



La médecine de ville est à la croisée des chemins

Livre blanc

Mars 2022

Sagéo

www.sageo-sante.org

NOTRE DIAGNOSTIC, LE MODÈLE DE MÉDECINE DE VILLE EST À LA CROISÉE DES CHEMINS



Apparu au début du siècle, le problème des déserts médicaux s'est aggravé au point de devenir l'une des premières préoccupations des Français.

Mais au fait, qu'appelle-t-on un désert médical ?

La définition varie selon qu'on se réfère à « l'accessibilité potentielle localisée » mise au point en 2017 par les pouvoirs publics, à la cartographie de l'Assurance maladie, à celle des élus locaux ou tout simplement, aux sentiments très variés et personnels des patients.

Toujours est-il que selon les dernières études de la Mutualité française, plus de 11% de nos concitoyens vivent dans une zone sous-dotée en médecins généralistes, soit 7,4 millions de personnes. Cette proportion était nettement plus faible il y a 10 ans (7,6%), toujours selon les mêmes sources.

Les spécialités ne sont pas épargnées, bien au contraire : concernant l'ophtalmologie, il fallait compter, en 2018, en moyenne 80 jours pour un rendez-vous (sources : Insee) et les inégalités d'accès demeurent criantes selon les territoires (moins de 5 ophtalmologues pour 100 000 habitants dans l'Ardèche, les Ardennes ou encore la Seine-Saint-Denis).

La dermatologie est également touchée, avec seulement 4 000 spécialistes répartis dans toute la France, alors que la prévention des maladies de peau doit impérativement augmenter, et de véritables déserts territoriaux comme en Auvergne, où certains patients doivent « poser » une journée pour aller chez le médecin.

D'autres spécialités sont également touchées plus particulièrement par des inégalités territoriales (gynécologie, radiologie...).

COMMENT EXPLIQUER CETTE SITUATION ?

Plusieurs facteurs d'ordre démographique, économique et sociétal

La démographie joue évidemment un rôle majeur, dans la mesure où le vieillissement de la population des médecins n'a pas été sérieusement anticipé, et ce jusqu'à la récente suppression du numerus clausus, dont les effets bénéfiques vont se faire sentir à moyen terme.

Sur le plan économique, le coût d'installation dans certaines villes (hausse des loyers) a créé des difficultés dans certains territoires dynamiques, alors qu'à l'inverse, la rémunération incitative ne répond pas au problème d'attractivité de certaines zones délaissées par le service public et l'activité au sens large (baisse de l'industrialisation, concentration des richesses en métropole).

D'un point de vue sociétal, les aspirations des jeunes médecins n'ont pas été suffisamment intégrées et génèrent une réticence envers la médecine générale libérale.

“ Les motivations ont changé comme l'illustre le refus croissant des jeunes médecins de l'exercice isolé, une forte volonté de bénéficier de congés plus importants et d'accéder à des matériels de pointe en matière de prévention (santé connectée). La question des lourdeurs administratives est enfin centrale dans le choix des professionnels. ”

Quelles sont les conséquences de cette inégale répartition de l'offre médicale ?

La baisse de la qualité des soins frappe quasiment partout de la même façon, à deux niveaux.

Premièrement, **devant les difficultés d'obtention des créneaux de consultation, une part significative des Français n'est pas suivie de façon préventive**, alors que c'est précisément dans le domaine de la prévention que le modèle français accuse le plus de retard (moins de 4% des dépenses de santé y sont consacrées). En renonçant à certains rendez-vous d'étape, les patients se retrouvent confrontés à des diagnostics établis avec retard et avec des pathologies chroniques dont le risque pouvait être réduit avec un suivi primaire.

Deuxièmement, **les déserts médicaux créent inmanquablement un engorgement des urgences** et une perte de temps pour tous les acteurs de santé, à commencer par les malades eux-mêmes. En effet, les urgences non vitales et soins non programmés constituent un point noir pour notre modèle.

Si le chiffre avancé en 2018 par Agnès Buzyn (20% des passages aux urgences seraient évitables) est controversé, l'augmentation tendancielle des visites (+30% entre 2004 et 2014 selon la Cour des comptes), souvent répétées, pose la question de la répartition des urgences, entre celles qui doivent entraîner une hospitalisation et celles qui pourraient être prises en charge par un médecin traitant.

Confrontés précisément à un manque de praticiens libéraux, un nombre croissant de Français se tourne donc vers l'hôpital car ils y trouvent aussi un accès à un plateau technique et se sentent sans doute plus en sécurité dans le cas d'un diagnostic alarmant.



“

Le défaut de prise en charge des urgences non vitales aggrave notre niveau de prévention, qui est pourtant un impératif à l'heure de l'augmentation des maladies chroniques et du vieillissement.

”

Les réponses adoptées depuis 2004 sont-elles à la hauteur ?

La création des maisons des santé depuis 2008 a donné des résultats inégaux, selon leurs statuts, qui se sont multipliés avec des règles administratives rigoureuses (Maison de santé pluriprofessionnelles-MSP, maison de santé rurale, maison médicale de garde, centre de santé, pôle de santé...).

Souvent, l'organisation de ces structures est si complexe que la loi de financement de la sécurité sociale de 2018 a permis la création de dispositifs dérogatoires pour soutenir des dispositifs innovants (le fameux « article 51 »).

Malgré les incitations financières et la prise en compte du regroupement, les MSP ne parviennent pas toujours à consolider leur modèle économique et à maintenir un haut niveau de recrutement, en grande partie à cause de facteurs qui échappent aux professionnels qui dirigent l'établissement (complexité et obligations administratives, baisse de l'attractivité du bassin de vie...).

L'étude du rapport coût-bénéfice démontre surtout que le succès de ce type d'établissements répond à certains impératifs, comme la définition d'un projet de santé de ville précis, volontaire et cogéré en lien avec les élus et les professionnels.

Sur la question du recrutement, les MSP qui prennent en compte les aspirations des jeunes médecins (remplacement, congés, équipement...) parviennent à s'installer dans le paysage de l'offre de soins. Dans d'autres cas, le décollage ne permet pas toujours de combler la pénurie et le soutien financier apporté par les collectivités s'effectue en pure perte.

Régulièrement, le débat revient sur l'obligation d'installation, ce qui donne lieu à des tensions majeures qui dépassent largement les clivages politiques traditionnels. Certains candidats proposent d'ajouter des contraintes en fin d'étude de médecine, d'autres prônent l'embauche massive de médecins salariés et la constitution de facto, d'un service public de la médecine de ville.

Si la piste du salariat mérite d'être étudiée dans certains cas face aux urgences, il faut prendre garde à la qualité des soins, qui dépendra dans les années à venir du niveau d'investissement (nouveaux outils de diagnostic, suivi numérique des patients...), de l'engagement et de la formation des professionnels. Obliger ces derniers présente un risque de moindre motivation de leur part et de médecine d'abattage.

COMMENT EXPLIQUER CETTE SITUATION ?

LE LIEN VILLE-HÔPITAL

Les dispositifs proposés jusqu'à présent sont également entravés dans leur développement, par l'absence fréquente de dialogue entre les structures hospitalières et la médecine de ville.

En effet, la désertification médicale ayant provoqué un afflux de patients vers l'hôpital, ce dernier a pris une place ultra-dominante dans l'offre de soins territoriale, et ce alors que certains ministres ont parfois développé durant les dernières mandatures, une vision déjà hospitalo-centrée de notre système de soins.

Sans remettre en cause ce rôle majeur de l'hôpital et le succès à certains endroits du pays, force est de constater que le lien entre ce dernier et les autres acteurs de santé est encore incomplet.

C'est évidemment un handicap pour la connaissance épidémiologique de chaque territoire, pour le suivi des patients - en particulier pour les soins de suite et l'observance des traitements, et plus généralement pour la qualité de la prévention.

LES LEÇONS DU COVID

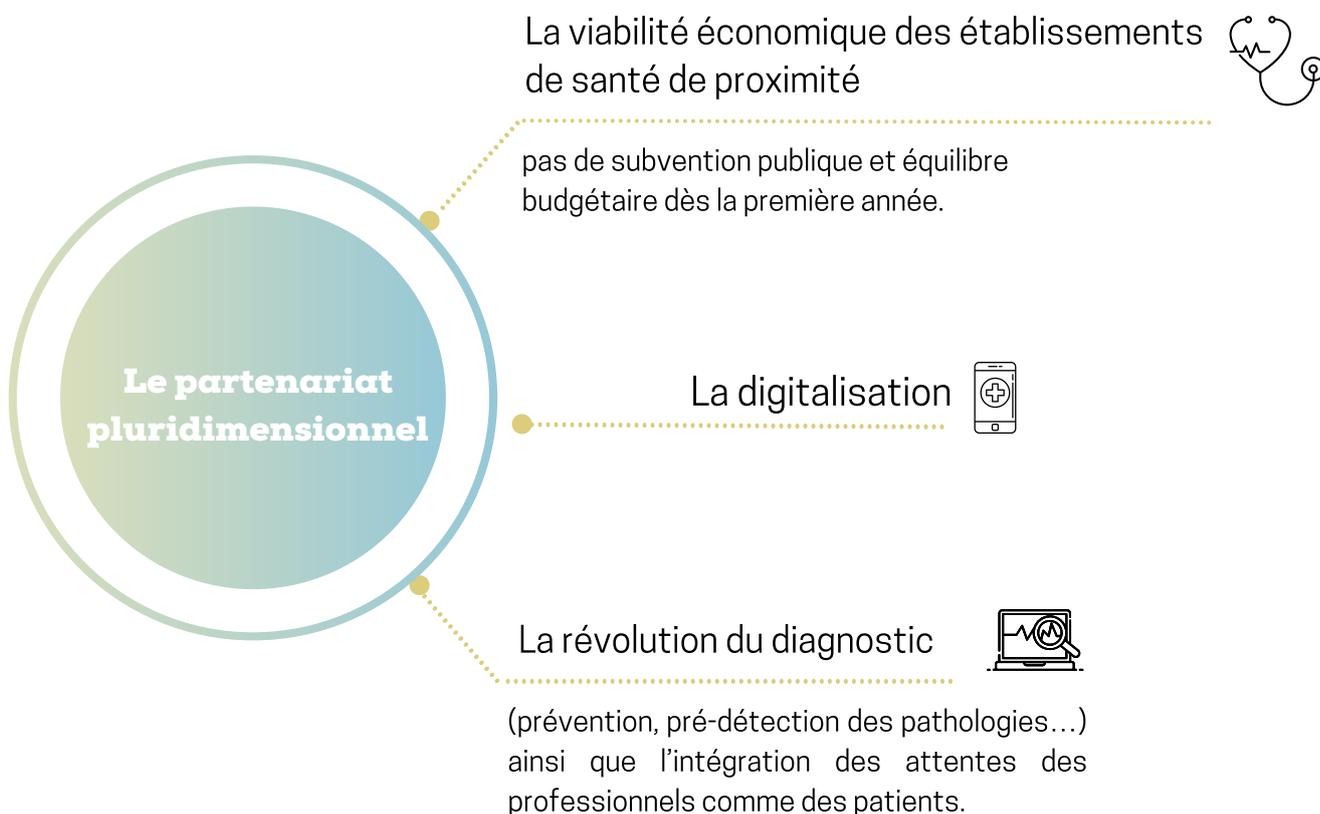
La crise Covid a été le révélateur extrême de cette évolution inégale de l'offre de soins.

Si les saturations aux urgences liées à la première vague pandémique n'auraient sans doute pu être évitées (méconnaissance du virus pour les professionnels de santé, interrogation sur les traitements, inquiétude des malades sur les conséquences de la maladie...), **les vagues suivantes pourraient être mieux gérées, avec par exemple une réorientation des urgences et des personnels mobilisés et une meilleure association entre hôpital et médecine de ville.**

NOTRE MODÈLE : LE PARTENARIAT PLURIDIMENSIONNEL

Créé en 2018, le groupe Sagéo Santé est né d'une réflexion collective qui a mêlé professionnels de santé en quête d'innovation et irrésolus aux déserts médicaux, élus locaux confrontés au mécontentement de leurs administrés et spécialistes du financement des infrastructures d'intérêt général.

Ces échanges ont abouti à un triple constat:



A ces trois défis nous avons souhaité opposer le principe du **partenariat**.

Le partenariat avec les acteurs présents sur chaque établissement Sagéo qui assurent l'équilibre économique du site et son excellence médicale.

Chaque professionnel de santé s'acquitte d'une « redevance » lui donnant non seulement accès à une surface disponible au soin, mais aussi et surtout à un soutien complet, de l'équipement au support administratif en passant par l'accueil des patients. L'objectif de ce partenariat est de décharger le praticien de son temps extra médical et d'augmenter à l'inverse son temps d'accompagnement du malade, en valorisant ainsi son rôle de conseil.



Le partenariat avec les acteurs de l'écosystème de chaque site, à travers une volonté affirmée de nouer des conventions avec les hôpitaux et cliniques environnants, fondé en particulier sur l'adressage des urgences. C'est cette logique qui peut assurer, selon nous, la prise en charge et le suivi d'un nombre élevé de malades, amenés par exemple à déclarer l'établissement Sagéo comme médecin traitant, et ainsi permettre une installation durable de l'équipe.

Le concept de Sagéo implique aussi de prendre le virage de la **santé connectée**



Cependant, **il ne doit pas s'agir d'une rupture mais bien d'une transition.**

Au début des réflexions sur le modèle Sagéo en 2018, la télémédecine occupait une place résiduelle dans la médecine de ville et le Parlement venait à peine d'approuver le remboursement des téléconsultations... La crise Covid a ensuite provoqué une explosion de ces actes, qui était une réponse à la saturation des urgences et des structures médicales de ville.

Doit-on pour autant passer d'un extrême à l'autre ?

L'avenir du généraliste doit-il se réduire à des diagnostics adressés à distance et en visio ?

Il existe sans doute une voie médiane, consistant à placer le numérique au service du médecin, ce dernier pouvant s'appuyer sur la performance des **nouveaux dispositifs médicaux, l'intelligence artificielle et l'innovation** afin de renforcer son conseil au malade.

A l'heure du « 2ème avis » et face à la volonté des nouveaux médecins de ne plus être cantonnés au seul traitement des épidémies saisonnières (grippe, gastro-entérite...), **la E-santé peut en effet compléter et améliorer la consultation en présentiel**, qui ne pourra pas être remplacée, sauf en cas d'urgence ou dans des cas très spécifiques limités principalement à la « bobologie » évaluée par le patient.

Ce dernier a vu sa place évoluer dans le parcours de soins.

D'un accompagnement quasi-uniquement curatif et dominé par le médecin de famille, **nous sommes passés à une médecine pluriprofessionnelle** qui fait entrer de nouveaux acteurs (Internet, applis en santé, thérapies paramédicales, objets connectés...) et motivée par de nouveaux regards qui forgent progressivement l'avis de chaque patient (automédication, évolution du recours aux antibiotiques, suspicion à l'égard de certains traitements, appétence pour les thérapies alternatives...).

“ **Ce nouveau contexte favorise l'émergence du patient en tant qu'acteur à part entière de son parcours de soins.** ”

Les fondateurs de Sagéo ont cherché à mieux prendre en compte, l'évolution des attentes des professionnels de santé



Les jeunes médecins sont nombreux à **rejeter le modèle de leurs aînés**, impliquant une disponibilité élevée, un exercice isolé et un modèle de rémunération trop rigide.

Ces derniers souhaitent souvent disposer de congés en nombre plus élevé, veulent pouvoir **bénéficier de la souplesse et de l'autonomie de la profession libérale** d'une part, **et des garanties de protection juridique et sociale du salariat**.

Cela correspond à des aspirations profondes dans les nouvelles générations, auxquelles Sagéo a souhaité s'adapter, par exemple en permettant aux médecins généralistes de pouvoir dépasser 5 semaines de congés payés tout en maintenant la continuité de la permanence des soins.

“ C'est en s'imposant comme le partenaire de la carrière des médecins que Sagéo entend se distinguer. ”

Partenariat enfin avec les collectivités locales et les acteurs engagés dans la vitalité des centres-villes

L'installation en pied d'immeuble d'un établissement de santé devient un enjeu majeur pour tout nouveau programme immobilier et la problématique des déserts médicaux pose rapidement la question de l'attractivité d'un bassin de vie.

Nous pensons donc que l'ouverture d'un site Sagéo est non seulement conditionnée à la cartographie des Agences régionales de santé (ARS), à des zones d'intervention prioritaire et des zones d'action complémentaire, mais aussi à celle des élus sur le terrain.

C'est dans cet esprit de coopération avec les territoires que Sagéo a reçu le soutien du groupe Caisse des Dépôts, ce dernier étant actionnaire de référence de la foncière détenant les murs des sites.

NOTRE MODELE : LE PARTENARIAT PLURIDIMENSIONNEL

Forts de ses réflexions et après en avoir partagé les grandes lignes avec les organisations et institutions de référence (Matignon, fédérations hospitalières, associations de collectivités locales et d'élus, opérateurs et aménageurs...), nous avons donc souhaité passer de la définition du concept à sa réalisation, en déployant ce modèle sur le territoire, avec concrètement, les axes suivants :

- **Un plateau technique de ville, doté d'une offre de soins intégrée** (médecins généralistes, infirmier-ère, sage-femme, spécialistes, kiné et/ou paramédical...)
- **Le pari du numérique et des équipements de pointe**, afin de répondre aux urgences, améliorer la qualité du diagnostic et renforcer le rôle « conseil » du médecin
- **L'autonomie pour les praticiens**, avec la possibilité d'exercer sur un nombre d'heures adapté à son mode de vie, et avec le dispositif Salarlib, qui permet au médecin d'augmenter ses congés en contrepartie de son engagement à identifier et proposer son remplacement
- **La pluralité des profils** avec le recrutement dans nos établissements, de médecins salariés comme de médecins exerçant sous le statut libéral, ce qui place nos structures au carrefour des centres et maisons de santé
- **Le suivi renforcé des patients**, qui disposent en moyenne d'un temps de consultation plus élevé que les seuils exigés par l'Assurance maladie
- **La prévention poussée à un stade avancé**, avec la présence sur nos sites d'IDP Santé, qui réunit l'expertise médicale et para-médicale pour anticiper et traiter les maladies du Grand âge
- **La permanence des soins** assurée notamment de 8h à 22h, 6 jours sur 7 et un lien opérationnel avec les urgences hospitalières
- **L'attachement à un haut niveau de biologie et d'analyse**, avec l'implantation systématique d'un espace de prélèvement
- **L'engagement face au risque-épidémie**, à travers une mobilisation opérationnelle à la fois sur le dépistage et le cas échéant, la vaccination.

LES RETOURS

Créé en 2018 en tant que club de réflexion accompagnant la mise en place de la loi « Ma Santé 2022 », Sagéo a donc suscité la création d'une entreprise qui a ouvert son premier établissement en 2020, en s'appuyant sur « l'article 51 » issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 favorisant l'innovation en santé.

Le premier **site a été déployé dans la ville du Havre**, au cœur de l'ancien quartier des docks, aujourd'hui requalifié et où se trouve une population à la fois résidentielle et universitaire. 3700 personnes sont suivies par Sageo Le Havre, tandis que 2100 l'ont déclaré comme médecin traitant. Cela confirme l'ancrage de notre modèle, au cœur de l'offre territoriale de santé havraise, où les difficultés d'accès au médecin traitant sont importantes.

Deux autres établissements ont également démarré leur activité, en région parisienne, **Ivry-sur-Seine**, dans le Val de Marne et **Montigny-lès-Cormeilles**, dans le Val d'Oise et répondent à une patientèle aux revenus souvent modestes, parfois en situation de précarité et très souvent sans médecin traitant malgré un état de détresse sanitaire élevé (polyopathologies, absence de suivi, renoncement au soin...).



Dans les 3 établissements actuellement en activité, les professionnels de Sagéo exercent en secteur 1 et apportent une expérience très variée dans les différents territoires où nous sommes implantés : tantôt jeunes médecins rompus aux nouvelles technologies de la santé et attachés à une vision plus intégrée de leur discipline (sport, prévention...) ; tantôt futurs retraités encore attachés au contact avec le patient et disposés à exercer sur des créneaux horaires parfois délaissés par les jeunes et les remplaçants, notamment en soirée.

D'une manière générale, notre objectif est de bien permettre aux praticiens de dégager le plus de temps pour leur mission, en assurant le support RH et équipement ainsi que le fardeau administratif, tout en veillant à la qualité de l'accueil et de l'accompagnement des patients.

Ces derniers ont été interrogés au bout d'une période critique d'exercice (automne 2021).

QUE PENSENT LES PATIENTS DE SAGÉO?

Une centaine de patients par site ont répondu au questionnaire de satisfaction.

82%

Taux de satisfaction sur l'ensemble des 3 sites

60%

De patients ont plus de 40 ans au Havre et 60% des patients ont moins de 45 ans en Région Parisienne.

40%

Des malades passent en moyenne près de 20 minutes avec le Médecin Généraliste au Havre et 50% à Montigny-lès-Cormeilles.

92%

Des patients sont satisfaits de leur Médecin Généraliste.

On retrouve une forte majorité de femmes, un lien fort avec le digital initié par les prises de rendez-vous sur Doctolib et un temps de consultation sensiblement plus élevé que le minimum requis par l'Assurance maladie, ce qui tend à expliquer la faiblesse du parcours de soins.

NOS PERSPECTIVES

Alors que le déploiement des sites était prévu pour débuter en 2020, la crise de la Covid a doublement ralenti les ouvertures des sites Sagéo : d'une part à cause des divers agréments et autorisations administratives qui ont été accordés avec retard par des pouvoirs publics largement mobilisés par les épidémies ; d'autre part par les tensions du marché des matières premières qui ont retardé des chantiers déjà complexifiés par la présence de plusieurs professions différentes.

Cependant, en dépit de ce contexte défavorable, nous sommes parvenus à assurer l'ouverture de trois établissements entre le printemps 2020 et le printemps 2021 et avons réuni les conditions de trois nouvelles ouvertures au premier semestre 2022 (Ajaccio, Agen, Noisy-le-Grand).

Fort de ces premières expériences, le management Sagéo entend généraliser la part duplicable du modèle de plateau technique de ville, tout en veillant à la spécificité de chaque territoire. Le rétroplanning est aujourd'hui stabilisé et prévoit une mise en activité de trente sites d'ici le second semestre 2025.

Dans cette période, les partenariats avec les réseaux nationaux de professionnels seront amenés à être renforcés. Dans le domaine de la biologie et de l'analyse médicale, qui a démontré son importance dans les périodes épidémiques, Sagéo a noué des liens de confiance avec les grands acteurs nationaux tels que Unilabs, et Biogroup afin d'implanter systématiquement une offre de dépistage, en tenant compte de la répartition des structures déjà existantes.

Il en va de même pour la radiologie (Groupe Vidi) et la gynécologie (Pointgyn), où le rapprochement des médecins leur permet de croiser les informations épidémiologiques et de réduire les coûts.

NOS PROPOSITIONS : SIMPLIFIONS POUR SOIGNER MIEUX !

Comme sur d'autres sujets de préoccupation, les dispositifs se sont multipliés mais leur application sur le terrain s'est révélée inégale.

En effet, la lutte contre les déserts médicaux est en grande partie entravée par :

Le poids des initiatives parlementaires successives, voire contradictoires,

Le fonctionnement complexe des administrations,

Les relations parfois tendues entre ces dernières et les acteurs de santé (ordres médicaux, opérateurs privés...),

La persistance d'une vision des soins centrée autour de l'hôpital

L'adaptation parfois difficile à la transformation de la santé (nouvelles pratiques, objets connectés, montée en puissance des soins paramédicaux...).

Au lieu de donner lieu à de nouvelles annonces très ambitieuses dans les objectifs, mais redondantes ou irréalisables, le prochain quinquennat devrait plutôt donner la priorité à l'application des textes déjà en vigueur, en la simplifiant et en la rendant plus lisible.

“ Il s'agit principalement de trois mesures, dictées par le bon sens et l'observation des réalités du terrain, mais dont l'exécution est trop peu contrôlée dans les faits. ”



LABELLISER LES PLATEAUX TECHNIQUES DE VILLE

Dans le but de renforcer la fluidité du lien entre les acteurs de l'offre de soins, Sagéo propose d'améliorer la lisibilité de la nomenclature des structures de ville.

“ Le label de « pôle de santé », qui n'est plus utilisé aujourd'hui par les administrations, pourrait ainsi être accordé à tout acteur (MSP, Centre de santé, cabinet regroupé) étant en mesure de gérer les urgences non vitales et les soins non programmés, doté d'un plateau technique de ville. ”

Accordée par l'Agence régionale de santé (ARS), cette certification permettrait d'associer clairement dans les PDSA et CPTS les structures de ville les plus avancées et les plus engagées dans le suivi à long terme des patients, sans remettre en cause la validité des statuts actuellement en vigueur.

Ces dernières se sont multipliées afin de marquer des spécificités le plus souvent juridiques, au point que nous avons parfois perdu de vue la finalité des soins et le service rendu au patient : maisons médicales de garde, maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), centres de santé, pôles de santé...

Ces différents types d'établissements s'ajoutent aux cabinets médicaux et aux services d'urgence qui sont associés de facto, dans les déserts médicaux, à des soins de ville. L'action de ces acteurs gagnerait à être mieux intégrée dans les projets territoriaux de santé, en veillant à une répartition plus pragmatique des missions selon les besoins du bassin de vie. Aujourd'hui, malgré le lancement de dispositifs visant à augmenter la coordination des médecins (PDSA, SAS, CPTS), force est de constater que le chemin à parcourir demeure important.



SIMPLIFIER ET PÉRENNISER L'EXPERIMENTATION DE LA GESTION DES URGENCES NON VITALES

L'intégration pleine et entière des centres de santé pluriprofessionnels au sein des dispositifs de prise en charge des urgences.

Ce sujet est étroitement lié à celui de la désertification médicale dans la mesure où les patients sans médecin traitant et éloignés de structures de ville, se tournent vers les urgences hospitalières les plus proches. Ce réflexe est aussi motivé par le rôle qui a longtemps été dévolu à l'hôpital dans notre système de santé. Dans l'esprit collectif, l'hôpital est présent sur toute la chaîne de santé (consultations de suivi, interventions chirurgicales, suivi post-opératoire et soins de suite, prévention, recherche...) et sur l'ensemble des spécialités. Cependant, la diversité des structures hospitalières a fait se multiplier les incitations financières, dont certaines sont motivées par les passages aux urgences. Or, ces dernières sont trop souvent engorgées et une sélection doit s'opérer selon les patients.

“ L'identification des pathologies doit être effectuée beaucoup plus rapidement pour permettre ainsi la prise en charge des cas graves dans les délais qu'ils impliquent. L'adressage des urgences non-vitales dans le cadre d'un parcours de soins non programmé doit néanmoins se faire dans la rigueur et assurer un haut niveau de soins pour les malades qui se sont déplacés aux urgences. C'est la raison pour laquelle Sagéo propose la pérennisation des modalités de la réorientation des patients en urgence non vitales vers les établissements de médecine de ville dotés d'une équipe pluri-professionnelle et d'outils performants, de façon à traiter chaque patient si son état de santé s'aggravait et le diagnostic se complexifiait*.”

Le Gouvernement devrait réunir les acteurs publics et privés de l'hospitalisation afin de généraliser le déploiement de conventions entre hôpitaux et cliniques d'une part, et les structures médicales pluriprofessionnelles de ville, par exemple celles étant dotées du label « Pôle de santé » proposé plus haut. Ce conventionnement serait géré avec souplesse et laissé à la charge des dirigeants des établissements comme des professionnels directement confrontés à la prise en charge des urgences.

Il s'agit ici ni plus ni moins de créer et consolider un réseau d'avant-postes hospitaliers, dans l'esprit des débats qui avaient prévalu lors de la loi « Ma Santé 2022 ».



FAIRE RESPECTER LE SEUIL DE 20% DE TÉLÉCONSULTATIONS

Longtemps boudées par notre modèle de santé, les téléconsultations n'ont été prises en charge par l'Assurance maladie qu'à partir de 2018. Finalement, il a fallu attendre la pandémie de Sars-Cov-2 pour que les Français s'emparent de cet acte devenu un réflexe bienvenu pour de nombreux patients renonçant aux soins, notamment les jeunes et les actifs manquant de temps et peu impliqués dans leur parcours de soins

Pour certains médecins, la téléconsultation prise en charge à 100% constitue parfois une part prépondérante et majoritaire de leur activité. Est-ce une voie pertinente ? Est-il souhaitable de voir une interface numérique s'imposer entre le patient et le professionnel de santé ? Ce dernier ne risque-t-il pas de s'effacer au profit d'une médecine intégralement digitalisée, où le diagnostic est livré par un écran et apprécié par la personne malade ?

Pour Sagéo, ce modèle est excessif et n'est pas souhaitable. Au-delà des erreurs médicales qui pourront se maintenir, malgré le développement de l'intelligence artificielle, la disparition de la consultation en présentiel entraînera du même coup celle du rôle de conseil du praticien, qui est en mesure d'évaluer l'attitude et l'état psychologique du patient. Dans un pays comme la France qui doit relever le défi de la santé mentale après l'avoir longtemps négligé, le rapport suivi et fluide à un médecin traitant représente un point cardinal de la santé de chaque assuré dans son territoire.

“ C'est sans doute la raison pour laquelle l'avenant n°9 à la Convention nationale entre l'Assurance maladie et les médecins libéraux a prévu en septembre 2021, de limiter le nombre de téléconsultations à 20% du total de l'activité du praticien. Cette disposition est équilibrée mais n'est pas suffisamment appliquée, ce qui fragilise le recrutement dans les établissements de santé de proximité. A terme, ce sont les patients qui paient le prix le plus lourd de cette médecine hyperdistancielle, qui, portée à l'excès, semble réduite à la signature de certificats médicaux mais bien éloignée du suivi de la prévention individuelle et de la recherche de pathologies. Il conviendrait donc d'orienter les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) vers une augmentation des contrôles sur ce point, qui est plus important que le suivi de l'application de certaines normes sans réelle portée sur le service médical rendu au patient. ”

NOS PROPOSITIONS : SIMPLIFIONS POUR SOIGNER MIEUX !

- ▶ **Accorder le label de « pôle de santé » aux structures de médecine de ville disposant d'une équipe pluriprofessionnelle et d'un « plateau technique de ville »**, dont la définition sera définie par décret, à l'issue d'un dialogue avec les fédérations et acteurs représentatifs de la médecine de ville ;
- ▶ **Intégrer les « pôles de santé » dans les dispositifs financiers incitant les établissements hospitaliers à adresser les urgences non-vitales et soins non-programmés vers des structures de ville ;**
- ▶ **Veiller au respect du seuil maximal de 20%** du total des actes, fixé **pour les téléconsultations.**