramédicaux ? Aller vers une maison de santé ? faut il rester entre nous ? en même temps peur de la difficulté à gérer le travail en équipe, évitement des pb relationnels. Il faudrait avoir les moyens de se payer un manager. Possibilité de transfert de compétences, pour dégager du temps médical disponible. Par exemple pour faire de l'ETP de proximité. Ici, les personnes ne sont pas habituées à être prises en charge de façon pluridisciplinaire. Ex pour faire intervenir une diététicienne, c'est une « aventure », il faut s'y préparer. N'a pas eu de successeur, alors

Numero entretien	Nature des actes	Permanence Des Soins (PDS)	Formation initiale	Formation continue	Avenir
N°2	Au maxi sur place. Hôpital à 25 km <u>Urgence</u> , est devenu médecin sapeur pompier pendant 20 ans, et correspondant du SAMU <u>Gynécologie</u> et ALD : <u>prise en charge globale individualisée, dans la continuité</u> . <u>Exercice partagé avec le spécialiste</u> . Ex pour grossesse, assurait le suivi entre les visites du gynécologue obstétricien. Bonne organisation des tâches : pas besoin de voir souvent le patient mais prendre le temps de faire le tour complet Sutures, bottes en résine, contention orthopédique, traumatologie sans gravité, parage de	Tour de garde à 4 médecins : une semaine sur 4 Bonne adaptation à ce rythme de vie	Fac de Bobigny, certificat de médecine générale Le plus dur c'est l'écoute, le respect du patient, l'approche humaine et surtout ne pas mélanger les casquettes. C'est plus dur que de faire le geste technique. Le faux pas est toujours possible. Les jeunes aujourd'hui ont une meilleure formation sciences humaines, mais on survole encore trop, notamment le droit : règles de base du droit, cours de déontologie, raisonnement du texte (le texte en situation)	Formations nécessaires pour être médecin sapeur pompier et correspondant SAMU. Participation EPU, EPP, enseignement à la fac pour garder la connaissance. Nécessité de passer le temps aux formations nécessaires. La DPC est aujourd'hui trop axée sur le savoir technique et thérapeutique : manque de cours et formation sur le droit, le raisonnement déontologique et éthique.	qu'il prenait des stagiaires (stage 6 mois) depuis plusieurs années. <u>Ce sont les conjoints qui ont fait échec à la succession</u> : manque de possibilités culturelles et distance /emploi du conjoint Craintes pour l'avenir : les MSP risquent de coûter très cher aux collectivités locales (coût du plateau technique, risque de coquille vide : est ce que cela suffit à faire venir des professionnels de santé ?) Le choix semble aujourd'hui de se loger là où sont les loisirs quitte à faire la route pour le travail. Cela change le rapport du professionnel de santé avec son environnement. <u>La pratique du métier telle que je l'ai eue est un modèle révolu</u> . La durée du travail des médecins/autrefois s'est divisée par deux : et le phénomène devient général, hommes et femmes. (exemple de son fils, qui fait très peu de visites et rentre le soir chez lui à 19h)

Numero entretien	Nature des actes	Permanence Des Soins (PDS)	Formation initiale	Formation continue	Avenir
	<p>plaie, ECG d'urgence (utilisation du matériel correspondant SAMU)</p> <p>De moins en moins de possibilité de plateau technique à proximité.</p> <p>Augmentation de la nécessité de savoir faire des actes techniques, d'autant plus que les confrères ne faisaient plus ces actes.</p> <p>Maladies professionnelles agricoles : oui, plusieurs fois des intoxications aux produits phytosanitaires, sur des utilisations répétitives de produits mal étiquetés : obligé de faire analyser... (3 cas évoqués)</p>				<p>Peut on imaginer créer des structures de soins style dispensaires ? En même temps, il reste possible de trouver des personnes qui ont eu de s'engager.</p> <p>Les patients vont accepter de voir évoluer la médecine de premier recours avec obligation pour eux de se déplacer. Reste la question de ceux qui ne peuvent pas se déplacer.</p>

Numero entretien	Nature des actes	Permanence Des Soins (PDS)	Formation initiale	Formation continue	Avenir
N°3	<p>Continuité, polyvalence : gynécologie, : frotis, pose stérilet (moins maintenant)... ; pédiatrie : 27% de ma clientèle (mais avant 35%, question d'âge et puis ce sont plus souvent les femmes maintenant qui font la pédiatrie). Il n'y a plus de pédiatre en ville à Cherbourg.</p> <p><u>La difficulté du métier, c'est de passer à côté de l'évènement grave</u> (donne des exemples : appendicite avec symptômes de gastro, pneumopathie/grippe, ... Le métier est un champ de mines.</p> <p>Côté maladies professionnelles agricoles : a déjà eu à</p>	<p>De fait on assure la continuité. Mais heureusement que la PDS est organisée. Ce ne serait plus possible de faire les gardes aussi fréquentes avec les horaires de travail de la journée ;</p>	<p>Pas du tout préparé à cet exercice (pas de commentaire supplémentaire)</p> <p>« A beaucoup appris sur le terrain »</p>	<p>A fait le diplôme INMA</p> <p>Fait partie d'une société savante depuis 26 ans, qui marche bien : réunion 1 fois/mois (ex : la loi Léonetti)</p> <p>Groupe de pairs une fois/mois : mise en commun expériences de cas, amélioration de la prise en charge, validé SFMG.</p> <p>Participation aux réunions organisées par les labos : se rencontrer, discuter entre pairs, rompre l'isolement, groupe, prendre de la distance</p>	<p>« on est des dinosaures »</p> <p>On sera remplacé par des ordinateurs ou des officiers de santé</p> <p>Les politiques, la sécurité sociale ne savent pas ce qu'ils veulent. La MG n'est pas pilotée.</p> <p>Est maître de stage avec ses collègues. S'est engagé dans la transmission. Essaie par l'accueil des internes d'avoir un successeur.</p> <p>Les remplaçantes sont des femmes. Veulent rester salariées, remplaçantes à vie. Ne veulent pas s'engager vis-à-vis du patient.</p>

Numero entretien	Nature des actes	Permanence Des Soins (PDS)	Formation initiale	Formation continue	Avenir
	diagnostiquer de la brucellose (il y a longtemps), leptospirose, Lymphomes, oui...				
N°4	« Il n'y a plus de différences maintenant/ville. Je ne fais plus les actes d'urgence depuis le 15. Avant, la petite chirurgie, je faisais, maintenant j'envoie à l'hôpital. Si, il reste la <u>pédiatrie</u> , mais ça a beaucoup diminué car la patientèle vieillit avec moi. La patientèle vous suit. Avant je faisais jusqu'à 60% de pédiatrie. Là, je suis à 20%. J'ai 50% de mes patients qui ont entre 16 et 59 ans, 11% qui ont entre 60 et 69 et 17% plus de 70 ans.	« Il y a eu suppression des gardes régulières: Ça a beaucoup (bien) évolué /charge de travail, mais remarquez mon jeune collègue, lui, il se sent débordé. Moi je trouve que c'est beaucoup mieux qu'il y a 15 ans. Maintenant je fais 3 week end sur 2 ans. <u>Sauf pour les soins palliatifs: là j'assure la continuité 24/24</u> (les personnes ont mon portable) et si je suis absent, je passe à un collègue. Pour les soins palliatifs, je fais en	« Non, ma formation ne m'a pas préparé à cet exercice. D'ailleurs, je n'attendais pas ça d'eux ! J'ai appris comme interne à l'hôpital de Coutances et ensuite comme remplaçant »	DU soins palliatifs, douleur. DU médecine du sport. A fait l'INMA mais n'a pas présenté le diplôme. Pendant 5 ans environ a fait 2/mois 1/2j en médecine interne à Caen. Sinon a fait de la FMC en week end. A arrêté. Va reprendre ???	« Je ne sais pas. Ça peut « virer ». Ça ne peut que s'améliorer : cela impliquera des changements pour els patients qui ne pourront plus dire « j'y ai droit ». « Je pense qu'il y a assez de médecins, mais qu'ils sont sous utilisés : ex spécialiste pneumologue qui n'utilise qu'une partie de son savoir ; les médecins du travail, ... Ce n'est pas une question de nombre » « Je me considère comme salarié de l'assurance maladie. C'est elle qui me rémunère. Je trouve qu'il devrait y avoir des quotas d'installation avec conditionnement du conventionnement. Car on sait bien que les méthodes de travail varient selon le nombre

Numero entretien	Nature des actes	Permanence Des Soins (PDS)	Formation initiale	Formation continue	Avenir
		sorte que les personnes ne fassent pas le 15 mais soient suivies par nous.			de patients. Moi je m'arrange pour avoir besoin de les voir seulement tous les 3-4 mois. Pour les quotas, c'est une décision à prendre 10 ans avant la mise en œuvre pour que les jeunes sachent à quoi s'en tenir lorsqu'ils entrent en formation ». Enfin, j'en ai marre de toutes ces caisses qui ne font pas la même chose. Il ne devrait y avoir qu'un seul régime et pour tout le monde la même politique
N°5	« 4 à 5 visites à domicile/jour sans compter la maison de retraite. Visites pour des P âgées qui ne peuvent pas se déplacer. Beaucoup de fin de vie. C'est mon métier » Est médecin sapeur pompier Intervient à la faculté de médecine dans le	« Dans le 14, c'est très bien organisé. 1 garde de nuit jusqu'à 23h tous les 2 mois et 2 gardes de week end par an. J'aime beaucoup les gardes car je vois des patients que je ne connais pas et je n'ai plus l'angoisse d'autrefois où 13	Fac de Créteil Non, la formation initiale ne m'a pas préparé à l'exercice libéral. Pour els jeunes, c'est différent : ils participent à des groupes d'apprentissage et analyse de pratique. En 3 ^{ème} cycle ils sont	certificat de médecine générale à Bobigny. A été pilier de la société de médecine de basse Normandie, mais a arrêté en raison d'un désaccord sur les relations avec l'industrie pharmaceutique. A été animateur formation MG Form. Anime un groupe de pairs dans le Bessin depuis 11 ans. 1 ^{er} médecins qui se réunissent	« Déjà, le fait de travailler en groupe, c'est intéressant : nous rencontrons systématiquement nos remplaçants en début et fin de remplacement. On est responsable de l'avenir, de la formation des jeunes. » « Ici, nous avons un projet <u>maison de santé</u> , 4 médecins, 2 cabinets infirmiers, 1 orthophoniste, 1 diététicien, 2 cabinets de kiné, 1 pédicure, réseau de santé du Bessin. Le

Numero entretien	Nature des actes	Permanence Des Soins (PDS)	Formation initiale	Formation continue	Avenir
	cadre du 3 ^{ème} cycle : tous les mercredi. Anime un groupe de pairs depuis 10 ans. <u>Urgence</u> , sutures, ne fais plus d'ECG car a cassé son appareil et pas de volonté de ses collègues de s'équiper. <u>Gynécologie</u> : frottis, pose stérilet. J'ai fait la formation pour les IVG mais j'ai renoncé, faute d'équipement et de temps. Si mes collègues avaient été d'accord, on aurait pu le faire en assurant la continuité. <u>Pédiatrie</u> : oui, mais de moins en moins car je vieillis. Ici, c'est de plus en plus la PMI qui suit les enfants car il y a un phénomène de pauvreté. Intervient auprès de ses patients à	jours d'affilée... »	8 ou 10, autour d'un cas clinique soit choisi au hasard soit en raison d'une incertitude ou angoisse particulière. Chacun sort du groupe avec une question particulière à approfondir, qui peut être médicale ou sociale. Et la fois suivante ils partagent. Ils apprennent à travailler en groupe sur des raisonnements	une fois par mois pour faire de l'analyse de pratique. Ce travail dans la durée aboutit à une homogénéisation de la pratique au sein des membres d'un même groupe de pairs. Est lecteur émérite de « Prescrire ».	CMPP et CMP devaient venir avec nous, mais finalement non. Et puis, il était difficile de faire coexister des administratifs et des libéraux.. Le local ne nous appartient pas et le loyer est modeste car il s'agit d'un investissement public. Ca donne <u>plus de liberté pour le jeune qui arrive</u> : il est plus facile de bouger. Il peut venir « pour essayer ». La pluridisciplinarité est une <u>sécurité pour les jeunes</u> : présence d'un senior à proximité. (<u>pluridisciplinarité pensée d'abord comme présence de plusieurs médecins. A la relance</u>) : la présence des infirmières permet de discuter et profiter de leurs compétences (sur les pansements notamment). Orthophoniste et kiné : discussion sur les cas, améliorer le suivi... <u>Le projet de santé</u> (rédigé 3 fois... Ras le bol de refaire) : 1) amélioration de la qualité de vie des

Numero entretien	Nature des actes	Permanence Des Soins (PDS)	Formation initiale	Formation continue	Avenir
	l'hôpital local « Ce sont souvent des patients en fin de vie.				professionnels de santé 2) amélioration de la prise en charge des patients (coordination, protocoles, réunions entre professionnels de santé) 3) lieu de formation initiale des professionnels de santé Pour la gestion et le management, il manque le matériel juridique. Discussion avec l'ARS pour les nouveaux modes de rémunération (<u>NMR</u>) Le réseau du Bessin va être intégré à la structure pour la prise en charge de cette gestion et animation. Concernant les <u>objectifs</u> , si ceux-ci sont raisonnés et négociés (critique des CAPI, qu'il a refusé), argumentés médicalement, si l'argent tombe, on ira. « Il n'est pas possible que politiquement il n'y ait pas de <u>carte sanitaire pour la médecine ambulatoire</u> . »

Numero entretien	Nature des actes	Permanence Des Soins (PDS)	Formation initiale	Formation continue	Avenir
					« Le mot libéral est à enlever, de plus en plus de <u>salariat</u> » « Il faut absolument prendre en compte la <u>fémisation</u> de la profession » (pour permettre la conciliation vie professionnelle et vie familiale, notamment la maternité) : pour quoi pas 2 femmes sur un même poste ? »
N° 5 bis (associé, est venu discuter pendant 15 mn)					« Je ne pense pas que les maisons de santé soient les solutions miracles. Surtout quand on voit les jeunes médecins aujourd'hui, j'ai des doutes.
N°6	Sutures : oui, un peu mais uniquement ce qui est sans risque : peur de la judiciarisation et donc prudence. Sinon, envoi aux urgences. Grande évolution de l'attitude de la population face aux risques : demandes d'explications même	3 week end sur 2 ans	« La 1 ^{ère} fois que j'ai fait de la médecine générale, c'était la panique totale. Sentiment de en pas avoir appris le métier. Pour les jeunes, c'est différent, il y a le stage de 6 mois. Mais beaucoup quittent le navire après. » « Je pense que la	« Catastrophe totale. Autant dire qu'on n'en a pas. Je participe à un groupe de pairs 1 fois/mois, quand je peux, que je ne suis pas trop crevé. Il faudrait obliger les médecins à faire de la FMC mais avec une organisation en parallèle pour le remplacement. Car trouver un remplaçant, c'est un boulot à plein temps ! Pour	Organiser de VRAIES maison de santé : ici c'est une maison médicale, on est les uns à côtés des autres. C'est bien, mais pas suffisant. Il faudrait une secrétaire commune et une infirmière salariée, en plus des infirmières libérales. L'infirmière salariée serait une assistante pour prendre toutes les constantes avant le médecin, assurer le suivi de dossiers médicaux, le suivi des

Numero entretien	Nature des actes	Permanence Des Soins (PDS)	Formation initiale	Formation continue	Avenir
	pour le décès d'une personne de plus de 90 ans avec polypathologies. Gynécologie : quelques suivis de grossesse mais de moins en moins : les clients vont chez un gynéco en ville. Beaucoup de choses qui ne relèvent pas de la médecine : bilans pour les assurances par exemple et les multiples certificats médicaux. Top dérangé pour des choses qui guérissent toutes seules : la grippe par exemple. Visites à domicile : 2 à 3 par jour en moyenne. Uniquement pour ceux qui ne peuvent pas se déplacer (personnes âgées). Parfois c'est moi qui leur dit, non je vais chez vous, car		formation des médecins, avec un formatage à accepter des conditions de travail dans les études inhumaines, est à l'origine de la situation actuelle. On s'habitue à accepter l'inacceptable. Cela n'a pas permis d'anticiper par une organisation des conditions de travail.	la FMC du week-end, moi, le week-end, non, je veux voir mes enfants. Sinon, je participe de temps en temps à des EPU, mais qui sont le plus souvent organisés par des labos, faut le reconnaître ». Besoin d'une FMC adaptée à la médecine générale, style de ce qui est fait par MG Form. L'animateur est un médecin généraliste formé à la pédagogie. »	dépistages... L'intérêt de la maison de santé, c'est la proximité avec les autres professionnels, ce qu'on connaît déjà ici : la proximité facilite beaucoup les choses (cas en commun, se parler, s'ajuster...) Possibilité de déléguer aux infirmières. Ce qu'on fait déjà : le suivi hebdomadaire des médicaments. Ces patients qui sont vus toutes les semaines par l'infirmière, nous les voyons beaucoup moins. Inquiétude pour l'avenir face au tsunami gériatrique d'une génération plus exigeante à venir et les difficultés de recrutement. Dans le secteur, 2 médecins ont la soixantaine et 2 ou « autres plus de 55 ans... Il devient urgent d'anticiper/organisation. Souhait de moins de complexité administrative, notamment liée aux changements de caisse (ex : refaire un dossier ALD lors

Numero entretien	Nature des actes	Permanence Des Soins (PDS)	Formation initiale	Formation continue	Avenir
	ça devient dangereux de les faire se déplacer. C'est un pb de temps car sinon, les visites à domicile c'est ce qu'il y a de plus sympa. A seulement 2 patients à la maison de retraite (bourg voisin).				d'un changement de régime)
N° 7	Plus d'actes techniques que en médecine urbaine. Ici, déjà on se regroupe pour l'achat de matériel et avoir i, petit plateau technique de premier recours. « C'est une spécificité à l'intérieur de la médecine générale que d'exercer en médecine rurale. » Gynécologie : frottis,	C'est notre remplaçant qui nous fait les week end de garde (2 par an). Sinon, il y a 8 gardes par an en semaine.	« Oui pour la formation en médecine mais sinon heureusement qu'il y a eu l'internat pour al mise en pratique. La médecine générale, ça n'a rien à voir avec l'exercice en local (hôpital) » pas de plateau technique autour. On se débrouille entre nous. C'est la raison pour laquelle on est maitre de stage (stage 6 mois). Nos	Il y a d'abord la formation continue livresque. Je lis <u>Prescrire</u> depuis 15 ans. C'est un enseignement thérapeutique impartial, essentiel. Je ne reçois pas les visiteurs médicaux. Tous les jours, je PARCOURS le quotidien du médecin et je lis plus particulièrement l'article qui m'accroche. Je parcours aussi « impact médical ». Sinon, 1/ mois il y a un EPU à l'hôpital local et un groupe EPP aussi 1/mois.	« Moi je en suis pas si pessimiste que ça. Bien sûr que ce sera différent, mais c'est normal, d'une génération à l'autre les choses changent. Par contre j'espère que la médecine de proximité restera toujours très ancrée. Il est nécessaire de faire de la clinique : s'intéresser à l'individu avant de faire des examens. C'est ce qui pêche à mon sens aujourd'hui : l'approche clinique est souvent insuffisante. Ecouter, regarder avant de faire des examens. La collaboration patient-médecin est indispensable pour

Numero entretien	Nature des actes	Permanence Des Soins (PDS)	Formation initiale	Formation continue	Avenir
	pose de stérilet. On a de l'azote liquide. ECG, sutures. J'ai fait un Du de médecine manuelle (ostéopathie). En pédiatrie et gynécologie, on peut suivre els individus dans leur globalité. Beaucoup me font confiance pour la pédiatrie, sachant que je ferai appel à un confrère (spécialiste) s'il y a une difficulté. Visites : 3 à 7 par jour		remplaçants sont nos anciens internes. »		déterminer les choix les plus adaptés. Fini le temps où le médecin décidait tout seul. J'ai peut que la part clinique diminue un peu. » « L'avenir, c'est se regrouper. Le médecin rural tout seul dans son village n'existera plus. Il faut aussi tenir compte des possibilités d'emploi pour le conjoint. » « ici, c'est un pôle de santé : chacun a investit pour son propre compte (assimilation de la présence proche de plusieurs professionnels de santé de discipline différente à un pôle de santé)

Entretiens infirmiers – Grille d'entretien

Durée : 30 mn

Noter les données suivantes : âge, sexe, profession, durée d'installation, exercice antérieur, exercice isolé ou en groupe, cabinet pluriprofessionnel ou pas

Pourquoi vous exercez en milieu rural ? qu'est ce qui vous a amené à exercer là où vous êtes ? et si c'était à refaire ?

Qu'est ce qui, d'après vous, peut différencier votre pratique de celle d'un infirmier en zone urbaine ?

Dans les actes pratiqués ?

Dans le nombre de visites à domicile ?

Dans la relation avec les médecins généralistes et les autres intervenants au domicile des personnes ?

Dans la relation avec les spécialistes, l'hôpital ?

Dans la relation avec votre patientèle ?

Dans la relation avec l'environnement social et politique (associations d'aides au maintien à domicile, CCAS, maisons de retraite, ...) ?

Quelle perception de l'isolement : professionnel, familial, ... ?

Votre formation initiale vous a-t-elle bien préparé à travailler dans cet environnement ?

Avez-vous des besoins spécifiques de formation continue ? Trouvez vous la réponse à vos besoins ?

Comment voyez vous l'avenir de votre exercice ?

Qu'est ce qui serait bien pour demain ?

Type d'entretien Caractéristiques Organisation du travail	Motivation / installation	Anonymat Proximité Clientèle	Vie sociale Et culturelle	Relations avec les autres professionnels de santé et paramédicales
<p>N°1, 1h</p> <p>Femme, 36 ans, installée depuis 10 ans avec 3 (ou 2 ??) collègues. A fait 1 an et demi de remplacement sur Granville et Gavray</p> <p>Travaille 7j/7. A 1 week end sur 2, 70h de travail par semaine. 1 semaine de congé tous les 2 mois. Envisage de lever un petit pied.</p> <p>Démarre soit à 7h15 (astreinte prélèvements) ou 7h45 (visites à domicile)</p>	<p>Originaire de Granville. Opportunité de s'associer. Choix lié au contenu du travail en lui-même. <u>Ici on peut choisir de refuser les AIS</u>. Ces dernières sont prises en charge par le SSIAD le HAD ou même l'ADMR qui a des auxiliaires de vie formées aux soins d'hygiène.</p> <p>Par ailleurs, il y a entente au sein du cabinet sur ce point (pas d'AIS) et sur la façon de travailler avec les patients : pas de soins aux aurores, respect de la vie du patient.</p>	Pas abordé	<p>Au début s'est investie +++ dans le travail, maintenant trouve un peu dur C'est un peu « juste », maintenant n'habite plus sur place. En même temps en 1h, possibilité être à Caen ou Rennes.</p> <p>« Isolement professionnel par rapport à l'exercice hospitalier mais <u>liberté d'exercer à notre convenance</u> : par exemple, rester une demi heure de plus le soir auprès d'une personne car on estime que son état le nécessite. C'est nous qui choisissons. »</p>	<p>« C'est le « luxe » : les 3 médecins indépendants, mais avec une proximité, on les voit tous les jours. Travail de collaboration directe avec le médecin. On ne perd pas son temps. Par exemple pour des soins : on va chercher le médecin pour le suivi. C'est un confort de travail inestimable. Chacun y trouve son compte. »</p>

- 1 -

Type d'entretien Caractéristiques Organisation du travail	Motivation / installation	Anonymat Proximité Clientèle	Vie sociale Et culturelle	Relations avec les autres professionnels de santé et paramédicales
<p>N°2, 1h</p> <p>Femme, 55 ans, installée en cabinet depuis 9 ans, avec 2 collègues et 1 remplaçante qui se partage sur 2 cabinets. A été auparavant agent hospitalier, puis aide soignante, commerçante (15 ans), a fait l'école d'infirmière à 35 ans), 1^{er} emploi infirmier en maison de retraite, remplacement en hôpital local, 6 mois infirmière en hôpital local puis installation en libéral.</p> <p>Roulement sur 3 semaines : Semaine 1 : lundi au samedi soir Semaine 2 : mardi matin au lundi soir Alternance des jours ville et campagne. Celle qui fait</p>	<p>Difficultés à entrer dans le système hiérarchique. Intérêt / liberté d'organisation « Ici, on travaille avec les médecins »</p>	<p>« Pas un problème, mais les 2 autres collègues n'habitent pas sur place. Il faut seulement en tenir compte pour la durée des courses ! Ma fille, quand elle vient ici me dit, ou va faire les courses ailleurs, car sinon on y passe 2 heures. Mais ça a un côté sympa. C'est plus chaleureux ».</p>	Pas abordé	<p><u>Avec les médecins</u> : si problème ou souci, on les appelle, on discute. Si c'est une plaie, on se donne RDV chez le patient pour une visite commune. Pas avec tous les médecins, mais on arrive à discuter. Il y a possibilité de faire des suggestions/conduite à tenir.</p> <p><u>SSIAD</u> : ça se passe bien, très simplement. Il y a le cahier de transmission. Par exemple s'il y a de l'insuline ou leur demande de nous prévenir si elles voient quelque chose lors de la toilette. Oui, nous intervenons aussi dans le cadre du SSIAD ».</p> <p><u>HAD</u> : Pas toujours d'accord. Nous avons 3 HAD. Si c'est Saint Lô ou Carentan, ce sont els équipes de l'hôpital qui interviennent et nous</p>

<p>la ville assure les prises de sang au cabinet et celle qui fait la campagne effectue les prises de sang à domicile.</p> <p>Semaine 3 : repos du mardi matin au dimanche soir.</p> <p>6h15 chez le 1^{er} patient jusqu'à 14h30/15h, coupure jusqu'à 17h et ensuite 17h à 20h, un soir sur 2 pour les semaines 1 et 2.</p> <p>La gestion du cabinet se fait entre deux. Celle qui est sur la ville prend le téléphone.</p> <p>A pris 2 semaines de congé en été</p>				<p>préviennent pour prendre le relais. Il n'y a pas de problème. Si c'est Bayeux, l'hôpital nous fait intervenir directement dans le cadre de l'HAD et c'est parfois trop lourd, en temps surtout. Il nous arrive de refuser car nous ne pouvons pas toujours prendre des cas avec plusieurs interventions par jour, surtout si c'est en campagne. Il y a le temps lors de chaque passage, la famille à gérer (ce sont souvent des fins de vie). Ce serait au détriment des autres patients. »</p>
<p>Type d'entretien Caractéristiques Organisation du travail</p> <p>N°3 par mail</p>	<p>Motivation / installation</p> <p>« C'est l'endroit où j'habitais. Je le referais sans problème. »</p>	<p>Anonymat Proximité Clientèle</p> <p>Pas de sentiment d'une différence dans la façon</p>	<p>Vie sociale Et culturelle</p> <p>Pas abordé</p>	<p>Relations avec les autres professionnels de santé et paramédicales</p> <p>Plus de contacts avec les associations d'aide au maintien à domicile et les</p>

<p>Femme, 45 ans, installée depuis 1996 avec 2 associés. Présence dans les mêmes locaux d'une psychologue et une diététicienne.</p> <p>A exercé avant en centre de soins pendant 8 ans. Travaille 10 à 12 jours par mois et 1 week-end sur 4. 6h – 12h30/13h puis 16h-20h voire plus</p>		<p>d'être avec les personnes/rural ou urbain.</p>		<p>autres acteurs du domicile. Relation plus importante avec les médecins car nous les côtoyons quotidiennement et donc une relation de confiance s'instaure entre nous. Le dialogue avec les professionnels de santé de l'hôpital local est facilité par le fait que nous y avons beaucoup de nos patients.</p>
<p>Type d'entretien Caractéristiques Organisation du travail</p> <p>N° 4</p>	<p>Motivation / installation</p> <p>Installation volontaire en libéral et en milieu rural. A fait son mémoire infirmier sur le maintien de la personne âgée à domicile. Est originaire du canton « villophobe » « J'aime la nature, je ne supporte pas la ville. Déjà circuler en ville, avant même de parler du travail lui-même, je ne supporte pas. Je ne suis pas en connexion avec la mentalité urbaine. Je me sens plus en phase avec</p>	<p>Anonymat Proximité Clientèle</p> <p>« Je connais ma clientèle depuis toujours. Je suis née ici. Je connais son histoire. Ils me connaissent comme infirmière mais aussi comme XX. Ma relation affective avec eux fait que je suis plus impliquée. J'ai vécu des choses avec eux. Je connais toute l'histoire de la famille. D'autres ne supporteraient pas et je connais des camarades de jeunesse qui me disent qu'elles ne pourraient pas, elles</p>	<p>Vie sociale Et culturelle</p> <p>Je n'ai pas besoin des loisirs de la ville. Qu'est ce que vous entendez par là ? Moi, ce que j'aime c'est la pêche à pied, les randonnées en solitaire, les champignons, les animaux, lire et puis quand j'ai de l'argent, voyager »</p>	<p>Relations avec les autres professionnels de santé et paramédicales</p> <p>ça se passe très bien. Complémentarité avec le SSIAD et les auxiliaires de vie : « chacun son métier. On est en complémentarité ». Les médecins avec qui je travaille ne sont pas arrogants, on peut composer. Entre les clients, le SSIAD, on s'entraide (exemple, l'infirmière libérale avertit elle-même le SSIAD d'une ré-hospitalisation d'un patient, la conjointe étant très perturbée par l'événement)</p>

<p>travail. Roulement sur 3 semaines.</p> <p>Semaine de garde : 7h – 21h (cabinet, tournée et après midi-soir)</p> <p>Semaine coupure : 7h45 - 14h ; Coupure de 14h à 17h et fait les soins tard du soir.</p> <p>Petite semaine : 7h45-14h</p> <p>1 week end sur deux, sauf si congé d'une collègue, ce qui amène à faire 3 week end d'affilée.</p> <p>Tous les midis, les 3 infirmières se retrouvent au cabinet, débriefent et si besoin, déjeunent ensemble au restaurant pour discuter sur des positions communes. Font le planning sur cette période, entre 12 et 14h.</p>	<p>les ruraux.</p> <p>« A l'hôpital je ne supportais le manque de suivi du patient : la on va jusqu'au bout et ensuite on a des nouvelles du patient ».</p>	<p>préfèrent exercer loin d'ici. Moi c'est ce qui me plaît car je peux avoir une relation plus franche, de confiance, mais c'est plus dur. Ça me touche plus encore. C'est plus difficile de dire une mauvaise nouvelle mais à la fois plus facile car il y a la confiance. Ça les rassure. Ils me demandent des choses plus intimes. Il n'y a pas de distance, je me trouve « dedans », mais des relations à mort, ça ne m'intéresse pas. »</p> <p>« Quand je sors de chez moi, je regarde à droite et à gauche, pour ne pas me faire alpaguer. Pour les vacances, je pars pour trouver de l'anonymat. C'est l'avantage et l'inconvénient d'être un personnage public ! »</p>		<p>C'est plus difficile avec le HAD : il n'y a pas une très bonne entente au sein de l'équipe HAD elle-même. Et des délais très courts de prévenance/ prise en charge à domicile de cas parfois très lourds (exemple : ce jour là 2 heures de formation au cabinet/utilisation d'une pompe sophistiquée, organisée la veille seulement pour une prise en charge immédiate)</p>
<p>Type d'entretien Caractéristiques Organisation du travail</p>	<p>Motivation / installation</p>	<p>Anonymat Proximité Clientèle</p>	<p>Vie sociale Et culturelle</p>	<p>Relations avec les autres professionnels de santé et paramédicales</p>
<p>N°5, 40 mn, au téléphone Femme, 44 ans, installée depuis 10 ans, cabinet de 5</p>	<p>« C'est un choix personnel après 10 ans d'exercice à l'hôpital, j'avais envie de</p>	<p>« J'habite à 10 km d'ici, donc je n'ai pas de clientèle proche de chez moi. Quand</p>	<p>Pas abordé</p>	<p>Il y a SSIAD, ADMR et HAD Pour le HAD (depuis 2 ans et</p>

<p>infirmiers.</p> <p>A auparavant exercé 10 ans en oncologie, à Bacless</p> <p>Roulement sur 5 semaines, le + dans une semaine : 4 jours dont 2 complets (6h30 – 21h) et 2 matins. Le - : 3 jours complets. Mais varie, si congés ou formation de collègues.(poss de travailler 6 jours d'affilée)</p> <p>Le cabinet prend aussi un remplaçant pour les congés d'été notamment ou arrêt de travail. Tout le travail administratif est fait au cabinet (2h de bureau chaque jour, pour l'un ou l'autre), Travaillent à deux le matin, à 1 l'après midi et le dimanche.</p> <p>Trouve que cette organisation à 5 est très confortable, j'ai l'impression d'apporter du soin de qualité »</p>	<p>changer d'orientation. »</p> <p>« J'habitais près d'ici, donc ensuite il y a eu coïncidence. Oui, c'est un choix de travailler en zone rurale. Je n'avais pas envie de faire du domicile en ville. Pour connaître les 2 styles de vie, je dirais que la patientèle est différente. Elle est plus reconnaissante, du fait de l'éloignement et qu'on va chez eux. Ce n'est pas forcément dit, c'est ressenti ».</p>	<p>j'écoute des collègues qui habitent sur le lieu de travail, je vois que ce n'est pas toujours facile. Les gens prennent plus le temps de vivre en campagne. La relation est plus facilement intime (sans être trop proche pour autant), affective, proche : ce n'est pas seulement une relation soignant-soigné. Une fois le soin fini, on passe à autre chose e ça se fait plus facilement, pour nous aussi d'ailleurs, car par exemple il n'y pas de pb de stationnement et donc obligation de partir très vite ».</p>		<p>dem) : ce sont les infirmières de l'hôpital qui interviennent mais il n'y a pas de pb : elles nous préviennent de la prise en charge et du fait qu'il y aura ensuite un relais SSIAD/infirmière.</p> <p>Le SSIAD et l'ADMR prennent en charge les toilettes. Exceptionnellement nous pouvons prendre en charge ponctuellement pour dépanner le SSIAD en cas de surcharge. C'est ponctuel et ça ne dure pas.</p> <p><u>Médecins généralistes</u> : des relations surtout téléphoniques. Les médecins écrivent peu, que ce soit sur le cahier du SSIAD ou le dossier de soins, donc on téléphone. Ça se passe bien. On est considéré, je pense. Ils nous font confiance, on discute/(ce que nous observons et nos suggestions) »</p>
---	--	---	--	---

Annexe 3, entretiens infirmiers deuxième partie

Numero entretien	Nature des actes	Permanence Des Soins (PDS)	Formation initiale	Formation continue	Avenir
N°1	80 à 90% d'AMI Il y a dans les AMI la part de prélèvements pour les labos effectués par roulement au sein de l'équipe, tous les matins en semaine. <u>Les AIS ne sont pas des actes de nursing mais des prises en charge hebdomadaires.</u> d'observation, surveillance : tension, poids, prise de sang, préparation médicaments, surveillance état de la personne. Ce sont des personnes isolées, fragiles avec traitement lourd et complexe. L'infirmière intervient en sentinelle du médecin. Elle tient le	Assurée au sein du cabinet Très lourd	Sur 3 ans et demi, seulement 1 cours sur l'exercice en libéral. Il n'y a aucune préparation à la spécificité du travail en libéral. A appris par les remplacements. A cependant suivi un stage en libéral pendant ses études.	Possibilité de FMC tous les ans avec prise en charge des frais pédagogiques et indemnisation de 45 AMI/jour. 2/3 jours par an sur saint Lô, Caen ou Rennes. A fait AVK, veut faire /situations d'urgence. Intéressant, contacts avec les autres professionnelles, rupture de l'isolement professionnel, mise à jour des connaissances.	Franchement ? J'envisage arrêter car la rémunération n'est pas valorisée. Il y a les Ik qui ne suivent pas le prix du gas oil pour les visites à domicile. Tous les jours des médecins nous font des demandes pour des actes non cotés : instillation de collyres, pose de bas de contention, distribution de médicaments. Cela pose problème car le besoin est là mais les personnes ne peuvent pas forcément payer, or il n'y a pas de prise en charge. Pour l'avenir, je pense qu'il y aura du roulement, entre l'hôpital et le libéral ; les personnes seront plus mobiles, passeront de l'hôpital au libéral. Car de l'autre côté les conditions de travail à l'hôpital se sont aussi dégradées. Les infirmières libérales sont réticentes au changement. Mais ça va peut être changer. La profession va peut être bouger

Numero entretien	Nature des actes	Permanence Des Soins (PDS)	Formation initiale	Formation continue	Avenir
N°1	dossier et transmet au médecin prescripteur. <u>Il y a aussi de plus en plus de demandes de médecins (presque tous les jours) pour des actes qui ne sont pas cotés :</u> instillation de collyres, pose de bas de contention, distribution de médicaments. Cela pose problème car le problème est réel et il faut alors demander aux personnes de régler car il n'y a pas de prise en charge. <u>Globalement, dégage un pb de codage qui ne permet pas prendre en compte tous les actes effectués</u>				davantage. Maison de santé : réticence au projet collectif, attachée à sa liberté. <i>En creux : Pas de sensibilité aux actions de santé publique, l'activité est centrée sur le soin.</i>
N° 2	95 % AMI, dont les prélèvements pour les labos. Quelques rares toilettes en dépannage du SSLAD. Les AIS sont	Il n'y a plus d'intervention la nuit comme autrefois. C'est l'organisation de la permanence des	Nécessaire de faire 2 ou 3 ans à l'hôpital avant de s'installer en libéral. Aucune préparation à l'exercice libéral sur	Ne trouve pas le temps d'en faire. « C'est pas bien. On pousse notre collègue plus jeune à en faire ». « Je devrais faire les « soins d'urgence ». Ai déjà fait	La maison de santé, ça fait 4 ans qu'on en parle. Il y a eu beaucoup de réunions pour écrire le projet de santé. L'attente est forte/nouveau local car celui du cabinet est

Numero entretien	Nature des actes	Permanence Des Soins (PDS)	Formation initiale	Formation continue	Avenir
	surtout des préparations de médicaments. Certains actes non cotés sont effectués en plus : pose de bas de contention, instillation de collyre notamment.	soins médicale qui a fait bouger les choses. Des exceptions pour les perfusions. Il peut être nécessaire que le personne puisse appeler, même la nuit.	la partie gestion.	les soins palliatifs, mais pourrais reprendre. Pour les nouvelles techniques, ça s'apprend sur le tas ».	actuellement inadapté. « Pour nous, ce sera plus cher, mais c'est normal vu l'état du cabinet actuel » Plus simple et facile pour rencontrer les médecins, discuter des ordonnances, du patient. En attente d'une rémunération au forfait pour effectuer des suivis en amont du médecin, de l'éducation thérapeutique. « Ca peut nous intéresser, à notre âge, plutôt que de cavalier... » « le salariat, ce n'est pas la maison médicale qui changera le statut » « Pour l'avenir, je crains qu'il y ait un manque d'infirmières en zones rurales. C'est trop loin de la ville, même si pour moi ce n'est pas si loin. Difficultés à trouver des remplaçants. La « chance », c'est que le travail à l'hôpital est devenu très dur et donc beaucoup pensent au libéral.

Numero entretien	Nature des actes	Permanence Des Soins (PDS)	Formation initiale	Formation continue	Avenir
					L'avenir idéal : être en nombre suffisant pour passer du temps avec les personnes, même si nous, finalement, le temps, on le prend : si on veut, on prend un café. »
N° 3	2 à 5 toilettes par jour (6 AIS par nursing) (ce qui doit faire 20 à 25% du total de l'activité) Le reste en AMI : injections, pansements, prélèvements pour labo, perfusions,...)		La formation ne m'a pas préparé à cet exercice. Mes origines rurales ont facilité les choses !	Oui mais sans précision	Sensibiliser les personnes qui peuvent se déplacer à venir au cabinet pour la facilité d'exercice (plus de pansements au cabinet) Plus de maisons médicales où médecins, kiné, infirmière, psychologue diététicien pourraient travailler en équipe pluridisciplinaire pour le bien être des patients.
N°4	Seulement une grande toilette 3 fois par semaine. Les soins de nursing sont refusés par le cabinet et pris en charge par le SSLAD ou les auxiliaires de vie. Les AIS effectués sont des préparations de médicaments ou surveillance hebdomadaire.	Depuis la mise en place des gardes pour les médecins, les infirmières ne sont plus appelées pour des urgences. « C'est directement les pompiers »	Se juge bien préparée mais est critique /formation actuelle : trop de parlottes. « la formation actuelle est en décalage avec la réalité. Trop de concept, trop d'éloignement de la relation humaine ».	Non, je n'en fais pas. A part la participation ponctuelle à des réunions thématiques, notamment sur le diabète. Formation sur le tas par l'hôpital : ex : dialyse péritonéale à domicile. Les thèmes de la FMC ne m'attirent pas particulièrement et surtout je ne me vois pas passer 8 heures en amphï... Abonnée à infirmière	De beaux jours devant eux ! L'hôpital nous délègue de plus en plus de gros soins. Le réseau ville-hôpital nous amène du travail. Les sorties rapides d'hôpital amènent aussi des besoins forts en relationnel. Les personnes ont besoin d'être rassurées. Le problème est de trouver des jeunes prêtes à faire des heures. A 35h, on ne gagne pas un SMIC, il faut donc faire des

Numero entretien	Nature des actes	Permanence Des Soins (PDS)	Formation initiale	Formation continue	Avenir
	<p>Problème de l'adaptation de la nomenclature : exemple pansement de grand brûlé qui nécessite 1h30, refus de la caisse de coter au-delà de la nomenclature (4 AMI) mais suggestion de surcoter des petits pansements en grands pansement par la suite « pour s'y retrouver »....</p>		<p>C'est important, surtout pour le soin à domicile de bien comprendre le mode de vie (horaires par exemple, quand les personnes doivent traire).</p>	<p>libérale magazine</p>	<p>heures, « A plusieurs, on peut quand même s'organiser. 3 c'est bien, car à 4, on ne gagnerait pas assez notre vie. » Mais je pense que oui quand même, on trouvera toujours des jeunes prêts à prendre des initiatives. Un signe : il y a 10 ans, on avait du mal à trouver des remplaçants, maintenant les jeunes veulent quitter l'hôpital. Nos stagiaires sont intéressées par notre travail. Les jeunes et le mode de vie rural : oui, on est arrivé à un point extrême et il y a maintenant des jeunes prêtes à une vie plus proche de la nature.</p>
N°5	<p>Que des AMI. « A mon arrivée, il y a 10 ans, on faisait environ 10 à 12 toilettes par jour et progressivement on est passé à une prise en charge par le SSIAD et l'ADMR. Les semainiers, oui,</p>	<p>24h/24, nous sommes joignables à tour de rôle</p>	<p>Oui, la formation initiale m'a bien préparé et le fait d'avoir exercé 10 ans en cancérologie, je n'étais pas inquiète/urgence et aux soins. En sortie d'école, travailler en libéral, même après 6</p>	<p>Oui, j'en fais. Elle est d'ailleurs obligatoire, même si elle n'est pas encore contrôlée. On a droit à 7 jours par an indemnisés. Je fais toujours au moins 5 jours/an. C'est bien, pour moi personnellement. Car en libéral, il faut aller</p>	<p>Il y aura de plus en plus besoin de soins à domicile, avec la fermeture de lits hospitaliers. Il y a aussi de plus en plus de réseaux. Je pense qu'on s'oriente vers un exercice plus cadré (traçabilité) et plus spécialisé : obligation d'avoir suivi telle ou telle formation spécifique pour</p>

Numero entretien	Nature des actes	Permanence Des Soins (PDS)	Formation initiale	Formation continue	Avenir
	<p>on les fait, mais nous ne les comptons pas. C'est l'habitude, mais c'est vrai que ça prend du temps. Il y a de plus en plus de soins techniques lourds (dialyses par exemple)</p>		<p>mois en hôpital, je pense que c'est juste. En libéral, on est très seule, il faut assurer et avoir de la maturité : être présent, amis sans se laisser envahir. »</p>	<p>chercher l'information. Elle vient moins facilement à vous. C'est bien aussi pour rencontrer d'autres collègues, et puis se mettre à jour. Les thèmes vus : urgences, maladies cardiovasculaires, plaies chroniques, les addictions, la prescription infirmière, la nomenclature, le diabète, l'adolescent en détresse, les anticoagulants (pas les soins palliatifs du fait exercice précédent en oncologie).</p>	<p>prendre en charge certains types de patients. On voit déjà cela en ville, et ça va venir en campagne : infirmières référentes pour telle ou telle pathologie. Avec la pénurie de médecins, pense que des infirmières pourront être formées dans certains domaines, et auront un champ d'intervention moins large. Le réseau, c'est bien, mais ce n'est plus du travail en libéral. Le métier va évoluer en nous intégrant dans des groupes. Le travail en libéral c'est difficile quand même (+ temps de gestion qui est en plus du temps de travail patient et pas rémunéré en tant que tel) Le domicile, c'est lourd. Ce qui nous tient, c'est l'impression de liberté. S'il n'y a plus ça, je pense qu'il y aura une vraie pénurie d'infirmières libérales »</p>

Protocoles de coopération et nouveaux modes de rémunération

Les protocoles de coopération entre professionnels de santé

Art.51 de la loi HPST : « Les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. » Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience et dans le cadre de protocoles qui doivent obtenir un avis conforme de la Haute autorité de santé (HAS) puis un accord par arrêté du directeur général de l'ARS pour leur mise en œuvre. Ces nouveaux modes de coopération doivent répondre à des besoins constatés au niveau régional et doivent viser l'efficacité. Les professionnels de santé engagés dans la démarche doivent procéder pendant une durée de 12 mois au suivi de la mise en œuvre du protocole et à transmettre les informations relatives à ce suivi à l'ARS et à la HAS. La haute autorité de santé peut décider d'étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. En ce cas, les protocoles de coopération étendus sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé. L'ARS peut décider de mettre fin à l'application d'un protocole, pour des motifs et selon des modalités définies par arrêté.

Les nouveaux modes de rémunération (NMR)

L'expérimentation de nouveaux modes de rémunération a été initiée par la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2008 et porte sur la période 2008-2012. L'objectif est de moderniser l'offre de soins de premier recours et de rendre plus attractif les soins de premier recours en permettant le financement de nouvelles modalités d'exercice. Ces nouveaux modes de rémunérations peuvent donc compléter ou se substituer au paiement à l'acte. L'accès à l'expérimentation est réservé aux structures pluri-professionnelles : maison, pôle ou réseau de santé qui répondent aux caractéristiques suivantes :

- Exercice pluri-professionnel de premier recours
- Existence d'un projet de santé formalisé décrivant les objectifs et l'organisation de la structure. Le projet prend en compte les besoins de santé du territoire, témoigne d'un exercice coordonné, d'une prise en charge globale du patient, assure la continuité de prise en charge du patient et met en place un dispositif de partage d'informations sécurisé.
- Implication dans la formation des futurs professionnels de santé

La structure doit être le lieu d'exercice principal des professionnels et doit être aisément identifiable par la population.

4 modules sont ouverts à l'expérimentation :

Module 1 : forfait missions coordonnées

Ce forfait rémunère les missions de coordination – management de la structure et temps de concertation interprofessionnelle. Le forfait se décompose en une dotation fixe et une dotation variable. La dotation fixe est fonction du nombre de patients ayant désigné leur médecin traitant au sein de la structure et elle rémunère le management de la structure. La dotation variable rémunère le temps nécessaire à la coordination et varie selon l'atteinte des objectifs assignés à la structure. Ces objectifs, assortis d'indicateurs, sont négociés avec l'ARS. Ils portent sur la qualité des soins, le travail coordonné pluri-professionnel et l'efficacité définie comme le bon rapport entre la dépense engagée et la pertinence médicale de l'intervention.

Ce module peut prendre en compte dans le niveau de rémunération le taux de personnes en situation précaires et s'adjoindre d'un forfait local (géré par l'ARS) pour des actions d'éducation pour la santé insuffisamment prises en charge par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)

Les résultats sont appréciés globalement au niveau de la structure et c'est elle qui perçoit cette rémunération forfaitaire, à charge pour elle d'en définir la répartition entre les professionnels qui la constituent.

Module 2 : Nouveaux services aux patients – éducation thérapeutique (ETP)

Il s'agit d'expérimenter le paiement forfaitaire pour rémunérer l'activité d'éducation thérapeutique en médecine de ville. Les programmes développés doivent respecter un cahier des charges national et viser les pathologies prioritaires et la population cible. Trois types de forfait sont proposés : 1000 euros pour l'élaboration du programme initial, 1000 euros de formation par professionnel et 250 euros par patient pour le diagnostic éducatif et 3 ou 4 séances, ce forfait passant à 300 euros au-delà de 4 séances.

Module 3 : Coopérations entre professionnels de santé

Il s'agit de financer les coopérations qui ont pour objet de transférer entre professionnels des activités ou des actes de soins et de réorganiser les modes d'intervention auprès des patients. Ces coopérations font l'objet de protocoles validés par la HAS et soumis à l'ARS (cf. supra les protocoles de coopération).

Module 4 : capitation ou forfait pour les maladies chroniques

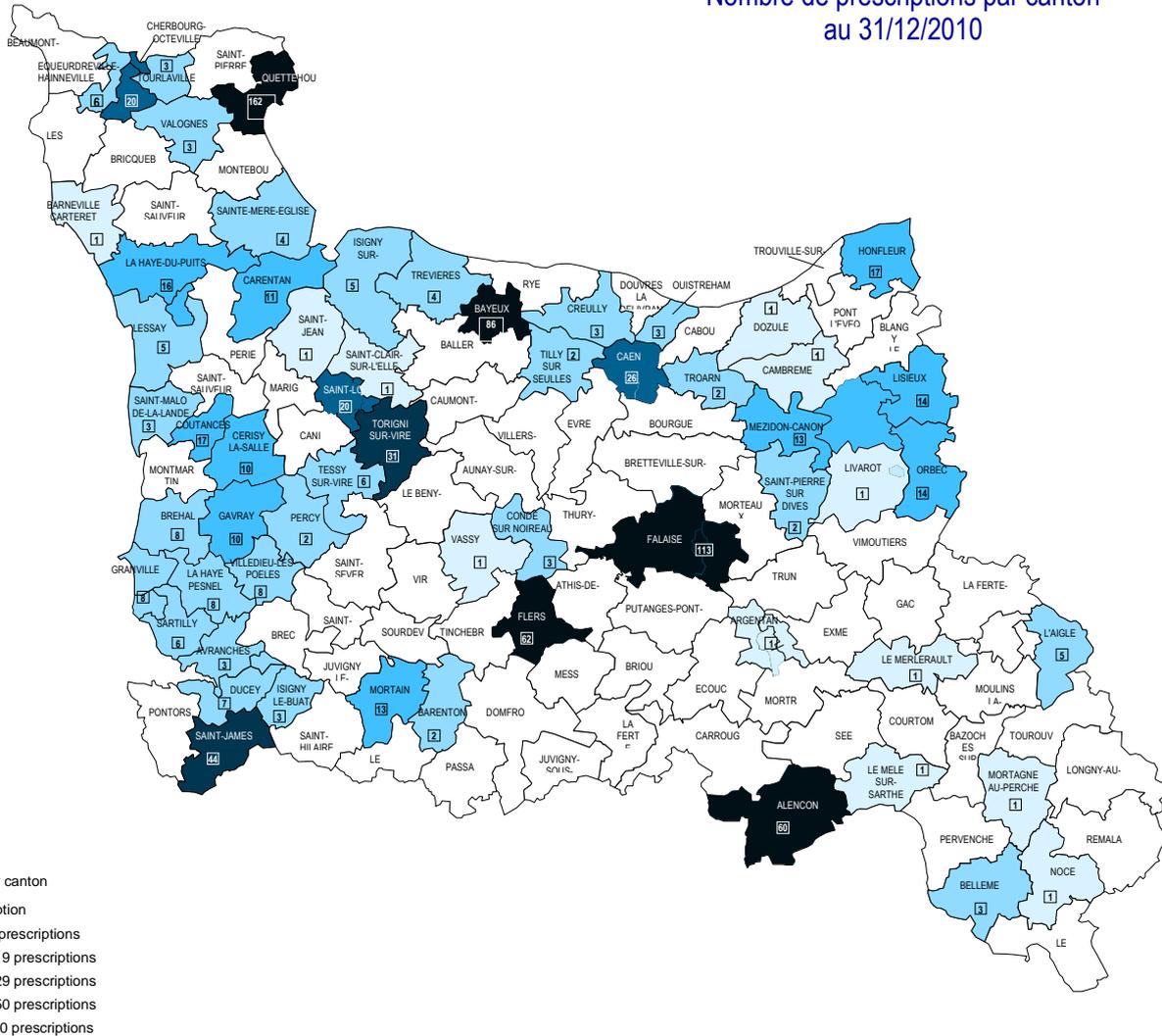
Il s'agirait d'expérimenter une rémunération forfaitaire pour la prise en charge par une équipe soignante d'un patient atteint de maladie chronique. Ce forfait par patient, annuel ou trimestriel, remplacerait la totalité des actes et forfaits facturés précédemment par les professionnels de santé pour le traitement de ces patients.

Fin 2010, seuls les deux premiers modules ont été expérimentés lors d'une première vague d'appel à projets. 40 structures ont signé pour le module 1 et 15 structures ont choisi les module 2 ETP et 5 le module 2 « bilan gérontologique ». Il apparaît pour l'heure qu'aucun statut juridique existant n'est satisfaisant pour permettre la redistribution des financements entre professionnels de santé sans conséquences fiscales. Ce manque de robustesse juridique est également gênant sur le plan de la responsabilité des structures et sur la mise en œuvre du système d'information partagé.¹⁶⁵

¹⁶⁵ Eléments issus du comité de pilotage de l'expérimentation du 8 octobre 2010.



Nombre de prescriptions par canton
au 31/12/2010



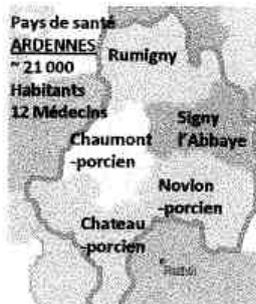
Pays de Santé

Une expérimentation de santé publique menée par la MSA et Groupama

Objectifs et Mise en œuvre

Objectif: Contribuer au maintien, sur les territoires ruraux, d'une offre de soins médicale ambulatoire adaptée aux besoins de la population

Territoires et principes de mise en œuvre :

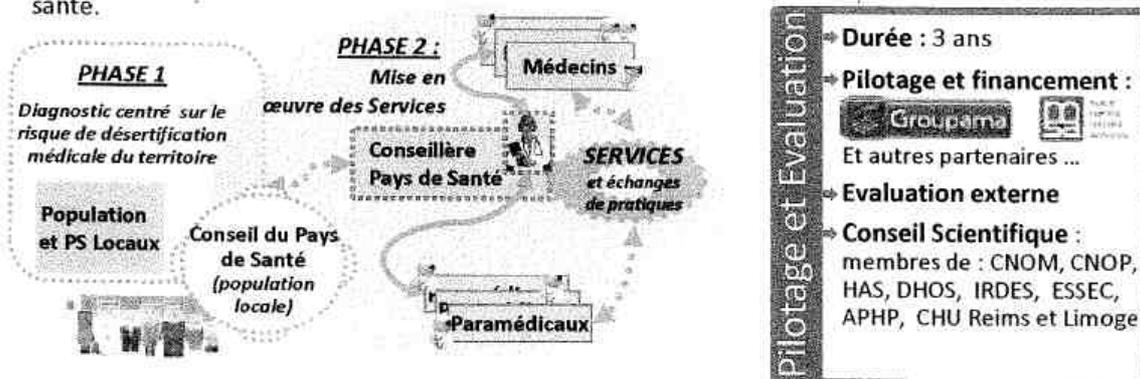


En complémentarité avec les structures et les aides existantes, et en étroites collaboration avec les médecins installés, le projet Pays de santé est déployé au sein de 5 cantons des Ardennes et de 3 cantons en Dordogne.



Pour chacun des deux territoires, le projet repose sur trois piliers :

- 1 La mise en œuvre d'une **palette de services à destination des médecins libéraux** et visant à faciliter leur exercice quotidien. Cet accompagnement vise à améliorer leur environnement de travail et à leur permettre **d'optimiser leur activité**, de gagner du temps et de rapprocher leurs exercices dans une **perspective collaborative** à l'échelle du territoire. Les services sont développés avec les Professionnels de santé, à partir de leurs besoins spécifiques exprimés via des rencontres individuelles et collectives. Ils sont utilisables « à la carte » par les médecins pour faciliter leur activité et la prise en charge de leurs patients. Ils s'appuient autant que possible sur les structures et les services existants au niveau régional et départemental.
- 2 La consultation et la **participation de la population locale** afin de prendre en compte les avis et idées de celle-ci dans la mise en œuvre des services et dans leur priorisation. Un « **Conseil de pays de santé** » est ainsi créé qui suivra l'expérimentation à titre consultatif pendant toute sa durée, il s'agit d'une assemblée ouverte à toute personne habitant sur le territoire et qui se réunit tous les 3 à 6 mois.
- 3 La création d'une **nouvelle fonction en médecine ambulatoire: la conseillère Pays de santé**. Infirmière coordinatrice de territoire, elle a un rôle **d'organisation locale** : elle pilote la mise en œuvre des **services** et favorise la **collaboration entre les professionnels de santé**. Elle intervient également en support direct de ces professionnels et en organisatrice des conseils de pays de santé.



Pays de Santé

Point d'avancement Dordogne

Ensemble
au plus près
des besoins
de santé.



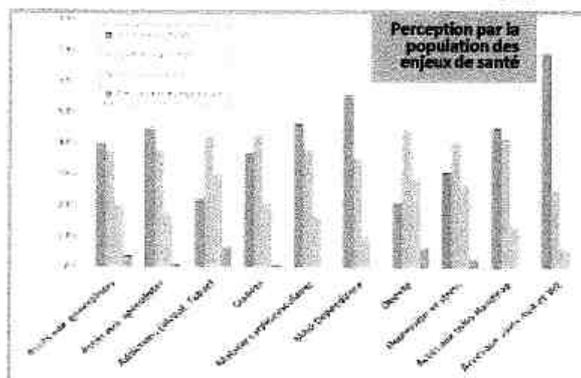
Phase 1 : Diagnostic

Une forte implication de 100 % des médecins du territoire et un soutien massif de la population réunie en Conseil de Pays de santé.

Personne rencontrées :

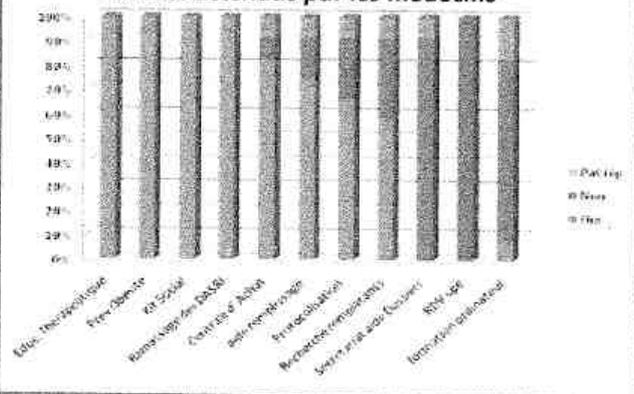
- Médecins: tous motivés par l'expérimentation
- Professionnels de santé: Pharmaciens, IDE, Kiné., Orthophonistes, Diététiciennes,
- Institutions (CPAM, URML, CDOM, ...)
- Elus politiques (Député, CR, CG, Maires) et Elus Groupama et MSA

Conseil de Pays de santé : Réunions et questionnaire population générale.



Phase 2 : Services

Services attendus par les médecins



Elaboration des services :

- Détail des services attendus
- Priorisation avec les médecins et le conseil de Pays de Santé
- Développement des services avec des partenaires locaux et / ou régionaux

Conseillère Pays de Santé :

recrutement en Décembre 2009, IDE cadre Santé, Formation à l'éducation Thérapeutique.

Lancement des services, progressif entre Janvier et Juin 2010. Exemple de services :

- Prévention secondaire pour les patients Cardiovasculaires : Education Thérapeutique en séances collectives pour minimiser les risques d'aggravation des pathologies en cours
- Prévention du passage à l'obésité pour les patients en surpoids (suivi par une diététicienne)
- Collaboration entre professionnels de Santé (Gestion AVK, suivi Insulinothérapie, ...)
- Elaboration d'un kit de prise en charge médico – sociale accélérée pour les médecins
- Mise en place d'une centrale d'achat et de solution partagée de gestion des DASRI
- Formation des secrétaires médicales des cabinets dans la perspectives de mise en place de Maisons Pluridisciplinaires
- Travail sur partenariat avec un réseau diabète pour déploiement d'un Rétinographe mobile
- ...

Contact

Françoise Doche, Conseillère Pays de Santé : f.doche.paysdesanté@gmail.com

Chantal PINEAU

Etude Executive Master Sciences Po à Paris

Promotion 2009-2010

Etude

**Comment organiser l'offre de soins
de proximité dans les zones rurales
peu denses ?**

L'expérience Australienne

Juin 2010

Avant –propos

Introduction

Contexte général

I – La problématique des zones rurales et isolées

- I-1 Les systèmes de classification des zones géographiques
- I-2 Des indicateurs de santé défavorables
- I-3 Des inégalités d'accès aux soins
 - I-31 Les médecins généralistes
 - I-32 Les médecins
 - I-33 Le cas particulier des spécialistes
 - I-34 Les infirmières
 - I-35 Les dentistes
 - I-36 Les autres professions paramédicales
 - I-37 Les conséquences de la reconfiguration hospitalière

II – L'intérêt du recul d'expérience

- II-1 Les limites du recours aux médecines étrangères
- II-2 Le succès relatif des incitations financières
 - II-21 Le rural retention program (RRP)
 - II-22 Le point de vue des acteurs rencontrés
- II-3 Une expérience qui fait l'unanimité : les rural clinical school (RCS)
 - II-31 Les rural clinical school, un dispositif qui couronne les expériences antérieures
 - II-32 Un exemple de RCS, celle de l'ANU (Australian national University)
 - II-33 Des évolutions nationales positives
- II-4 Une politique d'accompagnement pour aller au-delà du recrutement
 - II-41 Des aides pour l'acquisition et le maintien de compétences en pratiques avancées et en médecine d'urgence
 - II-42 Des aides au remplacement
 - II-43 Des aides pour l'insertion professionnelle des conjoints
- II-5 L'émergence des infirmières praticiennes : une promesse qui doit surmonter ses obstacles

II-6 Une recherche des modes d'organisation les plus adaptées selon les zones et densité de population

II-61 Les options de services en zones rurales et isolées

II -611 Les services mis à disposition

II-612 Les services intégrés

II-613 Les services de santé primaire globaux

II-614 Les services intermittents

II-615 Les services virtuels

II-62 Les pré-requis environnementaux

II-63 Les pré-requis dans la mise en place des services

II-7 Des espoirs et des attentes fortes autour de la télésanté, aujourd'hui encore insatisfaits

Liste des personnes rencontrées

Bibliographie

Glossaire

Annexes

Remerciements

Mes remerciements pour l'appui de l'Ambassade de France à Canberra, et tout particulièrement à Monsieur Marc TROUYET, Premier Conseiller, Madame Laurence BEAU, Conseillère politique, et Mademoiselle Piera LORENZ, stagiaire de l'Ambassade de France qui a organisé et m'a accompagnée dans les entretiens.

L'expérience australienne

Contexte général

L'Australie est un pays immense -14 fois la France- qui compte seulement 21 millions d'habitants inégalement répartis sur le territoire. Ainsi les deux tiers de la population vivent en milieu urbain, pour la plupart sur la côte est et l'angle sud est du pays.

D'une manière générale les indicateurs de santé du pays sont bons voire excellents : l'espérance de vie y est de 81,4 ans, soit le deuxième rang au monde après le Japon. Des progrès notables ont été effectués en matière de prévention et de santé publique. Le système de santé¹⁶⁶, dont la gestion et le financement sont partagés entre l'Etat fédéral, les Etats (6) et territoires (2) et le secteur privé, assure un accès universel aux soins médicaux ambulatoires, aux médicaments et aux soins hospitaliers. Ainsi 85 % des australiens rencontrent un médecin au moins une fois dans l'année. Pour autant les dépenses de santé sont jusqu'alors maîtrisées à hauteur de 9% du PIB.¹⁶⁷

Le pays est cependant confronté à des défis majeurs en matière de santé publique et d'accès aux soins.

En effet le vieillissement de la population, l'âge médian est passé de 31,9 ans en 1989 à 36,9 ans en 2009¹⁶⁸, et les évolutions technologiques dans le domaine de la santé alimentent un accroissement de la demande de soins. Ce vieillissement concernant également les professionnels de santé, il s'avère que l'augmentation du nombre de médecins formés et le recours aux médecins étrangers ne couvre pas la croissance des besoins.¹⁶⁹ Le pays est également confronté à la nécessité d'adapter son offre de soins jusqu'alors configurée pour la prise en charge des

¹⁶⁶ Cf annexe 1

¹⁶⁷ Données issues de "Australia's health 2008", Australian Institute of Health and Welfare et "A textbook of Australian Rural health" Australian Rural Health Education Network, ed Siaw-Teng Liaw et Sue Kilpatrick, 2008

¹⁶⁸ Australian Bureau of Statistic (ABS), 2009

¹⁶⁹ Report on the Audit of Health Workforce in Rural and regional Australia, april 2008

soins aigus, vers la prise en charge des maladies chroniques et une réponse plus adaptée aux attentes d'une population éduquée, mieux informée et soucieuse de son bien être.

Cette situation se double de fortes inégalités territoriales en matière de santé des populations et de répartition de l'offre de soins. L'espérance de vie des populations vivant en zones rurales ou très isolées est inférieure à celle des urbains et les indicateurs de facteurs de risques sont nettement péjoratifs au regard des populations urbaines.

Le gouvernement australien se préoccupe de la question des soins en zones rurales et isolées depuis le début des années 70¹⁷⁰ et dispose à ce jour d'éléments qui lui permettent d'évaluer l'intérêt et les limites des mesures prises et d'orienter le contenu des dispositifs actuels. Ce recul d'expérience constitue un apport original qu'il est proposé d'explorer tout d'abord en s'attachant à la définition des zones ainsi considérées puis à leurs problématiques spécifiques pour en venir ensuite aux enseignements qui peuvent en être tirés.

I - La problématique des zones rurales et isolées

I-1 Les systèmes de classification des zones géographiques

L'examen des spécificités des territoires et les politiques qui sont définies reposent sur un classement de ces territoires à partir de critères populationnels et de distances d'accès aux principaux services. Trois grands types de classement sont utilisés en Australie :

RRMA, Rural Remote and Metropolitan Areas : développé en 1994, le classement RRMA définit 7 zones de 1 à 7 (cf.annexe 2) sur les critères de taille populationnelle et de distance en ligne directe aux principaux services. Les données sont celles des chiffres de la population et des aires de statistiques locales datant de 1991. Le classement n'ayant pas été revu depuis son origine il ne prend pas en compte les évolutions de population à l'intérieur des zones. Ce classement est couramment utilisé pour la recherche, la définition des politiques et les critères de financement pour les programmes publics. Le gouvernement fédéral vient toutefois de décider pour son budget 2010 de changer de référence.

ARIA, Accessibility/Remoteness Index of Australia : ce classement détermine une échelle glissante d'isolement à partir de données issues d'un système d'information géographique de la distance routière à 201 centres de services de plus de 5000 habitants. Comme le montre le tableau ci-dessous, cette échelle continue définit 5

¹⁷⁰ "A textbook of Australian Rural health" Australian Rural Health Education Network, ed Siaw-Teng Liaw et Sue Kilpatrick, 2008, pp.19 à 26

classes géographiques. Cette classification est plus fine que le RRMA mais réunit cependant dans une même zone des localités aux caractéristiques vraiment différentes.

ASGC, Australia Standart Geographical Classification Remoteness Aria (cf.annexe 2): il s'agit d'un classement élaboré par l'Australian Bureau of Statistics en 2001 qui affine le classement ARIA par une géographie statistique qui permet les comparaisons entre villes et campagnes sur l'accès aux biens et services. La mise à jour de la structure d'éloignement est effectuée à chaque recensement, à partir de celui de 2001. C'est le classement ASGC que le gouvernement fédéral vient d'adopter et de mettre en place progressivement pour les financements de programmes.

Le choix d'un système de classification, dans la mesure où le classement supporte la mise en œuvre des politiques en faveur des territoires, constitue un enjeu majeur. La qualité du classement adopté conditionne l'équité et l'efficacité des politiques. Le changement de classification génère inévitablement des ruptures dans les modes de prise en charge et des difficultés d'adaptation pour les zones jusqu'alors aidées et qui deviennent hors champ.¹⁷¹

Hormis mention particulière, la désignation "zone rurale et isolée" signifie ici "en dehors des grandes villes" en référence à la classification ASGC.

I- 2 Des indicateurs de santé défavorables

Si l'Australie dispose globalement de bons indicateurs de santé, la situation des populations vivant en zones rurales ou isolées est de ce point de vue préoccupante.

L'immensité du pays et la variété de ses paysages va de pair avec une diversité des modes de vie en dehors des grandes cités. Les données chiffrées masquent donc de réelles différences de conditions de vie entre ruraux eux mêmes. Pour autant, les personnes vivant en zones rurales et isolées sont moins souvent en bonne santé que leurs compatriotes urbains.

Les facteurs sociaux économiques et environnementaux sont défavorables aux populations des zones rurales et isolées : Les niveaux d'éducation et de revenus sont plus faibles et les opportunités d'emplois plus limitées avec une exposition plus élevée aux emplois à risques comme le travail des mines. L'accès aux fruits et légumes frais

¹⁷¹ Le 31 janvier 2009, un article se réfère sur internet à la "Rural Doctors Association of Australia" dont la présidente, Mrs Maxfield, indique que le nouveau classement aura pour effet de faire sortir du dispositif d'aide à l'exercice près de 1000 médecins pour le centre et l'est de l'Etat de Victoria.

n'est pas toujours assuré¹⁷². Les ruraux sont plus enclins à adopter des conduites à risques comme fumer, boire et conduire sur de longues distances après une nuit passée en ville. La conception même de la santé et le rapport à soi sont différents : la santé est pour eux l'absence de maladie et l'accent est plutôt mis sur la capacité à faire son travail et assurer sa productivité (Elliot-Schmidt & Strong 1997). Ils sont plus sur une dimension curative du soin que sur la prévention (Strasser et al. 2000).

Il en résulte pour les populations rurales une espérance de vie inférieure de 4 ans (Strong et al. 1998). Les décès par accidents de la circulation chez les jeunes ruraux sont trois fois plus fréquents que chez leurs homologues urbains et les décès par suicide deux fois plus (Moon, Meyer & Grau 1999). Les taux de maladie chroniques sont plus élevés et notamment le diabète, les maladies cardiovasculaires et l'asthme. Les indicateurs de santé sont d'autant moins bons que l'isolement est important. Ainsi le taux de mortalité infantile dans les zones très isolées est deux fois plus élevé que dans les grandes villes¹⁷³. Le taux d'hospitalisation pour dialyse est de 146 pour 1000 dans les zones très isolées, résultat à comparer avec celui des grandes villes qui est de 44 pour 1000¹⁷⁴. Le risque suicidaire des agriculteurs australiens, catégorie dont les conditions de vie sont particulièrement marquées par l'isolement, est deux fois plus important que pour le reste de la population ¹⁷⁵

Il est à noter que ces mauvais indicateurs de santé pour les zones très isolées sont influencés par la proportion élevée de population aborigène dans ces régions. Alors que les aborigènes représentent 2,5 % de la population totale, ils représentent 24 % de la population dans les zones isolées et 45% dans les zones très isolées¹⁷⁶. Or les conditions de santé de la population aborigène sont sans commune mesure avec celles de l'ensemble de la population australienne. A titre illustratif, l'espérance de vie des aborigènes est de 17 à 20 ans inférieure à la moyenne des australiens.

I-3 Des inégalités d'accès aux soins

Ces inégalités de santé se doublent d'inégalités dans l'accès aux soins.

Les professionnels de santé sont inégalement répartis sur le territoire. Leur présence tant en nombre que dans la diversité des professions de santé est d'autant moins bien assurée que la zone est isolée.

¹⁷² "Australia's health 2008", Australian Institute of Health and Welfare (AIHW), p. 81

¹⁷³ "A textbook of Australian Rural health" Australian Rural Health Education Network, ed Siaw-Teng Liaw et Sue Kilpatrick, 2008, p. 76

¹⁷⁴ *ibid.* p.87

I-31 Les médecins généralistes : moins nombreux dans les zones isolées, ils sont aussi plus difficiles d'accès financièrement¹⁷⁷

	Major Cities	Inner Regional	Outer Regional	Remote	Very Remote	Total
NSW	106.9	82.0	67.7	86.9	25.3	99.1
VIC	92.8	80.7	75.2	88.7	–	89.5
QLD	97.0	90.3	79.2	59.3	52.9	91.6
WA	81.0	65.4	76.1	61.6	34.9	76.8
SA	96.9	83.4	88.5	87.2	60.3	93.7
TAS	–	89.9	66.9	86.4	115.5	82.3
ACT	70.1	–	–	–	–	70.1
NT	–	–	55.0	59.1	46.8	54.1
National	97.0	83.1	74.2	68.2	47.1	91.3

Ainsi même à l'intérieur des zones isolées, les écarts sont importants : les zones très isolées du NSW et de Western Australia sont proportionnellement sous équipées de 1/3 par rapport à la moyenne nationale des zones isolées. Cependant l'étude indique que globalement entre 1984 et 2007, le nombre de médecins généralistes a augmenté pour les zones non urbaines.

Par ailleurs ces données issues de Medicare ne prennent pas en compte d'autres services comme les services médicaux aborigènes, les Royal Flying Doctors ou d'autres médecins salariés des centres multiservices qui oeuvrent dans ces zones. Les différences organisationnelles entre les Etats et Territoires expliquent ces variations importantes. Quoiqu'il en soit il n'en demeure pas moins que le sous-équipement des zones isolées et très isolées est avéré. Ainsi en 2005, 80% des médecins généralistes exerçaient dans les grands centres urbains pour servir 66 % de la population tandis que 7% des médecins généralistes desservaient les zones rurales soit 13 % de la population¹⁷⁸.

La rareté des médecins généralistes en zones isolées se double d'un accès plus difficile financièrement du fait que l'absence de concurrence et les conditions particulières d'exercice amènent ces médecins à ne pas adhérer au système de tiers payant "bulk-billing". Ainsi alors que le nombre élevé de médecins à Sydney génère le pourcentage le plus élevé de médecins en tiers payant, il est quasi impossible de trouver un généraliste exerçant

¹⁷⁵ ibid.p.73

¹⁷⁶ ibid. p. 81

¹⁷⁷ Tableau 2.3.2 p. 8, "report on the audit of health workforce in rural and regional australia, avril 2008"

¹⁷⁸ "A textbook of Australian Rural health" Australian Rural Health Education Network, ed Siaw-Teng Liaw et Sue Kilpatrick, 2008 p. 83

en libéral et respectant les tarifs de Medicare en zones rurales et isolées. Ce point nous a été rapporté lors des entretiens avec le directeur de l'Australian Institute et le vice président de la "DGP ACT¹⁷⁹".

I-32 Les médecins¹⁸⁰

	Major City	Inner Regional	Outer Regional	Remote/Very Remote	National
Clinicians	311	174	145	133	268
Primary care	100	88	84	92	98
Hospital non-specialist	40	18	13	22	33
Specialist	122	56	38	16	99
Specialist-in-training	49	12	10	4	37
Non clinicians	24	7	8	14	19
Total	335	181	153	148	287

Afin de mieux apprécier ces données il est intéressant de rapporter la comparaison internationale effectuée par l'OCDE qui indique 270 médecins pour 100 000 habitants en Australie et 340 pour la France, sur des données de l'année 2000¹⁸¹

I-33 Le cas particulier des spécialistes : une frontière floue entre médecins spécialistes et généralistes en zones rurales et isolées¹⁸²

Il est particulièrement difficile de définir les soins médicaux spécialisés en zones rurales et isolées.

Dans le privé, l'accès au spécialiste nécessite une orientation par le généraliste pour une prise en charge par Medicare. En revanche, à l'hôpital public le patient peut être vu par un spécialiste sans être référé par un médecin généraliste. Or en zones rurales il n'y a pas ou très peu d'hôpitaux privés et les patients ont donc accès sans distinction particulière au généraliste ou au spécialiste.

La distinction soins spécialisés et soins généralistes selon que ceux-ci sont prodigués ou non par un spécialiste ne tient pas non plus. En effet, dans les zones rurales beaucoup de médecins généralistes effectuent des soins complexes et à l'inverse des spécialistes sont amenés à faire des consultations de généralistes. Il est utile et nécessaire que les généralistes des zones isolées sachent prendre en charge des personnes gravement

¹⁷⁹ M Sleiman, vice président de « Australian Capital Territory, Division of General Practitioner" (ACT DGP)

¹⁸⁰ Ibid. tableau 2.3.4. p. 15

¹⁸¹ Report on the Audit of Health Workforce in Rural and regional Australia, april 2008, p. 24

accidentées en attendant l'arrivée des secours et l'orientation vers un centre de soins adaptés. Dans un nombre significatif mais décroissant de communautés les généralistes sont compétents en anesthésie, obstétrique et petite chirurgie allant jusqu'à la laparotomie. Cela permet d'assurer la proximité de la prise en charge et la complémentarité avec des spécialistes qui assurent des permanences épisodiques. Cette acquisition et ce maintien des compétences sont facilités par l'exercice partagé des médecins généralistes dans les zones rurales entre l'hôpital public et leur cabinet privé.

I-34 Les infirmières : la profession de santé la mieux répartie sur tout le territoire mais avec des pratiques spécifiques en zones rurales¹⁸³

	Major Cities	Inner Regional	Outer Regional	Remote	Very Remote	Total
NSW	1.016	1.157	1.005	951	1.122	1.080
VIC	1.245	1.493	1.668	1.638	–	1.375
QLD	1.005	1.013	1.040	866	1.168	1.044
WA	1.164	772	1.152	1.018	1.128	1.139
SA	1.508	876	1.342	1.470	1.339	1.534
TAS	–	1.577	911	781	1.799	1.369
ACT	1.156	977	–	–	–	1.263
NT	–	–	2.052	1.439	859	1.710
National	1.136	1.199	1.190	1.090	1.078	1.202

La répartition des infirmières est globalement conforme à la répartition de la population, soit 27% des infirmières en zones rurales et 3% en zones très isolées. Une étude ¹⁸⁴suggère que l'implantation des écoles dans les régions et le nombre d'étudiants ruraux influe probablement sur les choix d'installation des infirmières. Le directeur de l'Australian Institute nous a aussi fait remarquer que les infirmières gagnent moins d'argent que les médecins en ville et sont donc plus susceptibles d'être attirées par l'exercice en zones rurales. Toutefois le nombre d'infirmières recouvre aussi celui des aides soignantes. Or en zones rurales la proportion d'aides

¹⁸² confère "Meetings the needs of rural and remote Australians for specialist medical care : issues and options", in "The journal", par RW Pegram, JS Humphreys, R Mc Lean

¹⁸³ Report on the Audit of Health Workforce in Rural and regional Australia, april 2008, tableau 2.3.7 p. 17

¹⁸⁴ "Australia's rural and remote health. A social justice perspective", JD Smith, 1ère édition, p. 117

soignantes parmi le chiffre global d'infirmières est deux fois plus élevée que dans les grandes villes¹⁸⁵. Ceci indique donc une moindre disponibilité de personnel infirmier qualifié dans les zones rurales par rapport aux centres urbains.

70% des infirmières sont employées dans le secteur public : hôpitaux, services de santé mentale, résidences pour personnes âgées et centres de santé¹⁸⁶. Les infirmières en zones rurales et isolées ont souvent une double qualification, le plus souvent d'infirmière et de sage femme mais aussi parfois infirmière et santé mentale et elles sont nombreuses à engager une formation postuniversitaire. Les infirmières rurales sont amenées à développer des compétences étendues pour lesquelles elles ne sont pas toujours formées et pour une définition de poste qui n'est pas officiellement reconnue. En zones rurales les infirmières ont la possibilité de travailler dans une équipe pluridisciplinaire, rattachée à l'hôpital local avec un accès rapide au médecin. Au contraire, les infirmières en zones isolées exercent le plus souvent dans un centre de santé sans accès direct au médecin, celui-ci n'étant accessible que par radio ou téléphone ou lors de ses permanences sur place. Elles sont amenées à outrepasser leur rôle, allant jusqu'à poser des diagnostics et prescrire des médicaments ou des radiographies, sans reconnaissance officielle¹⁸⁷.

Pour prendre la mesure de la place importante des infirmières dans le dispositif de soins australien, il est intéressant de reprendre la comparaison internationale de l'OCDE qui indique en 2000 un ratio australien de 1172 infirmières pour 100 000 habitants tandis que la France se situe à 675.¹⁸⁸ Il reste toutefois à déterminer si ces données ne prennent pas en compte pour l'Australie les aides soignantes.

I-35 Les dentistes

D'une manière générale l'accès aux soins dentaires en Australie est très mal assuré : le pays est classé dans le dernier tiers des pays de l'OCDE sur ce point¹⁸⁹. Cependant alors qu'en ville la difficulté est de faire face aux coûts des soins, en zones rurales le problème est aussi celui de l'absence de dentistes : le nombre de dentistes pour 100 000 habitants chute de 58.6 pour les grandes cités à 19.8 pour les zones très isolées.¹⁹⁰

¹⁸⁵ ibid.

¹⁸⁶ Report on the Audit of Health Workforce in Rural and regional Australia, avril 2008, p.17

¹⁸⁷ "Australia's rural and remote health. A social justice perspective", JD Smith, 1ère édition pp. 118_119

¹⁸⁸ Report on the Audit of Health Workforce in Rural and regional Australia, avril 2008, p. 25

¹⁸⁹ "A healthier future for all australians, final report", Australian government, juin 2009, p. 83

I-36 Les autres professions paramédicales

Le rapport de 2008 (p 18-19) déjà cité note une mauvaise distribution des professions paramédicales avec une absence de corrélation entre les besoins et la répartition de l'offre, au désavantage des zones les plus éloignées des centres urbains.

I-37 Les conséquences de la reconfiguration hospitalière

Ces dernières années de nombreux hôpitaux locaux¹⁹¹ et maternités¹⁹² ont soit fermés soit été rétrogradés. Ce mouvement est lié d'une part à l'évolution dans la répartition de la population dans les territoires au détriment des zones rurales et d'autre part à la volonté de concentrer les moyens hospitaliers sur des plateaux techniques performants. Ce faisant ceci a deux implications majeures :

- Un accroissement des distances pour l'accès aux soins hospitaliers. particulièrement problématiques pour des soins répétitifs tels que les dialyse ou traitement des cancers. Pour les naissances, les femmes des zones très isolées doivent se rendre à la maternité 6 semaines avant la date prévue pour l'accouchement. Le dispositif de prise en charge des transports n'ayant pas évolué suffisamment il est fait état de graves difficultés pour accéder aux soins spécialisés.¹⁹³
- L'impossibilité matérielle, du fait de la disparition du support hospitalier, pour les médecins généralistes locaux de maintenir leurs compétences techniques avancées pourtant nécessaires dans cet environnement¹⁹⁴.

Si la question des inégalités de santé est connue dès le début des années 1970 le véritable élan d'une politique spécifique pour les zones rurales est donné dans les années 1990. En 1994 le gouvernement fédéral appuie une stratégie nationale de santé en milieu rural. De multiples programmes se mettent alors en place, le gouvernement fédéral ciblant les professions médicales tandis que les états et territoires privilégient les autres professions de santé. A la fin de la décennie ces initiatives sont jugées peu efficaces car ne prenant pas assez en compte les spécificités rurales. La réponse du gouvernement australien est un nouveau développement de programmes

¹⁹⁰ Report on the Audit of Health Workforce in Rural and regional Australia, avril 2008, p. 18, données de 2005, source AIHW, dentist labour survey.

¹⁹¹ L'association des médecins ruraux fait état de 50 % des hôpitaux locaux ayant soit fermés soit été rétrogradés au cours de ces dix dernières années

¹⁹² M Gordon, directeur national de Rural Health Alliance rapporte la fermeture de 110 maternités ces dix dernières années

¹⁹³ "No transport, no treatment, community transport to health services in NSW", 2008. L'étude rapporte un nombre annuel de 90 000 transports refusés dans cet Etat, par insuffisance d'offre de transport.

¹⁹⁴ "Meeting the needs of rural and remote Australians for specialist medical care : issues and options", in "The journal", par RW Pegram, JS Humphreys, R Mc Lean, p. 3

ciblés sur les différents aspects de la problématique spécifique au milieu rural et aux régions isolées. En 2007, plus de 60 programmes fédéraux sont dénombrés.¹⁹⁵

C'est ainsi que l'Australie constitue aujourd'hui un terrain privilégié pour la richesse de ses expérimentations, son retour d'expérience et les enseignements qui en sont actuellement tirés.

II - L'intérêt du recul d'expérience

II-1 Les limites du recours aux médecins étrangers

Afin de résoudre le manque de médecins en zones rurales et isolées l'Australie ouvre ses portes aux médecins étrangers sous condition d'exercer une durée minimale dans ces régions. La durée de stage est de 10 ans pour les zones rurales les moins isolées et 6 ans pour les zones les plus isolées. De fait, en zones rurales les médecins sont maintenant à près de 50% des étrangers alors qu'ils ne représentent en moyenne que 25% de l'ensemble de la profession (source Rural doctors association of Australia). Pour autant l'unanimité semble établie sur le fait que cela ne saurait en aucun cas suffire à résoudre la question du manque de médecins. D'une part cela semble une position difficile à tenir dans la durée dans le cadre des relations entre pays surtout les pays en voie de développement qui sont les plus concernés par cette migration : l'accueil de médecins étrangers s'effectue au détriment des pays d'origine qui ont fait l'effort de formation et qui n'en ont pas le bénéfice alors qu'ils en ont le plus grand besoin. D'autre part, l'accueil des médecins étrangers résout le problème pour un temps seulement. En effet, passée la durée de stage ceux-ci s'empressent de tenter leur chance en villes et alimentent ainsi un flux migratoire interne des campagnes vers les villes, ne faisant qu'aggraver le déséquilibre territorial. Ainsi le recrutement de médecins étrangers apparaît comme une partie de la solution, pour l'heure indispensable mais certainement pas suffisante.¹⁹⁶

¹⁹⁵ L'histoire des politiques de santé en zones rurales est reprise dans "A textbook of Australian Rural health" Australian Rural Health Education Network, ed Siaw-Teng Liaw et Sue Kilpatrick, 2008, p. 19 à 26

¹⁹⁶ voir notamment "The supply of doctors in Australia : is there a shortage ?", Abhaya Kamalakanthan & Sukhan Jackson, may 2006, School of Economics, The university of Queensland, Queensland.

II-2 Le succès relatif des incitations financières

Nous proposons d'aborder cet aspect d'abord à partir du "Rural retention program" et de son évaluation puis du point de vue des acteurs rencontrés.

II-21 Le Rural retention program (RRP)

Parmi les nombreux programmes déployés par le gouvernement fédéral, le "Rural retention program" est à la fois l'un des plus anciens, des plus importants financièrement (plus de 24 millions de dollars australiens (AUD) au budget 2010) et dont l'évaluation est disponible.

Ce programme fédéral qui date de 1998 a pour objectif de favoriser le maintien en place des généralistes par des suppléments de revenus définis selon la zone et le volume d'activité.

Pour bénéficier du programme, il faut :

- Exercer dans une zone éligible (classement ARIA).
- depuis une période qui varie selon la zone

Catégorie (ARIA)	Période de qualification en trimestres actifs	Nombre d'années minimales pour la qualification	Aide maximale annuelle
A	24	6	5.000 AUD
B	20	5	10.000 AUD
C	16	3	15.000 AUD
D	8	2	20.000 AUD
E	4	1	25.000 AUD

Pour percevoir son premier paiement le médecin doit être considéré actif pour au moins quatre des six derniers trimestres de la période de qualification et pour percevoir les aides suivantes il doit être considéré actif pour au moins quatre des huit derniers trimestres. Certaines périodes comme les congés payés, congés maternité ou maladie, formation continue, sont prises en compte.

La plus grande part du dispositif est géré par Medicare dans le cadre d'un paiement centralisé (CPS) et automatisé à partir de l'activité enregistrée sous Medicare. Est considéré comme actif dans le dispositif un trimestre qui donne lieu à une activité enregistrée de 4000 AUD. L'aide maximale est accordée à partir d'un seuil annuel d'activité de 80 000 AUD.

Pour les médecins qui remplissent les conditions de durée de stage mais dont l'activité sous Medicare est insuffisante, le RRP prévoit un dispositif de paiement flexible (FPS) géré par les Agences rurales d'emploi en santé dans les Etats ou Territoires. Il s'agit le plus souvent de médecins pour une part salariés dans les hôpitaux publics ou autres centres de santé.

Ce programme a fait l'objet d'une évaluation en 2006¹⁹⁷ selon les critères de l'efficacité, de la pertinence et de l'efficience.

Depuis 1999, le montant des aides du RRP est passé de 11.8 millions AUD à 19.9 en 2004-2005. soit une augmentation de 70%. Ces montants se partagent entre CPS et FPS de la façon suivante :

1999-2000 : 10.8 millions AUD pour le CPS et 927 000 AUD pour le FPS

2004-2005 : 18.2 millions AUD pour le CPS et 1.7 millions AUD pour le FPS

La part CPS du programme :

En 2004-2005, pour la part CPS, la répartition des bénéficiaires et des aides par catégorie ARIA s'établit comme suit :

Catégorie A : 36% des bénéficiaires – 18 % des paiements CPS

Catégorie B : 38% des bénéficiaires – 37% des paiements CPS

Catégorie C : 15% des bénéficiaires – 21% des paiements CPS

Catégorie D : 5% des bénéficiaires – 10% des paiements CPS

Catégorie E : 6% des bénéficiaires – 14% des paiements CPS

¹⁹⁷ Australian government, department of health and ageing, "review of the rural retention program", Peter Gibbon & Jim Hales, décembre 2006

Le nombre de bénéficiaires CPS entre 1999 et 2005 est stable pour les catégories A, B et E mais augmente respectivement de 46% et 31% pour les catégories C et D.

Le paiement FPS est à 76% utilisé par des médecins de la catégorie E. Les catégories C et D ont l'autre part, la catégorie B n'ayant que 1% des paiements et la catégorie A aucune.

Dans la période 1999-2005 le nombre de bénéficiaires FPS de la catégorie E a augmenté de 28% tandis que les paiements FPS ont crû de 107% pour cette même catégorie.

Ceci traduit l'augmentation du nombre de praticiens qui restent suffisamment longtemps pour accéder au bénéfice du programme. Dans le même temps ces chiffres confirment l'importance de la pluri activité des médecins dans les zones isolées : soit un temps partagé entre hôpital, centre de santé et cabinet privé, soit un temps partagé entre différentes localités (de zones ARIA parfois différentes)

Le taux de fidélisation en CPS est de 86% après la première année qui suit le paiement initial et de 65% après 5 ans. En FPS, le taux est de 66% après la première année et 31% au terme des 5 ans qui suivent l'entrée dans le programme. Ceci confirme la difficulté à fidéliser dans les zones les plus isolées.

L'efficacité du programme

L'étude conclut à une efficacité relative dans la mesure où le maintien dans la durée des médecins en zones isolées ne peut pas s'apprécier seulement à l'aune des financements accordés. Toutefois il apparaît la nécessité de faire mieux connaître le programme à ses bénéficiaires potentiels.

L'efficience du programme

La gestion des aides CPS par Medicare est plébiscitée du fait de l'automatisation du système et de sa simplification. En revanche pour le FPS, même si l'étude conclut à la bonne gestion du dispositif par les agences rurales pour l'emploi en santé, il est noté une trop grande complexité administrative et un manque de lisibilité dans la superposition avec les autres programmes locaux.

La pertinence du programme

La non revalorisation des aides suivant le coût de la vie est perçue comme un obstacle au maintien de l'intérêt du programme. Il est proposé pour redonner de l'attractivité au dispositif d'exonérer fiscalement les aides. L'exclusion

de certains médecins, notamment l'absence de prorata pour des services de courtes périodes, semble inappropriée. De même se pose la question de la prise en compte de médecins volants ; les Royal flying doctors ont beaucoup de difficultés à entrer dans le programme ; ainsi que d'autres médecins qui interviennent régulièrement dans les zones isolées sans être résidents permanents. La non prise en compte des pratiques avancées par les généralistes au sein des hôpitaux dans les zones C, D et E ainsi que les heures de garde, de trajet ou les tâches administratives interpelle également. L'adaptation de la classification des zones constitue également un point sensible pour permettre l'atteinte des objectifs. Ainsi l'étude de 2006 conclut à la nécessité de mieux prendre en compte les bassins de population de 10 000 à 20 000 personnes (zones d'isolement moyen).

En conclusion, l'existence du programme pour le maintien des services médicaux paraît effectivement décisive pour les zones D et E. Sans cela, les médecins seraient amenés soit à quitter ces territoires soit à augmenter considérablement leurs honoraires pour maintenir leur niveau de rémunération. L'évaluation de 2006, si elle reconnaît la complexité et de possibles redondances entre le programme national et les programmes locaux initiés par d'autres acteurs comme les divisions de médecins généralistes ou l'association des médecins ruraux, conclut sur le caractère avant tout complémentaire des programmes. La fusion en un seul programme national ne permettrait pas cette prise en compte des spécificités de terrain. La limite du programme tient au fait que les aides financières ne suffisent pas à lever les obstacles à l'exercice en zones rurales et que d'autres éléments, comme par exemple l'accès au remplacement, l'organisation de la permanence des soins, la qualité du logement, doivent dans le même temps être pris en considération.

II-22 Le point de vue des acteurs rencontrés

Ces incitations financières à l'exercice en zones isolées sont ressorties comme un sujet très discuté et qui ne fait pas l'unanimité.

L'association des docteurs ruraux estime que l'éducation et la formation des médecins ruraux est de bon niveau mais que les incitations financières sont insuffisantes. En concertation avec le syndicat des médecins australiens (AMA), l'association des docteurs ruraux sonne l'alarme et demande, en 2010, la mise en place d'un programme d'urgence qui comprenne notamment des aides financières de deux catégories. Une première catégorie concerne la prise en compte de l'isolement et une deuxième pour soutenir les médecins qui exercent en pratique avancée.

Ce programme inclurait les spécialistes exerçant en zones isolées, notamment afin de soutenir le recrutement des hôpitaux locaux. Le coût de l'ensemble est évalué à 350-400 millions AUD par an.

D'autres acteurs, comme les directeurs de l'Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) et du National Rural Health Alliance (NRHA), mettent plutôt l'accent sur les limites des incitations financières lorsque le revenu d'un médecin en ville est de toute façon très correctement assuré. Pour eux, la libre installation des médecins et la liberté tarifaire sont deux éléments qui conduisent à cette situation. Le directeur de l'AIHW préconise une autorisation d'installation en fonction des besoins des territoires. Cette contrainte lui semble justifiée par le fait que plus de 70% des revenus des médecins sont aujourd'hui assurés par des fonds publics. Cela semble donc avant tout une question politique qui, du point de vue de l'AIHW et du NRHA, se heurte au lobby des médecins. Toutefois le directeur de l'AIHW reconnaît la nécessité de faire plus pour les zones rurales moyennes (RRMA 4-5) et regrette que le soutien fort de l'Etat pour les zones les plus isolées, notamment au travers des financements accordés aux Royal Flying Doctors, soit mis en avant pour masquer le manque d'apport vers les zones moins isolées mais aujourd'hui en difficulté.

II-3 Une expérience qui fait l'unanimité : les Rural Clinical School (RCS)

La formation est considérée comme un élément clé du recrutement et du maintien des professionnels de santé en zones rurales. Après la mise en place généralisée de 2 à 6 semaines de stage en zones rurales dans les années 1990, une première expérience a démarré en 1997 avec le Parallel Rural Community Curriculum (PRCC) en South Australia qui prévoit une année entière de formation médicale en zones rurales. Très vite d'autres dispositifs similaires se sont créés : les départements universitaires en santé rurale (UDRH), ¹⁹⁸en 1997 également et les Rural Clinical School (RCS) à partir de 2000. UDRH et RCS sont associés au "Rural Undergraduate Support and Coordination" (RUSC) financé également par le Department of Health and Ageing. Le RUSC a cependant une vocation plus large de :

- Promotion de la sélection de candidats ruraux
- L'organisation du soutien des étudiants en médecine intéressés par la pratique en milieu rural
- Proposition des stages de courte durée à tous les étudiants en médecine d'Australie.

¹⁹⁸ UDRH : University Departments of Rural Health

Les acteurs des programmes RCS et RUSC sont membres de la Federation of Rural Australian Medical Educators (FRAME) dont l'objet est d'engager des réflexions communes sur la formation pour la pratique de la médecine en zones rurales et faire la promotion de ses spécificités.

L'ensemble des programmes est pour une très large part financé dans le cadre de programmes nationaux pilotés par le Department of Health and Ageing. Ce dernier finance également les allocations financières substantielles accordées pour les formations de longue durée en zones rurales. Le montant des allocations est fonction de la durée de la formation et du zonage :

Degree of Rurality and/or Remoteness

(Least rural and/or remote) (Most rural and/or remote)

Length of training	Degree of Rurality and/or Remoteness					
	Other	Category A	Category B	Category C	Category D	Category E
GP Training Year 1	Lowest Incentive					
GP Training Year 2						
GP Training Year 3						Highest incentive

	Other*	Category A	Category B	Category C	Category D	Category E
GP Training Year 1	\$10,000	\$10,000	\$25,000	\$40,000	\$55,000	\$70,000
GP Training Year 2	\$20,000	\$20,000	\$35,000	\$50,000	\$65,000	\$80,000
GP Training Year 3	\$30,000	\$30,000	\$45,000	\$60,000	\$75,000	\$90,000

*Note that this category is still ineligible for the purposes of the Rural Retention Program, but is treated differently under AGPT because of the overlap with RRMA and GPARIA.

Après une présentation des RCS et l'exemple de la RCS de l'ANU¹⁹⁹ nous aborderons les évaluations de ces dispositifs et les perspectives qui se dégagent.

¹⁹⁹ ANU : Australian National University

II-31 Les Rural Clinical School, un dispositif qui couronne les expériences antérieures

La création du parcours parallèle (PRCC) en South Australia a été suivie très rapidement de la mise en place d'un réseau²⁰⁰ qui compte aujourd'hui 11 départements universitaires en santé rurale. Chaque département est lié à une ou plusieurs universités et l'association entre PRCC, UDRH et RCS est devenue fréquente.

Les UDRH ciblent une gamme plus étendue d'enseignement, de formation et de recherche pour l'ensemble des professionnels de santé, tandis que les RCS visent essentiellement la formation médicale. A cette nuance près, les objectifs des trois dispositifs peuvent être considérés comme quasi identiques à ce jour :

- Augmenter le nombre de professionnels de santé en exercice dans les zones rurales et isolées
- Encourager les étudiants à s'engager dans une carrière rurale et pour cela augmenter et améliorer les expériences rurales des étudiants en santé dans leur parcours post licence, y compris dans l'approche culturelle des populations aborigènes
- Proposer de la formation et du soutien aux professionnels de santé déjà en place
- Entreprendre des recherches spécifiques sur la santé en zones rurales et isolées
- Encourager les professionnels de santé ruraux à prendre des postes universitaires
- Contribuer à l'innovation en éducation, à la recherche et développement de nouveaux services par la collaboration avec les universités, les services de santé et les organisations professionnelles et communautaires, incluant les communautés indigènes
- Contribuer au développement de nouveaux modèles d'organisation des soins en zones rurales et isolées
- Améliorer la gamme des services de soins de santé en milieu rural.

Si les objectifs se recouvrent, il convient de bien souligner le caractère innovant des RCS dans la conception même de la formation médicale. En effet, les PRCC et UDRH innovent en proposant des temps de pratique en zones rurales ou isolées, sans commune mesure avec ce qui était effectué jusqu'alors. Ils mettent également l'accent sur l'interdisciplinarité, mais sur le fond l'approche de formation est la même que celle des écoles de médecine urbaines. En revanche les RCS visent à délivrer les principales composantes du parcours de formation médicale dans un environnement rural. Elles ont de ce fait instauré deux grands types de modèles originaux :

Certaines ont retenu un programme de formation à partir de l'hôpital mais avec un programme d'enseignement intégré, centré sur le patient : les étudiants suivent de près plusieurs patients dans une approche holistique, les accompagnant dans l'ensemble de leurs traitements. Ainsi en 5^{ème} année, la pédiatrie, l'obstétrique et

gynécologie, la psychiatrie et médecine communautaire sont intégrés en deux semestres et non pas en cycles distincts. Ceci permet aux étudiants par exemple de suivre une femme de la fin de sa grossesse, à l'accouchement et aux premiers mois du bébé. Cette organisation de l'enseignement est adaptée à la réalité de ces zones où les spécialistes ne sont pas présents en permanence mais seulement une partie du temps. Cela prend également en compte, par rapport aux hôpitaux universitaires, la moindre incidence de la diversité des pathologies sur une courte période.

D'autres RCS ont adopté une formation clinique à partir des localités et non pas de l'hôpital. L'étudiant est supervisé par un médecin généraliste mais il suit les patients sur l'ensemble de leur parcours, des soins de premier recours jusqu'à l'hôpital. L'étudiant est ainsi confronté à tout l'éventail de la pratique, il travaille avec l'ensemble du corps médical et il passe en fin d'année les mêmes examens que les étudiants de parcours classique.

Les RCS ont développé des variantes à partir de ces deux grands modèles d'enseignement.

Les RCS doivent en outre respecter des contraintes spécifiques :

- 25% des étudiants recrutés en RCS doivent engager au moins 50% de leur parcours en zone rurale ou isolée
- Les contenus doivent être conformes aux standards de formation et les étudiants passent les mêmes examens que leurs homologues formés dans les hôpitaux universitaires (disposition qui s'applique aussi au PRCC et UDRH)
- L'université doit obligatoirement engager des équipes sur place pour coordonner, gérer et enseigner
- Seulement 5% du budget dédié peut être utilisé dans la grande cité universitaire
- L'utilisation des ressources locales doit être privilégiée
- La formation doit développer une inscription locale, notamment par l'implication et la coopération avec les élus locaux, les représentants locaux de l'Etat/Territoire et utiliser les ressources et expertises locales

II-32 Un exemple de RCS, celle de l'ANU

La RCS de l'Australian Capital Territory s'est créée en 2006, elle fait donc partie de la dernière vague de création qui porte le dispositif à 17 RCS dépendant de 16 universités.

²⁰⁰ ARHEN : Australian Rural Health Education Network

Comme pour toutes les RCS, le recrutement des étudiants s'effectue après leur licence et le parcours dure 4 ans. Tous les étudiants passent au minimum 8 semaines sur le terrain et au moins 25% doivent s'engager pour une année entière en zone rurale. Dans ce cadre, les étudiants suivent un programme d'étude longitudinal, centré sur le patient. La résidence se situe dans une petite ville mais l'exercice s'effectue sur un territoire plus large. Un médecin généraliste est attaché à chaque étudiant mais celui-ci travaille également sous supervision dans les hôpitaux locaux. Un responsable universitaire local surveille les étudiants pour s'assurer que le parcours est complet et qu'il leur permet d'obtenir toutes les connaissances et expériences requises. Comme pour les autres programmes de ce type, l'hébergement des étudiants sur place est pris en charge par l'école. En cas de stage long des aides supplémentaires sont apportées pour l'installation, souvent avec la participation des collectivités locales. L'ensemble des frais de déplacement liés à la formation est également pris en charge ainsi qu'un aller retour annuel vers la ville d'origine.

Le recrutement des étudiants

La RCS de l'ANU ne fait pas de recrutement sur quota. En effet, suite à des évaluations antérieures il est avéré que des étudiants eux mêmes originaires des zones rurales ou isolées sont plus enclins à exercer dans ces mêmes zones²⁰¹. Aussi certaines RCS, à compétences académiques égales, donnent la préférence aux ressortissants de zones rurales ou isolées. Pour la RCS de l'ANU, le recrutement s'effectue en tenant compte du niveau académique de l'élève, mais aussi à partir d'un questionnaire où il doit expliquer sa démarche et enfin d'entretiens qui permettent de cerner le potentiel d'adéquation entre le mode de vie associé à l'exercice en zones rurales et l'élève. Le Pr Barnard, vice-doyen de cette rural clinical school, nous a précisé que les types de loisirs, les expériences antérieures d'engagement citoyen, le caractère indépendant allié à la capacité à travailler en équipe ainsi que la motivation à s'investir dans les communautés en dehors du temps strictement médical sont de bons indicateurs. La RCS de l'ANU retient 50% des candidats, ce qui montre l'attractivité du programme.

Le contenu des premières étapes du parcours

La décision des élèves de faire un parcours long en zones rurales s'effectue à la 3^{ème} année du parcours. Aussi il nous semble intéressant de détailler les deux premières étapes, qui peuvent être considérées comme majeures pour l'engagement futur. De fait, chaque semaine effectuée en 1^{ère} et 2^{ème} année (cf détail des programmes joints)

²⁰¹ "Why do medical graduates choose rural careers ?", JA Henry, BJ Edwards, B. Crotty, Rural and Remote Health, février 2009

associe aux travaux d'enseignement des temps de rencontre, de découverte du mode de vie et vise la création de liens avec la communauté. Un parrainage des étudiants par des membres du Rotary club est proposé pour permettre l'accompagnement dans la durée des étudiants sur tous les aspects pratiques de leur vie sur place. Ce type de parrainage vise également par la création d'un réseau relationnel avec les décideurs locaux à faciliter l'insertion professionnelle des conjoints, élément essentiel pour une décision d'installation.

L'appréciation de la vice présidente

Le Professeur Barnard rapporte l'enthousiasme des élèves qui se sentent soutenus et très proches des enseignants et de leurs tuteurs. L'éventail de la pratique proposée aux élèves est très apprécié : généraliste, spécialistes, hôpital. Tous les programmes de santé rurale en post licence intègrent les pratiques avancées comme l'obstétrique et la petite chirurgie. Ces compétences sont jugées absolument nécessaires en zones rurales isolées. Par les tâches qu'ils peuvent assumer les étudiants apportent également un soulagement pour les praticiens locaux dans leur travail au quotidien. Le tutorat s'établit donc dans une réciprocité de services. Pour autant les médecins tuteurs éprouvent de la difficulté à s'engager dans l'enseignement formel. Cela leur demande un travail important pour prendre confiance en eux dans cette nouvelle activité. A noter que le tutorat est rémunéré²⁰². Le professeur Barnard observe pour l'heure de la difficulté à établir de la recherche clinique en zones rurales, du fait de la charge de travail des médecins. Il s'agit pour elle d'un défi à relever dans les années futures. Il est bon sur ce point de rappeler que la RCS de l'ANU figure parmi les plus récentes du dispositif et donc que le programme n'est pas encore à maturité dans tous ses aspects. Elle souligne également le fait que les accréditations d'exercer soient actuellement données par Etat/Territoire limite les possibilités de choix pour les internats des élèves. Le passage à une accréditation nationale au 1^{er} juillet 2010 va faciliter la mobilité et permettre aux étudiants des RCS un plus grand choix d'internat.

II-33 Des évaluations nationales positives

Une évaluation des dispositifs UDRH et RCS établie à la demande du Department of Health and ageing en 2008²⁰³ conclut à l'atteinte des objectifs pour ces deux programmes.

²⁰² Cette rémunération s'élève à 100 AUD par demi journée de supervision, mais le montant doit être révisé dans le cadre des réformes en cours.

²⁰³ evaluation of the University departments of rural health programs and the Rural Clinical schools program, nov 2008, par Urbis

Ces deux programmes sont perçus comme ayant participé à la révolution de la santé rurale avec comme effets principaux :

- Une augmentation du nombre d'étudiants accédant à la connaissance des problématiques de la santé en zones rurales
- La création d'infrastructures d'éducation et d'aménagements accessibles pour les étudiants et les enseignants, mais aussi pour les autres professionnels de santé locaux
- Les opportunités créées de recherche, enseignement et de poursuite d'études sur place encouragent des médecins, infirmières et autres professionnels de santé à rester sur place. Il est également noté sur ce point que la position de superviseur et d'enseignant amène les professionnels locaux à accroître leurs compétences techniques et leurs connaissances.
- La possibilité d'associer l'exercice clinique avec une position d'enseignement encourage d'autres professionnels à revenir en zones rurales
- Des médecins, infirmières et autres professionnels de santé choisissent de s'installer à la suite de ces parcours de formation
- Une visibilité accrue des questions de santé en milieu rural au sein de l'Université
- Une meilleure visibilité du secteur universitaire en zones rurales et isolées
- Une augmentation du nombre de publications sur les thématiques de la santé en zones rurales ou isolées
- De nouveaux partenariats pour innover dans la délivrance des services et la recherche.

Si la plupart de ces effets ne peuvent pas être attribués de façon sûre et directe aux RCS ou UDRH, la réalité d'un maintien ou d'une augmentation du nombre de professionnels de santé en milieu rural est avérée. Certes, ces améliorations ne sont pas aujourd'hui à la hauteur des besoins mais il est espéré qu'avec l'arrivée à maturité de ces programmes, la venue de jeunes professionnels de santé ayant suivis ces parcours de formation ou le choix pour des professionnels expérimentés de rester sur place, contribuent de façon très significative à résoudre le manque de professionnels en zones rurales et isolées.

Cette évaluation pointe aussi les éléments clés pour la pérennité et le succès au long terme de ces programmes, à savoir :

- La capacité à augmenter le nombre de lieux de stage pour faire face à l'augmentation du nombre d'étudiants ;
- La capacité à renouveler les responsables de ces programmes locaux : les responsables en place ont été les pionniers et la réussite des programmes repose pour une large part sur leur leadership. Il importe de s'assurer notamment que les partenariats mis en place sont bien ancrés dans l'organisation et ne reposent pas sur la seule personnalité du responsable ;
- La capacité à maintenir la culture de l'innovation, véritable marque identitaire de ces programmes et élément essentiel d'attractivité pour de jeunes chercheurs et de jeunes praticiens.

Trois autres études²⁰⁴ confirment l'appréciation positive de ces programmes, tout en précisant les obstacles potentiels pour un choix de pratique professionnelle en zones rurales. En effet, l'intérêt pour la formation et l'enthousiasme même des étudiants ne suffisent pas à déclencher le choix de la pratique en zones rurales.

Parmi les principaux facteurs évoqués, les opportunités d'emplois pour le conjoint, le goût de celui-ci pour la vie en zone rurale et les possibilités d'éducation pour les enfants sont des éléments qui pèsent dans le choix d'installation. Ceci rejoint la remarque faite, lors de notre entretien, par le directeur de l'association des médecins ruraux, M. Sant, qui pose comme priorité des jeunes médecins la possibilité de concilier travail et vie de famille. Une insuffisance de soutien dans l'environnement de travail et des opportunités de développement professionnel inadaptées sont aussi des obstacles souvent évoqués. Le besoin d'une collaboration étroite entre les acteurs de la formation et les hôpitaux pour lier formation et stratégie de recrutement est également pointé : cela mériterait de faire valoir ce partenariat comme une composante du système de santé local. De même, le manque de spécialisations proposées dans les hôpitaux ruraux affecte le choix des étudiants. Les RCS devraient prendre en compte la nécessité de proposer des choix de spécialités; ce qui de surcroît renforcerait la capacité des hôpitaux locaux et régionaux à retenir des services spécialisés.

De fait, des programmes complémentaires sont démarrés ou en discussion.

II-4 Une politique d'accompagnement pour aller au-delà du recrutement

Au-delà des aides déjà évoquées, de nouveaux programmes se développent.

²⁰⁴ "Does recruitment lead to retention ? Rural Clinical School training experiences and subsequent intern choices", Diann Eley and Peter Baker, School of medicine, Queensland, publié en février 2006
 "Why do medical graduates choose rural careers ?", JA Henry, BJ Edwards, B Crotty, publié en février 2009

II-41 Des aides pour l'acquisition et le maintien de compétences en pratiques avancées et en médecine d'urgence

Le "Rural and Remote General Practice Program" (RRGPP) a été créé en 2003 pour tenir compte des besoins spécifiques des médecins ruraux dans ces domaines. Le programme qui visait d'abord les compétences en pratiques avancées en obstétrique, chirurgie et anesthésie s'est enrichi en 2005 de la thématique de la médecine d'urgence. Le RRGPP se décompose donc en deux parties :

- Une aide financière pour les frais jusqu'à 10 jours de formation par an en compétences en pratiques avancées. L'aide inclut le coût d'un remplaçant et s'élève au maximum à 20 000 AUD.
- Une aide pour les frais jusqu'à 3 jours par an pour la médecine d'urgence pour un montant maximal de 6000 AUD.

Une évaluation du programme en 2008²⁰⁵ indique que 70 % des médecins éligibles étaient inscrits au programme. En 2007-2008 55% des demandes concernaient la médecine d'urgence mais 57% des aides sont accordées pour les compétences en pratiques avancées. Ces dernières se répartissent à 40% pour l'obstétrique, 34% l'anesthésie et 26% la chirurgie. Les enseignements choisis sont pour les 2/3 des enseignements formels et donc seulement 1/3 en formation clinique. La durée moyenne de formation en compétences avancées est de 2,1 jours pour une aide de 3800 AUD et de 1,3 jour pour la thématique médecine d'urgence avec une aide correspondante de 2400 AUD. Seuls entre 11 et 26 % des bénéficiaires utilisent les aides maximales. Il est à noter que si les médecins généralistes des zones RRMA 7 sont proportionnellement les plus nombreux à être inscrits au programme (89%), ils sont en revanche sous représentés dans l'utilisation réelle du dispositif. De fait si la force reconnue du programme est de permettre financièrement l'accès à la formation, les freins pour les médecins en zones RRMA 6 et 7 restent conséquents : ils doivent supporter des frais de déplacement beaucoup plus importants et ils ont des difficultés à trouver un remplaçant pour de courtes périodes. Si l'évaluation du RRGPP est très positive, les améliorations suivantes sont proposées :

- Extension aux thématiques de la santé mentale, santé des populations indigènes et des enfants
- Prise en compte des formations à distances pour faciliter notamment l'accès aux médecins en zones très isolées

"A new model to understand the career choice and practice location decisions of medical graduates", P Stagg, J Greenhill, PS Worley, publié en novembre 2009

²⁰⁵ "Review of the Training for the Rural and Remote Procedural GPs Program", by the Allen consulting Group, avril 2008

- Création d'une base de données unique pour faciliter l'accès aux formations et éviter les listes d'attente observées dans l'étude
- Augmenter le montant des aides pour les médecins en zones RRMA 6 et 7

Une étude sur les obstacles au maintien des compétences en pratiques avancées pour les médecins généralistes en zones rurales²⁰⁶ relève de fait le lien entre la capacité donnée aux médecins de maintenir ces compétences avancées et la prolongation de leur pratique sur place. L'étude propose également le développement des formations à distance, complétées éventuellement de formations sur place par des spécialistes itinérants. La question des assurances pour la réalisation de ces techniques avancées par des médecins généralistes est également évoquée.

II-42 Des aides au remplacement

Le National Rural GP Locum Program est déployé depuis juillet 2009 pour tous les médecins oeuvrant en zones ASGC 2 à 5. Ce programme qui bénéficie d'un financement de 6,1 millions AUD pour 4 ans fait suite à une première expérience réservée aux anesthésistes et obstétriciens en zones rurales. Chaque médecin peut bénéficier d'une aide pour des congés, du développement professionnel ou des urgences personnelles dans les conditions suivantes :

- 50% des frais de remplacement jusqu'à hauteur de 500 AUD par jour et pour 14 jours par an
- prise en charge des frais de trajet du remplaçant à hauteur maximale de 200 AUD par jour et au plus 400 AUD par remplacement
- prise en charge des frais de voyage du remplaçant à hauteur de 2000 AUD au maximum par remplacement

Financé par le Department of Health and Ageing, le programme est géré par les agences rurales d'emploi en santé (Rural doctors workforce agencies), incluant la partie rapprochement de l'offre et de la demande. Les agences proposent souvent un véritable programme complet d'accompagnement des remplaçants avec prise en compte des dimensions professionnelles, familiales et de loisirs. Des programmes sont également proposés à des médecins de ville qui sont incités à s'engager pour des périodes de 2 à 3 ans à effectuer 10 à 12 semaines par an de remplacement en zones rurales isolées. Il est à noter que les Rural doctors workforce agencies

s'emploient à valoriser ces expériences de remplacement tant comme un enrichissement professionnel que personnel.

II-43 Des aides pour l'insertion professionnelle des conjoints

Il n'existe pas de programme national sur ce thème mais de nombreuses agences rurales d'emploi en santé en ont pris l'initiative.

Ainsi en South Australia, l'aide à l'emploi des conjoints de professionnels de santé vise à accompagner financièrement des démarches de formation ou de développement professionnel. Ces aides sont accessibles en zones RRMA 3 à 7 et la formation doit viser une amélioration de l'employabilité. Le dispositif est aussi accessible aux conjoints d'étudiants de longue durée en zones rurales isolées. Deux options sont possibles :

- 3000 AUD par an sur 3 ans maximum
- 6000 AUD sur 1 an au maximum

II-5 L'émergence des infirmières praticiennes (nurse practitioner) : une promesse qui doit surmonter ses obstacles

Définitions et problématique

L'infirmière praticienne ou de santé publique s'adresse directement aux patients ou à certains groupes de patients. La pratique avancée porte alors sur un domaine d'expertise et de soins médicaux. L'infirmière praticienne est formée au diagnostic de certaines situations, à la réalisation de certains actes diagnostiques ou de prescriptions dans un cadre limité ou dans des conditions d'exercice bien précisées. Selon les définitions données du rôle et des missions des infirmières praticiennes [université canadienne et Royal College of nursing (syndicat de la profession infirmière au RU)] celles-ci constitueraient le point d'entrée privilégié dans le système de soins primaires.

La fonction de nurse practitioner trouve son origine aux USA, au début des années 1970. Elle a ensuite été exportée vers le Royaume Uni au début des années quatre-vingt. Alors qu'il est souvent mentionné dans ces pays un manque de reconnaissance institutionnelle du titre de nurse practitioner par manque de clarté sur le rôle et de régulation sur l'autorisation de porter le titre (référencement des formations et validation officielle), il est à noter en Australie une démarche très construite au plan fédéral.

²⁰⁶ "Obstacles to maintenance of advanced procedural skills for rural and remote medical practitioners in Australia", RM Glazebrook, SL

Une démarche australienne qui tire bénéfice des expériences étrangères

En Australie, la démarche concerne les infirmières mais aussi les sages-femmes. En effet, dans les zones très isolées les deux compétences sont souvent réunies et le contexte les a amenées à développer des compétences avancées. Celles-ci sont d'ailleurs déjà définies par des référentiels, « advanced nursing practice competency standards » utilisés en Australie et Nouvelle Zélande. Après l'élaboration en 1990 d'un référentiel national pour les infirmières et sage femmes diplômées, un travail similaire a été lancé en 2004 pour les infirmières et sage femmes praticiennes. Le conseil national des infirmières et sages-femmes « Australian Nursing and Midwifery Council » (ANMC), créé en 1992, a activement participé à l'élaboration de ce référentiel. La directrice de cette instance, Mme Karen Cook, a elle même une expérience professionnelle au Royaume Uni et une bonne connaissance du dispositif de pratiques avancées dans ce pays. Aussi a-t-elle tiré les leçons de ces expériences et œuvré pour une démarche nationale et structurée.

Pour prétendre au titre de praticienne les infirmières et sages-femmes doivent avoir un master de praticienne, justifier de 5 ans d'activité dont 3 dans le domaine où elles souhaitent être agréées. Les options master d'infirmières praticiennes disponibles sont : infirmières volantes (Royal flying nurses), management des maladies chroniques, santé communautaire, addictions, pratique générale avec les médecins généralistes (general practice), santé des populations indigènes, réadaptation, santé rurale et en zones isolées, santé scolaire, santé sexuelle, santé des jeunes. Elles doivent aussi remplir les conditions du référentiel. Celui-ci englobe le référentiel en compétences avancées, le code éthique et le code des bonnes pratiques professionnelles. La partie supplémentaire du référentiel est structurée en 3 parties, chacune étant assortie d'indicateurs. Ce référentiel sert donc de support d'évaluation pour délivrer et renouveler le titre par les instances de régulation²⁰⁷ au niveau de chaque Etat/ Territoire. A noter que cette autorisation devient fédérale à compter du 1^{er} juillet 2010. La structuration du titre permet donc de sécuriser la pratique de professionnelles qui dans les zones rurales sont effectivement confrontées à la nécessité d'outrepasser le cadre de simple infirmière. En outre le développement et la reconnaissance de rôles infirmiers en pratiques avancées correspond à de nouveaux besoins liés à la montée en puissance des maladies chroniques dont le suivi peut être assuré par des infirmières spécialisées.

Harrison, publiée en novembre 2006

Le débat avec les médecins est ouvert

A ce jour 300 infirmières/sages-femmes exercent en pratiques avancées et 300 sont en formation (chiffres de l'ANMC). La plupart exercent à l'hôpital et souvent dans de petites structures, ou dans des centres de santé communautaire au sein desquels les médecins interviennent ponctuellement sous forme de permanences périodiques. Très peu exercent en libéral mais l'accès depuis 2010 au remboursement des actes et médicaments prescrits dans leur domaine de référence va permettre le développement de ce mode d'exercice. Cet accès au remboursement lance le débat avec les médecins. L'association des médecins australiens (AMA) est la plus virulente, qui n'envisage pas la possibilité pour les infirmières d'exercer en dehors de la responsabilité du médecin. Les directeurs de la « Rural Health Alliance » et du AIHW parlent de mise en cause de monopole et donc de réactions de défense virulentes. Aux études qui montrent l'accord et la satisfaction des patients à être suivis par une infirmière en pratiques avancées, les médecins répondent que les patients préfèrent effectivement une infirmière que personne et que le problème est donc une insuffisance en nombre des médecins et des aides pour leur installation dans les zones difficiles. Toutefois, l'association des médecins ruraux est plus modérée. M Sant, directeur de la National Rural Doctors Association (RDAA), reconnaît qu'il y a un problème de monopole et que les médecins ont du mal à accepter que les infirmières réalisent les mêmes actes qu'eux. Mais il souligne que l'émergence même du débat est signe d'une avancée : « Il y a 5 ans, ce n'était même pas discuté ». L'association insiste pour que les collaborations soient précisées sans mentionner une exigence stricte de protocole sous la responsabilité du médecin comme le demande explicitement l'AMA. Il semble bien que les médecins ruraux soient plus nuancés dans leur position que leurs collègues urbains. M Sant a d'ailleurs décliné des positions « ça dépend des médecins, certains sont dans la collaboration et d'autres veulent être le capitaine » sans avancer une position tranchée de l'association. Madame Cook a exprimé le même état de fait en indiquant que sur le terrain les médecins ruraux expérimentent déjà la collaboration avec des infirmières en pratiques avancées et un travail de compromis est en cours entre l'ANMC et la RDAA.

II-6 Une recherche des modes d'organisation des soins les plus adaptés selon les zones et densité de population

Une revue de lecture systématique des publications de 1993 à 2006²⁰⁸ sur les modèles innovants d'organisation des soins de santé primaires en zones rurales et isolées dégage des modèles différenciés selon les zones et les densités de population. L'accroissement de l'isolement et la diminution en densité de population amène à rechercher des services plus intégrés et globaux qui permettent des économies d'échelle (Cf. annexe 3 : localisation géographique).

II-61 Les options de services en zones rurales et isolées

5 grands types de services se dégagent : services mis à disposition (discrete services), services intégrés, services de santé primaire globaux, services intermittents, services à distance.

II-611 Les services mis à disposition (discrete services)

Dans des localités suffisamment importantes mais qui connaissent des difficultés de recrutement et fidélisation des professionnels de santé il a été expérimenté la mise à disposition auprès des médecins généralistes, de locaux équipés, conformes aux standards d'accréditation qualité. L'objectif est d'attirer des médecins en leur évitant les soucis d'investissement, mais aussi de faciliter la continuité du service pour les patients lorsqu'un médecin quitte la localité. Les infrastructures peuvent appartenir à la municipalité, une université ou une autre structure à but non lucratif. Les associations locales de médecins ruraux sont notamment impliquées dans ces dispositifs et parfois même à l'origine des initiatives comme en New South Wales les Rural and Remote Medical Services (RARMS). Plusieurs modèles existent. Sont plus particulièrement décrits les « Easy entry, gracious exit » (RARMS) et les University clinics. Dans ces modèles, les médecins sont salariés, au moins pour une part. Afin de leur proposer une source de revenus prévisibles et assurés, les rémunérations sont combinées de fixe salarial, de part à l'activité, d'allocation pour exercice en zones rurales ou isolées (rural retention program, présenté si dessus) et selon les situations des compléments liés à des interventions en hôpital, des permanences périodiques en zones plus isolées, des activités de santé publique et activité d'enseignement. Des aides pour le logement et le véhicule sont souvent incluses dans le package. Les postes proposés présentent l'assurance de possibilité de congés et de formation médicale continue avec prise en compte du remplacement. Le management de la structure est pris en charge par l'instance propriétaire. Souvent les partenaires locaux comme la municipalité, la

Division of General Practice ou l'association locale des médecins ruraux sont associés dans le cadre d'un conseil de management. Les University clinics sont particulièrement investies dans l'enseignement des futurs médecins et constituent donc des lieux de stages privilégiés.

Ces expérimentations ne sont pas à ce jour réellement évaluées. Les seuls éléments disponibles sont les données d'évolution, au cas par cas, du nombre de praticiens et même de services de santé complémentaires qui viennent s'adjoindre. Il est également noté une meilleure permanence des soins. Les résultats positifs ont amené les Etats et le gouvernement fédéral à encourager la poursuite des expérimentations souples et adaptées aux contextes locaux.

II-612 Les services intégrés

Ces services intégrés ont pour objet de proposer en un même lieu une gamme de services de santé avec un nombre de professionnels suffisants pour permettre des collaborations mutuelles et une approche collective de santé publique. Ils émanent souvent de centres de santé communautaires ou d'équipes de paramédicaux qui veulent développer une approche de santé globale (en référence à la déclaration de Alma Ata, septembre 1978). Les services proposés vont donc au-delà des seuls médecins généralistes mais incluent souvent une coordination avec les médecins. Les professionnels de santé peuvent être indépendants mais avec une charte de collaboration comme dans les centres de services multiples, Multi-Purpose Services (MPS), ou salariés comme dans les équipes de santé rurales. Les services intégrés se sont développés sous des formes variées : parmi les plus emblématiques, les soins partagés, « shared care », en santé mentale et les centres de santé multiservices, MPS.

« Shared care » en santé mentale

Il s'agit d'améliorer l'accès et la coordination des soins de santé mentale. Le parcours de soins du patient est facilité par une approche combinée et coordonnée des soins primaires et soins spécialisés. Ceci implique dans le cas de la santé mentale une formation conséquente des intervenants de première ligne pour prendre en charge les premiers soins ou les situations les moins complexes. Ce faisant l'accroissement des compétences des intervenants de première ligne améliore la prise en charge et permet de développer les actions de prévention. Les résultats montrent une amélioration des collaborations, une diminution des appels d'urgence, une diminution des

²⁰⁸ "Primary health care delivery models in rural and remote Australia - a systematic review", John Wakeman, John S Humphrey,

prises en charge tardives et une augmentation des prises en charge à domicile. Même s'il manque encore des études d'efficience et d'amélioration de la qualité des soins le modèle apporte des éléments de preuve d'un bon rapport qualité/prix. Il montre aussi qu'une plus grande flexibilité des financements permet aux professionnels de collaborer en dépassant les séparations conventionnelles entre les métiers. Le modèle se heurte toutefois à la résistance des généralistes au travail collectif, aux incompréhensions entre les intervenants de première et seconde ligne, à une possible confusion des rôles et responsabilités et au manque de formation en santé mentale des professionnels de santé primaire.

Multi-Purpose services

Ces centres multiservices regroupent au sein d'une même structure un service de longue durée pour personnes âgées, des lits de soins aigus, un centre de santé et de soins paramédicaux, un centre de réadaptation et de l'éducation pour la santé. Leur financement est partagé entre l'Etat fédéral et les Etats/Territoires. Une convention tripartite entre le gouvernement fédéral, le gouvernement de l'Etat et la structure règle l'organisation et le financement.

II-613 Les services de santé primaire globaux

Il s'agit des centres de santé communautaires pour les populations aborigènes, Aboriginal Community Controlled Health Services (ACCHSs) qui depuis maintenant plus de 30 ans s'inspirent des principes de la déclaration de Alma Ata. (cf. annexe 1)

II-614 Les services intermittents

Pour des zones particulièrement isolées et peu denses, des services de santé sont fournis soit à partir d'une localité centre pour des périodes courtes mais régulières²⁰⁹ ou dans le cadre des Royal Flying Doctors sur la base « fly-in fly-out ». La plupart du temps les appels ou demandes d'intervention sont routés via une plate forme. Ces services coexistent souvent avec des services intégrés ou des centres de santé communautaires pour la population aborigène. Des assistants thérapeutes sont aussi formés sur place pour suivre les soins entre les visites et développer les compétences des populations locales.

Robert Wells, Pim Kuipers, Philip Entwistle and Judith Jones, Australian Primary Health Care Research Institute, September 2006

²⁰⁹ Le calendrier est établi à l'avance et coordonne les différents services visiteurs, par exemple sur un roulement à 6 semaines à raison de séjours 2 à 3 jours pour chaque intervenant.

II-615 Les services virtuels

La télésanté et la télémédecine sont vues comme des moyens de dépasser les difficultés d'accès aux soins et le manque de professionnels de santé dans les zones rurales et isolées. La télésanté comprend la communication en santé, la gestion de données, l'évaluation des situations et leur management. La télémédecine renvoie plus spécifiquement à une délivrance en temps réel d'applications médicales à distance par un transfert d'information, audio, vidéo et des données graphiques en utilisant les télécommunications et impliquant plusieurs professionnels de santé et la présence du patient. Pour l'heure ces services sont des compléments à l'existant mais ne se conçoivent pas seuls, en tant que modèle.

Cette typologie de modèles laisse une large place aux adaptations en fonction des contextes locaux. Cette même étude dégage les critères essentiels requis pour mettre en place ces types de services et qui relèvent soit de l'environnement soit des pré-requis dans l'organisation des services.

II-62 Les pré-requis environnementaux

Ces nouveaux services nécessitent pour se développer que des politiques les accompagnent ou les encouragent et que les financements soient mis à disposition. L'attention est portée sur le risque de lourdeur administrative et l'importance de veiller à la mobilisation des populations. En effet, celles-ci doivent être mises en situation d'acteurs du projet pour ne pas subir les changements induits par ces nouvelles organisations et permettre d'en tirer tout le bénéfice en matière de santé publique.

II-63 Les pré-requis dans la mise en place des services

Une ressource en professionnels de santé : Ceci implique une stratégie de recrutement et de fidélisation, avec des programmes complets pour l'un et l'autre²¹⁰.

Des financements, suffisants et contractualisés pour en assurer la pérennité

Une gouvernance, un management et un leadership : une gouvernance solide, un management efficace et un leadership visionnaire sont indispensables. Les rôles et responsabilités doivent être clairement définis avec un contrôle effectif par l'instance en charge de la gouvernance. Il est particulièrement noté dans les zones rurales le besoin de soutien au management et à la gouvernance de telles structures.

²¹⁰ "Primary health care delivery models in rural and remote Australia - a systematic review", John Wakerman, John S Humphrey, Robert Wells, Pim Kuipers, Philip Entwistle and Judith Jones, Australian Primary Health Care Research Institute, September 2006, p. 35

De la transversalité et de la coordination : Tous les liens critiques aux différents niveaux de la structure doivent être identifiés et documentés pour assurer la cohérence d'ensemble ainsi que les collaborations avec les partenaires externes.

Une infrastructure adéquate et correctement financée : ceci comprend notamment les équipements et véhicules ainsi que les accès et équipements de nouvelles technologies.

En conclusion l'étude souligne que les efforts depuis le début des années 1990 ont surtout été mis pour le recrutement et le maintien des professionnels de santé mais peu ont été dirigés vers le développement d'organisation de systèmes de soins primaires globaux en zones rurales et isolées. Après une multiplication des expérimentations et innovations l'étude préconise de combler maintenant le retard d'évaluation de ces expériences et de capitaliser sur les acquis pour entrer en phase de déploiement et généralisation.

II-7 Des espoirs et des attentes fortes autour de la télé santé, aujourd'hui encore insatisfaits

Depuis maintenant plus de 10 ans le pays a identifié le développement de la télésanté et de la télémédecine comme des moyens de faire face aux difficultés engendrées par la taille du pays et sa faible densité de population. L'objectif est grâce à ce développement de permettre l'accès pour tous aux soins les plus performants tout en limitant les frais de déplacement et d'infrastructure. Au-delà du soin, les possibilités d'enseignement à distance sont aussi fortement valorisées pour répondre au besoin de développement et maintien de compétences. Une agence nationale, la National E-Health Transition Authority a été créée pour développer la télésanté. L'agence fédérale fonctionne en réseau, notamment avec les Divisions Of General Practice pour développer des programmes. De fait aujourd'hui des programmes sont développés mais sans architecture d'ensemble.

Concernant le dossier médical du patient, alors que ce projet est identifié comme capable d'apporter de la qualité et de l'efficacité dans le parcours de soins, l'aboutissement semble lointain. Le débat sur la confidentialité des données n'est pas tranché et malgré des relances régulières (7 abondements financiers successifs), le projet n'avance pas. Chaque Etat a tendance à développer son propre système de partage des données de santé et plus le temps passe et plus l'interopérabilité semble délicate à mettre en place. Le système se développe donc dans le morcellement. Le directeur de la National Rural Health Alliance nous a parlé de perte de confiance sur la capacité du projet à aboutir, tout en le regrettant.

De fait, l'intérêt du déploiement de la télémédecine et de la télésanté font l'unanimité mais les obstacles au développement restent nombreux. Au-delà des difficultés juridiques sur la confidentialité des données se posent les questions du manque d'infrastructure et des inégalités d'accès aux nouvelles technologies : la couverture du réseau, la vitesse de ligne, la qualité et la fiabilité des transmissions sont encore de vrais obstacles. Les réticences au manque d'interaction directe avec le médecin, l'intrusion de la technique dans la relation patient-médecin, des attentes irréalistes et les changements que cela engendre dans la pratique médicale sont autant de freins qui restent à lever.

Liste des personnes rencontrées

- **Pr Amanda Barnard**, *Vice-Doyen /Rural Clinical School | School of General Practice, Rural and Indigenous Health (Australian National University)*
rencontre avec Mme Laurence Beau, *2d Conseiller, Conseiller politique*,
- **Mme Karen Cook**, *CEO, Nursing and Midwifery Council*
- **M. Lou Andreatta** *Principal Adviser, Office of rural health*,
- **M. Rob Cameron**, *Assistant Secretary, Rural Health Services & Policy Branch* and **M. Barny Lee**, *Assistant Secretary, Workforce Distribution Branch (Department of Health and Ageing)*
- **M. Steve Sant** *CEO, Rural doctor association in Australia*

- **Richard Dennis**, *Directeur The Australian Institute Health and Welfare*
- **M. Gordon Gregory**, *Rural Health Alliance , directeur*
- **M. Gary Dolman**, *Head of Bureau, Bureau of Infrastructure, Transport and Regional Economics (Department of Infrastructure, Transport, Regional Development and Local Government)*
- **M. Charles Sleiman**, *vice président de l'ACT DGP*

Bibliographie

Rapports

- "A healthier future for all australians, final report", Australian government, juin 2009
Australian Bureau of Statistic (ABS), 2009
- "Australia's health 2008", Australian Institute of Health and Welfare (AIHW)
- Evaluation of the University departments of rural health programs and the Rural Clinical schools program, nov 2008, par Urbis
- "No transport, no treatment, community transport to health services in NSW", 2008.
- "Primary health care delivery models in rural and remote Australia - a systematic review", John Wakerman, John S Humphrey, Robert Wells, Pim Kuipers, Philip Entwistle and Judith Jones, Australian Primary Health Care Research Institute, September 2006
- Report on the Audit of Health Workforce in Rural and regional Australia, avril 2008.
- "Review of the rural retention program", Australian government, department of health and ageing, Peter Gibbon & Jim Hales. décembre 2006
- "Review of the Training for the Rural and Remote Procedural GPs Program", by the Allen consulting Group, avril 2008

Ouvrages

- "Australia's health 2008", Australian Institute of Health and Welfare et "A textbook of Australian Rural health" Australian Rural Health Education Network, ed Siaw-Teng Liaw et Sue Kilpatrick, 2008
Australia's rural and remote health. A social justice perspective", JD Smith, 1ère édition, 2004

Articles

- "A new model to understand the career choice and practice location decisions of medical graduates", P Stagg, J Greenhill, PS Worley, novembre 2009
- "Does recruitment lead to retention ? Rural Clinical School training experiences and subsequent intern choices", Diann Eley and Peter Baker, School of medicine, Queensland, février 2006
- "Health service models in rural and remote Australia", in D. Wilkinson & I Blue, The New Rural Health : An Australian text, JS Humphreys, Oxford University Press, 2002.
- "Integrated primary health care in Australia", Gawaine Powell Davies, David Perkins, Julie Mac Donald, Anna William, publié en septembre 2009
- "Meeting the needs of rural and remote Australians for specialist medical care : issues and options", in "Australian journal of rural health", par RW Pegram, JS Humphreys, R Mc Lean, 2005
- "Obstacles to maintenance of advanced procedural skills for rural and remote medical practitioners in Australia", RM Glazebrook, SL Harrison, novembre 2006
- "The supply of doctors in Australia : is there a shortage ?", Abhaya Kamalakanthan & Sukhan Jackson, may 2006, School of Economics, The university of Queensland, Queensland.
- "Why do medical graduates choose rural careers ?", JA Henry, BJ Edwards, B. Crotty, Rural and Remote Health, février 2009.

Glossaire

ABS : Australian Bureau of statistic

ACT DGP : Australian capital territory Division of general practise

ACCHSs : , Aboriginal Community Controlled Health Services

AIHW : Australian institute of health and welfare

AMA : Australian medical association

ANMC : Australian nursing and midwifery council

ANU : Australian national university

ARHEN : Australian rural health education network

ARIA : Accessibility/ remoteness index of Australia

ASGC : Australian standart geographical classification remoteness aria

AUD : Australian dollar

CEO : Chief executive officer

CPS : Central payments system

DGP : Division of general practise

FPS : Flexible payments system

FRAME : Federation of rural Australian medical education

GP : general practitioner

MPS : multi purpose services

PRRC : Parallel rural community curriculum

RARMS : Rural and remote medical services

RCS : rural clinical school

RDAA : National rural doctors Australian association

RRGPP : Rural and remote general practise program

RRMA : Rural remote and metropolitan areas

RRP : Rural retention program

RUCS : Rural undergraduate support and coordination

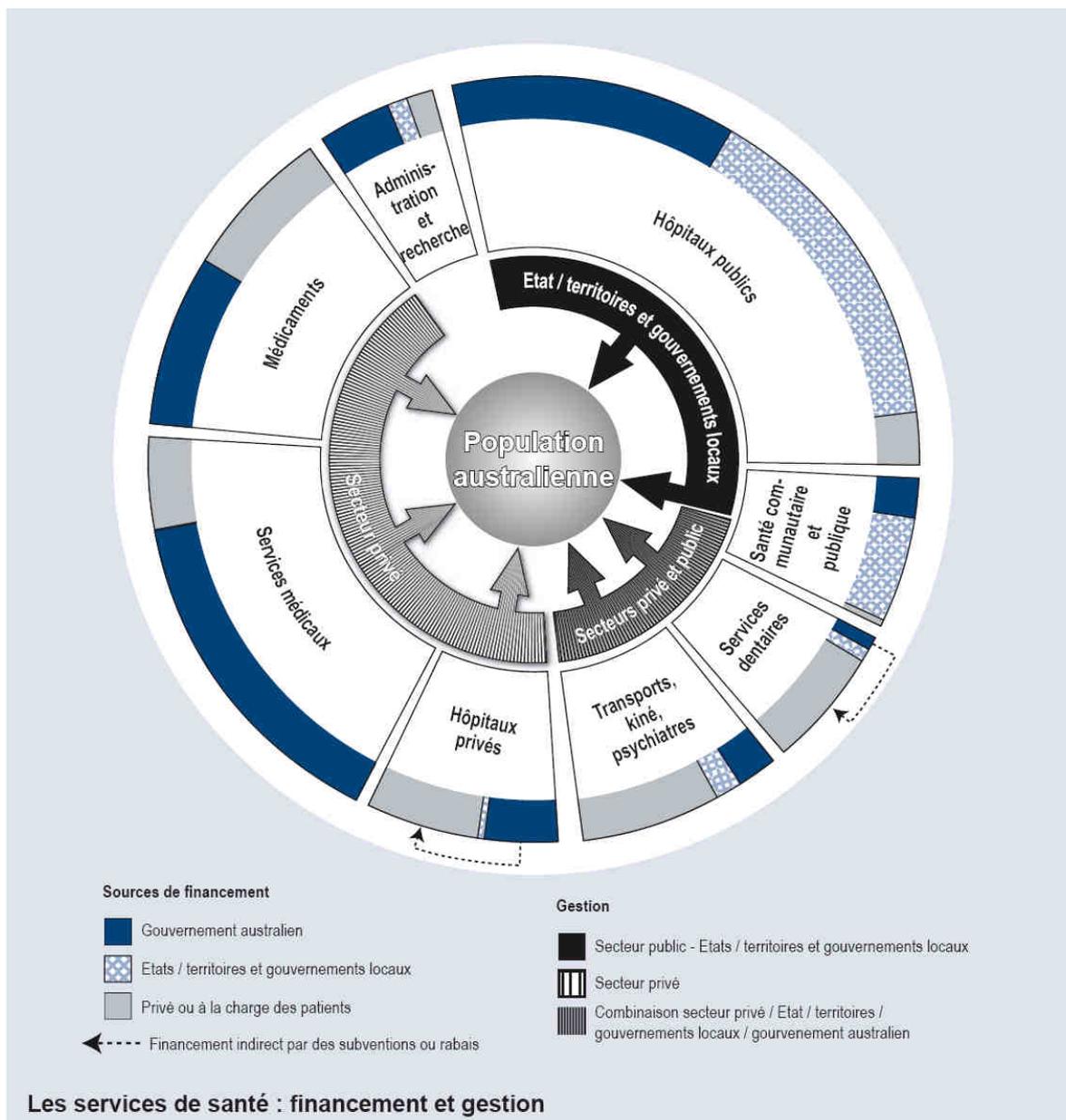
Annexes

- **A 1 : Les services de santé australien : financement et gestion**

- **A 2 : Classement ARIA par une géographie statistique permettant les comparaisons entre villes et campagnes sur l'accès aux biens et services**

- **A 3 : Localisation géographique des modèles d'organisation de soins de santé primaires en zones rurales et isolées selon les densités de population**

A 1 - Les services de santé australien : financement et gestion²¹¹



L'Australie combine intervention du secteur public et privé ainsi que financement et gestion par les différents niveaux : Etat fédéral, Etats et Territoires, collectivités locales.

Jusqu'à maintenant l'hôpital public relève de la responsabilité des Etats et Territoires avec un financement partagé avec le gouvernement fédéral. La réforme du printemps 2010 vise à confier au gouvernement fédéral la gouvernance hospitalière en lui restituant la ressource fiscale jusque là allouée aux Etats pour cette responsabilité. L'intervention des assurances privées pour le financement de l'hôpital public s'effectue sur les frais en sus liés à des hospitalisations privées en secteur public.

²¹¹ Schéma traduit de « Australia's health 2008 », Australian Institute of Health and Welfare, p.9

La prise en charge des soins est effectuée par Medicare, agence fédérale qui prend en charge les frais des services médicaux, les médicaments et dans une moindre mesure les autres professionnels de santé. Les tarifs médicaux sont libres, la prise en charge s'effectuant dans la limite du barème fixé par Medicare. Les médecins qui respectent ce tarif sont dits en « bulk bill » et dans ce cas peuvent fonctionner en tiers payant. Les assurances privées, encouragées par des réductions d'impôts, prennent en charge les frais d'hospitalisation privées et les soins spécialisés comme les soins dentaires effectués dans le secteur privé.

Les principales composantes du système de santé australien de premier recours ²¹²

Les médecins généralistes

La plupart des médecins généralistes exercent en libéral, seuls et de plus en plus souvent regroupés dans de petites structures. Les patients ont le choix de leur médecin et l'accès au généraliste est libre, sans système d'adhésion. Les médecins disposent de la liberté d'installation et de la liberté tarifaire. De plus en plus souvent et surtout en zones rurales, les médecins emploient des infirmières (practice nurse) : c'est le cas de 58% des médecins généralistes avec un ratio de 1 infirmière pour 3,4 médecins généralistes. Certains médecins emploient également, ou collaborent au sein des mêmes locaux, avec d'autres professionnels de santé. La prise en charge des soins spécialisés implique une orientation par le médecin généraliste (système de gatekeeping).

Depuis 1992, les médecins généralistes sont soutenus par les « Divisions of General Practice », maintenant au nombre de 116, couvrant 95% du territoire. Ces structures ont un statut associatif, elles sont gérées par les médecins qui en assurent la présidence et la direction. Le gouvernement fédéral assure la plus grande part du financement, notamment au travers de programmes nationaux qui sont déployés par les Divisions dans le but d'améliorer la qualité des soins, la coordination et la prise en compte des questions de santé publique. Les Divisions ont maintenant diversifié leur financement et leurs activités : elles développent des programmes financés par les Etats ou Territoires sur des problématiques de santé locales et même des projets financés par d'autres parties prenantes comme l'industrie pharmaceutique. Elles sont souvent les employeurs directs des infirmières (practice nurses) intervenant dans les cabinets des généralistes. Les Divisions sont aujourd'hui à un tournant de leur histoire, la réforme de santé de 2010 ayant pour projet d'instituer des Primary Health Care Organisation (PHCO). Ces instances seront moins

²¹² Cf. « integrated primary health care in Australia », Gawaine Powell Davies, David Perkins, Julie Mac Donald, Anna William, publié en septembre 2009, p. 4, "box 1"

nombreuses (500 à 700 000 habitants par PHCO), intégreront les autres professionnels de santé et seront soit des partenaires pour les Divisions soit se substitueront à elles²¹³.

Les centres de santé communautaires

Les centres de santé communautaires sont la deuxième part la plus importante du système de santé de premier recours australien. Ils sont financés par les Etats et Territoires et proposent des gammes de services différentes selon leur niveau de décentralisation et le degré de proximité avec l'hôpital local. Ils proposent généralement une approche plus globale avec une forte orientation santé publique et éducation pour la santé que ne le font les médecins généralistes. Les équipes se composent d'infirmières, de professionnels de santé paramédicaux et de services spécialisés comme petite enfance, addictions, santé mentale et sexuelle. L'accent est porté ces dernières années sur la prévention des hospitalisations, les soins post opératoires et le management des maladies chroniques. Il est rare que les équipes comprennent des médecins généralistes, sauf dans l'Etat de Victoria.

Les professions paramédicales libérales

Les pharmaciens, kinésithérapeutes, diététiciens, podologues, optométristes exercent également en libéral et disposent de la liberté d'installation et de la liberté tarifaire. Ces professions ne disposent pas de structure de soutien comme les Divisions pour les médecins généralistes.

Les centres de santé communautaires pour la population aborigène

- Ceux-ci sont au nombre de 140 avec une grande variation de structure et d'offre de services. Ces centres peuvent comprendre des médecins généralistes, d'autres professionnels de santé et des professionnels de santé aborigènes. Ils sont dirigés par les communautés aborigènes et présentent une approche systémique, s'intéressant aux questions de santé dans leur contexte social, économique et culturel. L'approche prévention est donc très présente et les programmes mis en œuvre recherchent toujours la participation des populations. Ces centres sont représentés au plan de chaque Etat/Territoire et disposent d'une représentation nationale « The National Community Controlled Health Organisation ». Le financement est assuré par le gouvernement fédéral,

²¹³ éléments issus de l'entretien avec M Sleiman, vice président de l'ACT DGP

A 2 – CLASSEMENT ARIA

Classification RRMA		Catégories ARIA	Classement ASGC
Zones urbaines		Forte accessibilité (score ARIA 0 – 1,84), peu ou pas de difficulté d'accès aux biens et services, fortes opportunités d'interactions sociales.	Grands centres urbains
RRMA1	grandes cités		
RRMA2	autres zones urbaines de plus de 100 000 habitants		
Zones rurales		<p>Accessible (score ARIA de 1,84 – 3,51) – quelques restrictions d'accès aux biens et services, et des opportunités d'interactions sociales.</p> <p>Modérément accessible (score ARIA de 3,51 – 5,80) avec de sérieuses restrictions d'accès aux biens et services ainsi qu'aux interactions sociales.</p>	Capitales régionales (inner regional) ou à la périphérie des grandes villes.
RRMA3	grands centres ruraux (ville centre de 25 000 à 99 000 habitants)		Capitales régionales extérieures (outer regional)
RRMA4	petits centres ruraux (ville centre de 10 000 à 24 999 habitants)		
RRMA5	autres zones rurales (ville centre de moins de 10 000 habitants)		Zones isolées
Zones isolées			
RRMA6	zone isolée (agglomération centre de 5 000 habitants ou plus)	Isolé (score ARIA entre 5,80 et 9,08) avec de fortes restrictions d'accès aux biens et services et aux interactions sociales.	Zones très isolées
RRMA7	autres zones isolées (agglomération centre de moins de 5 000 habitants)	Très isolée – score ARIA entre 9,08 et 12 avec un très faible accès aux biens et services et très peu d'opportunité de relations sociales.	

A 3 – LOCALISATION GEOGRAPHIQUE

		Localisation géographique	
		Population isolée/dispersée	Population rurale/agrégée
Taille de Population	Faible	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Mode de délivrance des services</i> Déplacement des populations vers les services Services mobiles/permanences/à distance ▪ <i>Forme d'organisation</i> Services intégrés/multiservices Développement des NTIC ▪ <i>Professionnels</i> Compétences générales et plurielles ▪ <i>Soins dispensés</i> Soins de premiers secours Urgence/transports médicaux Soins de suite Soins longue durée 	
	importante	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Mode de délivrance des services</i> A proximité des populations Services fixes ▪ <i>Forme d'organisation</i> Equipement à discrétion Face à face ▪ <i>Professionnels</i> Spécialisés ▪ <i>Soins dispensés</i> Soins aigus Chirurgie/examens spécialisés/équipement de haute technologie 	

(Source : JS Humphreys, 2002 : Health service models in rural and remote Australia, in D. Wilkinson & I Blue, The New Rural Health : An Australian text, Oxford University Press, 273-296).

Note de réflexion

Rédigée par **Chantal Pineau**
Executive Master « Gestion et politiques de santé » - Sciences Po
Promotion 2009 – 2010

L'apport de cette formation dans ma pratique professionnelle

Mon parcours professionnel en Mutualité sociale agricole (MSA) et mes études à l'EN3S (Ecole nationale supérieure de sécurité sociale) m'ont certes permis d'aborder le champ de la santé, mais par le prisme de l'assurance maladie. Et même du point de vue de l'assurance maladie, mon expérience se situait dans le domaine de la santé publique, par les actions d'éducation pour la santé menées sur le terrain. Dans la perspective d'une possible évolution de fonction vers une direction de la santé en caisse de MSA, j'ai donc souhaité élargir mes connaissances par une approche beaucoup plus complète et surtout articulée des composantes du système de santé. Mes attentes portaient notamment sur le monde hospitalier, les relations des professionnels de santé avec l'assurance maladie et un éclairage sur le jeu des acteurs dans la nouvelle configuration des agences régionales de santé (ARS).

En effet, la tarification à l'activité (T2A) et le passage à la facturation modifie le rôle des caisses d'assurance maladie pivot auprès des hôpitaux. La MSA tenant à confirmer sa place dans le dispositif, il était pour moi important de bien comprendre le mécanisme et au-delà, de clarifier ma compréhension du fonctionnement hospitalier et d'en percevoir les enjeux. Les interventions nombreuses et diversifiées sur l'hôpital, mais aussi les échanges entre stagiaires, m'ont permis d'accéder non pas à une connaissance exhaustive du champ hospitalier mais au sentiment d'une familiarité. Il est pour moi plus facile de poser des questions et d'envisager ma place en tant que représentant de l'assurance maladie.

Les relations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé sont historiquement houleuses. Pourtant la question de la démographie médicale et les réflexions engagées sur de nouvelles organisations exigent de pouvoir instaurer des collaborations. La lecture historique que propose Didier Tabuteau m'a permis de donner un sens aux discours d'opposition systématique des professionnels de santé à l'égard de l'assurance maladie. Si dans le cadre des entretiens pour le mémoire j'ai finalement renoncé à rencontrer le président du conseil de l'ordre des médecins du Calvados, les entretiens réalisés ont permis une expression directe des professionnels et de nouer des relations positives.

Les points synthèse et actualité ont régulièrement alimenté la réflexion et apporté des éclairages sur la mise en œuvre de la loi HPST (Hôpital santé patients et territoires). Si la place des acteurs au sein des ARS - Etat, assurance maladie, professionnels de santé, usagers et collectivités locales - n'est pas encore stabilisée, les discussions ont permis de percevoir les enjeux et d'affûter le regard.

Au-delà, ces deux années de formation m'ont amenée à lever des idées préconçues sur le fonctionnement des systèmes de santé étrangers et le positionnement relatif de la France. La performance des pays anglo-saxons en matière de santé publique et de prise en charge des maladies chroniques est plus que honorable et les similitudes entre le système français et celui des Etats-Unis, étonnantes, voire dérangeantes !

Enfin, la réalisation du mémoire est sans contestation aucune un point fort de la pédagogie de ce Master. Alors même que les sujets abordés étaient très différents au sein du groupe de travail, le choix que nous avons fait de poursuivre jusqu'au bout les rencontres en groupe a permis de participer à la recherche de chacun, ce qui était un vrai enrichissement. En tous les cas je ne l'ai jamais vécu comme une perte de temps. J'ai particulièrement apprécié la démarche du tuteur de ne pas s'enfermer dans le sujet mais au contraire de le laisser évoluer jusqu'à sa maturité. Je suis absolument convaincue que cette démarche ouverte et qui laisse place à une part d'inconnu m'a permis d'aller beaucoup plus avant dans la recherche et le travail réalisé au final.

Et s'il était un regret, ce serait celui de ne pas participer aujourd'hui aux débats de la promotion sur l'actualité des conflits d'intérêts en matière d'expertise médicale, tant le sujet, pourtant également abordé en formation, s'éclaire d'un jour nouveau. Cette actualité aiguise mon appétit pour des avis plus contradictoires. Il est vrai que les relations nouées pendant ces deux années permettent de poursuivre ailleurs les débats....

La conclusion revient à l'intérêt personnel pour ces deux années de partage entre étudiants venant d'horizons très différents mais dans une ambiance de simplicité relationnelle propice aux échanges. La participation de chacun et les discussions interours sont pour moi indissociables du parcours de formation et de son intérêt.

Note de lecture

Rédigée par **Chantal Pineau**

« La fatigue d'être soi
Dépression et société »

*Alain Ehrenberg,
Editions Odile Jacob, 1998*

L'auteur

Sociologue français, Alain Ehrenberg est chercheur au centre Edgar Morin, codirecteur du groupement de recherche « psychotropes, politique, société » au CNRS et aussi directeur du Centre de Recherche psychotropes, santé mentale, Société. Ses recherches s'attachent plus particulièrement à la figure de l'individu dans la société contemporaine, dans une approche qui croise sociologie, anthropologie, histoire et politique. Critique de ce qu'il appelle le « tournant subjectiviste »²¹⁴ des sciences humaines, Ehrenberg réévalue la dimension sociale dans l'injonction faite à chacun de construire de l'individualité. Il approfondit la situation de l'individu avec un regard sur les évolutions de la santé mentale qui le conduit à explorer « le troubles des frontières »²¹⁵ : normal et pathologique, aliment-drogue-médicament, soigner et guérir. Dans ce cadre, il a été auditionné par la commission d'enquête sénatoriale en 2003 sur le point de la définition des drogues.

L'ouvrage dans son oeuvre

« La fatigue d'être soi » est le troisième volet d'un triptyque qui porte sur la fragilisation de l'individu et ses difficultés à vivre dans un contexte de montée en puissance de la norme d'autonomie.

Le premier ouvrage, « Le culte de la performance »²¹⁶ montre la conjonction de l'émergence des valeurs de la concurrence économique et de la compétition sportive avec l'avènement d'un individu entrepreneur de lui-même, tout puissant dans la réalisation de son propre projet identitaire.

Le deuxième ouvrage, « l'individu incertain »²¹⁷, décrit les souffrances psychiques qui accompagnent la tension que crée l'exigence permanente de se produire soi-même sans le secours des normes instituées. Le recours à la pharmacologie ou aux mises en scène de soi des technologies de la communication (réalité show, interactivité,...) intervient alors pour soutenir l'individu dans sa capacité à être et à agir.

Enfin le troisième volet de cette suite « La fatigue d'être soi. Dépression et société », s'intéresse à la dépression comme analyseur des mutations normatives de la société contemporaine.

L'ouvrage

Ehrenberg associe l'histoire de la dépression et de ses modèles explicatifs avec la modification radicale de nos références normatives.

Sa première hypothèse est que « la dépression nous instruit sur notre expérience actuelle de la personne car elle est la pathologie d'une société où la norme n'est plus fondée sur la culpabilité et la discipline mais sur la responsabilité et l'initiative »²¹⁸.

²¹⁴ « Contre le tournant subjectiviste » par Xavier Molénat in Sciences humaines, N°173, juillet 2006

²¹⁵ « Drogues et médicaments psychotropes – Le trouble des frontières », sous la direction de Alain Ehrenberg Paris. Ed. Esprit 1998 (épuisé)

²¹⁶ « Le culte de la performance », Alain Ehrenberg, Paris, Ed Calmann Levy 1991

²¹⁷ « L'individu incertain », Alain Ehrenberg, Paris Ed. Calmann Lévy, 1995

²¹⁸ « La fatigue d'être soi », p. 15

Sa deuxième hypothèse est que « le succès de la dépression repose sur le déclin de la référence au conflit sur laquelle s'est construite la notion de sujet que la fin du XIX^e siècle nous a légué »²¹⁹

□ Le développement des maladies mentales signe l'entrée en scène de l'individu.

Au XVI^e siècle, la mélancolie est le signe distingué de la tristesse chez l'homme éduqué, conscient d'être lui-même. Au XVIII^e, la mélancolie devient nerveuse et se comprend déjà comme un effet délétère de la vie moderne sur le système nerveux. Puis au XIX^e siècle apparaît la neurasthénie, première maladie à la mode et qui concerne toutes les catégories sociales. A l'époque, la neurasthénie ou névrosisme ou nervosisme englobe dans un flou diagnostique tout ce qui renvoie à une maladie de l'esprit avec des troubles fonctionnels sans cause organique. L'homme moderne se fait de plus en plus réflexif et l'esprit acquiert un statut autonome. Il devient la cause, le lieu de la maladie et la cible de la thérapie. La compréhension du trouble mental se complexifie. De dégénérative et d'origine endogène l'origine des troubles peut aussi être exogène et en réaction à un élément extérieur.

A l'orée du XX^e siècle deux grandes figures, Pierre Janet et Sigmund Freud, dominent le champ explicatif du désordre mental.

Pour Pierre Janet les neurasthénies-névroses ou psychasthénies relèvent d'une insuffisance d'énergie psychique. Son modèle explicatif est celui du déficit. Des éléments extérieurs peuvent à eux seuls causer la maladie. Les techniques de prise en charge dans ce cadre de référence relèvent de la réparation et visent le retour à un état antérieur.

Sigmund Freud place le conflit psychique au cœur de la maladie, distinguant psychonévroses du reste des névroses. C'est le refoulement du conflit qui génère les symptômes de la maladie. La thérapie consiste alors à mettre à jour les mécanismes inconscients pour non pas revenir à l'état antérieur mais à une nouvelle compréhension de soi et à la liberté de décider pour soi.

Pour Freud l'angoisse est liée à la culpabilité, pour Janet elle est produite par une dépression ou son équivalent, un épuisement. La vision de Freud est celle d'un sujet malade du conflit qu'il a avec lui-même. C'est le destin de l'humain qui veut s'accomplir mais qui pour cela confronte son désir aux interdits sociaux.

Toute cette période est marquée par la psychothérapie de type freudienne, le traitement médicamenteux n'étant alors envisagé que comme préparatoire et favorisant l'action psychothérapeutique.

Mais la dépression connaît dans la deuxième partie du XX^e siècle un succès grandissant, devenant un véritable problème de santé publique. Progressivement l'individu n'est plus tant sommé de se conformer à des règles préétablies que de se constituer ses propres règles : choisir sa vie, devenir soi-même. La capacité d'initiative, l'autonomie, la recherche du bien-être deviennent les nouveaux mots d'ordre. La différence n'est pas anormale, ce qui importe c'est de l'assumer. Mais cet individu souverain dans la définition de ses propres lois est aussi un individu incertain, fragile. Face à toutes ces exigences, le dépressif sombre dans l'impuissance à agir, à décider. Il est insuffisant. Pour lui la psychanalyse est inopérante car il n'y a pas de conflit, plutôt un vide identitaire à combler.

Côté prise en charge médicamenteuse, le sens donné au médicament et la place qui lui est attribuée est différente selon le modèle de référence, celui du conflit ou du déficit.²²⁰ Pour le premier l'action médicamenteuse est spécifique, selon le type de pathologie, pour le second

²¹⁹ *ibid.* p.16

²²⁰ *ibid.* pp 55-56

elle est plus large. En fait, les médications jusqu'au mitan du XX^e siècle sont aléatoires et incertaines. Pourtant les traitements de choc, et notamment l'électrochoc, laissent entrevoir les premières perspectives de guérison mais avec finalement bien des déceptions sur la régularité des résultats. Toutefois les progrès considérables de la pharmacologie à partir des années 1950 et les évolutions des formes dépressives amènent à réviser la compréhension de ces maladies et leur prise en charge. Le recours au médicament peut se concevoir seul, sans complément psychothérapeutique.

Il s'opère alors en cette fin de XX^e siècle une bascule du modèle explicatif freudien, celui du conflit à la Loi, au modèle de Janet, celui du trouble narcissique, de l'insuffisance et du déficit d'énergie.

□ Dans le même temps la psychiatrie connaît des évolutions majeures, en matière de stratégie diagnostique et de prise en charge.

Jusqu'au début des années 70 la prise en charge des troubles de l'humeur repose sur un diagnostic étiologique et la recherche de la pathologie sous jacente. Le traitement - médicamenteux et psychothérapeutique - vise à traiter les causes du trouble. Mais ce dessein se heurte à la complexité sémiologique de ces maladies et force est de constater qu'il y a insécurité diagnostique. Névrose endogène, pathogène, exogène ? La dépression est ce que traitent les antidépresseurs... Cette insécurité nuit aussi bien à la crédibilité de la psychiatrie qu'à la prise en charge du patient dont le premier interlocuteur, de par la nature des troubles somatiques évoqués, est souvent le médecin généraliste.

Pour résoudre ce problème deux voies sont explorées

La première repose sur l'espoir de trouver les marqueurs biologiques des différents types de dépression et de pouvoir ainsi y associer les traitements correspondants. Las, si l'efficacité des antidépresseurs s'avère réelle, il demeure impossible d'établir des corrélations directes et fiables entre une molécule et un type de dépression.

La seconde voie est celle que propose l'Association de Psychiatrie Américaine (APA) en 1980. L'association publie cette année là la troisième version du manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux – DSM III. Afin de garantir la fiabilité diagnostique il est pris le parti de s'attacher non pas à l'étiologie mais à la description la plus précise possible des syndromes. Le diagnostic est posé à partir de la symptomatologie d'un malade sans que s'interfère l'histoire du sujet. Très vite le DSM III connaît un succès international et s'impose comme référence mondiale.

Les conséquences de cette nouvelle approche de la maladie mentale sont importantes : Tout d'abord le DSM III puis les versions suivantes sont construits pour la recherche : avec la garantie de la fiabilité interjuge, un travail de recherche épidémiologique peut s'élaborer. Cependant le DSM est aussi utilisé en clinique. Or la confusion entre ce qui est observable et ce qui est cliniquement pertinent ne garantit en rien la qualité de prise en charge en matière de soin. Ce ne sont plus des sujets qui sont pris en charge mais des syndromes.

Ensuite, alors que le DSM vise l'objectivité au regard des courants psychiatriques : biologique, psychodynamique, phénoménologique, social ; l'accent mis sur le comportement indique un sous-basement behavioriste. De fait les psychothérapies comportementales ou cognitives deviennent les plus courantes et conseillées.

L'orientation de la démarche diagnostique vers l'observation descriptive des plaintes et des comportements éloigne inexorablement la médecine d'une approche compréhensive du sujet dans sa maladie. Le concept de névroses se dissout dans la notion de troubles dépressifs. La

dépression garde ses contours imprécis puisqu'il s'agit de manifestations comportementales et somatiques qui se modifient dans le temps et selon les contextes sociaux. Le flou de la dépression alimente l'extension de la maladie. Toute difficulté d'adaptation à la vie moderne peut relever du champ dépressif et donc de son traitement.

En même temps l'attention portée aux symptômes sans s'attacher à la cause revient à perdre de vue la guérison et à accepter la chronicisation. "Tout est soignable, rien n'est guérissable"²²¹ L'objectif n'est plus de guérir mais d'accompagner et d'améliorer la qualité de vie du patient. Car rien ne dit que le conflit a disparu et que les troubles sont sans cause, simplement ce n'est plus le sujet.

Dans ce modèle le médicament devient central. La complémentarité de la psychothérapie et du traitement biochimique s'est inversée. La psychothérapie vise à potentialiser la chimiothérapie.

La découverte des nouveaux psychotropes dont le mythique Prozac, faciles à manier et aux effets secondaires faibles, laisse entrevoir le fantasme du médicament idéal comme possible. Si la définition de la maladie est incertaine et si le médicament est sans mauvaise conséquence alors la voie est ouverte pour l'utilisation au long cours de substances capables de modifier le Moi. Meilleures performances, plénitude des sensations, bien être. La frontière entre psychotropes et drogues se brouille.

C'est ainsi qu'Ehrenberg dessine un nouvel individu pour qui le défi permanent est d'être à la hauteur de lui-même dans sa capacité à se définir, à s'auto évaluer, et de ne jamais l'être assez. Toujours insuffisant, le déprimé s'effondre dans sa course. "Défaut de projet, défaut de motivation, défaut de communication, le déprimé est l'envers exact de nos normes de socialisation"²²².

Les thérapies actuelles se réfèrent alors au modèle déficitaire du dysfonctionnement : elles visent à réparer, compenser, soutenir. Le succès des thérapies de groupe tient à leur mécanisme de réassurance par le groupe de l'image de soi. Les nouveaux antidépresseurs sont prescrits dans la durée, y compris pour prévenir d'éventuelles rechutes. L'installation dans la chronicité renforce le trouble entre psychotropes et drogues, d'autant plus que dépression et addiction vont souvent de pair.

Remarques et réflexions

□ Un ouvrage passionnant, mais d'une lecture qui demande relecture

Tout d'abord se pose comme souvent la question des notes. L'auteur a choisi ici de les regrouper en fin d'ouvrage avec une numérotation qui suit les chapitres et rappelle à quelles pages du livre se réfère la série. Ce choix est sans doute le bon. Il n'empêche que l'abondance des notes – 60 pages sur 250 de corps de texte – oblige à une double lecture, si possible avec deux marque-pages.

L'approche croisée de la sociologie, de l'histoire, anthropologie est riche et donne tout l'intérêt à l'ouvrage. En même temps, la matière même n'est pas toujours d'une compréhension aisée pour le profane tant les notions manipulées sont subtiles, spécifiques et complexes. Quand de surcroît des divergences de points de vue entre spécialistes sont exprimées, le lecteur est condamné à la double ou triple lecture ! Toutefois l'explicitation de

²²¹ *ibid.* p.215

²²² *ibid.* p. 251

chaque étape de raisonnement après une introduction synthétique facilite le travail de lecture. Enfin les deux autres ouvrages de la trilogie sont utiles pour asseoir et approfondir la compréhension du propos. Il est à noter qu'il n'est pas nécessaire de suivre l'ordre chronologique de leur écriture.

□ Dix ans après sa sortie, l'ouvrage me paraît d'une actualité stupéfiante !

La France reste aujourd'hui le pays au monde le plus concerné par la consommation de psychotropes, ce qui implique de rechercher où sont les spécificités nationales pour une problématique qui relève d'un phénomène qui semble dépasser le seul cadre hexagonal. Ehrenberg sur ce point se réfère à la problématique française du citoyen où l'individu contractualise directement avec l'Etat sans la médiation des corps intermédiaires.

L'ouvrage alimente donc la réflexion sur ce qui reste un problème de santé publique particulièrement fort en France.

Plus largement, la problématique développée permet d'élargir la grille de lecture de l'actualité.

La souffrance au travail est un thème récurrent, pris en compte au plan européen et maintenant transposé dans la législation française. Ce point figure dans les thèmes de la négociation collective dans le cadre du droit du travail. L'intensification au travail, la responsabilisation accrue de chacun à son poste et la montée des incertitudes quant au devenir professionnel contribuent très largement à la souffrance au travail. L'utilisation intensive du management par objectifs individualisés concourt à fragiliser encore plus l'individu et à nourrir son stress. Le cadre averti sera plus vigilant sur l'utilisation de ces outils et veillera au maintien d'espaces de solidarité collective. L'individualisme et la pression sur la performance accroissent les risques de maltraitance. Chacun face à ses difficultés se défend, parfois selon des mécanismes pervers. Il importe pour le manager d'être conscient de ces risques, d'être vigilant à les prévenir.

Dans le même temps, pour le manager confronté aux situations et aux interpellations globales des salariés sur le mal être au travail, cette grille de lecture plus large permet de resituer les éléments dans leur contexte et de faire la part de ce qui revient à l'entreprise et donc de sa responsabilité, de ce qui participe d'un phénomène qui la dépasse.

Les débats récents sur l'évaluation des psychothérapies (étude INSERM de 2004) et l'encadrement législatif²²³ des professions de psychothérapeutes font écho avec la question des risques de confusion entre thérapies et manipulations mentales. Le trouble dépressif s'installe dans la chronicité. Sa prise en charge, qu'elle soit médicamenteuse ou psychothérapeutique, balance entre le soin qui vise l'autonomie de prise en charge du patient et un accompagnement au long cours que l'on ne sait plus bien situer dans le continuum de la dépendance. Le trouble entre psychotropes et drogues est aussi celui entre psychothérapies et manipulations mentales.

Dans le domaine des prestations sociales, la conception du dispositif rSa (revenu de solidarité autonomie) confirme la montée en puissance de la norme d'autonomie individuelle qui renvoie à la personne la responsabilité de son insertion sociale et professionnelle. En effet, le rSa examine l'application du périmètre « droits et devoirs » avec obligation de contrat d'insertion (et donc de projet) individu par individu au sein d'un même foyer. En passant, la sommation d'entrer dans une démarche projet est plus forte pour celui qui vit dans la précarité. Quelles sont les conséquences sur la santé mentale de ces injonctions au projet et donc à l'affirmation d'une identité forte? Quels sont les besoins d'accompagnement pour « faire face » ? L'analyse développée par Ehrenberg légitime en confortant leur sens, les

²²³ Loi hôpital santé patients et territoires du 21 juillet 2009

démarches de travail social sur l'estime de soi et l'inscription dans des dynamiques de groupes, pour accompagner et soutenir des identités fragiles.

□ Des interrogations sur l'incursion politique du propos

Si l'articulation histoire de la dépression, de sa prise en charge et les nouvelles configurations identitaires des individus me semble convaincante, je reste dubitative sur les incursions politiques du propos. Ehrenberg met en parallèle le déclin du conflit névrotique avec la disparition des conflits sociaux comme si l'un était la cause de l'autre. Or le déclin du conflit névrotique et le devoir de production de soi précèdent et soutiennent la disparition du conflit des classes sociales et la perte des conflits sociaux. L'individualisme est aussi une idéologie à fonction justificative des dominations. Et c'est là qu'intervient la dimension économique, oubliée par les travaux d'Ehrenberg. Les modes de production n'exigent plus les collectifs de travail de l'ère industrielle. La mondialisation a pu brouiller les cartes de la domination. Mais dix ans après l'écriture de l'ouvrage, il semble que de nouvelles lignes de conflits et de nouvelles solidarités se structurent : le mouvement altermondialiste, des solidarités consommateurs-producteurs tant au plan local (le mouvement des AMAP²²⁴) que international (Altereco), les associations de petits porteurs,... Au plan mondial, la concentration des richesses, la fragilisation des classes moyennes et la dernière crise économique peuvent mettre à jour les nouvelles dominations et soutenir l'émergence de nouvelles lignes de conflits politiques.

□ Une invitation à élargir la réflexion

L'évocation des relations entre dépression et dépendance m'a incité à prolonger la réflexion et à m'intéresser plus spécialement à la notion de drogues. La lecture du rapport d'audition d'Ehrenberg par la commission d'enquête sénatoriale et un ouvrage de Patrick Arvane « Drogues et Alcool – un regard psychanalytique²²⁵ » m'ont permis de mieux comprendre ce qui se joue dans le phénomène de drogue et addiction.

Si la dépression est la marque du manque en soi, la voie est effectivement ouverte à la dépendance de tout ce qui va permettre de combler cette béance. Ce qui caractérise la drogue est sa capacité à mettre le Moi en situation de toute puissance et à abolir l'écart entre le désir et sa satisfaction. La drogue fonctionne comme ce qui révèle à soi-même la pleine potentialité de soi. Là est le risque. Il peut y avoir addiction à la substance car impossibilité à se détacher de cette sensation de toute puissance. Mais toute substance n'est pas drogue et tout consommateur de drogues ne devient pas toxicomane. La lecture de « La fatigue d'être soi Dépression et société. » a initié pour moi une réflexion sur la dangerosité des substances, le partage entre le licite et l'illicite, les conduites à tenir en matière de santé publique.

La mise en place de dispositifs - qu'ils soient psychothérapeutiques ou médicamenteux - de soutien au long cours en matière de santé mentale interroge à juste titre sur le statut de la guérison et du soin, sur leur sens. L'abandon de la guérison comme objectif de la prise en charge au profit des logiques de bien être et de la qualité de vie installe les troubles dépressifs dans la chronicité. Mais la difficulté même à définir en matière de santé mentale ce qui est pathologique de ce qui relève des difficultés normales de la vie ou même du désir de sur-performance complexifie la question de la prise en charge socialisée des dépenses. Que doit on prendre en charge et jusqu'où ? Quelle régulation des dépenses de santé ?

□ Ouvrages complémentaires

« Le culte de la performance », Alain Ehrenberg, Paris, Ed Calmann Levy 1991

²²⁴ Association pour le maintien d'une agriculture paysanne.

²²⁵ « Drogues et alcool – un regard psychanalytique » Patrick Arvane, éd Campagne Première - 2008

« L'individu incertain », Alain Ehrenberg, Paris Ed. Calmann Lévy, 1995
« Drogues et alcool – un regard psychanalytique » Patrick Arvane, éd Campagne Première, 2008
« Contre le tournant subjectiviste » par Xavier Molénat in Sciences humaines, N°173, juillet 2006
Commission d'enquête sénatoriale, audition de M Alain Ehrenberg, 12 mars 2003
Fiche de lecture du livre d'Alain Ehrenberg : « La fatigue d'être soi, dépression et société » par Philippe Fabry, internet
« La question de l'autonomie, de l'individu incertain à la fatigue d'être soi – Précarité et souffrance de l'individu autonome dépourvu d'un soutien institutionnel » par Jean Zin, internet
« Evolution des concepts de maladie et de guérison en santé mentale, et travail de guérison en psychanalyse » par Michelle Lalive d'Epinay, internet.

Remerciements

Je tiens à remercier très sincèrement tous ceux qui m'ont reçue et accompagnée dans ce travail.