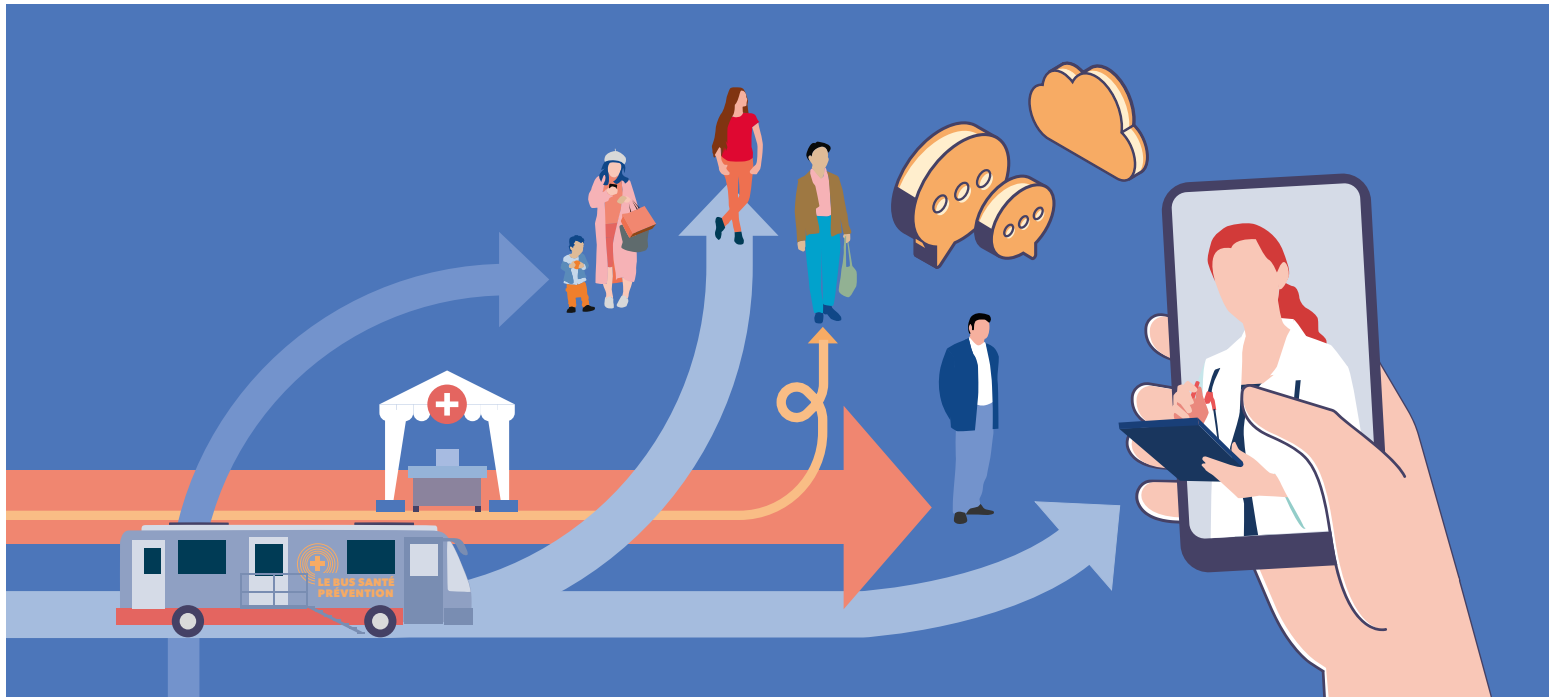


2022 **MOBILITÉ, TÉLÉMÉDECINE,**  
plaidoyer pour la santé au XXI<sup>e</sup> siècle





---

2022

**Mobilité, télémedecine,**  
plaidoyer pour la santé au XXI<sup>e</sup> siècle

---

# MOBILITÉ, TÉLÉMÉDECINE, plaidoyer pour la santé au XXI<sup>e</sup> siècle

## SOMMAIRE

Avant-propos : « Ensemble, relevons différemment les défis de la santé publique ! », <b>Arnaud Molinié</b> .....	4
Préface : « Passer d'une télémédecine opportuniste à une pratique médicale institutionnalisée », <b>Ghislaine Alajouanine</b> .....	6
<b>Les déserts médicaux, état des lieux</b> .....	<b>9</b>
Introduction.....	9
Inégalités d'accès aux soins : définitions, mesures et perspectives .....	10
Les déserts médicaux concernent une commune sur trois en France.....	14
Les déséquilibres de la démographie médicale .....	17
La stabilité démographique des pharmacies en France .....	18
Les urgences médicales en asphyxie permanente .....	19
Une démographie médicale mondiale très inégale.....	20
<b>Les acteurs de la santé ouvrent des voies</b> .....	<b>23</b>
Introduction.....	23
• Pour un projet de santé territorial conçu et porté par les acteurs de la santé, dopé par les outils du numérique, <b>Dr Antoine Leveneur</b> .....	24
• La téléconsultation, accompagnée et digitalisée, réponse efficiente aux soins non programmés, <b>Dr Grégory Szwarc</b> .....	27
• Le numérique, facteur d'équité sanitaire, <b>Dr François Teboul</b> .....	29
• L'optimisation du temps médical disponible, <b>Dr Lionel Lamhaut</b> .....	32
• Les laboratoires de biologie médicale, certificateurs de données de santé et moteurs de la médecine prédictive, <b>Dr Sofiane Benhabib</b> .....	35
• La Covid-19, révélatrice de la crise des soins de premiers recours, <b>Bruno Basset et Dr Patrick Basset</b> .....	38
• Pour une nouvelle place des laboratoires, <b>Nicolas Ploquin</b> .....	40
<b>Analyses et visions des politiques</b> .....	<b>43</b>
Introduction.....	43
• Notre système de santé a besoin de territoires plus autonomes et de faire confiance aux acteurs de terrain, <b>Cédric Arcos</b> .....	44
• Accès égalitaire aux soins, une promesse républicaine à tenir, <b>Philippe Vigier</b> .....	48
• L'accès aux soins en France, <b>Franck Louvrier</b> .....	50
• L'organisation territoriale est centrale pour vivre en bonne santé, <b>Association des maires de France</b> .....	54
<b>La société civile s'engage dans la santé publique</b> .....	<b>57</b>
Introduction.....	57
• Les gares ouvrent leurs portes aux prestations de santé, <b>Marlène Dolveck</b> .....	58
• La santé, invitée de marque de la Coupe du monde rugby 2023, <b>Claude Atcher</b> .....	60
• La séquence pandémique Covid-19 a ouvert des voies inédites à l'aviation civile pour sauver des vies, <b>Marc Rochet</b> .....	63
<b>Les Français et l'égalité d'accès aux soins</b> .....	<b>67</b>
Introduction.....	67
Sondage exclusif Harris Interactive, avril 2022 .....	68
Résultats et analyses .....	
Postface : « Changer notre regard pour passer de "l'accès aux soins" à "vivre en santé" », <b>Pr Carlos Moreno</b> .....	89

# Plaidoyer pour la santé au XXI<sup>e</sup> siècle

Paris, le 1<sup>er</sup> juin 2022.

La promesse républicaine de l'égalité de l'accès aux soins est désormais mise à mal par une offre de santé déconnectée de la réalité. Le chaos provoqué par la pandémie de la Covid-19 a permis l'émergence de pratiques médicales qui étaient expérimentales et qui s'affirment dorénavant comme des axes solides et pérennes pour l'organisation de la santé en France. Nous témoignons, par nos expériences et nos actes, qu'une nouvelle organisation est possible et nous voulons, pour le bien-être de la population, participer à son établissement.

Nous proposons concrètement:

- des projets de santé territoriaux conçus et portés par les acteurs de terrain et les responsables de l'espace public;
- l'emploi généralisé des ressources de la mobilité et de la télémédecine accompagnée et augmentée;
- une coordination rationnelle des compétences de tous les soignants, qu'ils soient du secteur public ou du secteur privé;
- une politique guidée par l'équité des soins, l'accessibilité universelle, l'ouverture à de nouveaux espaces et de nouveaux acteurs, l'intransigeance concernant la qualité;
- un dispositif d'éducation populaire à la santé, à la prévention et aux gestes qui sauvent.

Nous voulons inaugurer une nouvelle approche de la santé, en phase avec tous les modes de vie du XXI<sup>e</sup> siècle.

***Ghislaine Alajouanine, Cédric Arcos, Claude Atcher, Bruno Basset, Dr Patrick Basset, Dr Sofiane Benhabib, Marlène Dolveck, Dr Lionel Lamhaut, Dr Antoine Leveneur, Franck Louvrier, Arnaud Molinié, Pr Carlos Moreno, Nicolas Ploquin, Marc Rochet, Dr Grégory Szwarc, Dr François Teboul, Philippe Vigier.***

*Nota bene: l'ensemble des signataires du Plaidoyer pour une santé du XXI<sup>e</sup> siècle s'expriment dans le présent ouvrage sous forme d'entretiens individuels.*



**Arnaud Molinié**

Président de Loxamed

## Ensemble, relevons différemment les défis de la santé publique !

La santé est plus que jamais au cœur du débat public. Il suffit pour s'en convaincre de voir les unes de presse, la profusion des livres et les appels de toutes sortes qui lui sont consacrés. Il ne s'agit pas là d'un simple sujet d'actualité ou du seul effet de la pandémie de la Covid-19.

Ce thème constitue un élément profond et structurel de préoccupation pour les Français. Le sondage exclusif réalisé par Harris Interactive et présenté dans cet ouvrage le confirme : 31 % des Français citent la santé parmi les trois sujets qui les préoccupent le plus, après le pouvoir d'achat et avant les guerres et les conflits dans le monde, qui sont directement influencés par l'actualité, tandis que la santé s'inscrit dans une perspective de plus long terme. Ce qui frappe aussi est que cette question traverse toutes les générations, qui expriment leur inquiétude sur la qualité des soins, la multiplication des déserts médicaux et l'inégalité devant l'accès aux soins.

Comment s'étonner de ces résultats ? Ils illustrent une évolution continue depuis une vingtaine d'années : montée des inégalités territoriales avec des déserts médicaux qui concernent désormais une commune sur trois, sous l'effet combiné de la concentration des soins en milieu hospitalier et de l'explosion du recours aux urgences au détriment

de la médecine de proximité, de l'insuffisance de la prévention et du vieillissement de la population des médecins de ville.

L'épreuve traumatisante et fondatrice de la pandémie de Covid-19 a bien entendu contribué à la prise de conscience des fragilités du système de santé français.

Traumatisante, parce que les Français, oscillant entre sidération, révolte et acceptation, ont subi des contraintes qui ont bouleversé leurs vies personnelle, familiale et professionnelle, ébranlé leurs habitudes et leurs certitudes, et fait entrevoir le possible effondrement d'un système de santé qu'en dépit de ses défauts et signes d'essoufflement, ils voyaient comme le symbole d'une légitime fierté française.

Fondatrice, parce que cette période de drame et d'angoisse a vu germer une multitude d'initiatives, qui, en se déployant et se coordonnant, ont permis d'inventer, d'essayer, de tester, d'innover, de faire sauter des verrous et de soulever des montagnes. Et, surtout, d'obtenir des résultats. Qu'il s'agisse de professionnels de santé, de décideurs politiques, de chefs d'entreprise qui n'avaient pas tous d'implication dans les enjeux de santé, de responsables associatifs ou de simples particuliers, des femmes et des hommes se sont dressés face à la déferlante de la pandémie et son cortège de conséquences

aussi inédites qu'impensables : urgences hospitalières saturées, pénurie de matériel médical, économie arrêtée, écoles fermées, population confinée, couvre-feu, impossibilité de visiter ses anciens en Ehpad ou d'accompagner ses proches dans la mort...

Ce contexte d'urgence du printemps 2020 a agi sur moi comme un révélateur des inégalités territoriales et sociales dans l'accès aux soins et de la nécessité d'y apporter des solutions durables. La création de Loxamed en est le fruit : avec Gérard Déprez, Frédéric Lefebvre et Éric Sebban, nous avons imaginé et construit des solutions innovantes de diagnostic et de dépistage, mobiles et connectées, déployées partout sur le territoire, auprès des collectivités, dans les Ehpad et au pied des entreprises, devant des salles de spectacles, des parcs de loisirs et des stades, dans les aéroports et sur les parvis des gares. Nous l'avons fait en intégrant les dernières technologies de télémédecine, en nous appuyant sur un personnel médical hautement qualifié et en nouant des partenariats avec les plus grands laboratoires biologiques.

Mon initiative est une parmi d'innombrables autres, qui ont autant répondu à l'appel du Président de la République à la mobilisation face au péril qu'elles ont obéi à une dynamique propre, faite d'imagination, de générosité, d'innovation, de courage, de foi dans le génie humain et de confiance dans l'avenir. Ces femmes et ces hommes ont pris leurs responsabilités, ont osé des initiatives, inventé des solutions et contribué ainsi, puissamment, à éviter au pays les ornières qui le menaçaient.

C'est la combinaison de ces deux dynamiques qui a produit le meilleur dans la gestion de la crise. Il n'y aurait pas plus funeste erreur que de penser que tout aurait procédé de la seule volonté politique au sommet de l'État ou que les seuls acteurs de terrain auraient permis de surmonter l'épreuve ! Il ne s'agit pas ici de distribuer les bons et les mauvais points mais de saluer l'action de tous ceux qui ont agi dans le sens de la meilleure efficacité et du bien commun.

Cette expérience appelle aussi la vigilance. Une fois le péril écarté, les systèmes centralisés et les corporatismes sont en effet naturellement et culturellement enclins à reprendre le contrôle et revenir aux habitudes d'avant. Pour leur part, les acteurs qui s'expriment dans cet ouvrage souhaitent que la démonstration de leur intelligence des situations et de leur capacité à travailler ensemble pour apporter des solutions inventives, agiles et efficaces, inspire des changements profonds et durables. Ceux-ci concernent la gestion des enjeux de santé, par le choix d'une gouvernance et de pratiques moins centralisées, plus ouvertes aux acteurs privés, et par le recours à l'innovation technique (gestion des données, télémédecine, à laquelle les patients sont de plus en plus prêts à recourir, comme le révèle le sondage Harris Interactive) et organisationnelle (plans territoriaux de santé avec un rôle central pour les élus locaux dans les priorités des ARS, collaboration renforcée entre médecins, infirmiers, laboratoires, pharmacies, développement de partenariats public-privé).

Les leçons apportées par les temps d'urgence doivent éclairer et guider les temps «normaux», si tant est que ce mot ait du sens tellement les défis sont nombreux et difficiles.

Pour ces acteurs publics et privés, ces inventeurs, ces élus, ces entrepreneurs, j'ai proposé un livre qui nous rassemble et nous ressemble et donne des raisons d'espérer. Les messages qui traversent les diverses contributions contenues dans ces pages convergent pour inviter les décideurs à changer de logiciel et rompre avec un système encore trop centralisé et rigide. Puissent la force et la simplicité de notre témoignage agir comme une puissante source d'inspiration pour traiter autrement les enjeux immenses de santé publique ! ■



## Ghislaine Alajouanine

MC Institut de France

Présidente du Haut Conseil de Télésanté

Présidente de l'Académie Francophone  
de la Télémédecine et e-Santé,

Vice-Présidente de Silver Valley

Vice-Présidente de la Société savante  
de la Silver Economie SFTAG

# Passer d'une télémédecine opportuniste à une pratique médicale institutionnalisée

**M**es certitudes concernant la télémédecine et les bénéfices que je presentais sont nés d'une conjonction d'événements. En premier lieu, je suis native de la Creuse, une région « loin de tout » où le sentiment d'isolement est accru lorsque l'on prend conscience de la faible prise en charge face aux accidents de santé. Ensuite, il se trouve que je comptais dans ma parentèle le Pr Théophile Alajouanine, un des plus célèbres neurologues au niveau mondial, à l'époque chef de service à la Salpêtrière. Vers les années 1950, j'étais alors toute jeune, il faisait des diagnostics par téléphone avec des femmes d'Émiris qui ne pouvaient pas voir un homme pour être soignées. Il donnait des indications précises « vous la faites marcher, là, elle traîne la jambe droite, c'est parfait... », ensuite il prescrivait un traitement et vérifiait les effets la semaine d'après. Cela a été pour moi une révélation, qui est devenue une vocation : il fallait mettre les hautes technologies au service d'une santé pour tous !

J'ai ensuite passé toute une partie de ma vie à expliquer les enjeux positifs de la télémédecine et le chemin a été long. Dès les années 70, en particulier au Canada auprès de la population inuite, j'ai suivi des expériences en télécardiologie et télépédiatrie. Ensuite dans les années 90, avec l'aide du CNES, nous avons réussi à faire de la télémédecine satellitaire en télé-échographie via l'ONG « Télémédecine sans Frontières » appelé la FISSA. En 1997, l'OMS

intégrait officiellement la télémédecine comme pratique médicale. Les années 2000 m'ont permis de poursuivre les expériences en participant au premier réseau de télémédecine africain. Parallèlement, l'opération Lindbergh de téléchirurgie entre la France et les États-Unis était réalisée avec succès par le Pr Jacques Marescaux. En 2003, l'ONU a distingué nos expériences de télémédecine en Zones de solidarité prioritaire. En 2008, avec plusieurs médecins du Haut conseil de la télésanté, nous avons fait introduire la télémédecine dans la loi HPST (hôpital, patients, santé et territoires), mais ce n'est qu'en 2018 que la télémédecine entrera dans le droit commun en France, pour enfin permettre son déploiement. L'Académie Francophone de la Télémédecine et e-Santé que je préside pouvait alors être fondée.

Peu de temps après cette reconnaissance légale, la pandémie de la Covid-19 est venue consacrer le concept avec un effet d'accélération. Pour la télémédecine, on a alors fait plus en 100 jours qu'en 10 ans ! L'effet positif majeur est que les soignants et les patients se sont emparés de la télémédecine comme d'une évidence. Et que les politiques ont été bien heureux d'en faire une solution à une situation qui devenait inextricable. Il convient, maintenant que cette phase expérimentale « impromptue » achevée, de se demander comment poursuivre l'avancée à grandes enjambées sans revenir aux anciennes habitudes. La télémédecine est avant tout de la médecine,



elle doit être faite par des professionnels de santé et préserver le patient et le soignant. Il faut qu'il y ait des règles qui ne soient pas des freins. Et il faut de l'ambition – celle pour la France de devenir leader!

Pour y parvenir, il revient au gouvernement de lancer un grand chantier de la télésanté par une mobilisation nationale dans le cadre d'un plan HS2 quinquennal. Pour mémoire, le HS2 (Haute Sécurité Santé) affirme que préserver la santé pour tous, c'est protéger le capital humain, troisième pilier du développement durable. Ce grand chantier doit être piloté en mode participatif par des experts issus du public et du privé, avec les parlementaires concernés par le sujet. Ensuite, les conclusions de la première phase doivent se traduire par une séquence législative. L'Assemblée nationale doit légiférer afin que chaque Français dispose d'une santé et d'un accès aux soins équitable pour tous. C'est une promesse républicaine, un contrat inscrit dans les gènes de notre constitution. Pour tenir cet engagement d'une prise en charge globale, je ne vois que les moyens liés aux technologies de la télésanté et la continuité des soins par les professionnels du médico-social (médecins, infirmiers...) avec à la clé un financement public-privé : État, assurances, mutuelles, collectivités, entreprises... Sur le terrain, c'est aux collectivités locales de mettre en application ce que seraient ces directives gouvernementales et parlementaires en assurant sur leur territoire cette « démocratie sanitaire de proximité » qui peu à peu supprimera les déserts médicaux. Concrètement, la télémédecine pourra permettre d'accéder à une santé équitable pour tous, offrira des possibilités de désenclaver les zones isolées, rurales ou dites sensibles par le biais de « zones franches » pour rendre attractifs ces territoires déshérités. Et ses vertus sont encore nombreuses ! Éviter les transports

traumatisants, superflus et coûteux ; transmettre en temps réel des informations vitales ; permettre une aide au diagnostic à distance pour une meilleure prise en charge en moins de 30 minutes sur tout le territoire, favoriser l'accessibilité des soins et « l'immédiateté »...

La télémédecine présente à l'évidence des avantages qui conduisent à un accès aux soins plus égalitaire entre les citoyens. Reste à aborder l'équilibre de son modèle économique, tant il est vrai que la santé est souvent et seulement traitée sous l'angle financier. Il faut des moyens importants mais surtout une volonté politique d'installer la télémédecine dans notre offre de soins en France. Je milite pour la création d'un fonds de solidarité abondé par les assurances, les mutuelles et les entreprises, et pour le lancement d'un plan quinquennal, un « Plan Marshall » pour la télémédecine. Avec une feuille de route, un tableau de bord, des moyens – 200 millions d'euros pour amorcer – et des « commandos » d'experts publics et privés en appui au déploiement, au maillage de la France par la télémédecine. C'est ambitieux et c'est à la hauteur de l'enjeu. Je pense aux huit millions de personnes qui vivent dans des déserts médicaux qui sont souvent aussi des déserts économiques. Ces personnes ont besoin, comme tous les citoyens de notre pays, d'un système pérenne qui doit s'appliquer à conjuguer le meilleur possible du social, de l'économique, de l'innovation et de l'excellence médicale.

Il faut enfin élargir la télémédecine au télésoin<sup>1</sup> qui permet, grâce au numérique, de mesurer, surveiller, prévenir et répondre aux besoins de chacun dans son environnement. Le télésoin, qui relève d'une décision partagée entre patient et professionnel de santé, s'ancre déjà dans les territoires et s'inscrit dans la médecine 6P — prédictive, préventive, participative,

personnalisée, plurielle et de proximité. Dans ce nouveau paysage, les médecins sont et restent des trésors nationaux vivants ! Mais il faut revoir la structuration du système de santé et penser désormais « bassin de vie », parcours de soin coordonné, maison de santé. Le métier du médecin va changer : demain, ce n'est plus le patient qui va appeler son praticien mais l'inverse, grâce au télésoin ! 80 % des praticiens de moins de 50 ans utilisent déjà des objets connectés de santé. Le médecin va devoir s'adapter à la télésurveillance, travailler avec les données et laisser certaines tâches aux infirmiers, pharmaciens, auxiliaires de santé. Cette révolution de l'exercice médical permettra au médecin de se recentrer sur son temps intelligent et de discernement.

Les expériences vécues rapportées dans le présent ouvrage, les réflexions qui les accompagnent ne disent rien d'autre. Je me réjouis de nous compter nombreuses et nombreux à vouloir relever avec compétence et discernement le défi d'une santé du XXI<sup>e</sup> siècle. ■

---

1. Complémentaire de la télémédecine réservée aux professionnels médicaux, le télésoin se définit comme une forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Il met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux dans l'exercice de leurs compétences prévues au code de la santé publique. Il concerne ainsi dix-huit corps de métiers : les audioprothésistes, diététiciens, épithésistes, ergothérapeutes, infirmiers, manipulateurs d'électroradiologie médicale, masseurs-kinésithérapeutes, ocularistes, opticiens-lunetiers, orthopédistes-orthésistes, orthophonistes, orthoprothésistes, orthoptistes, pédicures-podologues, pharmaciens, podo-orthésistes, psychomotriciens et techniciens de laboratoire médical.



---

# LES DÉSERTS MÉDICAUX, ÉTAT DES LIEUX

---

Les inégalités d'accès aux soins sont complexes à évaluer et il existe souvent un écart entre la réalité objective et le ressenti des citoyens. Un premier article fait état des définitions officielles et des **perspectives pour les années à venir** (p. 10). Un état des lieux en France établi par une commission sénatoriale en 2020 tente ensuite de **comprendre le phénomène** (p. 14). Pour essayer de mieux cerner les causes de ces fameux déserts, il convient de prendre le pouls des trois parties prenantes impliquées au premier chef dans les soins de premiers recours : le **réseau des généralistes** (p. 17), les **pharmacies** (p. 18) et les **urgences médicales** (p. 19). Enfin, un aperçu du **phénomène au niveau mondial** (p. 20) montre que la question de l'accès aux soins est un problème majeur pour la quasi-totalité des pays.

# Inégalités d'accès aux soins : définitions, mesures et perspectives

Tant la démographie vieillissante des médecins que les aspirations des jeunes générations concourent à une diminution probable des effectifs libéraux dans les prochaines années, ce qui fait craindre un accroissement des inégalités territoriales d'accès aux soins, qui restent limitées à l'heure actuelle.

Si l'on prend en compte les trois principaux points d'entrée du système de santé à savoir les médecins généralistes, les pharmacies et les services d'urgences, environ 0,5% de la population cumule des difficultés d'accès aux trois<sup>1</sup>.

La question de l'accès aux soins est omniprésente dans le débat public contemporain. Les problématiques traitées sont alternativement celles de l'accès aux soins, de la répartition géographique des professionnels de santé et des déserts médicaux. Si ces trois approches rendent compte des mêmes inquiétudes, les termes ne sont pas stabilisés et les concepts restent peu ou insuffisamment définis<sup>1</sup>.

## DÉFINITION DES POUVOIRS PUBLICS

Sur le site *Vie-publique.fr*, édité par la direction de l'information légale et administrative (DILA) par "désert médical", on entend l'impossibilité ou la très grande difficulté pour les patients à accéder sur un territoire aux professionnels de santé du fait de

leur absence ou de leur nombre trop limité. Cette situation a notamment pour conséquences :

→ l'accroissement des "files d'attentes" avant de pouvoir consulter, au risque d'une dégradation de la situation médicale des patients ;

→ le déport de consultations vers les urgences médicales, soit parce que les patients ne trouvant pas de professionnels en consultations "classiques" utilisent par défaut les urgences pour accéder à un médecin, soit parce que l'absence de consultations régulières aggrave les situations de santé ;

→ des difficultés majeures pour les patients à s'inscrire auprès d'un nouveau médecin traitant, notamment lorsqu'un professionnel part en retraite. En cas de non-remplacement ou de refus par les

médecins en exercice de prendre de nouveaux patients, les assurés perdent le bénéfice du parcours de soins coordonné, qui permet un meilleur remboursement des frais de santé et un meilleur suivi médical, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

### La notion de désert médical renvoie à une double dimension :

→ une dimension spatiale d'accès à un professionnel de santé, c'est-à-dire son éloignement et le temps de trajet que doit mettre un patient pour pouvoir le consulter ;

→ une dimension temporelle caractérisant le temps d'attente avant de pouvoir obtenir un rendez-vous.

Cette problématique, très médiatisée, a été abordée par les pouvoirs publics au travers des notions de zones. Le zonage est une méthode de détermination de la meilleure répartition de l'offre médicale sur un territoire. Elle a, dans un premier temps, été déterminée selon les dispositions prévues par l'article L1434-4 du Code de la santé publique en fonction de plusieurs critères :

→ l'accessibilité à un professionnel de santé ;

→ les caractéristiques de la population considérée (âge, taux d'affection longue durée, nombre de bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire, etc.) ;

→ le nombre de professionnels de santé, leur âge, leur activité, etc. ■

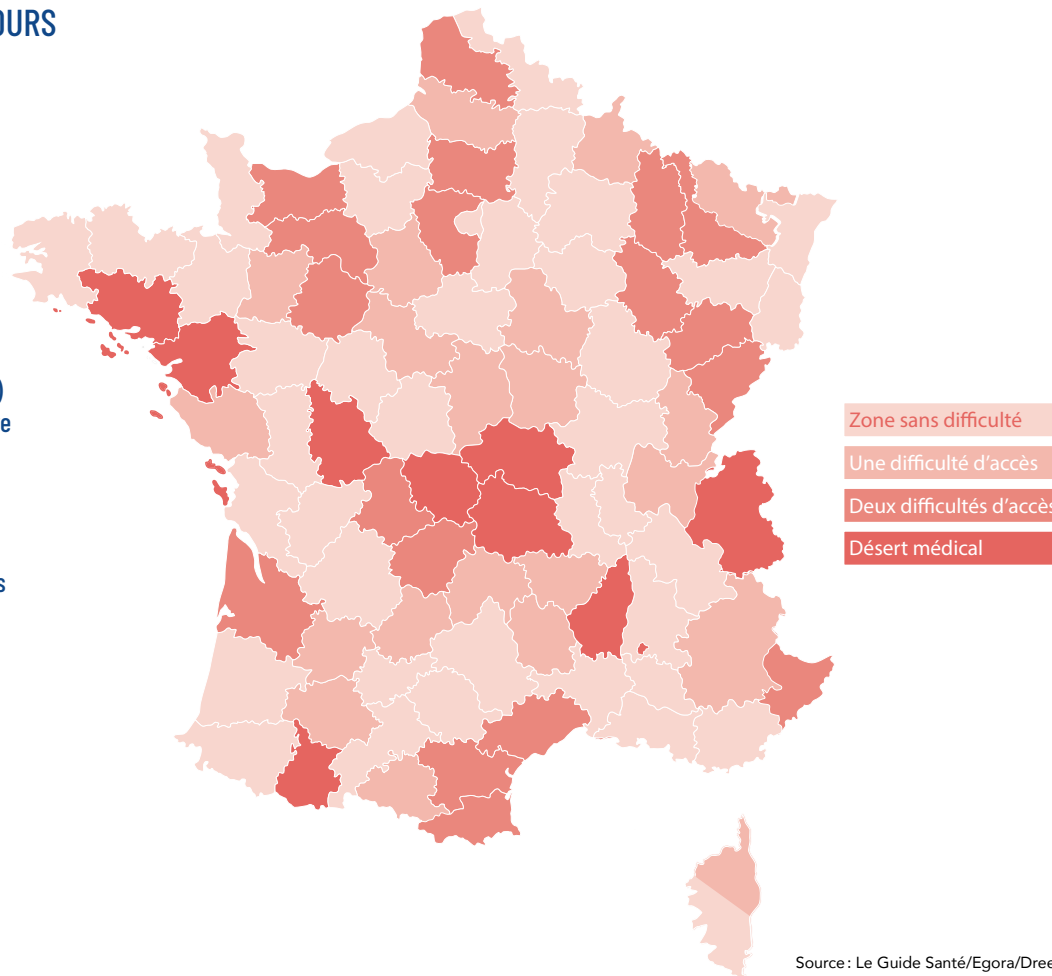
1. Les Dossiers de la Drees, mai 2017, n° 17

## CARTOGRAPHIE DES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS DE PREMIERS RECOURS

Un désert médical est une zone qui cumule les trois difficultés suivantes :

- l'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes est inférieure à 2,5 (consultations/an/habitant),
- la première pharmacie est située à plus de 10 minutes de trajet motorisé
- le premier établissement de soins d'urgence est situé à plus de 30 minutes de trajet motorisé.

Définition proposée par le Dr Jean-Pascal Del Bano,  
Le Guide Santé



## LA DISPERSION GÉOGRAPHIQUE

L'inégale répartition géographique des professionnels de santé est un problème global qui se caractérise notamment par des zones sous-dotées, principalement rurales mais aussi urbaines et défavorisées aux plans socio-économiques. La densité de médecins en France est dans la moyenne des pays de l'OCDE et les inégalités entre régions y sont moins élevées que dans les autres pays, mais très importantes au sein des régions. Les départements disposant d'un centre hospitalier universitaire (CHU) ou les départements littoraux de la moitié sud, les grandes villes et les villes touristiques et côtières apparaissent ainsi mieux dotés en généralistes, comparativement aux autres espaces notamment ruraux. La distance-temps est une autre manière de mesurer l'accessibilité. En 2018, 98% de la population résident dans une commune située à moins de dix minutes d'un généraliste. Les espaces concernés sont ceux, ruraux, des principaux massifs montagneux<sup>2</sup>.

## MESURER L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS

Pour mesurer avec le plus de précision possible l'accès aux soins, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), rattachée au ministère de la Santé, a mis au point un indicateur, l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL). Combinant l'activité des médecins généralistes et les besoins de la population, sa valeur correspond au nombre moyen de consultations par an et par habitant.

Un territoire est considéré comme « sous-dense » si son accessibilité aux généralistes de moins de 65 ans est inférieure au seuil de 2,5 consultations par an et par habitant. Les territoires répondant à ce critère rassemblent 6,6% de la population française hors Mayotte. En 2019, 4,2 millions de personnes étaient concernées. L'APL montre que les communes rurales isolées sont mieux dotées que les communes rurales de la périphérie des pôles – qu'ils soient grands, moyens ou petits –, mais aussi la forte disparité de dotation des communes rurales isolées, indiquant que certaines présentent une accessibilité particulièrement faible.

### UN TERRITOIRE EST CONSIDÉRÉ COMME « SOUS-DENSE » SI SON ACCESSIBILITÉ AUX GÉNÉRALISTES DE MOINS DE 65 ANS EST INFÉRIEURE AU SEUIL DE 2,5 CONSULTATIONS PAR AN ET PAR HABITANT.

Par ailleurs, sur la base d'une méthodologie tout à fait similaire, l'APL a été également calculé pour les autres professions de santé de premier recours : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, gynécologues, ophtalmologues, pédiatres, psychiatres et sages-femmes. Il a également été implémenté pour les pharmacies, pour lesquelles on ne tient cependant pas compte du niveau d'activité dans le calcul. ■

2. « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches, Chevillard, Lucas-Gabrielli, Mousques, Belin Éditeur, 2018

## LE PACTE TERRITOIRE SANTÉ

Pour lutter contre les déserts médicaux, le ministère des Solidarités et de la Santé a lancé en 2012 une initiative destinée à répondre à une priorité : l'accès de tous les Français à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire national. Pour le ministère, deux millions de Français sont touchés par la désertification médicale et les inégalités entre les territoires ne cessent d'augmenter. Pour faire face à cet enjeu crucial, le ministère s'est engagé sur un pacte en 10 points.

**Engagement 1** - Développer les stages des futurs médecins en cabinet de ville

**Engagement 2** - Faciliter l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles

**Engagement 3** - Favoriser le travail en équipe, notamment dans les territoires ruraux et périurbains

**Engagement 4** - Assurer l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes

**Engagement 5** - Augmenter de manière ciblée le numerus clausus régional pour l'accès aux études de médecine

**Engagement 6** - Augmenter le nombre de médecins libéraux enseignants

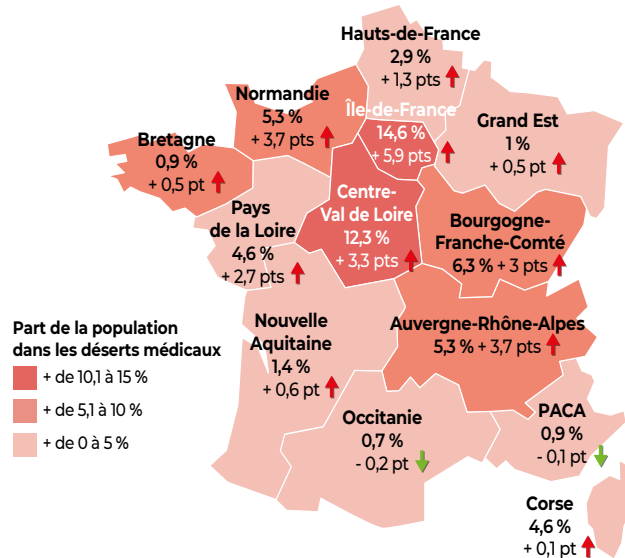
**Engagement 7** - Soutenir la recherche en soins primaires

**Engagement 8** - Mieux accompagner les professionnels de santé dans leur quotidien

**Engagement 9** - Favoriser l'accès à la télémédecine pour les patients chroniques et pour les soins urgents

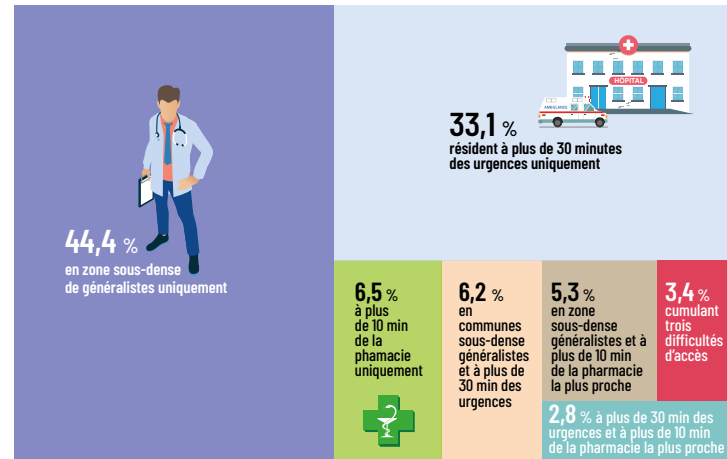
**Engagement 10** - Soutenir une organisation des soins de ville adaptée à chaque territoire et à chaque patient

## PRÉSENCE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET PART DE LA POPULATION DANS LES DÉSERTS MÉDICAUX (CHIFFRES 2018)



Le nombre de Français habitant dans des zones sous-dotées en médecins généralistes augmente. 3,7 millions de personnes vivent dans des zones sous-dotées en médecins généralistes (+1,9 point en 5 ans). La difficulté d'accès à un médecin généraliste, une pharmacie ou un service d'urgence concerne 13,6 % de la population française. Un peu plus d'un résident français sur huit vit donc dans une commune avec au moins une difficulté d'accès aux soins.

## 13,6 % DE LA POPULATION CONNAÎT AU MOINS UNE DIFFICULTÉ D'ACCÈS MAIS 0,5 % EN CUMULE TROIS



La majeure partie de la population française (86,4 %) vit sur un territoire sans difficulté majeure d'accès aux médecins généralistes, aux urgences ou aux pharmacies; un peu plus d'un résident français sur huit vit donc dans une commune avec au moins une difficulté d'accès. Habiter dans un territoire à la fois sous-dense en médecins généralistes, à plus de 30 minutes des urgences et plus de 10 minutes de la pharmacie la plus proche est rare : seuls 3,4 % de la population connaissant au moins une difficulté, soit 0,5 % de l'ensemble de la population française (300 000 habitants), est concernée.

Lecture > La surface de chaque aire est proportionnelle au poids du groupe considéré dans l'ensemble des personnes souffrant d'au moins une difficulté d'accès.

Champ > France entière, hors Mayotte.

Sources > CNAM-TS ; SAE (mise à jour par la DGOS et les ARS), répertoire Finess, DREES ; Population, Insee.

# Les déserts médicaux concernent une commune sur trois en France

Dans leur rapport d'information en date du 29 janvier 2020<sup>1</sup>, les sénateurs Hervé Maurey et Jean-François Longeot livrent un constat précis et documenté sur un des aspects de la santé publique dans le pays. Entre 9% et 12% de la population française vit aujourd'hui dans un désert médical, soit entre 6 et 8 millions de personnes. Sur le volet de l'accès aux soins, la situation française apparaît plus dégradée que dans d'autres pays de l'OCDE<sup>1</sup>, avec une densité médicale dans les zones rurales françaises plus faible que la moyenne de l'OCDE.

Le système de soins français permet une large couverture des besoins des populations tout en étant incapable d'assurer l'égalité de l'accès aux soins. Ainsi, les inégalités territoriales portent-elles une atteinte particulière au pacte républicain qui repose sur la solidarité pour le financement de notre modèle social, et empêchent de garantir à tous les Français un accès équitable à des soins de qualité, dans les mêmes conditions et délais.

## LE DÉSERT MÉDICAL, DÉFINITION COMPLEXE

Pour les sénateurs H. Maurey et J.F. Longeot, bien que souffrant d'un problème de définition objective, l'expression « déserts médicaux » s'est imposée

dans le débat public ces dernières années. Elle concerne souvent des espaces ruraux mais aussi certaines villes moyennes ou des zones périurbaines et s'entend dans une double dimension. D'un point de vue « statique », elle rend compte des inégalités territoriales avérées dans la répartition des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes etc.), en particulier des médecins généralistes, et d'un **décalage tendant à s'accroître entre une forte demande de soins et une offre déclinante**. D'un point de vue « dynamique », elle renvoie aux territoires dans lesquels les obstacles spatiaux (temps de trajet), temporels (délais d'attente) ou socio-économiques (coût, lassitude) rencontrés par les populations

pour accéder à des soins, et en particulier à des médecins généralistes, sont tels qu'ils dépassent le strict cadre de l'acceptable et sont perçus comme non légitimes et injustifiés. Pour les chercheurs Chevillard, Lucas-Gabrielli et Mousquès de l'IRDES<sup>2</sup>, l'utilisation du terme « désert » semble miser sur le pouvoir communicant de ce concept géographique fort qui renvoie initialement à un espace hostile ou inhabité. Ce concept n'apparaît pas assez précis pour décrire la pluralité des problématiques d'accès aux soins rencontrées par les Français, ni pour réfléchir aux mesures permettant de les résoudre. Il est probablement plus juste d'**aborder la question sous l'angle des inégalités d'accès aux soins** et de ses déterminants<sup>3</sup>.

## DES LOIS SANTÉ INSUFFISANTES

Cette inégalité pourrait être compensée par des lois « santé » qui, au rythme d'une tous les trois ans, cherchent à réguler de l'offre de soins. Force est de constater que rien ne change vraiment, que les enjeux de la régulation de l'offre de soins demeurent les mêmes et pourraient encore s'aggraver avec le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques et la dépendance. Les besoins des territoires et la

1. Rapport d'information fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable par le groupe de travail sur les déserts médicaux, par MM. Hervé Maurey et Jean-François Longeot, sénateurs

2. Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

3. « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches, Belin, 2018





Selon le Panorama de la santé 2019 réalisé par l'OCDE, la densité médicale dans les zones rurales françaises pour 1 000 habitants est plus faible que dans la moyenne des pays de l'OCDE soit 2,7 médecins pour 1 000 habitants des zones rurales en France contre 2,8 pour la moyenne de l'OCDE et notamment 3,8 médecins pour 1 000 habitants dans les zones rurales en Suède, ou encore 4,4 en Finlande.

demande de proximité des citoyens est peu compatible avec les tentatives d'ajustement de la répartition des professionnels de santé, en particulier des médecins, qui jouissent naturellement du **principe de liberté d'installation**.

Les sénateurs enregistrent toutefois que des avancées ont eu lieu pour développer du temps médical, en matière de **télé médecine**, de **réforme des études de santé**, de **partages de**

**compétences** entre professionnels de santé ou encore pour le développement de l'exercice coordonné dans le cadre de la récente loi du 26 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Mais ils considèrent que **tout n'a pas été tenté**. Ils rappellent à cet égard que 87% des personnes interrogées dans un sondage IFOP pour *Le JDD*, souhaitent obliger les médecins à s'installer dans les zones sous-denses.

## DES PROPOSITIONS POUR RÉPONDRE À L'ENJEU DE L'ÉGALITÉ D'ACCÈS AUX SOINS

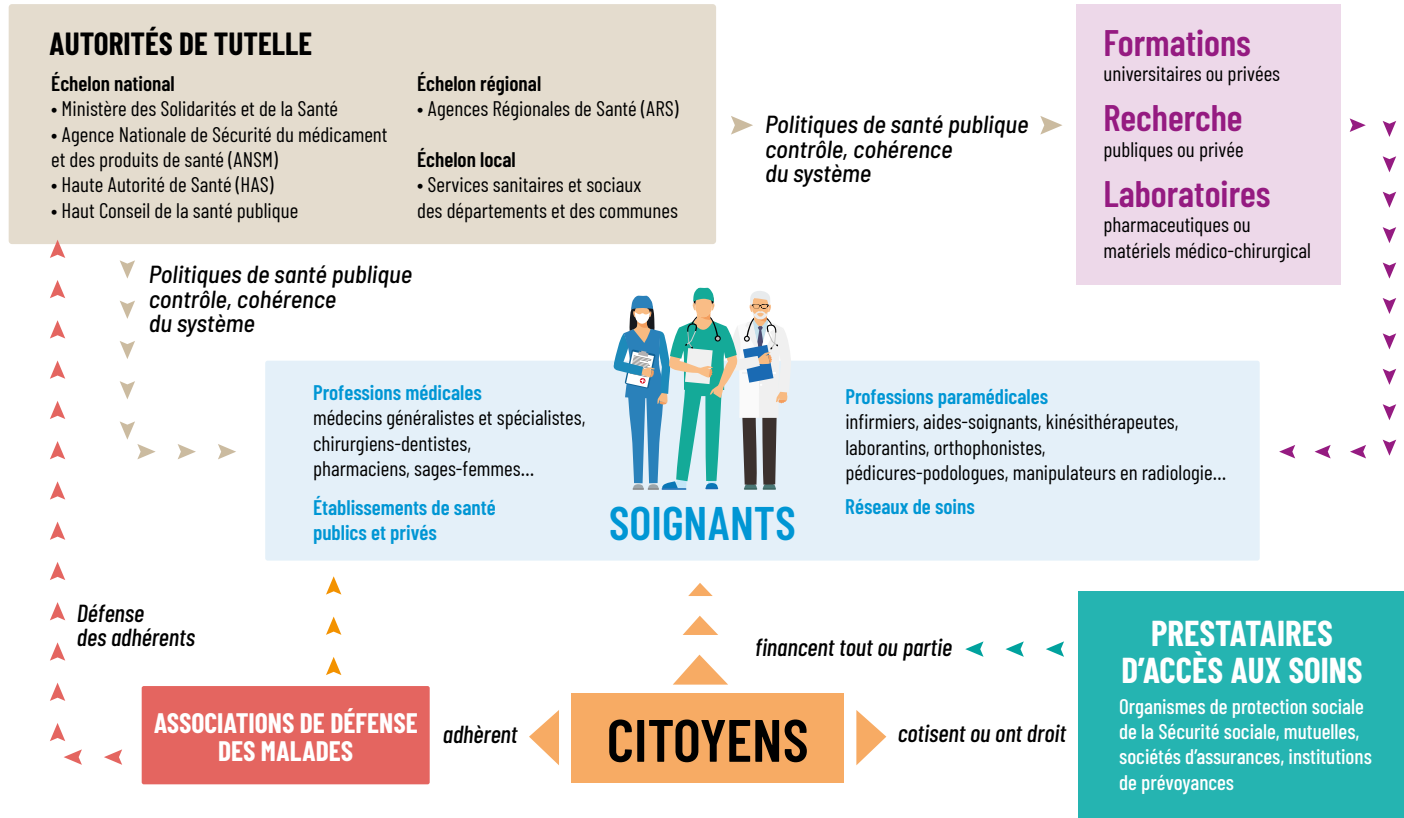
Ces différents constats justifient les **deux recommandations principales** formulées par les sénateurs :

→ **avancer sur le chemin d'une troisième voie**, entre incitation financière sans contrepartie et coercition à l'installation des médecins, de régulation progressive des installations de médecins, pour rééquilibrer l'offre médicale dans notre pays au bénéfice des territoires ruraux les plus fragiles. Ils invitent en particulier les médecins à se saisir au plus vite de l'occasion que leur fournit le Parlement à l'article 9 de la loi du 26 juillet 2019 pour déterminer, en lien avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, les conditions dans lesquelles ils pourront participer concrètement à la réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins, disposition insérée à l'initiative de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable ;

→ **mieux adapter l'organisation du système de soins à la réalité des territoires**, en renforçant l'association des collectivités territoriales à la politique de santé, en activant l'ensemble des leviers susceptibles de libérer du temps médical (exercice coordonné, partage de compétences, télé médecine, télésoins) et en adaptant le nombre de médecins formés aux besoins des territoires. ■

# REPÈRES

## LES PARTIES PRENANTES DE LA SANTÉ PUBLIQUE EN FRANCE



En 2017, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée à 199,3 milliards d'euros (Md €), soit 2 977 euros par habitant. Elle représente 8,7 % du PIB (- 0,1 point par rapport à 2016).

Source : Insee



CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS, 2021

# Les déséquilibres de la démographie médicale

En 2020, quel que soit le groupe de spécialités, nous constatons des déséquilibres territoriaux en termes de densité médicale. Celle-ci s'intensifie à la baisse au sein de départements déjà déficitaires. Le triple constat de déficit démographique territorial, structurel et conjoncturel pose la question de l'accès aux soins dans les territoires et suggère d'autres approches que la mesure coercitive qui ne propose pas de réponse à la pénurie. En outre, la densité de médecins généralistes montre que les territoires les mieux dotés sont aussi les plus attractifs<sup>1</sup>.

**L**a crise a exacerbé les difficultés, les hôpitaux sortent épuisés, la coopération ville/hôpital n'a pas trouvé son plein régime, **les inégalités territoriales d'accès aux soins s'aggravent**, témoigne le Dr Patrick Bouet, président de l'Ordre national des médecins. **Les médecins attendent une grande remise à plat du système de santé.** (Le Quotidien du Médecin, oct. 2021)

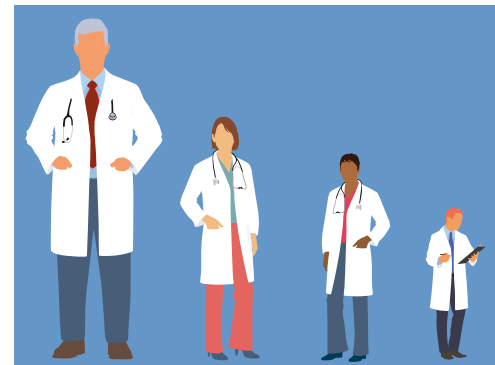
## UNE RÉPARTITION HÉTÉROGÈNE

Au 1<sup>er</sup> janvier 2021, la France recense **312 172 médecins inscrits** au tableau de l'Ordre. Ils représentent 1,6% de plus qu'en 2020 (5042 médecins) et 19,4% de plus qu'en 2010 (50 794) et se répartissent de manière hétérogène au sein des départements. En matière d'accès aux médecins généralistes, les inégalités de densités départementales n'ont

pas augmenté depuis les années 1980 et 98% de la population réside à moins de 10 minutes du généraliste le plus proche en 2016. **Les disparités d'accès qui existent malgré tout ne sont pas liées à des disparités régionales**, mais à des différences marquées selon le type d'espace. C'est en effet dans les communes rurales des périphéries des grands pôles et dans les communes hors influence des pôles que la part de la population ayant l'accessibilité la plus faible aux médecins généralistes est la plus grande. Les départements qui progressent en nombre de médecins inscrits sont ceux bénéficiant de l'effet de métropolisation. ■

1. Extraits de l'Atlas de la démographie médicale en France, Dr Jean-François Gérard-Varet, janvier 2021.

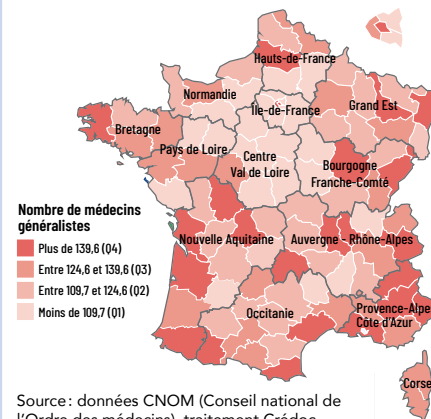
## LES MODES D'EXERCICE DES NOUVEAUX MÉDECINS INSCRITS EN 2021



Salarié	Remplaçant	Libéral	Mixte et Sans
63,6%	23,6%	10,3%	2,5%

Source : Atlas de la démographie médicale en France, janvier 2021.

## NOMBRE DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES (AYANT UN MODE D'EXERCICE LIBÉRAL OU MIXTE) POUR 100 000 HABITANTS EN 2020





ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS, 2021

# La stabilité démographique des pharmacies en France

Malgré l'existence de territoires fragiles, le maillage pharmaceutique reste efficace sur l'ensemble du territoire. En moyenne, la distance à la pharmacie la plus proche pour l'ensemble des communes françaises est de 3,8 kilomètres. On recense en moyenne 31 officines, 7,3 laboratoires de biologie médicale et 3,6 pharmacies à usage intérieur pour 100 000 habitants. Ces indicateurs traduisent ainsi un accès homogène aux soins, objectif prioritaire de la mission de santé publique des pharmaciens.

Les inscriptions au tableau de l'Ordre sont stables depuis 10 ans. Au 1<sup>er</sup> janvier 2021, on dénombre **73 830 pharmaciens**. Si une faible baisse du nombre de pharmaciens inscrits entre 2019 et 2020 est constatée (-0,5%), le nombre d'inscriptions a augmenté depuis 2010 (+0,8%).

## MAILLAGE TERRITORIAL

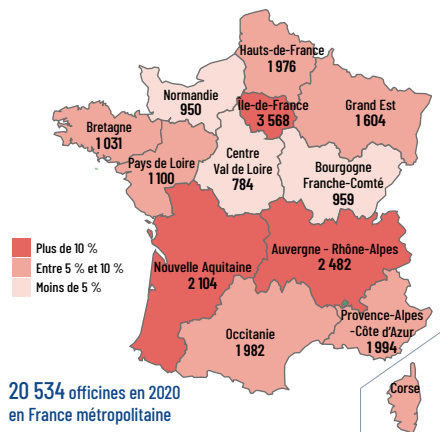
La profession poursuit sa restructuration, en ayant de plus en plus recours aux regroupements, notamment pour les officines et les laboratoires de biologie médicale ainsi que pour les établissements de santé. **La réorganisation du réseau officiel s'accélère** à l'appui des évolutions réglementaires intervenues ces dernières années (SPFPL, SEL, ordonnance sur le maillage territorial). Aussi, au cours de l'année 2020, 196 officines ont fermé, un nombre cependant moins élevé qu'en 2019 (219). 45% de ces fermetures sont dues à des regroupements ou cessions.

## UN MODÈLE ROBUSTE

L'année 2020 a été l'illustration de la robustesse et de l'efficacité de la chaîne pharmaceutique. Pleinement engagés dans la gestion de la crise sanitaire de la Covid-19, les pharmaciens ont **garanti la continuité d'accès aux soins**. La complémentarité des métiers, la forte présence pharmaceutique et la répartition équitable des établissements sur le territoire ont été déterminants.

Source pour toute la page : [www.ordre.pharmacien.fr](http://www.ordre.pharmacien.fr)

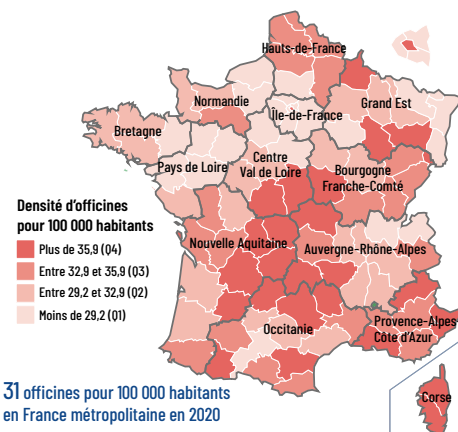
### RÉPARTITION DES OFFICINES EN 2020 PAR RÉGION



20 534 officines en 2020 en France métropolitaine

Source : données CNOP, traitement Crédoc.

### DENSITÉ D'OFFICINES EN 2020 EN FRANCE MÉTROPOLITAINE



31 officines pour 100 000 habitants en France métropolitaine en 2020

Source : données CNOP (nombre d'officines) et INSEE (population), traitement Crédoc

# Les urgences médicales en asphyxie permanente

Les services des Urgences installés au sein des établissements de santé ont pour vocation d'accueillir et de prendre en charge les personnes atteintes d'un traumatisme ou d'une maladie aiguë susceptibles de poser un risque immédiat pour leur vie ou leur santé. En France, on compte environ 713 structures autorisées implantées dans les hôpitaux publics et les cliniques. Selon une consultation réalisée par la Fédération hospitalière et IPSOS en 2019, 42% des Français ont recours aux urgences alors que leur situation de santé ne l'exigeait pas vraiment.

**D**ans la conclusion de son rapport public annuel 2019 sur les urgences hospitalières, la Cour des comptes constate que depuis son rapport de 2014, le recours aux urgences a continué de croître à un rythme soutenu, sans que les améliorations intervenues en termes de recueil de données et d'organisation des services ait enrayer cette tendance. Celle-ci continue de traduire les difficultés d'accès à des consultations simples non programmées et à organiser une permanence des soins effective.

### UN ENGORGEMENT CROISSANT

Avec plus de 20 millions de passages par an ces dernières années, les services des urgences sont confrontés à de graves problèmes d'engorgement. Augmentation des temps d'attente, difficultés

d'hospitalisation en aval des urgences, mécontentement des patients et des personnels, glissement progressif des tâches en amont de l'hôpital vers les services d'urgence, augmentation des agressions à l'encontre du personnel, etc. Les urgences hospitalières sont en crise et les causes du malaise sont nombreuses. Depuis la mi-mars 2019, des mouvements de grève sont organisés dans les services d'urgence.

Les résultats de la consultation sur le système de santé, réalisée par la Fédération hospitalière et IPSOS au premier trimestre 2019, montrent que plus d'une personne interrogée sur quatre déclare s'être rendue aux urgences au cours de la dernière année (29%). Plus de quatre sur dix avouent avoir eu recours aux services d'urgence pour des raisons inadéquates : difficultés d'obtention d'un rendez-vous auprès d'un médecin, facilité pour

## LES PASSAGES AUX URGENCES ONT AUGMENTÉ DE 15 % ENTRE 2013 ET 2018



Source : SAE

faire tous les examens complémentaires sur place, etc. Au total, 42% des Français ont recours aux urgences alors que leur situation de santé ne l'exigeait pas vraiment.

### LES FAILLES DE LA MÉDECINE DE VILLE

L'augmentation de la fréquentation révèle les failles de la médecine de ville. Tous les services de la médecine d'urgence, y compris ceux comme SOS médecins, glissent vers une activité de médecine de premier recours. Les cabinets de médecine libérale ne sont pas organisés pour répondre à l'urgence et prendre en charge des soins non programmés. Le rapport du député Thomas Mesnier, ex-urgentiste et médecin du SAMU, recommande d'inciter les médecins généralistes à prendre davantage en charge de consultations non programmées. ■

# Une démographie médicale mondiale très inégale

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime que moins de 2,3 agents de santé (généralistes, spécialistes, infirmières, sage-femmes) pour 1 000 personnes ne permettent pas de couvrir les besoins primaires en termes de soins de santé d'une population donnée. Selon les données 2017 de la Banque mondiale, le taux est de 1,8 en moyenne dans le monde, il s'établit à 3,8 pour les pays de l'OCDE; à 5,5 pour les pays de la zone euro; à 2,6 pour l'Amérique du Nord et à 6,5 en France.

Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), approuvés par les gouvernements aux Nations Unies en septembre 2000, visent à améliorer le bien-être de l'Homme. Parmi les huit objectifs, trois concernent la santé humaine : objectif n°4, réduire la mortalité infantile; objectif n°5 : améliorer la santé maternelle; objectif n°6 : combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies. Un indicateur synthétique comme l'espérance de vie donne une indication sur le chemin qui reste à parcourir au niveau mondial : la moyenne se situe à 50 ans<sup>1</sup>...

## LA CSU COMME SOLUTION POSSIBLE

Cette espérance de vie particulièrement basse est largement imputable à un accès aux services de santé essentiels qui concerne au moins la moitié de la population de la planète<sup>2</sup>.

Pour le Dr Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS, « *une solution existe : la couverture sanitaire universelle (CSU) permet à chacun d'obtenir les services de santé dont il a besoin, quand et là où il en a besoin sans avoir à supporter d'importantes difficultés financières* ».

Le Dr Jim Yong Kim, président de la Banque mondiale, ne dit pas autre chose « *si nous voulons vraiment non seulement améliorer la santé dans le monde mais aussi mettre fin à la pauvreté, nous devons d'urgence renforcer nos efforts pour la CSU. Les investissements en faveur de la santé, et plus généralement de la population, sont indispensables pour renforcer le capital humain et permettre une croissance économique durable et inclusive* ».

Des signes encourageants sont néanmoins perceptibles : le nombre des personnes ayant accès à certains services de santé essentiels comme la

vaccination et la planification familiale, ainsi qu'au traitement antirétroviral contre le VIH et aux moustiquaires imprégnées d'insecticide pour prévenir le paludisme, a augmenté depuis le début du siècle et les familles sont également moins nombreuses aujourd'hui à être plongées dans la pauvreté.

## DES PROGRÈS CEPENDANT TRÈS INÉGAUX

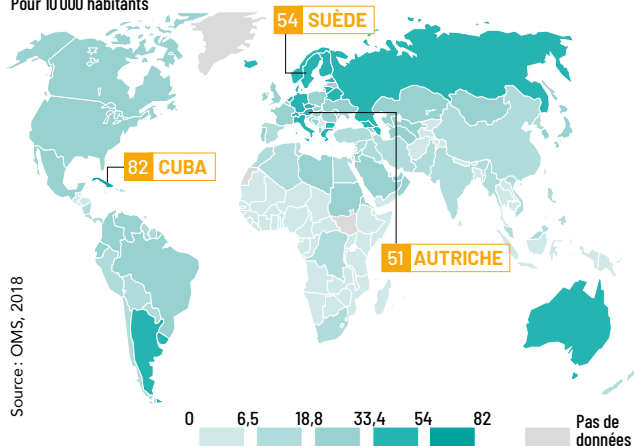
Les services sont très fragmentaires en Afrique subsaharienne et en Asie méridionale. Ailleurs, il devient plus facile d'obtenir des services de base comme la planification familiale et la vaccination du nourrisson mais, faute d'une protection financière suffisante, les familles obligées d'en supporter les frais sont confrontées à des difficultés financières croissantes. Les inégalités sont constatées non seulement entre pays, mais aussi à l'intérieur d'un même pays et les moyennes nationales dissimulent parfois la faible couverture assurée aux groupes désavantagés. Ainsi, 17% seulement des mères et des enfants du quintile des ménages les plus pauvres dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure bénéficient de six au moins des sept interventions fondamentales de santé de la mère et de l'enfant, contre 74% dans le quintile des ménages les plus favorisés. ■

1. Source : Nations Unies, 2015

2. Source : Banque mondiale et OMS, Tracking Universal Health Coverage : 2017 Global Monitoring Report

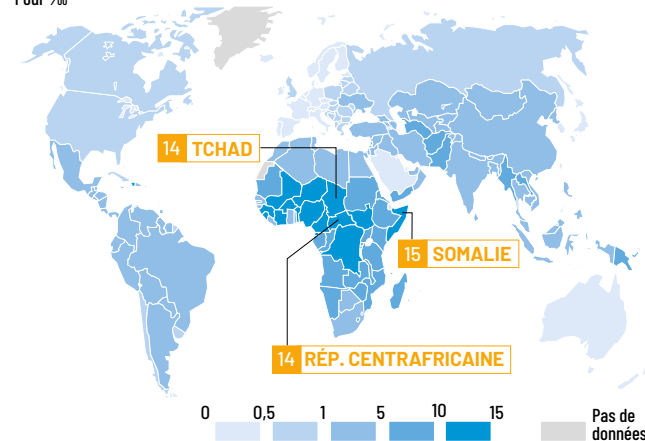
## DENSITÉ DE MÉDECINS EN 2003-2017

Pour 10 000 habitants



## Taux de mortalité infantile des moins de 15 ans

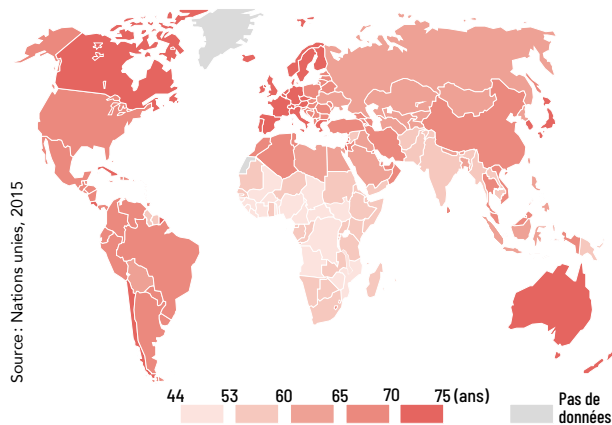
Pour ‰



La mortalité des enfants est un puissant révélateur d'inégalités géographiques.

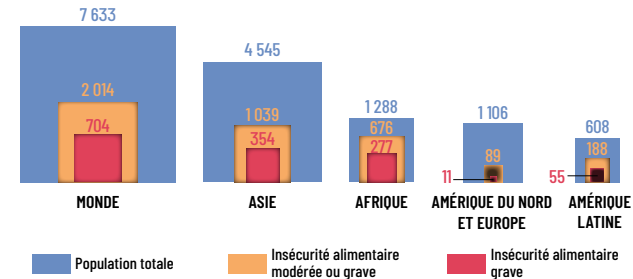
## ESPÉRANCES DE VIE EN BONNE SANTÉ

Source : Nations unies, 2015



## INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Nombre de personnes (en millions), 2018



Les indicateurs d'état nutritionnel de populations sont parmi les plus révélateurs des inégalités dans le monde.



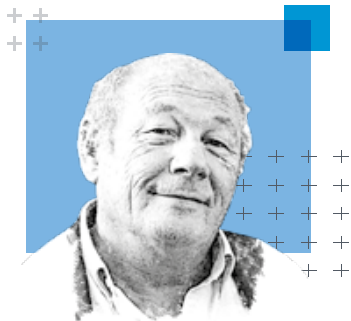


---

# LES ACTEURS DE LA SANTÉ OUVRENT DES VOIES

---

La nécessité absolue d'adopter une nouvelle organisation de la santé en France ne fait pas débat et la crise sanitaire liée à la Covid-19 a probablement eu effet d'accélérateur quant à l'expérimentation de solutions possibles. Ainsi, le **Dr Antoine Leveneur** (p. 24), fort d'une expérience lancée avant la pandémie et représentant des médecins libéraux, se fait l'avocat de projets de santé territoriaux, portés par les intervenants de terrain et employant les ressources technologiques du XXI<sup>e</sup> siècle. Le **Dr Grégory Szwarc** (p. 27) expose les prérequis d'une médecine qui répond aux soins non programmés et insiste sur les risques d'une absence de qualité des soins en passant à un tout-digital. Cette réflexion est poursuivie par le **Dr François Teboul** (p. 29) qui affirme que l'égalité d'accès aux soins peut aisément masquer une inégalité de traitement sanitaire. De son côté, le **Dr Lionel Lamhaut** (p. 32) avance que toutes les compétences existent mais qu'il faut savoir les coordonner pour les optimiser et épargner ainsi le bien le plus précieux actuellement, le temps médical disponible. Le **Dr Sofiane Benhabib** (p. 35) confirme que la séquence de la Covid-19 a ouvert la voie à une biologie médicale totalement intégrée au parcours de soins. Le développement de la télémédecine fait partie, pour **Bruno Basset** et le **Dr Patrick Basset** (p. 38), des accélérations spectaculaires imputables à la pandémie et ils insistent pour que la communication entre les différents acteurs de la santé devienne une règle de fonctionnement. Dans un domaine complémentaire, **Nicolas Ploquin** (p. 40) interroge la place des laboratoires en e-santé.



Médecin généraliste

Président de la Conférence nationale des URPS  
(Union Régionale des Professionnels de Santé)  
Médecins libéraux

Président de l'Union régionale des médecins  
libéraux de Normandie

**LA QUESTION D'UN ACCÈS AUX  
SOINS POUR TOUS LES PATIENTS  
NE PEUT SE RÉSOUDRE QU'EN  
PERMETTANT À TOUS LES  
ACTEURS DU SOIN D'UN MÊME  
TERRITOIRE, DU PUBLIC COMME  
DU PRIVÉ, DE SE COORDONNER  
POUR CONSTRUIRE UN PROJET  
DE SANTÉ PARTAGÉ ET ASSUMÉ.**

## Pour un projet de santé territorial conçu et porté par les acteurs de la santé, dopé par les outils du numérique

**Dr Antoine Leveur**

**En tant que médecin, que président national de l'Union Régionale des Médecins libéraux, vous êtes particulièrement bien placé pour commenter les questions que soulève l'accès aux soins en France.**

J'aimerais simplement rappeler que la nature de mon engagement est avant tout pour favoriser l'accès aux soins pour les patients sur tous les territoires, quels qu'ils soient, urbains, péri-urbains ou ruraux. Cette thématique, qui a émergé au début des années 2000, prend une acuité aujourd'hui considérable. Nous sommes face à des problèmes de tous ordres qui complexifient la situation. Le premier sujet, pour nous responsables, c'est de se mettre à la place d'un jeune médecin ou d'une jeune médecin – puisque si je prends l'exemple des généralistes, 70% des généralistes formés sont des femmes aujourd'hui – et de se demander comment faire pour leur proposer un travail acceptable ? Finalement, que ce soit à l'hôpital public ou en libéral, la notion du sacerdoce médical a disparu depuis longtemps et nous sommes dans cette période de transition dans laquelle on ne sait pas trop ce qui est possible, légitime de demander à un médecin. Travailler 10h00, 12h00, 14h00 par jour, voir 24h00 ?

Il faut dorénavant recalibrer les professions médicales sur les aspirations, les envies, les besoins des jeunes médecins versus leur vie familiale, leur vie de loisir. Des concepts que nous ne prenons pas forcément en compte il y a quelques années et qui aujourd'hui s'imposent. Alors on peut le regretter ou pas, peu importe, c'est à nous de nous adapter. C'est à nous de leur proposer des solutions à la fois pour une vie professionnelle et une vie extra-professionnelle, qui soient équilibrées et qui les autorisent à faire ce métier de médecin, qu'on soit en libéral ou en public. On a trop de désertion dans nos troupes, à la fois à l'hôpital et en libéral, parce qu'on n'a pas su répondre aux aspirations des jeunes générations quant à l'équilibre de cette vie professionnelle et familiale.

**Comment est-ce que ça peut changer ?**

Pour changer, passer à une nouvelle étape, il faut construire des projets de santé de territoire. C'est ce que nous faisons en Région Normandie et désormais tous les jours un peu plus dans toute la France. Un projet de santé, c'est un groupe de professionnels qui réfléchit sur la manière de porter ensemble la demande de soins. Après, que ce soit un seul médecin

qui consulte 7 jours sur 7 ou trois médecins qui se partagent la charge, peu importe, si c'est comme ça qu'on voit ensemble les choses. C'est ça un projet de santé de territoire, c'est ça un projet professionnel et c'est ça un projet de vie pour les jeunes médecins. Une autre composante de nos projets de santé territoires, c'est de dire très clairement, – je l'affirme d'autant plus que je suis responsable des médecins libéraux –, que les médecins libéraux doivent se concerter et coopérer beaucoup plus avec les autres professionnels de santé. Avec en tête, sans aucun doute, les infirmières et les pharmaciens qui constituent avec eux les trois pivots majeurs du système autour du patient. C'est à nous de proposer aux autres professionnels de santé, sur un territoire donné, de définir qui fait quoi et comment. Troisième composante du projet de santé, c'est reconsidérer tous nos rapports avec l'hôpital. Finalement, qu'on soit en libéral ou à l'hôpital, on s'entend plutôt bien entre médecins et pour autant ça ne fonctionne pas. Parce que nous avons des réflexes différents, parce que certains sont soumis à une administration, à des tutelles qui ont pris beaucoup d'importance et nos confrères hospitaliers n'ont pas toutes les marges de manœuvre et la liberté pour contractualiser sur un projet de santé avec les libéraux qui sont en face d'eux. Nous le regrettons. Et de ce point de vue, on peut dire que les groupements hospitaliers de territoire en ont rajouté une couche. J'attends des communautés professionnelles territoriales de santé, les CPTS, qu'elles fassent plus le lien avec les établissements du territoire de la CPTS. Et comment nous, médecins libéraux, faisons-nous pour rendre plus osmotique nos relations avec l'hôpital.

### Par exemple ?

Pour l'admission à l'hôpital, il est toujours nécessaire de passer par un service d'urgence pour adresser un patient. Dans la grande majorité des cas, l'hôpital refuse l'accès direct dans ses services, alors que les médecins, de l'hôpital et de la ville, sont d'accord pour un tel transfert. On crée des contraintes et on nous oblige à passer par des services d'urgence alors qu'on voit les marges de manœuvre qu'on pourrait gagner par ailleurs. Il faut déconstruire toutes ces barrières, considérer que l'exercice isolé d'un médecin, ça n'existe plus, qu'il exerce désormais en pluriprofessionnel et qu'il exercera forcément demain avec l'hôpital public.

### Vous avez fait de la région normande une démonstration opérationnelle de votre vision politique de la médecine, de la manière dont vous concevez les choses.

L'action politique n'est réussie que si elle trouve une traduction sur le terrain et de ce point de vue là, vous avez raison, il y a une réflexion politique, voire stratégique. De la phase laboratoire, de la conception, il faut passer à la phase *in vivo*, si on peut dire, et c'est ce que nous faisons avec l'Union régionale des médecins libéraux de Normandie depuis le début des années 2000. Il faut que notre vision politique se traduise concrètement sur les territoires, à la fois pour les professionnels et, sans aucun doute plus encore, pour les patients. Nous avons la chance, – je trouve qu'on vit une époque formidable quand même ! –, de pouvoir nous appuyer sur une technologie de plus en plus performante et mobile. Il va falloir s'approprier de plus en plus tous ces outils numériques et qu'ils deviennent aussi simples à manipuler qu'un

## L'APPORT DES OUTILS NUMÉRIQUES EST UN COMPLÉMENT INDISPENSABLE À LA RÉALISATION EFFICACIE DU PROJET DE SANTÉ.

stéthoscope ou un otoscope. La téléconsultation, la téléexpertise mais aussi les data, les algorithmes nous font entrer dans une période de transition très intéressante, qui autorise à redéfinir nos pratiques et sortir du concept du cabinet médical sur la place du village avec un médecin isolé. Et qui, soit dit en passant faisait le mieux du monde son métier. Mais aujourd'hui, ça n'a plus de sens.

### Est-ce que la période Covid aura été un accélérateur pour la vision moderne que vous avez de la médecine ? Comment analysez-vous la séquence ? Est-ce que des opportunités se sont ouvertes ou bien des accès se sont-ils fermés ?

Ce que je retiens en premier lieu de la période Covid, c'est que les médecins libéraux ont levé la tête du guidon et j'ai assisté à une solidarité dans la profession que je ne connaissais pas forcément à ce point, loin de là. Et cette solidarité, elle s'est manifestée au niveau des médecins libéraux, avec les médecins de l'hôpital et avec les autres professionnels de santé libéraux du territoire pour les soins puis le dépistage. Tout ce qui était tests et politiques de mise en place des tests sur les territoires a été fait très largement entre médecins, infirmières et laboratoires





d'analyses biologiques. Ensuite, les effets secondaires positifs sont visibles aujourd'hui lors des réunions de CPTS (communauté professionnelle territoriale de santé). Les médecins, les infirmières ont appris à se connaître, à s'identifier sur un territoire, ce qui n'était pas forcément le cas. Et le fait d'avoir pu porter quelque chose ensemble, d'en avoir discuté, de se voir ou de se rencontrer, ça change complètement les choses dans la construction d'une nouvelle organisation territoriale de la santé.

### **Est-ce que les voies nouvelles qui ont été ouvertes en réponse aux circonstances exceptionnelles de la pandémie méritent d'être conservées, voire exploitées ?**

Oui, il faut toujours profiter de ces moments de crise pour en retirer tous les côtés positifs. La coopération entre les professionnels, les nouveaux modes d'exercice, des infirmières dans des officines, complètement impensable auparavant... Pourquoi faudrait-il faire marche arrière, alors que ça a donné satisfaction ? Bien sûr que nous allons profiter de l'occasion pour redéfinir à la fois des modes d'exercice mais aussi, j'insiste, sur la concertation entre tous ces professionnels de santé qui sont là autour du patient, pour le bénéfice du patient.

Ce qui m'intéresse particulièrement, et qui par ailleurs m'insupporte, c'est l'inégalité face à l'accès aux soins. Il y a plusieurs types d'inégalités en France. L'inégalité financière, économique, relative par rapport à d'autres pays, existe mais la solidarité nationale ne fait tout même pas assez bien son office de compensation. Ensuite, il y a l'inégalité géographique et

territoriale et c'est la grande mission de la conférence nationale des unions régionales des professionnels de santé que je préside. Lutter contre l'inégalité en consolidant l'accès aux soins sur les territoires, même ceux qui sont en grande tension, voire désertifiés. L'apport des outils communicants déjà évoqués, la numérisation des parcours, tout ce qui relève de la téléconsultation, de la téléexpertise, nous autorise à concevoir des organisations pour qu'il n'y ait pas d'inégalités d'accès aux soins sur les territoires. Par ailleurs, nous attendons que les pouvoirs publics, dans leur ensemble, prennent la mesure de la place de la médecine libérale. Sans les professionnels de santé libéraux de ville, il n'y a pas de système de soins qui fonctionnerait aujourd'hui en France. Or, on peut regretter que les pouvoirs publics, les élus et les politiques, aient une réflexion un peu scotomisée sur l'hôpital public seul, alors que finalement 70% de la chirurgie et 70% de l'imagerie en France se font en libéral, que les médecins traitants sont d'abord des libéraux. Puisque, et je le regrette, les pouvoirs publics ne se penchent pas plus sur toutes ces



questions qui sont proprement des questions de libéraux, il revient aux territoires de prendre les choses en main. C'est ce qu'on a fait ici en Normandie et c'est ce qu'il faut faire demain partout en France.

### **Comment appréciez-vous le recours à la téléconsultation ?**

La téléconsultation ne se propose pas de remplacer complètement l'exercice médical. La téléconsultation est un outil pour permettre l'accès aux soins à la population. Ce n'est pas une visio avec un médecin sur une plateforme, localisé on ne sait pas trop où. Pour nous, la téléconsultation se caractérise par deux mots : assister et augmenter. Assister, cela signifie qu'un professionnel de santé, le plus souvent une infirmière, est en présence du patient, qui bénéficie de la téléconsultation. Augmenter, ça veut dire que nous disposons d'outils connectés incroyablement performants qui nous autorisent à faire 90% de l'activité d'un généraliste. Notre conception de la téléconsultation s'inscrit dans une démarche qualité et de sécurité des soins.

### **Dans la perspective d'une collaboration public-privé que vous appelez de vos vœux, est-il possible d'envisager la création d'un Airbus européen de la médecine connectée ?**

Si cette création est le passage pour garantir notre indépendance, oui ! Il est fondamental que la médecine française, européenne, soit un domaine de souveraineté. Il est hors de question de dépendre de GAFA ou des Chinois ou de je ne sais pas quoi demain. Nous avons nos particularités, notre histoire, nos spécificités, et nous y tenons. ■



Médecin généraliste et urgentiste  
Co-fondateur et directeur médical de la cellule  
de coordination des soins  
non programmés de Normandie

**LA TÉLÉCONSULTATION EST  
UNE SOLUTION ADAPTÉE  
AUX DEMANDES DE SOINS NON  
PROGRAMMÉS. À RAISON D'ÊTRE  
ENCADRÉE, DU DÉBUT À LA FIN,  
PAR DES PROCESS, DES  
SOIGNANTS ET DU MATÉRIEL  
DIGITAL PERFORMANT.  
C'EST TRÈS CLAIEMENT  
CE QUI EST ATTENDU SUR  
LES TERRITOIRES EN FRANCE.**

## La téléconsultation, accompagnée et digitalisée, réponse efficiente aux soins non programmés

**Dr Grégory Szwarc**

**La crise sanitaire de la Covid-19 a vu émerger des initiatives dans l'urgence. Il s'agissait notamment de dépister de manière rapide et fiable. Est-ce qu'il est imaginable, pour les soins de premier recours, de répondre aussi efficacement aux besoins de la population ?**

Évoquons plutôt les soins non programmés. Les soins de premiers recours concernent les médecins généralistes et, faute de réponse, les urgences. Dans la réalité du terrain, soit le médecin généraliste est en place, peut voir ses patients et tout va bien ; soit il est à distance, dispose d'un logiciel de téléconsultation et peut en faire bénéficier ses patients ; soit il n'est pas disponible et la solution de téléconsultation externalisée peut répondre au besoin immédiat, sans prendre sa place du médecin référent. Nous parlons du patient avec un souci de santé qui nécessite, de façon subjective certes, de voir un soignant dans les 48 à 72 heures, enregistré auprès d'un médecin traitant qui n'est pas disponible dans l'immédiat. La téléconsultation externalisée se situe sur cette tranche d'activité, sans autre prétention. Mais avec pertinence ! Car la question n'est pas d'équiper les médecins en solution de téléconsultation pour pouvoir faire des soins à distance. Il y a sur le marché,

très concurrentiel, largement de quoi faire. Il s'agit de pouvoir, avec agilité, en faisant preuve de plasticité, fédérer des ressources soignantes et des solutions numériques pour permettre aux patients d'accéder à un soin dit non programmé. Il s'agit aussi d'encadrer la pratique de la téléconsultation par des principes rigoureux qui associent une présence de soignant auprès du patient et un équipement digital de haut niveau.

**En tant que praticien de terrain, estimez-vous qu'il s'agit d'une réponse ajustée ?**

Pour les soins non programmés, oui, c'est le cas. Il faut d'une manière ou d'une autre renforcer l'offre locale par le biais de nouvelles solutions. Il existe beaucoup de voies possibles, notamment dans les grandes villes, pour permettre aux patients d'accéder à une réponse thérapeutique. Mais elles sont complexes, parfois hasardeuses, et finissent souvent aux urgences. Ce que personne n'a réussi à faire jusqu'à présent, déployer une organisation robuste susceptible d'employer la téléconsultation en réponse complémentaire au besoin de soins non programmés. C'est-à-dire identifier les besoins, les





objectiver, et puis être capable de les rationaliser pour offrir la réponse la plus adaptée, tant sur le plan humain que sur le plan numérique. Je pense que l'enjeu est là et personne n'a su y répondre aujourd'hui. Actuellement, les réponses sont souvent opportunistes, sans construction durable. Il n'est plus acceptable de constater les difficultés pour tenter de les résoudre. Nous avons les moyens de comprendre et d'anticiper les besoins tels que nous venons de les définir.

### **Est-ce que vous n'êtes pas en train de remplir le rôle des autorités de santé en agissant ainsi ?**

Pour moi, la stratégie gagnante sur les sujets de téléconsultation est de se positionner d'emblée au plus près des acteurs et des leaders territoriaux. Que ce soient les agences régionales, les régions, les élus, les départements et autres structures représentatives des professionnels de santé. Avec ces acteurs de terrain, nous voulons faire le constat des difficultés, sachant qu'il n'y a plus un seul département qui n'ait pas de difficultés aujourd'hui, nous voulons objectiver et ensuite travailler ensemble pour élaborer une solution adaptée en soin non programmé. Les solutions de téléconsultation que nous portons ne sont jamais contre ou en parallèle du réseau soignant existant mais elles sont avec. Nous sommes un acteur supplémentaire pour les soignants locaux et notre volonté affirmée est de dialoguer avec eux. Et pour bien connaître la situation dans les territoires, je peux affirmer que nous sommes un acteur « rassurant » pour les médecins généralistes. Nous leur permettons de faire face à la demande excédentaire. Et mieux encore, nous contribuons à faciliter l'installation de jeunes

médecins. Ils peuvent en effet être rebutés à l'idée de devoir servir une patientèle trop importante. La téléconsultation, notamment mobile, est une forme de garantie d'être soulagé lorsque c'est nécessaire.

### **Est-ce précisément grâce à sa mobilité que la téléconsultation peut devenir une nouvelle offre locale de soins ?**

Pas seulement. La capacité d'aller au plus près des patients est précieuse, essentielle, mais serait vaine si l'organisation de la téléconsultation, ses intervenants, sa logistique, ne se situaient pas au plus près des acteurs du soin sur ce territoire. Les acteurs actuels de santé sont démunis parce qu'ils n'ont pas le temps, parce qu'ils n'ont pas le savoir-faire organisationnel. Et parce qu'ils n'ont pas forcément le recul pour pouvoir agréger à la fois les hommes et les solutions sur le territoire. On pourrait croire que je décris la mission d'un cabinet d'ingénierie et de maîtrise d'ouvrage. Mais il convient d'aller plus loin que ça : le cabinet d'ingénierie fait son audit, son diagnostic, pose les principes de résolutions des problèmes et puis... s'en va ! Il faut aller au-delà du diagnostic, en ayant une connaissance fine des parties prenantes. Le système de santé français, ses possibilités, le cadre juridique, réglementaire, les acteurs territoriaux, les technologies potentielles qui vont donner ce souffle d'air qui soulage et permet à chacun de se consacrer à sa mission.

### **Sur quels critères faudra-t-il apprécier l'organisation de la téléconsultation que vous appelez de vos vœux ? Est-ce que le fameux désengorgement des urgences est un indicateur pertinent ?**

Oui. Forcément, c'est un critère parce que c'est une objectivation quantitative. Mais ce n'est pas suffisant et je préfère tout de suite introduire la valeur qualitative. Au-delà du nombre de passage aux urgences, je pose la question de la consultation elle-même. Que doit-on faire, ou ne pas faire, en consultation ? Il faut savoir que 30 à 40% des patients retournent en consultation parce qu'ils ne sont pas satisfaits de la téléconsultation non accompagnée dans laquelle le patient se retrouve seul derrière son écran d'ordinateur, face à un médecin qu'il ne connaît pas.

À l'évidence, certains signes cliniques exigent une présence physique du médecin. Difficile de mettre la main sur le ventre à distance quand le patient se plaint de douleurs abdominales. Il nous revient donc d'établir des critères d'éligibilité à la téléconsultation et à sa pratique. Des critères d'inclusion ou d'exclusion à la consultation elle-même. Avec l'obligation, en cas d'exclusion, de pouvoir rediriger le patient vers un médecin, un spécialiste ou un centre de soins. Une pratique de la téléconsultation en présence obligatoire d'un soignant – infirmière, pharmacien – déjà implanté dans le territoire afin de rassurer le patient, faire la liaison avec le médecin qui est à distance, prendre les constantes, délivrer une ordonnance... Nous menons depuis quelques années une expérience probante sur le terrain en Normandie. Un modèle qui préfigure la pratique de la médecine de demain et qui remplit pleinement sa mission de répondre efficacement, et non quantitativement, à la demande de soin non programmé. ■



Médecin généraliste  
Co-fondateur de TeleDok

**LE DIGITAL DOIT ÊTRE  
UNE SOURCE D'INSPIRATION  
POUR UN ÉVENTUEL AUTRE  
TYPE DE PARCOURS DE SOINS,  
ORGANISÉ AUTREMENT,  
SANS RÉPLIQUER LE PARCOURS  
EXISTANT. LE DIGITAL CONTRIBUE  
SIGNIFICATIVEMENT À UNE ÉQUITÉ  
PLUS QU'À UNE ÉGALITÉ DE FAIT  
POUR L'ACCÈS AUX SOINS.**

# Le numérique, facteur d'équité sanitaire

**Dr François Teboul**

**Vous faites partie des pionniers en matière de nouveaux parcours de soins. Pourriez-vous définir ce qu'est une téléconsultation réussie ? Et quelles sont les conditions pour y parvenir ?**

À mon sens, une téléconsultation est d'abord un moyen. C'est un moyen comme il y a d'autres en médecine et qui ne peut être compris sans connaître le contexte dans lequel il a été réalisé.

Une téléconsultation réussie, c'est celle qui a permis de régler le problème d'un patient sans être en redondance avec un autre acte. Ce qui signifie qu'on a bien déterminé en amont quel était le besoin et quel était l'objectif. Un patient qui présente un infarctus, pour donner un cas un peu extrême, n'est pas un bon « candidat » pour participer à une téléconsultation. Et pourtant, dans un désert médical dans lequel il n'y a pas d'autre accès aux soins, bénéficier d'une orientation médicale qualifiée ou d'un conseil pertinent, qui permet de gagner du temps, peut aussi devenir une téléconsultation réussie.

Chez TeleDok, nous avons établi des critères d'exclusion concernant les téléconsultations. Et pourtant, sur le terrain, on se rend compte que le fait d'accepter de faire une téléconsultation « hors cadre » permet régulièrement de remettre le patient dans le bon circuit.

**Ce qui permet de régler à la fois la question des déserts médicaux et celle de l'égalité d'accès aux soins...**

Mon opinion est assez nuancée sur la question de la téléconsultation ou du digital comme solution aux déserts médicaux. Je pense que le digital doit permettre de redéfinir une façon de faire de la médecine, en tout cas dans une certaine mesure. Et ne doit pas être un palliatif avec lequel on va essayer de faire la même chose que ce qu'on faisait sans la santé digitale.

Le premier réflexe serait d'essayer de répliquer ce qui existe. Mais le digital n'est pas forcément une bonne façon de le faire. Quand on parle d'égalité d'accès aux soins, une des premières choses à laquelle on pense, c'est au défaut de médecins traitants. J'estime pour ma part qu'avoir un médecin traitant digital parce que on n'arrive pas à bénéficier d'un médecin traitant physique, c'est une source d'inégalité plutôt qu'une source d'égalité. On ne peut pas imaginer que tous les recours puissent se faire en digital, on ne peut pas imaginer qu'on n'examine jamais un patient ou que ce soit toujours par un infirmier qu'on va examiner un patient. D'après moi, le digital doit être une source d'inspiration pour un éventuel autre





type de parcours, organisé autrement. C'est-à-dire que la téléconsultation peut intervenir dans de nouvelles façons de penser les parcours de soins. Mais elle ne peut pas intervenir *stricto sensu*, comme un palliatif ou comme une façon de répliquer l'existant de façon digitale.

### **Comment voyez-vous ce nouveau parcours, via le digital, pour les soins non programmés ?**

Il faut réinventer la pratique, avec des acteurs de terrain sans essayer, j'insiste, de répliquer ce qui existait jusqu'alors. Je pense que si la téléconsultation vient en imitation d'actes présents, on est susceptible d'accentuer l'inégalité du soin. À partir du moment où on arrive à imaginer de nouveaux parcours qui intègrent de la santé digitale, à ce moment-là, on peut essayer d'établir de l'égalité ou en tout cas de l'équité.

Pour une consultation médicale, il y a un certain nombre de problèmes qui peuvent être réglés par téléphone. Il y a un certain nombre de problèmes qui nécessitent un acteur de santé au contact du patient. Il y a un certain nombre de problèmes qui nécessitent du matériel au contact du patient. Et il y a un certain nombre de problèmes qui ne peuvent pas être résolus en dehors de la présence d'un médecin. Par exemple, j'essaie d'élargir le concept des téléconsultations aux médecins spécialistes, au sein de mon cabinet. Le patient vient me voir, et pendant la consultation, en ma présence, on fait une consultation avec le spécialiste. C'est un concept que je développe notamment en gériatrie, au domicile du patient. Nous l'avons fait aussi, dans une certaine mesure, en médecine palliative, au domicile du patient. C'est

une voie qui ouvre la porte à de nombreuses possibilités de rationalisation de l'offre de soins mais qui nécessite une coordination et une qualification de la demande.

Le problème que soulève la question sur l'inégalité d'accès aux soins, c'est que finalement, dans une lecture très à la française, elle présuppose que pour tous les problèmes, il faudrait avoir une réponse standard et que *in fine*, l'égalité d'accès aux soins, ce serait d'offrir la même réponse à tout le monde. En fait, on ne va pas utiliser le digital de la même façon, quelle que soit la demande. C'est pour cette raison que je trouve que le terme d'équité est plus intéressant parce qu'il rend justice à la réalité de la situation.

### **Quels sont les grands avantages que, d'expérience, vous accordez à la téléconsultation ?**

Faire gagner du temps au patient. Par exemple, beaucoup de patients à qui on va prescrire un bilan sanguin ou un examen vont reprendre rendez-vous en consultation pour discuter du résultat. Ce qui paraît légitime. La téléconsultation est alors le bon moyen, rationnel, qui fait gagner du temps au patient. Elle facilite la reprise de contact avec les patients, elle ne coûte pas plus cher et c'est beaucoup plus pratique pour le patient. Autant de très bonnes raisons de le faire. De plus, la téléconsultation améliore paradoxalement la qualité d'écoute des professionnels de santé. Le médecin se retrouve comme dans un tunnel avec les patients, un tunnel dans lequel on est obligé de couper son téléphone, dans lequel la secrétaire ne va pas rentrer pour vous déranger au milieu de la consultation. Cet effet tunnel a été relevé dans une expérimentation qui avait été

faite à Nantes, sur le téléseuivi des patients transplantés rénaux. Il était ressorti que finalement, la qualité des 10 ou 15 minutes consacrées par le médecin pendant sa téléconsultation était perçue comme bien meilleure par le patient que quand il se déplaçait à l'hôpital. Dans une certaine mesure, le digital résout ainsi un problème.

Il y a de nombreuses autres expériences qui concourent à rendre intéressantes les relations établies par le digital. Je fais par exemple des téléconsultations avec des infirmiers qui sont au domicile des patients. Je vois ainsi l'environnement du patient qu'on ne voit évidemment pas quand on ne fait pas de visite, le patient est plus à l'aise parce qu'il est dans son environnement personnel, il est plus à même de se souvenir des questions qu'il a à vous poser.

Bien sûr cela ne résout pas des problématiques organisationnelles ou des demandes d'accès aux soins. En revanche, la télé médecine apporte le fait de pouvoir mieux mutualiser les ressources médicales. Il y a par exemple beaucoup de groupes hospitaliers qui s'intéressent à la télé médecine parce qu'ils ont des médecins salariés qui sont inoccupés une partie de leur temps.

### **La télé médecine permettrait alors d'atteindre les fameuses 2,5 consultations par an et par personne ?**

La question n'est pas là. Plutôt que de dire que les gens ont besoin de 2,5 consultations par an, on pourrait dire par exemple, les gens ont 2,5 demandes médicales par an. Certaines de ces demandes relèvent d'un coup de téléphone, certaines d'un examen clinique, d'autres relèvent d'une téléconsultation. Une jeune personne de 25 ans qui ne voit



qu'une seule fois un médecin en présentiel tous les cinq ans, ce n'est pas grave. Une personne âgée qui a quatre maladies chroniques, parfois si elle ne voit un médecin que deux fois et demi par an, c'est une catastrophe. Certains de mes patients, je les vois une fois par semaine pendant deux mois parce qu'ils ont un problème qui justifie ça. Après, je ne les vois plus pendant trois mois. Ce qui me renvoie à votre question : on tente d'homogénéiser les choses pour tendre à une égalité de traitement. Mais les gens, ils n'ont pas tous besoin de 2,5 consultations par an, certains ont besoin de quatre, d'autres d'aucune.

C'est une des problèmes de la gestion de la santé en France, issue de l'école de Rennes, une gestion par tableur Excel. Ce n'est pas parce que j'aurai établi dans mon territoire 2,5 consultations par an pour l'ensemble des administrés, que la santé se passera bien. Ce ratio n'est pas le bon critère d'évaluation. Je pense que la mise en place du digital va démontrer que ce n'est pas nécessairement 2,5 consultations par an dont nous avons besoin, mais d'une capacité à traiter plus de demandes. Par exemple, chaque renouvellement de traitement d'un patient qui ne peut pas se déplacer, qui doit être vu à domicile, n'a pas nécessairement besoin de se faire avec des médecins qui se déplacent.

Le digital permet en fait d'élargir le panel des réponses possibles aux problèmes médicaux rencontrés par les patients. Et de manière probablement plus efficace. Avoir par exemple la possibilité de s'entretenir avec un infirmier qui va passer 20 ou 30 minutes à discuter de votre régime alimentaire parce qu'il a été formé à ça, parce que c'est un infirmier en pratique avancée, qui va solliciter en téléconsultation le médecin pendant 10 minutes



“ Une téléconsultation réussie, c'est celle qui a permis de régler le problème d'un patient sans être en redondance avec un autre acte.”

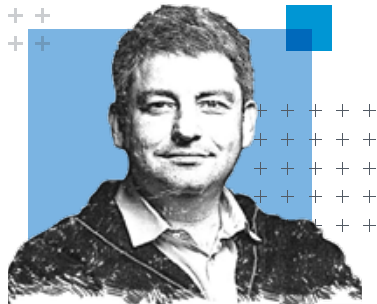


sur la problématique particulière qui, elle, dépend de la compétence du médecin, permet finalement, au patient d'être mieux pris en charge par rapport à un médecin qui fait 50 actes par jour, qui a une consultation de 10 minutes à consacrer aux patients, dans laquelle il doit tout aborder et forcément mal aborder même s'il le fait deux fois et demi par an ! Je précise toutefois que l'acte de consultation du médecin en présentiel ne peut pas être remplacé par le digital.

Ce serait une erreur de dire que le digital va résoudre la problématique du manque de médecins. Il peut résoudre une partie du problème, mais pas l'intégralité. Et quand cet acte fait défaut, nous sommes alors dans une inégalité formelle d'accès aux soins.

**Est-ce que finalement, pour conclure, on pourrait dire que l'expression de l'égalité, c'est quand même une capacité à répondre à une demande ?**

Est-ce que l'on parle de l'égalité de droits ou de l'égalité de fait ? C'est l'égalité de fait en santé qui compte. Et cette égalité de fait, le digital peut réellement contribuer à l'améliorer. ■



Médecin urgentiste au SAMU de Paris-SMUR Necker  
anesthésiste-réanimateur

Professeur agrégé de médecine

Cofondateur et président de l'association SAUV Life

**FACE À LA PÉNURIE DE DOCTEURS QUE NOUS AFFRONTONS, NOUS N'AVONS D'AUTRES CHOIX QUE D'OPTIMISER LE TEMPS DE MÉDECINE DISPONIBLE. C'EST-À-DIRE QUE NOUS DEVONS, D'UNE MANIÈRE ORGANISÉE ET EXIGEANTE EN CE QUI CONCERNE LA QUALITÉ DES SOINS, DÉLÉGUER À DES PERSONNES FORMÉES POUR CELA TOUT CE QUI PEUT L'ÊTRE ET UTILISER TOUT CE QUE LA TECHNOLOGIE PERMET DE FAIRE À DISTANCE.**

## L'optimisation du temps médical disponible

**Dr Lionel Lamhaut**

**Les urgences médicales ont été en première ligne dans la pandémie historique de la Covid-19. Étiez-vous préparés à affronter cette situation exceptionnelle, aviez-vous anticipé un tel scénario ?**

La crise de la Covid-19 nous a fait faire des choses en matière de prise en charge qu'on n'aurait jamais faites pendant probablement 5, 10 voire 15 ans. La maladie a été extrêmement évolutive et a demandé des capacités d'adaptation comme jamais. D'une semaine sur l'autre, de jour en jour, il fallait adapter le process. Elle a permis des évolutions médicales extrêmement importantes. La prise en charge des patients Covid avec des systèmes sans intubation qu'on ne pensait pas possible dans le cadre de l'hôpital, le fameux Optiflow d'oxygénation à haut débit. Elle a permis de réaliser des transferts de masse de patients extrêmement graves sur les distances extrêmement importantes en nombre, soit par le TGV ou par l'avion de ligne, pour la Guadeloupe, Tahiti, avec toutes les dérogations que cela suppose. Il s'agit là de bonds médicaux et organisationnels sans précédents.

Ensuite, il y a eu la gestion de la régulation médicale, qui a dû faire face à une explosion du nombre d'appels. Au SAMU de Paris, on est passé de 2 500 appels par jour à plus de 10 000 appels, 13 000 appels sur 24h. Et il faut bien comprendre

que ceci a posé des tonnes de problèmes. Le premier est purement technique. Pour répondre aux appels téléphoniques, il a été nécessaire de multiplier par quatre les accès primaires T2, permettant de passer de 40 appels simultanés à 120 puis à 180 en l'espace de dix jours. Dès leur ouverture, ces lignes ont fonctionné à plein régime. Pour faire face à la vague d'appels entrants par les canaux ainsi ouverts, tous les postes de régulation médicale existants ont été activés et dotés en personnels. On a commencé par mettre en place, première étape, un répondeur vocal qui demandait aux gens si leur appel concernait la Covid-19 ou non. Si l'appel ne concernait pas la Covid-19, on travaillait comme d'habitude, avec nos assistants de régulation médicale (ARM) et un médecin du SAMU. Si c'était à propos de la Covid-19, on a mis en place ce qu'on a appelé le N1 et le N2, qui permet de gérer un flux d'appels très important. En niveau N1, l'ARM va décrocher très vite et il va mettre 45 secondes pour identifier ce qui se passe. Le principe est de détecter dans le flux d'appels massifs la détresse vitale. Dans ce cas, l'appel est immédiatement transféré au niveau N2, c'est-à-dire au médecin régulateur AMU (Aide Médicale Urgente). Il décide si effectivement il s'agit d'une urgence ou bien si le patient doit être pris en charge dans un parcours de soins non programmés qu'une téléconsultation peut résoudre. Nous avons

dû tripler le nombre de postes de régulation, il a fallu trouver très vite des salles, des ordinateurs, des ressources électriques, des logiciels... Je retiens que l'on a démontré qu'on pouvait avoir une adaptation extrêmement rapide quand on le veut. On a innové dans le recrutement du personnel, par exemple, nous avons mobilisé et formé des étudiants en médecine. On a encore innové en mettant en place pour la première fois le décroché-raccroché. Pour les appels Covid N1, pour une simple demande d'information, on envoyait un SMS avec les explications et la possibilité d'être ou non rappelé par téléphone. En cas de réponse positive, il y avait une cellule de rappel mais qui pouvait différer un peu l'appel de quelques heures puisque c'était considéré comme non urgent. Pour ces rappels, nous pouvions compter, soit sur des médecins retraités, soit sur des externes, des étudiants en médecine qui faisaient ces rappels à distance. On voit bien que cette médecine se servant de la technologie produit d'énormes bénéfices.

**Est-ce que vos innovations se sont dispensées d'employer les ressources de la visio qui étaient courantes à ce moment-là en médecine de ville ?**

Au contraire ! Nous avons ensuite développé la visio régulation. En rentrant dans SAUV Life (l'appli que j'ai développée en parallèle du SAMU) leur numéro de téléphone, un SMS était automatiquement envoyé, les patients ouvraient l'application, on les voyait et donc on pouvait les évaluer en termes de gravité. Mais dans la Covid-19, l'une des problématiques, c'est que les gens ne paraissent pas si mal que ça, alors qu'ils ont une saturation en oxygène très basse. Du coup, la visio ne suffisait plus. Et c'est là que j'ai développé les premiers scooters, avec soignants de SAUV Life

qui allaient sur place prendre la saturation avec un oxymètre. Et là, du coup, c'était une forme de retour au SAMU. Très rapidement, nous avons constaté que, dans 90% des cas, on demandait à SOS Médecins d'intervenir. Alors on s'est dit c'est un peu idiot, on a un infirmier sur place qui vient de prendre la saturation, on est en 2020, on réussit à faire de la télécommunication avec l'espace... peut-être pourrait-on faire une visio, une téléconsultation sur place directement, en présence de l'infirmier. Ce que j'appelle mes consultations médicales « physiques ». Parce que la téléconsultation simple, seul derrière son ordinateur, finalement pose un vrai problème d'humanisation, surtout pour les personnes âgées. La présence d'un infirmier humanise, permet d'utiliser les objets connectés sophistiqués dont l'infirmier sait se servir. Dans cette procédure, le médecin rentabilise, entre guillemets, son temps, il ne fait plus que de la médecine, et les patients sont très contents. En cabinet, sur les dix minutes consacrées à la consultation, entre le temps de se déshabiller et de s'habiller,

“ Notre problème aujourd'hui, c'est la délégation, car quoi qu'on en dise, nous n'avons plus assez de docteurs. ”



le temps de prendre la tension et autres constantes, il reste trois minutes pour discuter vraiment. Alors que là, la préparation est faite par l'infirmier, il ouvre le dossier sur l'ordinateur, il a pris les constantes et donc le médecin est vraiment en entretien avec les gens. Neuf patients sur dix sont satisfaits de cette procédure et ils sont autant à nous recommander. Dans la même enquête, nous leur avons demandé ce qu'ils auraient fait si nous n'étions pas intervenus. Pour 92% d'entre eux, les urgences auraient été sollicitées. C'est ainsi que la crise de la Covid-19 nous a conduit à trouver une solution concernant le problème des soins non programmés de consultation. Nous avons étendu l'expérience en milieu rural, avec des véhicules en Normandie comme en Île-de-France. Nous voyons 1 500 personnes par an. Et pour 85% de ces patients, il n'y a pas d'hospitalisation ensuite. C'est un vrai nouveau système, qui permet au médecin d'optimiser son temps, de ne pas le perdre sur la route entre deux visites, de ne pas le perdre en préparant le dossier de son patient, mais en faisant à 100% ce pour quoi il est fait, de la médecine.

**Finalement, votre application SauVLife serait une forme d'auxiliaire des urgences médicales ?**

SAUV Life a une image d'urgence connectée et nous en sommes arrivés à la téléconsultation. Et puis moi, j'avais la vision du soin non programmé. En fait, nous faisons de la régulation par ce service d'accès aux soins.

Notre problème aujourd'hui, c'est la délégation, car quoi qu'on en dise, on n'a plus assez de docteurs. Les alternatives sont les suivantes. Soit on associe





de nouveaux docteurs et un pool de soignants, alors il y a la délégation de tâches avec les professions intermédiaires. On est très en retard en France, sur l'infirmière en pratique avancée. Un hypertendu qui va tous les deux mois chez son cardiologue, c'est ridicule. Ça peut se faire en paramédical, avec de la télémétrie et des alertes, et les algorithmes qui font l'alerte. Et une fois tous les six mois, il voit le docteur qui, lui, a épargné trois consultations. Dans le contexte de pénurie que nous connaissons, c'est important. Donc la délégation diminue la demande en docteurs. Ensuite, il faut augmenter l'offre. Trois possibilités : soit vous augmentez le nombre de personnes, mais il faut 15 ans pour former des docteurs donc c'est une solution à écarter ; soit vous augmentez votre offre en déréglementant un petit peu, parce qu'aujourd'hui on a une réglementation qui est complètement absurde. Sur les remplaçants, sur le salariat des jeunes qui aspirent à être salariés, même si beaucoup sont libéraux au bout de 5 ans parce qu'ils n'ont pas d'autre choix, ils le font à contre-cœur. Soit vous optimisez du temps médical et c'est ce qu'on fait avec nos téléconsultations. Nous sommes en quelque sorte SOS Médecins 2.0. Dans les conditions que j'ai déjà décrites : une régulation précise lors de l'appel entrant, un soignant, envoyé chez le patient, très bien formé et très bien équipé (échographe, stéthoscope en flux réel, caméra déportée, ECG, otoscope...), pas de baisse qualitative, les cas difficiles traités (enfants en bas âge, personnes très âgées, douleurs abdominales complexes) en présentiel. C'est dans ces conditions que 85% des patients restent chez eux et ne vont pas à l'hôpital.

### Quelle est la complémentarité entre le public et le privé ?

Elle est complète. Je vais vous donner un très bon exemple. Personnellement, je crois à la citoyenneté dans la médecine. Pour la défense nationale, vous avez des réservistes. En santé publique, on n'a rien, les professionnels sont les sachants, le citoyen, le patient, a été exclu pendant très longtemps. On a depuis remis le patient au centre, mais il faut maintenant que le citoyen soit propriétaire de la santé. En France, la santé est un bien commun depuis la Deuxième Guerre Mondiale. Et moi je considère que la notion de citoyen sauveteur définie par une loi de 2020 et qui consiste à porter assistance de manière bénévole à une personne en situation apparente de péril grave et imminent est une première étape. Je veux maintenant promouvoir, avec l'application SauvLife, le citoyen santé. Un citoyen que l'on va former à réaliser les gestes qui sauvent et équiper d'un défibrillateur. Quand l'application l'alertera, il pourra intervenir directement avec l'appareil pour sauver une personne dans son entourage géographique immédiat. Mais l'appli permettra aussi de passer des messages de santé publique que le citoyen santé va pouvoir relayer. Il devient ainsi le vecteur et acteur complet du sanitaire dans la population. Ce qui change tout et nous donne une puissance d'intervention et de réaction incomparable. Par exemple, pendant la crise Covid-19, j'ai doublé puis triplé mon nombre de lits en réanimation médicale. C'est un aide-soignant infirmier qui apportait les examens au laboratoire d'analyse. Franchement, faut-il pour cela une qualification médicale ? Aucune. Et j'avais des masses de citoyens qui étaient prêts à aider pour faire ça. Utilisons les qualifications de chacun. Pour aider

dans ces cas-là, pour des actions très précises, il faut pouvoir compter avec des citoyens santé qui sont sensibilisés, à qui on passe des messages en permanence, et qui au jour de la crise, sont mobilisables. Pour faire la navette avec les laboratoires, pour faire des dépistages naseaux, pour faire l'administratif dans les centres de santé qui vaccinent et ont besoin d'énormément de main d'œuvre.

### Qui doit former ces citoyens santé que vous voulez créer ? La Croix Rouge, la Sécurité civile ?

Non. Leur sujet c'est le secourisme, mon sujet à moi, c'est la citoyenneté. La formation, c'est SAUV Life qui va l'assurer. On va faire un test à Angers, en mai 2022 : on va former 40 à 50 citoyens que nous allons équiper de défibrillateurs obtenus avec une subvention, on va gérer des plannings pour qu'ils soient présents tout le temps... Et je pense que c'est comme ça qu'on va grandir. Ensuite, est-ce qu'on doit l'institutionnaliser ? C'est encore une autre question. Pourquoi pas le service civique ? Ce qui est certain, et j'y suis très attaché, c'est que les citoyens santé doivent être gérés par le corps élargi des soignants et paramédicaux. Être donc sous tutelle du ministère de la Santé et non sous celui du ministère de l'Intérieur comme le sont les pompiers. Pour réussir, nous devons mobiliser des fonds, publics et privés, pour financer les défibrillateurs, former et organiser les citoyens santé. L'enjeu est d'importance et il est noble. Nous réussirons. ■



Biologiste médical

Docteur en pharmacie, PharmD

Président-Directeur général chez Synlab Provence

**LES LABORATOIRES ONT PRIS  
CONSCIENCE DE LEUR  
IMPORTANTE CAPACITÉ DE  
MOBILISATION ET DE LEUR  
PRODUCTION FONDAMENTALE  
DE DONNÉES POUR LA  
MÉDECINE DE DEMAIN,  
PRÉDICTIVE ET PRÉVENTIVE.**

## Les laboratoires de biologie médicale, certificateurs de données de santé et moteurs de la médecine prédictive

### Dr Sofiane Benhabib

**Nous sortons à peine d'une crise sanitaire majeure dans laquelle vous avez été mis très largement à contribution. Comment se porte le secteur des laboratoires de biologie médicale aujourd'hui ?**

Nous sommes en juin 2022, deux ans et trois mois après la « période » Covid-19 et je peux vous dire que nous allons plutôt bien. Le poids du temps, pendant la crise sanitaire, était différent, sans repères. Nous sommes passés d'un état de sidération à une accélération phénoménale qui nous a propulsés sur le devant de la scène. Ici, dans le Sud de la France, la première vague nous a mouillé les pieds et à peine les chevilles, elle était très dissemblable de celle qui a touché le Grand Est ou l'Île-de-France. Nous avons ainsi pu profiter du premier confinement pour nous préparer. Ensuite, avec les vagues qui se sont succédées, la chasse gardée par le secteur public concernant le dépistage a fini par céder. Du jour au lendemain, le discours a changé vis-à-vis du secteur libéral et nous sommes passés de 0 à 800 000 dépistages à faire par semaine. Inutile de vous dire que la température est montée de plusieurs crans. Le marché était en tension extrême, la bataille pour

l'approvisionnement était particulièrement âpre. Grâce à la puissance de notre groupe, nous avons réussi à trouver des circuits, à faire des investissements, acheter du matériel.

**Il fallait de grandes capacités financières pour réussir un tel développement aussi rapidement...**

C'est exact. Il se trouve que nous sommes dans un secteur qui s'est très fortement structuré et consolidé ces dix dernières années. Ce qui fait que le visage de la biologie a totalement changé, on est passé de toutes petites structures TPE/PME à des ETI qui, aujourd'hui, emploient des centaines de personnes, et accueillent tous les jours des milliers de patients. Les accréditations pour pouvoir exercer, les approches de gestion de projets, de gestion de processus nous ont amenés à grossir et grandir. Le métier a dû se réinventer, recruter des compétences complémentaires et nous a poussés à l'excellence opérationnelle. Alors, oui, nous avons désormais une capacité d'action importante et la mise en exécution est devenue culturelle.





**Vous avez donc pu encaisser assez sereinement les vagues épidémiques successives ?**

Non, pas vraiment ! La deuxième vague, dans le sud, a été ressentie fortement. Chacun se rappellera le relâchement entre la fin de la première vague et le début de la suivante. Cette reprise a été vécue comme un raz-de-marée. Nous étions complètement dépassés et il y a eu un moment de panique. Très vite, nous avons constaté que nos installations habituelles n'étaient pas adaptées pour accueillir autant de public. Très vite, nous avons constaté également –fallait-il une crise sanitaire pour le confirmer ?– que les endroits les moins bien dotés étaient aussi ceux qui étaient les plus pauvres de la ville ou de la région. Nous avons donc ouvert des centres de dépistage massifs, sur tout le territoire, nous avons reçu des centaines de milliers de personnes chaque jour, le samedi, le dimanche, les jours fériés.

Les enjeux suivants ont consisté à accompagner la reprise de la vie économique et culturelle. Ce qui nous a amenés à nous déplacer partout sur le territoire. On a été amené à travailler avec le Festival international d'art lyrique d'Aix-en-Provence. Et puis il y a eu les écoles avec les dépistages salivaires, où là il fallait vraiment se rendre de manière itérative. À ce moment-là, nous avons déjà intégré nos services de biologie moléculaire, les investissements étaient faits ainsi que la montée en puissance. Enfin, nous nous sommes appliqués à aller vers les patients, à leur faciliter l'accès au dépistage. Et de vague en vague, nous avons appris à rester en état de veille permanente, avec un niveau de vigilance élevé, y compris quand le vaccin est arrivé.

**L'extrême activité dans laquelle vous avez évolué depuis plus de deux ans est maintenant en train de s'estomper. On oublie tout et on recommence comme avant ou bien la période Covid-19 vous-a-t-elle inspiré de nouvelles voies pour votre secteur ?**

J'ai le sentiment que depuis quelques semaines, nous sommes en train de retrouver le poids du temps d'avant. Nous n'avons pas oublié le tsunami qui est passé mais nous reprenons nos esprits. Avec, pour certains d'entre nous, un petit syndrome post-traumatique, un manque lié à la chute d'adrénaline. Mais il est clair que la séquence est terminée, ou presque, et qu'il faut y mettre un point final pour passer à autre chose. C'était une crise sanitaire. Elle s'est imposée avec des besoins impérieux qu'il fallait satisfaire. Et pour satisfaire ces besoins impérieux, tous les professionnels de santé et les organisations ont accepté de relever le défi en circuit court, avec un peu moins d'intermédiaires que d'ordinaire.

Il faut se souvenir que nous avons bénéficié de la « magie » technologique. L'une des lois de Clarke, l'auteur de science-fiction, formule que toute technologie suffisamment avancée est indiscernable de la magie. Pour y parvenir, il a fallu que des dogmes, des certitudes tombent, que des croyances évoluent et qu'une stratégie de santé publique adaptée soit déployée. D'abord, le patient est allé au laboratoire sans ordonnance pour se faire dépister, ce qui n'était pas possible auparavant. Ensuite, les laboratoires de biologie médicale ont bénéficié de cette magie technologique que j'évoquais, qui s'appelle le système d'information de dépistage, le SI-DEP. Il s'agit d'une architecture informatique en VPN (réseau privé virtuel). L'enregistrement des résultats des tests de

dépistage a ainsi pu se faire par les professionnels de santé via ce portail dédié, géré par Santé publique France. Tous les laboratoires de biologie médicale, ultramarins compris, étaient reliés à ce réseau qui recensait prélèvements, analyses, résultats, validation du résultat patients, lesquels recevaient par mail et par texto, pour les cas négatifs, le QR code leur permettant d'aller librement. Et cela donnait au Pr Jérôme Salomon une matière quotidienne à présenter aux Français lors de ses conférences de presse. Avec les résultats publiés par le SI-DEP, nous pouvions analyser l'incidence de l'évolution du virus avec une visibilité à huit jours environ. Et nous avons donc gagné du temps sur le virus, anticipé sa propagation, adapté les moyens pour prendre en charge de façon digne et décente les patients qui allaient être hospitalisés. Ce qui est intéressant, c'est que le regard des patients a totalement évolué sur le système de soins, en particulier sur les laboratoires de biologie médicale. Nous sommes au fond une profession de techniciens, presque de régisseurs. Nous avons l'habitude de travailler en coulisses en laissant la lumière sur d'autres professions. Et d'un seul coup, le feu des projecteurs a été braqué sur nous. Ce qui paraissait impossible, suivre les effets d'une politique de santé en situation de crise en temps réel au niveau national, régional, départemental et infra départemental est devenu réalité grâce aux données que nous fournissons. Pour moi, c'est un progrès majeur qui change tout. La médecine du futur, elle est préventive. La possibilité de pouvoir disposer de données fiables et rapides, de faire de l'épidémiologie finalement, permet de faire du prédictif et donc du préventif.

### **La capacité prédictive que vous venez d'évoquer en faisant de l'analyse et des prélèvements pourrait-elle être appliquée à d'autres pathologies ?**

Oui, mais je vais encore plus loin. Cette expérience vécue à l'occasion de la Covid pourrait être dupliquée pour d'autres politiques de santé publique à partir d'une population cible. Demain, on peut tout à fait imaginer, pour la région PACA, par exemple, mobiliser 5000000 personnes, dans une tranche d'âge donnée, un sexe donné en fonction de la pathologie visée, les inciter à se rendre au laboratoire pour rechercher la présence de la maladie et compiler via un système d'information, les données recueillies, pour définir finalement une incidence. En *direct live* quasiment, ce qui permet d'adapter une prise en charge. On entre vraiment là dans quelque chose qui est une attente. Les patients sont acteurs de leur santé aujourd'hui, de plus en plus. Et cette tendance va s'accroître. En grande distribution, un obstacle vous éloigne de la caisse s'appelle un irritant. Le but d'une bonne gestion commerciale est d'éliminer ces irritants pour que le parcours client soit le plus simple et le plus fluide possible. En terme de parcours santé, cette approche pourrait être intéressante !

Un deuxième élément me paraît par ailleurs essentiel. Permettez-moi de vous faire part de la grande frustration que je ressens en ce qui concerne les données, les fameuses data, collectées par les laboratoires. Pendant la crise sanitaire, pour la première fois, ces données ont été analysées et ont servi, nous venons de l'évoquer. Mais en ce qui concerne les données collectées tous les jours par les labos en temps ordinaire, ces data restent inertes. Je suis conscient que la médecine en France est financée

par de l'argent public. Ce financement, précieux, doit être un investissement rentable en tant qu'il ne faut rien gaspiller ou négliger. Je suis ainsi convaincu que l'on pourrait en tirer des informations précieuses et essentielles pour la santé publique des données récoltées par les laboratoires de biologie médicale dont le rôle dans le parcours de soins serait considérablement accru, notamment dans ses aspects prédictifs et préventifs. Nous sommes les plus gros producteurs de data en santé. Et la tendance à la hausse va s'affirmer. Aujourd'hui, les examens de biologie médicale rendent des services médicaux avérés mais ils restent aux portes du système de remboursement. Par exemple, toute la biologie médicale, et même au-delà, a milité pour que le diagnostic et le dépistage des HPV (papillomavirus humain) soit admis au remboursement. Il a fallu attendre des années pour que cet acte de biologie médicale figure finalement, en avril 2020 dans la liste des codes de la Table Nationale de codage de Biologie de l'Assurance maladie. Je ne suis pas pour une politique inflationniste des dépenses de soins, il faut être raisonnable. Mais nous pourrions par exemple optimiser largement les examens superflus, je pense aux redondances, qui rassurent psychologiquement mais qui n'ont pas de logique scientifique. Et les économies réalisées permettraient de faire admettre au remboursement de nouveaux examens dont on sait qu'ils sont utiles et qui sont autant de pertes de chance si les patients en sont exclus pour des raisons financières.

### **Il est probable que la télémédecine emploiera, en direct lors de la consultation, les analyses des data que vous évoquez. Quelle place voyez-vous pour les labos dans cette fameuse télémédecine ?**

La télémédecine fait écho avec mon propos précédent, les patients veulent de plus en plus devenir acteurs de leur santé. Soit dit en passant, on subit parfois le mauvais côté de cette émancipation avec une éducation sanitaire faite à coups d'approximations récoltées sur internet. Il est essentiel, c'est un prérequis à la télémédecine, que le patient accepte de se mettre en posture d'apprentissage et ne se prenne pas pour le soignant. La télémédecine, qu'on le veuille ou non, va se développer dans les dix prochaines années. Nécessité fait loi. Je vois un rôle précis à endosser pour les labos dans cette nouvelle pratique médicale. Notre premier engagement professionnel, c'est la certification. Lorsque nous délivrons une analyse, elle est certifiée par le biologiste du laboratoire. Il va donc falloir se demander comment poursuivre cette obligation légale en étant à distance. C'est fondamental pour la suite de la consultation. Une donnée erronée fausse à l'évidence le diagnostic et donc le traitement. Notre place dans la télémédecine est d'expertiser les données et, le cas échéant, de les éclairer par nos analyses comparatives avec les data dont nous pourrions disposer. ■



Bruno Basset  
Chief Executive Officer  
du groupe Dokever

Dr Patrick Basset  
Médecin - anesthésiste  
- réanimateur  
Directeur médical chez  
Dokever

**FACE À CETTE CRISE MAJEURE, LE SYSTÈME SANITAIRE EN PLACE A BEAUCOUP SUBI. IL S'EST ADAPTÉ AU FUR ET À MESURE TOUT EN « ENCAISSANT LA PRESSION ». LA RÉSILIENCE EST DEVENUE UNE OBLIGATION POUR SURVIVRE.**

## La Covid-19, révélatrice de la crise des soins de premiers recours

### Bruno Basset et Dr Patrick Basset

#### Quelle est la situation des soins primaires dans la région Auvergne Rhône-Alpes où se trouve le siège central de Dokever ?

**Bruno Basset** - La région Auvergne Rhône-Alpes se caractérise par une ambivalence: d'un côté, nous avons des zones très urbaines avec une densité de population importante, et de l'autre, des zones rurales avec une faible densité de population. Dans ces dernières, il y a très peu « d'offres » de soins de premiers recours: c'est un véritable désert médical. Il ne faut cependant pas croire que les zones urbaines sont mieux loties malgré des possibilités de soins primaires plus « conséquentes ». Aujourd'hui, il est en effet quasiment impossible de trouver un médecin traitant... Cela découle d'un ensemble de problèmes, d'ordre organisationnel, structurel, et il faut le dire en toute franchise, de rémunération des praticiens. À cela s'ajoute une pénurie catastrophique de toutes les professions, en particulier en ce qui concerne le personnel ambulancier, infirmier et les médecins. Vous arrivez donc rapidement à une situation très critique.

Les problèmes sont nombreux et « profonds »: une vraie réflexion est absolument nécessaire pour y remédier. Des problèmes qui apparaissent encore plus « criants » après la crise sanitaire de la Covid-19.

#### Justement, comment avez-vous « géré » la crise sanitaire et quels problèmes a-t-elle permis de révéler ?

**Bruno Basset** - Spécialisé dans le domaine « pré-hospitalier », en particulier dans l'assistance et le transport médical, le groupe Dokever a développé pendant la crise sanitaire un vaste panel de solutions adaptées aux sites industriels, aux aéroports ou encore aux établissements recevant du public, que ce soit en France ou à l'international. Parmi ces dispositifs, nous avons mis en place des autotests numériques, « déployés » des référents sanitaires et installé des centres de dépistage mobiles et sédentaires. En parallèle, nous avons développé des formations aux normes de la Covid-19, mais également rédigé des protocoles sanitaires et d'hygiène. Il a fallu faire de la pédagogie pour convaincre, faire adhérer...



Notre agilité, notre souplesse et surtout nos travaux en recherche et développement, nous ont permis d'être très réactifs lors de cette crise sanitaire. Nous avons pu, j'espère, aider au mieux et participer à l'effort collectif !

Il faut tout de même admettre que face à cette crise majeure, le système sanitaire en place a beaucoup subi. Il s'est adapté au fur et à mesure tout en « encaissant la pression ». La résilience est devenue une obligation pour survivre.

**Dr Patrick Basset** - J'ajouterai que lors des différentes vagues de la pandémie de la Covid 19, Dokever a mobilisé ses équipes et a mis à disposition des ambulances pour le transfert des patients « Covid ». Des ambulances qui leur étaient dédiées et que nous avons « optimisées ». Nous avons en effet développé, en collaboration avec un partenaire, un système de décontamination de ces ambulances en moins de 20 minutes entre chaque transport de patient... alors qu'auparavant il fallait plus de quatre-vingt dix minutes !

Nous étions également l'une des rares sociétés à avoir du matériel de protection disponible immédiatement : nous avons pu ainsi en faire profiter celles et ceux qui en avaient besoin. Nous avons essayé d'être les plus réactifs possible face à une situation sanitaire exceptionnelle. Par exemple, en mars-avril 2020, pour ce qui concerne les transports médicaux, nous avons connu une augmentation de plus de 1000%. Avec du recul, nous avons vécu des situations totalement hallucinantes... Des tentes - de type PMA : poste médical avancé - ont également été mises à

disposition de deux structures hospitalières de Lyon par Dokever.

Même si nous sommes encore un peu dans l'état des lieux, cette crise a révélé un certain nombre de problèmes, voire de dysfonctionnements. Le plus flagrant est peut-être le manque de communication et de collaboration entre le secteur public et le secteur privé. Ce dernier ayant été, en outre, plutôt mis de côté... Il est regrettable de ne pas avoir pu bénéficier du savoir-faire et des capacités de toutes les « forces opérationnelles » en présence...

**Bruno Basset** - Cette crise a néanmoins permis de changer et d'améliorer les méthodes de travail avec notamment le développement de la télémédecine et des téléconsultations. Les liens entre « public » et « privé » se sont aussi développés. Il y a des éléments positifs. D'aucuns diront que notre système de soin est « cassé », désorganisé... Sans doute, c'est pour cela que nous devons rester prudents, il n'est pas du tout exclu que l'on revive à nouveau ce type de crise...

### Quelles sont les évolutions nécessaires pour un accès égalitaire aux soins et quelles sont les solutions face à la « désertification médicale » ?

**Bruno Basset** - Il faut une vraie prise en compte des acteurs des soins primaires. Ce maillage est certainement celui qui mérite la plus grande attention. Se demander quel est le service rendu et quel est le coût pour la population. Il faut absolument mesurer et quantifier les actions mises en place contre la désertification médicale avec des

outils de suivi et surtout la mise en place d'indicateurs performants.

La France est dans une situation totalement ambivalente : d'un côté, les structures hospitalières sont à la pointe de la technologie pour de nombreux soins, et de l'autre, les déserts médicaux sont de plus en plus nombreux ! La situation dans de nombreux départements est tragique.

Il faudrait structurer le maillage avec davantage de mise « en réseau » des informations médicales. Il y a un manque évident de communication entre les différents acteurs. Notamment dans le domaine de la consultation des dossiers médicaux. Le dossier médical unique et partagé doit se démocratiser comme un outil incontournable.

**Dr Patrick Basset** - C'est le reflet de notre retard dans le domaine digital. Si l'on regarde ce qui se fait dans les pays nordiques, chaque patient a un numéro « numérique » unique permettant de consulter son dossier médical chez tous les professionnels de la santé. Nous en sommes encore très loin... Le développement de la télémédecine est l'un des éléments essentiels pour lutter contre les déserts médicaux. Mais on ne répond nullement au problème de fond : que sommes nous prêts à accepter ?

Selon moi, le « quoi qu'il en coûte » n'a pas de sens : à un moment donné il faut savoir où l'on met le curseur de ce que l'on accepte... ■



Directeur régional  
France, Espagne  
et Benelux chez Unilabs

Leader européen du diagnostic médical

**NOTRE CAPACITÉ RÉCENTE  
À DÉLIVRER AUX PATIENTS ET  
AUX GÉNÉRALISTES UNE ANALYSE  
DOCUMENTÉE ET PERTINENTE  
OUVRE UNE NOUVELLE DIMENSION  
POUR LE BIOLOGISTE, CELLE  
D'UN ACCOMPAGNEMENT  
PLUS PRÉVENTIF QUI N'EXISTE  
PAS AUJOURD'HUI.**

## Pour une nouvelle place des laboratoires

**Nicolas Ploquin**

### Quelle est votre vision de l'état des lieux en ce qui concerne les laboratoires de biologie médicale en France ?

L'activité a retrouvé une certaine stabilité aujourd'hui. Les patients reviennent naturellement depuis plusieurs mois dans nos laboratoires. Nous avons été, début 2022, encore extrêmement sollicités par la dernière vague de la Covid-19.

Nos activités vont reprendre leur cours régulier mais il est clair que la séquence pandémique a braqué un projecteur sur le rôle essentiel du laboratoire, presque invisible auparavant. Nous avons endossé un rôle clé dans la vie des gens : les résultats de nos tests étaient autant d'autorisations pour travailler ou non, voyager, rendre visite à sa famille... Cela a généré une pression incroyable sur nos équipes : avec 4000 laboratoires dans l'Hexagone, il est difficile de tester près de 70 millions de Français tous les jours. Cela a créé de longues files d'attente, celles que vous avez vues lors des deux dernières années et qui ont pesé sur les patients et les équipes des laboratoires.

### Faut-il en déduire qu'il n'y a pas suffisamment de laboratoires de biologie médicale installés dans le pays ?

Au contraire, les laboratoires font partie de ceux qui défendent le modèle du maillage territorial

et dans beaucoup d'endroits nous sommes les derniers acteurs de la chaîne de soins avec les pharmaciens et les cabinets d'infirmiers. Dans chaque laboratoire exerce un biologiste médical. Ce qui est une exception française car c'est une obligation réglementaire. Les ARS sont extrêmement attentives à ce sujet. Nous avons par ailleurs des obligations de certification et de qualité tous les ans dans tous les laboratoires, des validations annuelles par le Cofrac (Comité français d'accréditation) de tous nos tests ainsi que d'autres mesures. L'ensemble de ces dispositifs est en faveur de qualité de prise en charge des patients et de l'accès aux soins.

### Est ce que la pandémie due à la Covid-19 est déjà digérée et derrière vous ?

La crise nous a poussée à devenir agiles et à sortir de notre zone de confort. Nous étions jusqu'alors des laboratoires de routine. C'est d'ailleurs ainsi que l'on nous désigne dans le secteur médical, « les laboratoires de spécialités et de routine ». Cela laisse entendre des laboratoires de proximité qui réalisent des prises de sang et c'est à peu près tout. Les patients pensent en majorité qu'il faut venir au laboratoire à jeun et donc le matin. Nous accueillons jusqu'à 100 patients voire plus dans certains grands laboratoires à ce moment-là de

la journée, générant de l'attente sur ce créneau à forte affluence, et à l'inverse, une fréquentation très faible l'après-midi.

Ce qui s'est passé il y a deux ans, en mars 2020, a chamboulé nos procédures. Nous n'avons jamais fermé, nous avons fait partie, au même titre que l'hôpital, des activités qui n'ont jamais cessé. Il a fallu se réorganiser pour assurer la continuité de soins : prendre en charge le patient qui doit faire une chimiothérapie et a besoin d'une prise de sang, répondre à la demande du Gouvernement qui nous demandait de faire 700 000 tests par semaine, aux demandes des ARS, des écoles, des mairies, des entreprises. Il a fallu recruter : rien qu'en 2021, 1 300 personnes nous ont rejoint. Nous avons formé spécifiquement des étudiants, des techniciens, des internes en médecine au test PCR. Il a fallu investir plusieurs millions d'euros dans des machines que tout le monde s'arrachait, il y avait des pénuries, des déficits de masque, on ne connaissait pas précisément la dangerosité du virus... Nous étions, toute proportion gardée, dans une économie de guerre et en conséquence les gens ont manifesté une réelle solidarité et une volonté de faire face en inventant des solutions, par définition inédites. C'est en ce sens que nous sommes vraiment sortis de notre zone de confort. Continuer à accueillir nos patients dans les meilleures conditions de sécurité et en même temps faire face à ces centaines de patients qui, d'un seul coup se présentaient au laboratoire pour les dépistages Covid-19.

#### **Vous avez subi cette situation ?**

Nos équipes ont subi une pression permanente. Les soignants de première ligne ont souvent

été mentionnés et félicités –à juste titre–, ça n'a pas été le cas pour les équipes médicales des laboratoires au démarrage. Il a fallu un peu de temps pour se rendre compte de l'importance des laboratoires. Puis, nous avons acquis une certaine visibilité, une reconnaissance du Gouvernement. Le ministère de la Santé a mis en place depuis mars 2020 une cellule qui nous permet d'avoir des échanges hebdomadaires. Cela démontre que la collaboration public/privé permet l'efficacité. Le secteur privé a pu investir rapidement, recruter, négocier avec les fournisseurs... En mars 2020, l'objectif du Gouvernement était de faire 70 % des tests Covid-19 dans le public et 30 % dans le privé. Aujourd'hui, 90 % à 95 % des dépistages sont réalisés par le privé.

#### **Comment avez-vous géré l'augmentation du flux entrant de patients ?**

Le nombre de patients a augmenté de 50 %. Les patients se présentant pour des examens de biologie médicale classiques étaient accueillis le matin, et les après midi consacrées aux dépistages covid-19. Nous avons réussi à équilibrer nos flux de patients grâce à la digitalisation. Nous avons poussé notamment le préenregistrement en amont de la visite au laboratoire, pour les bilans sanguins comme pour les patients PCR.

Avant la crise, nous avons en effet développé un nouveau service numérique, « le Pass Unilabs », permettant aux patients de se préenregistrer en ligne en renseignant identité, ordonnance, carte vitale, mutuelle, et réserver un créneau de passage, à la manière de Doctolib. La révolution numérique que nous pensions faire en 5 ans n'a

pris que quelques mois sous la forte pression de la pandémie.

#### **Et a ouvert la porte à de nouvelles perspectives pour les laboratoires ? À quoi rêvez-vous pour demain ?**

Mon rêve pour demain, c'est... de me présenter dans des laboratoires en capacité de proposer un accueil de très grande qualité, une approche plus pédagogique des résultats d'examens, et bénéficiaire d'une prise en charge et d'un diagnostic personnalisés.

La clé pour demain c'est aussi l'intégration de l'information du diagnostic et de l'historique du patient, que ce soit en imagerie, ou en biologie médicale.

C'est dans cette optique que nous avons lancé un partenariat avec la start-up Kiro. Grâce aux nouvelles technologies et à l'Intelligence Artificielle, la biologie médicale est placée au cœur du parcours de soins. Elle améliore les interactions entre les laboratoires, les professionnels de santé et leurs patients, pour leur permettre d'aller plus loin dans leur prise en charge.

Le système permet d'analyser et potentiellement de donner des recommandations aux patients et aux médecins prescripteurs, il place le biologiste médical au centre du parcours patient, capable de mesurer, analyser et donner une orientation prédictive. Cette capacité à délivrer une analyse toujours plus pertinente ouvre une nouvelle dimension pour le biologiste médical, celle d'un accompagnement plus préventif et personnalisé. ■



---

# ANALYSES ET VISIONS DES POLITIQUES

---

Les hommes politiques qui contribuent à cet ouvrage s'entendent logiquement sur un point commun, la responsabilité territoriale. C'est le credo de **Cédric Arcos** (p. 44) qui estime entre autres propositions que notre système de santé a besoin de territoires plus autonomes et qu'il faut faire confiance aux acteurs de terrain. **Ghislaine Alajouanine** (p. 6) pense qu'il est temps pour la télémédecine, après une période expérimentale de s'institutionnaliser. Tout en insistant sur la promesse républicaine de l'accès égalitaire aux soins qu'il faut tenir, **Philippe Vigier** (p. 48) va exactement dans le même sens en ajoutant un engagement à prendre, la valorisation de toutes les catégories de soignants. De son côté, **Franck Louvrier** (p. 50) insiste sur le rôle des maires pour réussir une politique d'accès aux soins adaptée aux territoires. Quant à l'**Association des maires de France** (p. 54), elle passe en revue les mesures territoriales qui pourraient gommer les déserts médicaux et ouvre une réflexion tout à fait intéressante à propos des conséquences de l'organisation d'un territoire ou d'une ville sur la manière collective et individuelle de prendre en compte la santé humaine.



Conseiller technique santé au cabinet de la Première ministre depuis le 26 mai 2022

Ex-directeur général adjoint santé de la région Île-de-France

Maître de conférences en politique de santé à Sciences Po Paris

**LA CRISE SANITAIRE  
A RÉVÉLÉ UN ÉLÉMENT CLÉ :  
LA NÉCESSITÉ D'APPRÉHENDER  
LA SANTÉ DE MANIÈRE GLOBALE  
ET D'INTÉGRER LA SANTÉ  
DANS L'ENSEMBLE DES  
POLITIQUES PUBLIQUES.**

## Notre système de santé a besoin de territoires plus autonomes et de faire confiance aux acteurs de terrain

**Cédric Arcos**

### Quelle est la situation des soins primaires dans la région Île-de-France ?

En Île-de-France comme dans les autres régions françaises, la question de l'accès à des soins de qualité, partout et pour tous, est devenue une préoccupation centrale. Malgré des structures hospitalières parmi les meilleures au monde et d'un réseau dense de professionnels de santé libéraux comme hospitaliers, les dernières années ont vu apparaître de fortes inquiétudes, sous l'effet du départ en retraite de nombreux professionnels, d'une augmentation constante des besoins de santé de la population mais aussi sous l'effet d'un déficit d'attractivité et de fidélisation des métiers de santé. C'est ainsi que le territoire francilien est progressivement devenu le premier désert médical français, rendant indispensable le déploiement de nouvelles politiques et de nouvelles stratégies impliquant tous les acteurs. Pour le Conseil régional Île-de-France, la santé s'est ainsi imposée parmi les enjeux majeurs de son action, non seulement pour répondre aux besoins de prise en charge de ses 12 millions d'habitants, mais aussi pour lutter contre les fractures territoriales et sociales. C'est ainsi que des actions fortes ont été mises sur pied en partenariat fort avec les pouvoirs publics comme avec

les autres collectivités, afin de soutenir l'installation des professionnels de santé sur notre territoire mais aussi de les fidéliser en leur proposant des solutions concrètes en matière de logement, de transport, de gardes d'enfant ou encore de sécurisation de leur activité. Au-delà, c'est une action globale que poursuit la Région Île-de-France, en intégrant les enjeux de santé dans l'ensemble des politiques dont elle a la charge (formation, développement économique, recherche, sport, environnement...) et en faisant de la santé un enjeu d'attractivité et de cohésion du territoire.

### Que pensez-vous de la « répartition » des responsabilités ?

La crise sanitaire que nous venons de traverser a livré de multiples enseignements, parmi lesquels l'absolue nécessité de coordonner les interventions, les politiques et les responsabilités. La surmortalité très importante constatée en Seine-Saint-Denis a ainsi confirmé que pour protéger la population, c'est une approche globale des questions de santé qu'il faut à présent déployer et qu'agir pour la santé c'est non seulement répondre aux besoins aigus de santé, mais c'est aussi agir pour améliorer les conditions de logement, pour développer l'accès à la prévention,

ou encore pour systématiser les démarches « d'aller vers » permettant de recréer du lien entre la population et son système de santé. Ainsi, à une vision des politiques de santé d'abord centrée sur l'offre de soins doit désormais succéder une vision plus large et partagée des responsabilités, car c'est bien par la coordination de tous les acteurs, entreprises comme acteurs publics, et de tous les professionnels, que l'état de santé de nos concitoyens pourra s'améliorer durablement.

**Justement, quels problèmes a révélé la crise sanitaire née de la pandémie ? A-t-elle été l'occasion de créer de nouvelles pratiques ?**

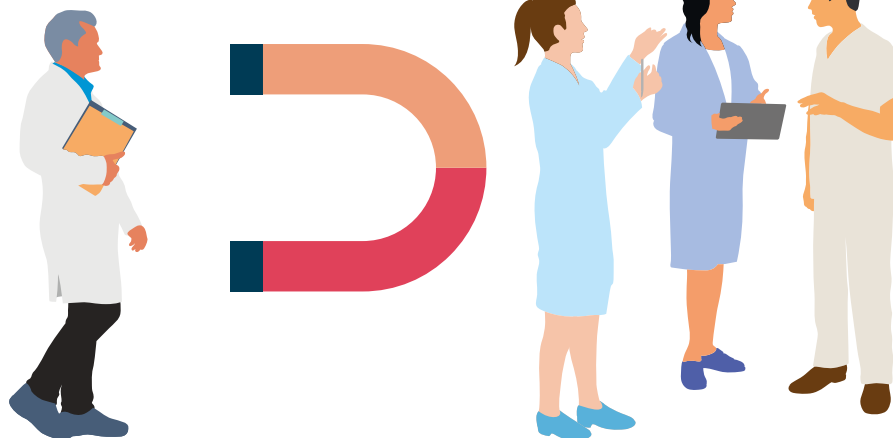
À l'occasion de la pandémie, notre système de santé a été soumis à une pression considérable et assez inédite. En dépit de la puissance des vagues successives, nos professionnels de santé ont tenu bon et c'est d'abord leur engagement, leur esprit de responsabilité et leur capacité à innover que nous devons retenir pour les années à venir. Demain, cet « esprit de la crise sanitaire » devra être conservé et même approfondi, en ce sens que le système de santé devra donner plus de place à l'autonomie des acteurs de santé et leur offrir des organisations plus souples, leur permettant d'adapter les solutions aux besoins spécifiques qu'ils rencontrent.

Au-delà, la crise sanitaire a révélé le besoin accru d'approches et de politiques territoriales. Toutes les régions n'ont pas connu la même situation et n'ont pas déployé les mêmes stratégies. Loin de constituer un obstacle ou un danger, cette différenciation a, à l'inverse, permis à notre système de tenir bon. Demain, cette réalité territoriale devra mieux

être prise en compte et de plus larges marges de manœuvre être accordées aux acteurs de terrain, dans une logique de différenciation et d'efficacité des politiques déployées.

Enfin, je retiens de cette crise le besoin de généraliser les coopérations à tous les étages de notre système de santé et la nécessité de faciliter les innovations : nouvelles responsabilités pour tous les professionnels de santé dans une logique de compétences élargies ; coopérations entre l'État et les collectivités locales pour investir de nouveaux pans de la politique de santé ; association plus large des entreprises pour

intensifier les actions de prévention ; renforcement des investissements pour préparer les innovations de demain, notamment dans les biothérapies et l'intelligence artificielle. C'est donc bien une politique de santé globale qui doit émerger dès à présent. Déjà, de nouvelles pratiques ont émergé, à l'instar de la place qui est désormais celle de la télémédecine dans notre système de santé, ou encore des actions de dépistage et de vaccination au plus près de la population.





**Quels éléments vous semblent nécessaires pour avoir un accès égalitaire aux soins et quelles sont les évolutions indispensables ?**

Au-delà des évolutions déjà évoquées précédemment, notre système de santé a besoin de davantage de responsabilité et d'autonomie. C'est un changement profond de logiciel qui doit, à ce titre, être enclenché, afin que tous les professionnels de santé et toutes les structures ayant un impact sur la santé puissent agir et décider de leurs actions comme de leurs organisations, au plus près des besoins de la population. Une approche par contrats et objectifs serait sans doute une voie intéressante à suivre, qui permettrait plus de souplesse et de créativité.

Pour cela, une autre évolution indispensable est celle relative à la politique de régulation. Faire confiance au terrain nécessite en effet de repenser les outils de contrôle et d'évaluation afin de mesurer la bonne atteinte des objectifs de santé publique et garantir que les actions mises en œuvre sont bien conformes aux principes comme aux valeurs de notre système de santé.

Enfin, je crois profondément qu'un nouveau rôle doit être reconnu aux patients, qui doivent devenir les boussoles de notre système de santé et participer plus fortement à son pilotage comme à son évaluation. De nombreux pays se sont d'ores et déjà engagés dans cette voie et je crois que la France a toutes les ressources et toute l'énergie sur le terrain pour devenir une véritable nation de santé publique.

## L'AVENIR DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ EST CELUI DE LA COOPÉRATION À TOUS LES ÉTAGES ET ENTRE TOUS LES ACTEURS.

**Pour conclure, quelles sont pour les solutions qui pourraient aider à résoudre le problème de la désertification médicale ?**

Il n'y a malheureusement pas de solution miracle au problème

de la désertification médicale, tant il s'agit d'un sujet complexe et protéiforme. Néanmoins, il me semble que plusieurs leviers devraient être activés, aux différents étages de notre système de santé. En premier lieu, une plus forte délégation de tâches et de responsabilités doit être initiée afin de recentrer chaque professionnel de santé sur les actes où il a la plus forte valeur ajoutée. L'exemple de la crise sanitaire, qui a vu notamment un rôle accru pour les infirmiers ou les pharmaciens doit nous servir de guide à l'action. Ensuite, il nous faut pousser au maximum les feux sur la notion d'équipe de santé et donner aux acteurs tous les outils nécessaires en adaptant les modes de rémunération à ces dynamiques collectives. Incontestablement, l'avenir de la santé est un avenir collectif. Surtout, apporter des solutions aux déserts en santé, c'est développer une nouvelle politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels de santé et rendre possible de nouvelles organisations, à l'instar des consultations avancées et mobiles par exemple. Enfin, je crois que les innovations technologiques doivent davantage être prises en compte car, si la machine ne remplacera jamais la relation humaine, les solutions aujourd'hui offertes par les outils numériques sont des pistes intéressantes. Télémedecine, utilisation de l'intelligence artificielle, plateformes de simulations, systèmes de réalité virtuelle, ces innovations jouent déjà et auront de plus en plus un rôle prépondérant dans les années à venir. ■

## REPÈRES

La e-santé, ou santé électronique, décrit l'ensemble des moyens et services liés à la santé qui utilisent les nouvelles technologies de l'information et de la communication. La e-santé fait appel à Internet, aux applications pour smartphones et aux objets connectés.







Biologiste, docteur en pharmacie

Député centriste d'Eure-et-Loir  
et membre de la commission des affaires sociales

Rapporteur pour la Commission d'enquête  
sur l'égal accès aux soins des Français  
sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité  
des politiques publiques mises en œuvre  
pour lutter contre la désertification  
médicale en milieu rural et urbain

**LES TROIS CLÉS D'UNE SANTÉ  
DE QUALITÉ POUR TOUTES  
ET TOUS, C'EST LA VALORISATION  
DES SOIGNANTS, LA POURSUITE  
DU MAILLAGE TERRITORIAL,  
LA CONFIANCE QU'IL FAUT  
ACCORDER AUX ACTEURS DE  
SANTÉ DANS LES TERRITOIRES.**

## Accès égalitaire aux soins, une promesse républicaine à tenir

**Philippe Vigier**

**La réponse à la demande de soins primaires est un des problèmes importants de la santé publique en France. Quelle est la situation sur le territoire dont vous avez la charge ?**

La réponse à la demande en soins primaires est un des challenges les plus importants à relever pour faire en sorte que l'accès aux soins s'améliore en France. La désertification médicale concerne tout le territoire en métropole, et la Région Centre-Val de Loire est la première touchée. L'offre de soins est à la fois insuffisante et disparate. Pour sortir par le haut de cette situation, il faut radicalement changer notre système, abattre les mécanismes qui conduisent à la fracture médicale et adopter un nouveau logiciel. Au-delà du *numerus clausus* désormais supprimé, il faut permettre d'expérimenter plus au niveau local, oser de nouvelles pratiques, s'ouvrir à de nouveaux modes de tarification pour les professionnels de santé et augmenter les délégations de tâches.

**Les questions de santé sont-elles vraiment prioritaires pour les Français ?**

Les questions de santé font partie des trois priorités absolues pour les Français. Dans ma région, 25% des habitants n'ont pas de médecin traitant. Et cela sur tout le territoire, ce n'est pas uniquement la ruralité qui est concernée. Le phénomène est absolument partout.

**Face à ces graves difficultés, comment analysez-vous l'organisation du système de santé ?**

Il y a eu une très bonne décision, la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, concernant le maillage territorial santé. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont été créées pour améliorer la coordination des soins au bénéfice des patients, en associant des professionnels de premier et de deuxième recours (médecins généralistes et autres spécialités, infirmières, etc.), et, le cas échéant, des acteurs médico-sociaux ou sociaux, pour travailler à l'amélioration des parcours de santé de la population à l'échelle d'un territoire. C'est dans cette direction qu'il faut aller : la mise en réseau de tous les acteurs, qu'ils soient publics ou privés. Le maillage régional des CPTS, à partir des connaissances des besoins de santé des populations, va permettre une prise en charge de tous les aspects de la santé du quotidien, la prévention, le curatif, les soins non programmés, la télémédecine, la vaccination... Les prouesses réalisées avec la vaccination doivent absolument être poursuivies. C'est une des priorités. Il n'y a qu'un tiers du maillage des CPTS qui est fait à l'heure actuelle, malgré les financements de l'ARS, de la MSA ou d'autres mutuelles. C'est insuffisant.

**Vous évoquiez la vaccination et indirectement ce qui vient d'être vécu à l'occasion de la séquence de la Covid-19.**

**Est-ce que, à votre sens, cette crise sanitaire a permis de révéler des problèmes et de faire apparaître de nouvelles solutions ?**

La pandémie de la Covid-19 a, entre autres choses, révélé qu'en matière d'accès aux médicaments, nous sommes dans une dépendance extrême, et que les métiers de la santé étaient mal rémunérés et peu reconnus. Il a fallu mettre beaucoup d'argent afin de revaloriser les personnels (Ségur de la santé). Un plan d'investissement majeur de désendettement et d'investissement pour les hôpitaux de 30 milliards d'euros a été initié, il faut continuer.

Par ailleurs, de nouvelles pratiques sont en train d'émerger, c'est évident. La pandémie a montré que le rapprochement public privé était l'avenir, ainsi que la prévention. Je pense d'ailleurs que c'est une nouvelle architecture de soins qu'il faut imaginer, encore plus intégrée, entre public et privé. On voit bien ce qui se passe sur les Ehpad : on ne peut pas continuer avec des établissements qu'on ne contrôle pas suffisamment et on ne peut pas confier l'ensemble de la prise en charge aux seuls établissements publics. Ce qui doit nous guider, c'est la qualité de la prise en charge et des soins qui doit être le premier critère.

La crise a révélé également le manque de personnels de santé. Il faut augmenter les formations et lancer un plan de recrutement massif pour les établissements.

**À propos de votre vision pour demain concernant l'accès égalitaire aux soins, est-ce qu'il serait possible, souhaitable, envisageable d'imaginer une politique de santé, « de qualité pour toutes et tous » quoi qu'il en coûte, pour reprendre un mot connu ?**

J'observe que nous sommes déjà dans le *quoi qu'il en coûte*. Pour la crise de la Covid-19, c'est 7 milliards d'euros rien que pour les tests. Et je ne parle pas de la vaccination. En France, contrairement à d'autres pays d'Europe, tout est gratuit ou presque en matière de santé. C'est notre engagement, notre modèle, mais c'est un poids énorme à supporter. Pour y parvenir,

« L'arrivée du numérique et ses applications va bousculer notre système. »



il y a des économies à faire, il y a des investissements à faire, il y a des rapprochements à imaginer, c'est de l'ordre de l'organisationnel. Moins de strates inutiles et plus de soignants à l'hôpital. L'arrivée du numérique et ses applications va bousculer notre système. « Mon espace santé » est une belle application et elle va permettre d'aller de l'avant. Améliorer le parcours patient, alléger les tâches administratives des médecins et faire des économies.

La téléconsultation fait aussi partie des solutions accessibles pour faciliter l'accès aux soins. Elle ne peut pas répondre à tous les besoins mais, à condition d'être exigeant sur la qualité, pour les soins de premier recours, c'est une solution qui doit être mise en place. Ça ne sert à rien de déplacer des personnes âgées sur 50 km pour faire un examen hospitalier qui pourrait être réalisé en télé-médecine.

**Nouvelles organisations, promesses du numérique, perspectives positives... vous êtes optimiste pour l'avenir de la santé en France.**

À condition de bien discerner ce qu'il convient de prioriser. Il n'y a jamais eu autant d'argent consacré à la santé. Il y a eu un effort considérable, inédit depuis vingt ans, notamment à travers les investissements dans les hôpitaux. Pour moi, les trois clés d'une santé de qualité pour toutes et tous, c'est la valorisation des soignants – de toutes les catégories de soignants –, la poursuite du maillage territorial, et la confiance qu'il faut accorder aux acteurs de la santé dans les territoires. ■



Maire de La Baule-Escoublac  
2<sup>e</sup> Vice-président du Conseil régional  
de la Région Pays de la Loire

**LA PANDÉMIE NOUS A PERMIS  
DE RÉORGANISER NOS ACTIONS  
DE SANTÉ LOCALE POUR  
UN MEILLEUR ACCÈS AUX SOINS  
POUR NOTRE POPULATION  
LA PLUS FRAGILE.**

## L'accès aux soins en France

### Franck Louvrier

**Quelle est la situation en matière d'accès aux soins primaires sur votre territoire ? Les demandes des patients sont-elles satisfaites ? Avez-vous été contraint d'agir pour les satisfaire (maisons de santé, action vis-à-vis des internes...)?**

Comme beaucoup de villes littorales, notre commune vit au rythme d'une population qui compte 17 000 à 18 000 habitants en hiver et croît à 180 000 en été. Cette grande élasticité est à l'origine d'une variabilité des demandes en matière de soins selon la saison.

Par ailleurs, près de de moitié de la population de La Baule-Escoublac a plus de 60 ans, ce qui peut nécessiter un recours plus important et plus fréquent aux soins.

Malgré l'attractivité de notre territoire, nous sommes nous aussi touchés par la désertification médicale et l'absence d'offre de soin s'aggrave avec le temps. De moins en moins de médecins souhaitent s'installer et avoir une pression forte en matière de patientèle.

Si les soignants ne semblent pas sensibles à l'attractivité de notre territoire, c'est d'abord lié à la disponibilité et au coût du foncier, mais aussi à l'exigence de la clientèle, plus âgée que sur d'autres territoires.

Enfin, le centre hospitalier le plus proche, Saint-Nazaire, est éloigné d'une vingtaine de kilomètres. Pour répondre en partie à cette situation d'insuffisance, nous avons engagé un projet de création d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) et avons acquis pour cela il y a un an, une ancienne

#### SITUATION MÉDICALE À LA BAULE-ESCOUBLAC

##### Professions médicales :

- Médecins généralistes : 17 (↓)
- Spécialistes : 13 (↓)
- Autres professions : 82 (↓)
- Chirurgiens-dentistes : 12 (=)
- Pharmacies : 9 (↓)

##### Taux d'équipement en professionnels de santé pour 10 000 habitants :

- Médecins généralistes : 10,5 %
- Spécialistes : 8,1 %
- Autres professions : 50,8 %
- Chirurgiens-dentistes : 7,4 %
- Pharmacies : 6,2 %

maison médicale. Nous travaillons actuellement avec l'Agence Régionale de Santé et les professionnels de santé dans l'objectif d'ouvrir cette MSP dans les mois à venir. Cependant, cela demeure un projet complexe qui nécessite du temps pour sa mise en place.

Même si nous réfléchissons à d'autres initiatives, nous n'avons pas engagé d'autres actions pour le moment parce que la santé ne fait pas partie des compétences communales mais est portée par l'État et par la région.

**La crise sanitaire a-t-elle permis de révéler des problèmes ? De quels ordres ? A-t-elle été l'occasion de créer de nouvelles pratiques ? Quel bilan dressez-vous de la mise en place de la box de dépistage l'été dernier ?**

La crise sanitaire liée à la Covid-19 a révélé plusieurs éléments. Tout d'abord, un suivi médical qui n'était pas parfait pour certaines populations. Elle a aussi souligné une rupture numérique très forte, notamment auprès des personnes âgées qui ont éprouvé des difficultés, voire se sont trouvées dans l'incapacité de se connecter, par exemple pour prendre un rendez-vous pour se faire vacciner : ces personnes préfèrent utiliser les services de proximité offerts sur la commune à la place des services numériques. Enfin, les campagnes de vaccination ont révélé qu'une part importante de la population n'avait pas de couverture complémentaire (mutuelle). Nous avons fait une étude plus précise de ces personnes qui représentent près de 15% de la population : ce sont notamment des jeunes et des personnes âgées.

Face à ces multiples constats, nous avons essayé d'apporter des réponses. Tout d'abord, le CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) s'est occupé

des personnes isolées, le plus souvent des femmes âgées touchant des petites retraites et dont les liens familiaux sont éloignés, voire inexistants. L'accompagnement de ces personnes a concerné bien sûr les rendez-vous pour la vaccination, mais aussi une information régulière sur l'évolution de la situation sanitaire et les consignes en vigueur. Nous avons également mis en place, avec le CCAS, un écrivain numérique présent au CCAS et dans les mairies pour expliquer aux personnes comment utiliser le numérique, notamment pour effectuer des formalités administratives. Une action de pédagogie qui est désormais pérennisée.

Par ailleurs, nous travaillons actuellement à la création d'une mutuelle communale qui sera proposée à toute la population, pour répondre aux demandes des personnes qui n'ont pas les moyens de financer leur propre complémentaire de santé. Cette action sera présentée en conseil municipal cet été. La maison médicale sera aussi un interlocuteur précieux en



**CHAQUE VILLE A UNE ÉQUATION MÉDICALE PARTICULIÈRE ET NOUS SOMMES LES MIEUX PLACÉS POUR CONNAÎTRE NOS TERRITOIRES, LEURS SPÉCIFICITÉS ET LEURS BESOINS.**

matière de suivi des personnes éloignées de l'information, de la prévention et des soins.

Également, dès notre arrivée à l'Hôtel de ville en juillet 2020, dans le contexte tendu de crise sanitaire, nous avons mis en place le Comité de Veille et de d'Information Sanitaire (CVIS). Placée sous l'égide du Docteur Élisabeth Hubert, ancienne ministre de la Santé publique et de l'assurance maladie et résidente bauloise, cette structure consultative est composée d'une dizaine de professionnels des métiers de la santé (médecins, pharmaciens, infirmières...). Sa mission est d'informer les élus sur l'état sanitaire de la commune et de formuler des propositions quant aux orientations de la politique de santé locale. Le CVIS a ainsi été particulièrement utile dans la gestion de la crise sanitaire en permettant de prendre rapidement des mesures adaptées.

Avec justement le soutien du CVIS, nous avons mis notre énergie fin 2020 pour convaincre l'État de la nécessité d'installer un centre de vaccination sur la commune. La proportion de personnes âgées, éligibles rapidement à la vaccination, nécessitait un



## CENTRE DE VACCINATION DE LA BAULE-ESCOUBLAC

(15 février 2021-30 septembre 2021)

**100 119 injections (bassin de population  
± 70 000 personnes)**

**Temps moyen du circuit d'injection : 35 mn**

**Personnel :**

- 55 agents municipaux
- 25 agents contractuels
- 73 médecins
- 187 professionnels habilités à injecter (infirmiers, sage-femmes, vétérinaires, pharmaciens...)

**Consommation matérielle de soins  
médicaux :**

- 7,81 km de ruban sparadrap,
- 417 500 feuilles de papier,
- 105 l d'alcool à 70°,
- 16 600 carrés de tissu de coton,
- 331 l de gel hydroalcoolique,
- 26 500 lingettes désinfectantes...

**Coût total : 611 666,08 € dont :**

- 110 000 € Ville de La Baule-Escoublac
- 100 000 € CAP Atlantique
- 50 000 € Région des Pays de la Loire
- Solde : ARS

tel centre, qui a été opérationnel en février 2021, grâce aux moyens de la ville : mise à disposition d'un gymnase, du personnel nécessaire et de moyens ou équipement, par exemple de blouses pour les agents. Les campagnes de vaccination se sont correctement déroulées grâce à l'implication des soignants, et plus particulièrement des infirmières du territoire.

Enfin, nous avons, avant l'été 2021, installé une box de dépistage et de diagnostic. Cette opération était nécessaire, compte tenu de la forte croissance de la population touristique qui s'est essentiellement déplacée en France en 2021. Située à proximité de la gare, lieu stratégique pour les personnes arrivant ou quittant La Baule-Escoublac mais aussi au carrefour de tous les lieux de vie et lieux de nuits, cette box devait permettre à la fois aux jeunes enfants de se faire tester avant de rejoindre leurs grands-parents, mais aussi aux plus grands de se faire dépister avant de se réunir dans des lieux de convivialité. Elle a constitué une offre complémentaire de celle du centre de vaccination qui assurait également des tests de dépistage. La souplesse de la box, permettant les tests sans rendez-vous et avec des horaires d'ouverture différents, a été un réel soutien dans notre démarche de lutte contre la propagation du virus.

Globalement, cette crise sanitaire a révélé la capacité opérationnelle de notre pays à pouvoir se mobiliser face à un événement inédit et inattendu.

Le personnel médical a eu la force de pouvoir travailler de façon décentralisée et avec efficacité.

Elle a également renforcé le constat du « trou dans la raquette » dont souffre la France en matière de couverture médicale, tant en termes d'offres de soins que de suivi, avec des zones géographiques qui méritent d'y apporter une attention toute particulière

## Quelles sont vos grandes recommandations pour parvenir à un accès égalitaire aux soins ? Comment résoudre la question des zones sous-denses ?

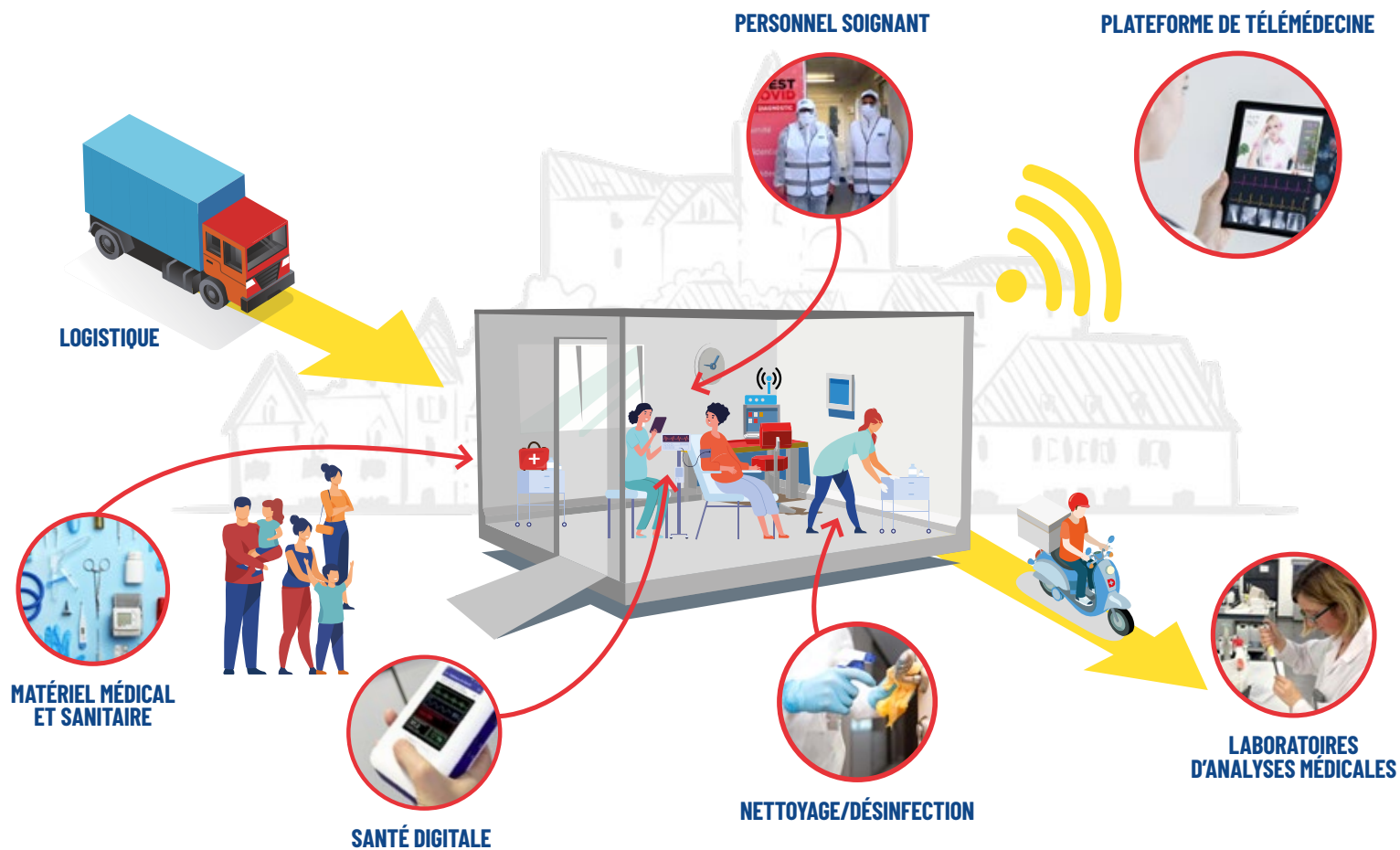
Selon moi, la situation serait nettement améliorée si la compétence santé était transférée vers les communes ou les intercommunalités, en étroite collaboration avec les régions. Chaque ville a une équation médicale particulière et nous sommes les mieux placés pour connaître nos territoires, leurs spécificités et leurs besoins.

La gestion de la crise sanitaire en est une belle illustration : les communes ont été un maillon central, notamment pour les campagnes de vaccination.

Il en est de même pour l'accueil de nouveaux médecins : le meilleur ambassadeur de sa ville c'est le maire !

Je pense aussi que nous avons un travail à faire en matière de développement technologique, pour développer et multiplier les solutions de soin à distance via des cabines médicales. Dans ce domaine, il nous faut être créatifs. ■

# ORGANISATION D'UNE SOLUTION DE TÉLÉMÉDECINE ET DE DÉPISTAGE EN 2021





L'Association des maires de France et des présidents d'intercommunalité est une association loi de 1901 créée en 1907 et reconnue d'utilité publique dès 1933. Elle compte plus de 34 000 adhérents.

**LES MAIRES ONT UN RÔLE PREMIER À JOUER DANS L'ORGANISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ, QUI DOIT INTÉGRER UNE DIMENSION PLUS DÉMOCRATIQUE. PAR AILLEURS, AU-DELÀ DE FAVORISER UN ACCÈS AUX SOINS, IL LEUR FAUT CRÉER DES VILLES QUI MAINTIENNENT EN BONNE SANTÉ.**

## L'organisation territoriale est centrale pour vivre en bonne santé

### Association des maires de France (AMF)

**L'Association des maires de France défend une position forte en ce qui concerne l'accès universel aux soins.**

Nous nous battons pour que chacun puisse accéder à des soins de qualité et à proximité. Ce qui passe par une plus forte démocratie en santé. Nous voulons que les maires de France soient présents à tous les niveaux : conseils territoriaux de santé, communautés professionnelles territoriales de santé, conseils d'administration des hôpitaux, groupements hospitaliers de territoire, programmes régionaux de santé... Ils seront à la hauteur de l'engagement dont ils ont fait preuve pendant la crise sanitaire. Il n'est pas possible de penser la refonte de la gouvernance des politiques de santé sans s'appuyer davantage sur l'échelle de proximité que représentent les communes et intercommunalités. Les maires connaissent les situations spécifiques de leurs communes et veulent que soient soutenues les initiatives locales, construites en partenariat avec les professionnels de santé, visant à favoriser l'accès à des soins en proximité (centres de santé, maisons de santé pluridisciplinaires) grâce à une réelle aide à l'ingénierie et des financements pérennes, notamment de la part de l'ARS. Le maillage des hôpitaux locaux, qui participent très efficacement au suivi des populations et stabilise l'exercice médical, en particulier dans les zones rurales doit être maintenu.

Une réflexion doit être menée avec les acteurs afin de rétablir la permanence des soins en ville, et de partager les obligations liées à celle-ci avec un nombre plus important de professionnels, par exemple en ayant recours à d'autres professionnels de santé (pharmaciens, spécialistes...), y compris ceux exerçant dans des structures privées ou encore en ayant recours à la télémédecine.

En contrepartie, il faut viser à dégager du temps médical aux médecins en les déchargeant de certaines tâches administratives, en s'appuyant sur les pratiques avancées des infirmiers ou en réduisant le nombre de visites médicales. Un travail est à conduire avec l'assurance maladie à ce sujet.

Par ailleurs, il est impératif d'encadrer la télémédecine, qui peut être une piste pour les territoires sous-dotés en offre de soins ou les Ehpad mais ne peut remplacer une présence médicale physique, d'autant plus que ce sujet doit être étroitement lié à celui de la couverture numérique puisque les inégalités d'accès en matière numérique pèsent, de fait, sur les inégalités d'accès à la télémédecine et/ou au télésoin.



**La question de la présence médicale physique est liée au problème du manque de généralistes. Les maires proposent des solutions pour que les jeunes médecins viennent s'installer dans un « désert ».**

Il faut réunir les conditions favorables pour le développement d'une offre de soins en proximité grâce à une action tournée vers les internes. Nous sommes convaincus que la formation, en particulier le développement de stages en dehors des hôpitaux, encourage fortement l'installation de jeunes professionnels de santé sur les territoires et nous plaidons pour le développement de stages de jeunes internes en dernière année d'étude dans les zones particulièrement sous-dotées en offre de soins, en particulier en médecine de ville. L'un des freins à lever consiste à augmenter le nombre de médecins aujourd'hui agréés pour être maîtres de stage. Il faut favoriser la mise en place d'internats territoriaux qui pourraient s'inscrire dans le cadre de la réforme du troisième cycle des études de médecine. C'est aux CHU de créer des conditions plus favorables d'échanges avec les élus locaux et d'évaluer davantage l'impact de leurs décisions sur les territoires, par exemple celle de ne plus ouvrir de postes d'internes qui a nécessairement un impact sur le territoire.

**La place des maires dans l'organisation du système de santé**

Bien qu'attaché au fait que la santé soit une compétence régaliennne, nous souhaiterions que les maires soient davantage associés à la définition de la stratégie nationale de santé et à l'élaboration des politiques de santé au niveau national. Il n'est pas normal que, au niveau régional, les élus

locaux ne soient pas en mesure de peser sur les priorités en matière de santé définies par les ARS. L'investissement fort des maires et présidents d'intercommunalité, doublé de leur parfaite connaissance de leur territoire justifie leur demande d'être très étroitement associés aux instances, schémas, contrats de santé ayant un impact sur leur territoire. Il faut repenser l'organisation des politiques de santé et que soit renforcée et reconnue l'échelle de proximité, correspondant au bassin de vie, qui aurait en charge la santé publique, la médecine hospitalière, la médecine de ville (notamment avec les communautés professionnelles territoriales de santé).

Cela suppose que la gouvernance des ARS soit revue en renforçant le rôle et les moyens des délégations départementales des ARS et en plaçant les ARS sous l'égide du préfet, qui a une approche plus globale du territoire et incarne l'interlocuteur direct et quotidien des maires.

**L'AMF porte l'impératif de la prévention et promotion de la santé : pour une ville qui maintient en bonne santé**

Les élus locaux sont de plus en plus convaincus que les déterminants de la santé publique ne dépendent pas exclusivement de l'accès à une offre de soins (même si ce point est bien entendu essentiel), mais d'un ensemble de facteurs relevant du cadre de vie. Ainsi, les enjeux de réduction des inégalités en santé appellent des réponses transversales et les maires sont les acteurs clés pour favoriser une « ville qui maintient en bonne santé » en prenant en compte les déterminants de santé : logement, habitat, accès aux espaces verts, à l'activité physique, etc.

Le développement des maladies chroniques implique le besoin de développer des services adaptés aux nouveaux besoins en santé. Il faut donner plus de visibilité à l'expérimentation menée en matière de responsabilité populationnelle dans cinq territoires préfigurateurs (la Cornouaille, le Douaisis, l'Aube et le Sézannais, les Deux-Sèvres et la Haute-Saône, autour du diabète de type II et de l'insuffisance cardiaque), qui doit être étendue à d'autres territoires volontaires. C'est un formidable outil qui invite tous les acteurs d'un territoire à partager la responsabilité de la prise en charge des besoins en santé des personnes à risque, en valorisant les politiques de prévention, qui redonne du sens au travail des professionnels de santé et qui permet de lutter contre le renoncement aux soins.

Considérant que la crise sanitaire a entraîné une prise de conscience des enjeux liés à la santé mentale, l'AMF souhaite favoriser le déploiement des conseils locaux en santé mentale (CLSM), en garantissant une meilleure prise en charge financière du coût des coordinateurs de ces conseils. La grande implication des élus locaux est un levier de réussite important pour le déploiement des politiques de santé mentale. ■

*Nota bene*

*Le présent article est une synthèse d'un document public publié le 17 mars 2022 par l'AMF sous le titre Présidentielle 2022, LES MAIRES ACTEURS DE SANTÉ, Les propositions de l'AMF.*



---

# LA SOCIÉTÉ CIVILE S'ENGAGE DANS LA SANTÉ PUBLIQUE

---

Un des faits marquants et probablement majeur de la nouvelle organisation de la santé, c'est l'implication d'entreprises, privées ou publiques, qui prennent des initiatives qui ne sont pas directement liées à leur cœur de métier. Elles ont en commun de recevoir du public, beaucoup de public, dans une durée limitée. Ainsi, dans les gares ferroviaires qui reçoivent 10 millions de passagers tous les jours, **Marlène Dolveck** (p. 58) nous dévoile une passionnante vision de la société de demain, faite de mobilité, de numérique et de relations humaines fluides. Ce public de passage, **Claude Atcher** (p. 60) le prend en compte, pour la Coupe du monde de rugby 2023, bien au-delà des contraintes réglementaires et prépare des initiatives qui mettent en avant la protection des personnes et la prévention des maladies. Avec ses avions de ligne, **Marc Rochet** (p. 63) a expérimenté en collaboration avec le SAMU de Paris et notamment avec le Dr Lionel Lamhaut (p. 32) les évacuations sanitaires d'envergure et s'est lancé dans l'approfondissement de la télémédecine embarquée.



Directrice générale  
de SNCF Gares & Connexions

**DEPUIS LA PANDÉMIE, LA GARE A ENDOSSÉ UN NOUVEAU RÔLE : PERMETTRE LA LIBERTÉ DE MOUVEMENT DE TOUS, EN ASSURANT LA SÉCURITÉ SANITAIRE DE SES CLIENTS. LE DÉVELOPPEMENT DE DISPOSITIFS PÉRENNES EST UNE PRIORITÉ POUR SNCF GARES & CONNEXIONS, QUI CONSIDÈRE QUE NOS GARES PEUVENT AUSSI ÊTRE DES TRAIT D'UNION ENTRE LE PATIENT ET LE MONDE MÉDICAL, AU SERVICE DES TERRITOIRES, VIA LA MISE EN PLACE DE PÔLES DE SANTÉ.**

## Les gares ouvrent leurs portes aux prestations de santé

**Marlène Dolveck**

**Pouvez-vous décrire le champ de la responsabilité sanitaire de la SNCF, dont les gares accueillent tous les ans plus d'un milliard et demi de personnes ? Quels sont les dispositifs, les engagements et les exigences réglementaires ?**

SNCF Gares & Connexions est responsable chaque jour de l'accueil de plus de 10 millions de voyageurs et visiteurs au sein des 3000 gares réparties sur tout le territoire. Il incombe donc à l'entreprise d'offrir un service public de qualité aux clients, transporteurs et collectivités. La fiabilité de l'information voyageurs, ainsi que la mise à disposition d'espaces propres, sûrs et confortables sont les critères de qualité de ce service public.

Les voyageurs ont besoin de gares pratiques, où ils peuvent attendre en toute sécurité et profiter de commerces diversifiés, participant à notre mission de service public. Dans cet esprit, au cours de la crise sanitaire, les gares ont continué à vivre a minima pour permettre d'assurer les déplacements des personnes exerçant un métier de première nécessité. Le maintien du service essentiel en gare n'a ainsi jamais cessé.

Dès le 11 mai 2020, date de levée progressive du confinement imposé dans le cadre de la crise de la Covid-19, notre action visait à reprendre une activité normale dans nos gares pour en faire des lieux toujours aussi sûrs, dans lesquels voyageurs et agents se sentent protégés. Piliers de l'activité en gare et repères pour les voyageurs, nos commerces ont pu rouvrir le jour même du déconfinement. Enfin, l'amélioration de la situation sanitaire et la hausse de la fréquentation ont permis le retour des pianos en gare, auxquels les voyageurs sont particulièrement attachés. Ils participent en effet de l'animation de nos espaces, pour en faire un véritable lieu de rencontres et de vie.

**La crise sanitaire née de la pandémie a-t-elle permis de révéler des problèmes particuliers ? Comment y avez-vous fait face ? Comment vos clients, vos personnels ont réagi, agi ensemble, adhéré ou rejeté vos dispositions ? Qu'avez-vous découvert ? Quelles sont vos satisfactions ? Vos regrets ?**

Le caractère soudain de la crise sanitaire nous a imposé d'être particulièrement réactifs pour être fidèles à notre mission de service à tous les publics et garantir les meilleures conditions d'accueil et de protection en gare. Cela n'aurait été possible sans

l'étroite collaboration des pouvoirs publics, de l'ARS, mais également du Groupe SNCF.

Durant cette crise, les gares, lieux de vie, sont restées accessibles aux voyageurs qui ont été accueillis, informés, rassurés et orientés vers les services transporteurs, avec trois mots clés: assistance, bienveillance et réassurance.

Notre mission était d'accueillir tous les voyageurs, en renvoyant ceux qui n'avaient pas de pass sanitaire vers les centres de dépistage de la gare. La gare a alors endossé un nouveau rôle: celui de permettre la liberté de mouvement de tous, tout en assurant la sécurité sanitaire de ses clients, en toute sérénité.

Le haut niveau de transmissibilité du virus nous a bien sûr forcés à repenser les espaces des gares pour les adapter afin d'organiser les flux voyageurs en toute sécurité. Cela s'est concrètement mis en place via divers dispositifs. D'abord, des marquages au sol ont été déployés pour favoriser l'orientation des voyageurs. Les quais de nos gares ont été recouverts de ronds blancs et de symboles pour permettre le meilleur respect de la distanciation physique.

Notre action ne s'est toutefois pas bornée à l'aménagement des espaces en gares, mais a été pensée à tous les niveaux: désinfection des surfaces, bornes de gel hydroalcoolique, annonces sonores et affiches pour rappeler la nécessité des gestes barrières ou encore, la mise en place du contrôle du passe sanitaire.

La vérification du pass sanitaire a fait l'objet d'un dispositif massif déployé entre août 2021 et février 2022, avec 14 grandes gares concernées, parmi lesquelles les gares parisiennes, Bordeaux, Lille, Marseille ou encore Montpellier. Le défi pour tous nos agents en

gare a été à la fois l'organisation de ces contrôles (grâce à des équipes fixes et mobiles, en gare et sur les quais voyageurs), l'orientation des voyageurs vers les centres de dépistage quand cela était nécessaire et l'accompagnement quotidien de nos voyageurs dans un contexte pandémique inédit. Ce sont au total 1,8 million de bracelets bleus coupe-files qui ont été distribués, ainsi que plus de 35 000 tests réalisés (20 000 via les box Loxamed et 10 000 dans les pharmacies).

Lieux de prévention ou de diagnostic, les gares ont renforcé leur place centrale dans la vie sanitaire de nos clients.

### **Zones de mobilité par définition, les gares ont-elles vocation à s'engager plus avant dans les soins sanitaires ?**

**La gare a-t-elle pour vocation à accueillir, sur le plan de la santé, des personnes qui ne sont pas directement liées aux activités de transport : voisins, touristes, SDF, citoyens avec des besoins de consultations à satisfaire ?**

L'intensité de la crise sanitaire a nécessité de faire appel à des solutions rapides et innovantes pour répondre au besoin de dépistage... C'est un format d'accès à la santé « sur-mesure » que les gares ont eu l'opportunité d'offrir pour faciliter le quotidien des voyageurs.

Le développement de dispositifs pérennes est une priorité pour SNCF Gares & Connexions, qui considère que nos gares peuvent aussi être des traits d'union entre le patient et le monde médical, au service des territoires, via la mise en place de pôles de santé.

Le maillage territorial des 3000 gares françaises pourrait aider à répondre aux enjeux des déserts médicaux grâce au déploiement de centres de consultations pluridisciplinaires (et télémédecine), pour offrir un parcours de soins complets aux patients, en couvrant également les dispositifs de médecine préventive et des soins de proximité.

Dans notre mission d'utilité publique, les services de santé ont toute leur place à prendre en gare, permettant d'une part la facilitation de l'accès des patients aux soins (notamment pour les voyageurs pendulaires) et d'autre part la venue de médecins de plus grands pôles de santé dans des villes secondaires.

À titre d'exemple, un cabinet d'ophtalmologie a récemment ouvert dans une gare francilienne permettant des consultations sans prise de RDV. Loin d'être un cas isolé, 7 pharmacies, 3 laboratoires et 4 centres de consultations sont ouverts en gare et leur nombre s'étoffera prochainement. L'exemple de Dunkerque est éloquent quant à la vision que nous portons. En partenariat avec Sagéo, et reposant sur six pôles que sont cabinets médicaux, paramédicaux, télémédecine, radiologie, laboratoire, ainsi qu'urgences non programmées, la maison de santé de la gare est un projet porteur. En lien avec les collectivités, ce type de projet a vocation à ouvrir la gare sur la ville et à renforcer l'accès aux services de santé: des maisons de santé en gare, ouvertes à tous, un autre exemple de l'illustration de notre travail quotidien au service de notre mission de service public. ■



Directeur général du comité d'organisation de la Coupe du Monde de Rugby France 2023

**POUR LA COUPE DU MONDE DE RUGBY FRANCE 2023, L'UN DES PLUS GRANDS ÉVÉNEMENTS SPORTIFS AU NIVEAU MONDIAL, LES QUESTIONS LIÉES À LA SANTÉ NE SONT PAS EN MARGE DE LA COMPÉTITION. NOUS ALLONS PLUS LOIN QUE LA RÉGLEMENTATION NE L'IMPOSE, NOUS SOMMES AGUERRIS PAR LA CRISE SANITAIRE, NOUS AVONS LA VOLONTÉ DE PROMOUVOIR LA SANTÉ PAR LE SPORT ET NOS VALEURS RUGBYSTIQUES POUR LA SOCIÉTÉ.**

## La santé, invitée de marque de la Coupe du Monde de Rugby France 2023

**Claude Atcher**

**Pouvez-vous nous rappeler vos obligations réglementaires en matière sanitaire en tant qu'organisateur de la Coupe du Monde de Rugby France 2023 ?**

Nous avons plusieurs niveaux de responsabilité, certaines vont plus loin que la réglementation, que je classe par familles. Nous avons une première responsabilité vis-à-vis des joueurs, des 660 joueurs qui viennent participer à la Coupe du monde. On a un dispositif sanitaire et médical qui va du dispositif « jour de match », où nous mobilisons 22 spécialistes sur le terrain et dans l'infirmerie installée dans le stade, susceptibles de répondre à tous les problèmes de blessures, de commotions, de chocs qui concernent la santé du joueur. Notre équipe dédiée est pilotée par un médecin régulateur, souvent un urgentiste, car la capacité à décider et intervenir rapidement est capitale. Le deuxième dispositif, toujours dans les stades, concerne les spectateurs. Nous sommes là soumis à la réglementation française « santé – secours », nous avons un certain nombre d'infirmiers, de secouristes, de médecins – il y a un ratio par nombre de spectateurs –, d'ambulances... qui permettent de traiter les problèmes de santé, d'accidents pouvant survenir dans un stade : un spectateur qui tombe dans un escalier, un spectateur

qui fait une crise cardiaque, voire plus grave. Enfin, troisième niveau de responsabilité, nous avons un partenariat avec l'État, un dispositif global, sanitaire, plan Orsec, plan rouge, etc. qui concerne tous les visiteurs qui vont venir dans les villes. Nous étudions ainsi, avec le ministère de l'Intérieur, les postes de sécurité civile à installer, autour des stades, en fonction des flux de population.

Nous avons donc ces trois niveaux, en fonction des familles. Nous en avons un quatrième, issu de la crise sanitaire, un dispositif de veille avec l'État, sur le suivi et l'évolution de la pandémie à la fois en France et dans le monde. Nous avons en permanence accès à des informations partagées par les différents pays sur l'évolution de la crise, des variants pour anticiper autant que possible, à trois mois, six mois, et prendre les meilleures décisions possibles.

Nous travaillons sur l'ensemble de ces questions sanitaires depuis environ deux ans, ce qui nous permet d'avoir aujourd'hui une vision globale, certes toujours en évolution, mais qui est de plus en plus stable, encadrée et sous contrôle. Nous avons par exemple des stratégies avec l'État pour faire face aux risques d'attaques chimiques, d'attaques terroristes. Nous sommes dans un contexte de préparation et d'anticipation pour protéger au mieux l'ensemble des

familles qui viennent participer à la Coupe du monde de rugby. Protéger, rassurer, accompagner les spectateurs, les joueurs, leur offrir la garantie que tout a été fait pour leur sécurité et tranquillité. Ceci bien entendu en dehors du dispositif médical de chaque équipe.

### **Vos dispositifs sont finalement en totale conformité avec ce que prévoit la réglementation classique...**

Sur la partie secours santé spectateurs, nous sommes effectivement totalement conformes. En revanche, pour les dispositifs concernant les joueurs, c'est nous qui les avons mis au point. C'est nous qui avons placé le curseur au niveau de l'excellence en matière de protection des joueurs, sans référence à une quelconque réglementation. Nous allons au-delà des recommandations de la Fédération internationale. Nous avons tout prévu –un neurologue, un dentiste, un ophtalmo, que sais-je encore ?– pour que, quoiqu'il arrive au joueur, nous ayons sur place un spécialiste qui puisse rapidement poser un diagnostic et le cas échéant traiter la blessure ou l'accident. Le rugby est un sport de combat collectif, nous devons tout faire pour préserver la santé des joueurs. Pour aller dans le même sens, nous avons imposé une innovation importante concernant la durée de la compétition. Nous avons décidé d'augmenter cette durée d'une semaine parce que nous voulons absolument que chaque joueur, quelle que soit son équipe nationale, ait au minimum cinq jours de repos entre deux matchs. Nous sommes en permanence dans la recherche de la protection de la santé des joueurs et ce n'est pas nouveau. Le dispositif «jour de match» date de 2007.

### **Rallonger la compétition d'une semaine n'est pas neutre économiquement...**

Bien sûr, il y a d'importants coûts supplémentaires, les contrats de travail, les hôtels, la restauration... Nous avons pris la décision de concert avec la Fédération internationale et nous en assumons parfaitement le coût.

### **Est-ce que les dispositifs que vous allez déployer ne vont pas être trop contraignants, notamment pour les joueurs ? On se souvient par exemple qu'aux derniers Jeux olympiques au Japon puis en Chine, l'ambiance était plombée par des mesures nécessaires mais draconiennes.**

On sort d'une époque où le dispositif qu'on appelait la zone rouge était intransigeant en matière de protection de l'espace de vie des joueurs à l'intérieur des stades. Qui que ce soit ne pouvait pénétrer dans cette zone s'il ne présentait pas un pass sanitaire et un contrôle PCR du jour même. Cela concernait les vestiaires, le terrain, trois ou quatre zones d'échauffement ou d'entraînement et a permis de limiter au mieux la contamination des joueurs. Aujourd'hui, on garde bien sûr cette référence en tête, on espère que l'on n'aura pas à l'activer sur la Coupe du monde de rugby. Nous avons tout de même un dispositif d'anticipation qui oblige de fournir la preuve de la vaccination de tous les joueurs qui vont participer à la compétition, en fonction des normes sanitaires qui peuvent évoluer. Nous ferons des contrôles très stricts sur ce plan. Cela étant, il est compliqué de savoir où nous en serons dans un an. Nous anticipons, nous faisons de la veille, nous structurons des scénarios

qui pourraient être activés rapidement en fonction de ce qui arrivera.

### **Est-ce que la crise sanitaire vous a inspiré de nouvelles initiatives ?**

La crise sanitaire a d'abord mis en avant la fragilité d'un système en matière de prise en charge. Je pense qu'elle a aussi levé quelques interrogations sur la problématique de santé. Les faits ont démontré globalement que les personnes les plus touchées étaient celles qui présentaient des comorbidités et des faiblesses d'origines diverses. Le sport s'en est trouvé renforcé dans sa capacité avérée à contribuer à une bonne santé et à développer des défenses immunitaires. Ensuite, la crise a permis de constater que nous étions agiles, que nous pouvions réagir rapidement, mettre en place par exemple des tests antigéniques quotidiens pour les équipes qui venaient en France, mobiliser l'ensemble de notre personnel pour faire des tests sanitaires lors des matchs de novembre au Stade de France, 80 000 personnes à contrôler. Une autre conséquence a été la prise de conscience qu'il fallait former nos personnels sur la prise en compte de ces questions de santé, les former au secourisme, à la prévention, à l'accompagnement des différentes familles qui vont venir à la Coupe du monde de rugby. Et finalement, l'enseignement le plus important de cette crise, c'est que nous avons pris conscience que nous devons rester en permanence en état d'agilité, que nous étions capables de nous adapter face à un danger sérieux et trouver des solutions à la hauteur. Il est difficile d'anticiper ce qui se passera demain mais





il est possible de se tenir prêt à tout, de rester en état de veille et c'est ce que nous faisons.

**Un état de veille permanent pour ne pas se laisser surprendre...**

Et même pour anticiper ! Il se trouve que j'ai beaucoup travaillé en Asie et en 2019, il y a eu au Japon la Coupe du monde de rugby organisée entre septembre et octobre. Je savais par expérience que le mois de septembre est celui des typhons. Quand nous avons commencé à travailler sur notre Coupe du monde en 2018, je me suis dit qu'il fallait absolument que l'on signe notre contrat d'assurance annulation avant la Coupe du monde au Japon. Parce que à ce moment-là, le marché depuis quatre ans n'avait pas rencontré de problèmes graves dans le domaine des événements sportifs, donc les primes étaient à la baisse, et j'ai pensé que si un incident survenait au Japon, les primes allaient partir à la hausse. Nous avons donc lancé notre appel d'offres auprès d'assureurs et avons signé notre contrat au mois d'août, un mois avant le début de la compétition au Japon. Il se trouve que dans l'ensemble des risques couverts, la pandémie ne figurait pas. Je l'ai fait ajouter parce que j'avais vécu la crise du SRAS quelques années auparavant pendant laquelle des matchs du Tournoi des VI Nations avait été retardés. Et ainsi, nous sommes le seul événement sportif mondial assuré aujourd'hui contre les effets d'une pandémie, qui plus est pour un montant tout à fait compétitif !

**Une compétition sportive de niveau mondial concentre un nombre extrêmement élevé de personnes au même endroit dans un laps de temps assez court. Vous avez décrit comment vous vous prépariez sur le plan de la protection sanitaire et de l'accompagnement des familles qui vont s'y croiser. Mais n'est-ce pas aussi le moment, disposant d'un tel public, d'aller plus loin en matière de santé et de sport ?**

Un stade de 80 000 places, c'est une ville de 80 000 personnes pendant une journée. Mettre en place des services éphémères de santé dans une infrastructure comme un stade, ça coûte très cher. En revanche, nous réfléchissons à des solutions adaptées à notre situation. D'une part, comment mettre en place une plateforme, avec une application, qui permette à tout un chacun, dont les étrangers, de pouvoir s'orienter facilement et rapidement lorsqu'ils ont un problème de santé et trouver un réseau de soins, lié à la plateforme, en état de veille et en capacité d'agir. Ce serait très utile. Nous attendons tout de même 2,6 millions de personnes dont 600 000 supporters venant de l'international qui vont se déplacer dans les stades. D'autre part, nous nous demandons comment profiter de l'intérêt du grand public suscité par l'événement sportif pour l'amener à changer son mode de vie et l'entraîner vers un modèle sport-santé. Nous avons commencé à lancer des opérations dans les écoles car nous savons que c'est dans les jeunes années qu'il faut prendre la bonne habitude de veiller au bon équilibre de son corps et de sa santé. Nous voulons profiter de la notoriété de l'événement, des joueurs, pour sensibiliser et contribuer à une culture de la santé par le sport. Parallèlement, et c'est tout aussi

important, nous voulons nous lancer dans l'innovation sociale. On ne parle pas assez de la santé mentale et de l'accompagnement des personnes dans leur situation sociale. Aujourd'hui, le sport est un formidable vecteur d'innovation sociale, de liens sociaux. Comment faire de la Coupe du monde de rugby un événement qui fasse la promotion de l'accueil de nouvelles populations dans les clubs de rugby qui sont des agoras sociales ? Un club de rugby est par nature multigénérationnel, fait de diversité sociale, religieuse, ethnique, où se retrouvent des femmes et des hommes pour former ce que j'appelle l'agora sociale. Nous voulons inviter, inciter des jeunes à intégrer cette agora, où ils vont trouver des repères qui vont les aider à se construire, à trouver une plus grande stabilité sociale. Au sein du Groupement d'Intérêt Public (GIP) #France2023, nous avons 1 500 apprentis qui sont formés, notamment à la prise en compte sanitaire, qui sont dans les clubs sportifs en alternance et qui sont nos relais pour attirer des jeunes et améliorer, si besoin est, l'organisation et le professionnalisme de ces clubs.

En résumé et pour conclure, toutes nos réflexions et actions sont orientées par la volonté de saisir l'opportunité d'un événement mondial pour contribuer positivement, et au-delà de l'événement lui-même, à notre société. Notre sport, le rugby, ne se contente pas d'affirmer ses valeurs, il les met en pratique et en fait bénéficier un large public. ■





Directeur général d'Air Caraïbes  
Président de French bee  
Président d'Aérogestion

**COMMENT ÉVACUER CES MALADES GRAVEMENT ATTEINTS PAR LA COVID-19 QUI NE PEUVENT ÊTRE PRIS EN CHARGE LOCALEMENT PARCE QUE LES SERVICES DE RÉANIMATION SONT SATURÉS ? COMMENT FAIRE TRÈS VITE ET AVEC UNE SÉCURITÉ MAXIMALE LORSQUE CES MALADES SE TROUVENT À DES MILLIERS DE KILOMÈTRES D'HÔPITAUX POUVANT LES ACCUEILLIR ? LES RÉPONSES APPORTÉES PAR L'AVIATION CIVILE FERONT DATE ET ÉCOLE POUR FAIRE FACE À TOUS TYPES DE BESOINS EN ÉVACUATION SANITAIRE URGENTE.**

## La séquence pandémique Covid-19 a ouvert des voies inédites à l'aviation civile pour sauver des vies

Marc Rochet

**Vous dirigez deux compagnies aériennes, Air Caraïbes et French bee, et vous assumez par définition une responsabilité énorme concernant la santé et même la vie de celles et ceux qui empruntent vos avions. Comment vivez-vous cette pression quotidienne ?**

Honnêtement, je ne connais pas un patron de compagnie aérienne qui n'ait pas toujours son téléphone à côté de lui. Y compris la nuit. Parce que nous sommes non seulement responsables de la vie ou de la santé des gens qui viennent chez nous comme clients, mais aussi, et c'est au moins aussi important, responsables de notre personnel. Pour supporter cette responsabilité qui est au cœur de nos préoccupations, je crois sincèrement qu'il faut être habité par deux choses. En premier lieu, une forme de passion, car il n'y a que la passion qui puisse justifier et faire accepter cet énorme poids que vous avez sur les épaules. Pour faire face à toutes sortes de situations, gérer avec discernement, il n'est pas possible de vivre sous stress permanent ou d'avoir peur en permanence et c'est la passion qui vous permet de tenir. Ensuite, il faut avoir une très bonne connaissance des métiers de l'aérien. Bien sûr, un patron de compagnie aérienne peut être issu de la banque, de l'assurance,

des métiers de la finance. Moi je crois que ce métier, pour être à la hauteur, il faut en avoir une profonde connaissance, qui vous permet de faire une analyse rapide et pertinente de toutes sortes de problèmes, puis de prendre la décision d'agir dans le bon tempo. Je fais souvent la comparaison entre nos métiers de l'aérien et deux autres métiers, la santé et les media.

Ces trois métiers, ce ne sont pas les seuls mais je les associe volontiers, ont des particularités communes : être en état d'alerte permanent, avoir une capacité de compréhension et d'analyse quasi-instantanée, prendre la décision et passer à l'action pour, dans mon cas, protéger au mieux la santé et la vie des gens.

**Votre compagnie aérienne a été en première ligne d'une opération EVASAN (évacuation sanitaire). Il s'agissait de transporter des malades, gravement atteints par la Covid-19, des Antilles, et même de Tahiti, en métropole. Comment et pourquoi avez-vous accepté cette mission très exceptionnelle, généralement menée par l'armée ?**

Nous transportons régulièrement des civières dans nos avions de ligne, souvent pour des rapatriements





vers des centres sanitaires. Cette expérience nous a aidé pour répondre à un appel du SAMU qui, à brûle-pourpoint, nous a demandé si nous pouvions imaginer transporter des gens atteints par la Covid-19. Nous ne nous sommes pas demandé alors si en acceptant, nous allions sauver des vies. Ça, c'était la responsabilité du SAMU de Paris. Notre première réaction a été de se dire que savoir transporter des civières est une chose, monter une opération dans le cadre d'une maladie comme la Covid-19 avec ce facteur additionnel qui est la contamination, c'est autre chose. J'ai donc rassemblé mon équipe parce que je suis le patron et que je crois que la réponse individuelle à une telle demande n'a aucune valeur. Je leur ai dit être conscient des problèmes que cela soulevait mais que je voulais donner une réponse sous 48 heures. Parce que prendre son temps pour réfléchir alors que des gens attendent à l'hôpital et que leur vie est en danger, ce n'est pas concevable. Mais notre challenge était avant tout de fournir une réponse sérieuse le plus vite possible et c'est ce que nous avons fait en 48 heures. Dans cette opération, la collaboration entre le privé et le public a été remarquable. Il fallait faire vite, la cause était majeure, chacun a pris ses responsabilités et respecté ses partenaires. Les difficultés, notamment administratives, se surmontent beaucoup plus aisément dans ces situations.

### **Entre la prise de décision de participer à l'opération et le premier décollage, combien de temps a-t-il fallu ?**

Dix jours. Nous avons pris deux jours pour nous assurer que nous étions capables de le faire, puis une grosse semaine pour nous rendre opérationnels.

Et entre le premier voyage et les suivants, nous avons bien sûr acquis de l'expérience et de la sûreté. Il y avait quatre civières pour le vol inaugural, nous avons fini à douze. Par ailleurs, nous avons fait la plus longue évacuation sanitaire qui n'ait jamais eu lieu puisque nous avons ramené des Tahitiens à Paris.

### **Comment s'est passé le pilotage de l'opération ?**

Il n'y a pas eu un pilote unique. Nous, compagnie aérienne, étions là pour servir le SAMU, pour le servir au sens noble et au sens technique. À l'évidence, le SAMU avait autorité sur tout ce qui concernait les malades. Par ailleurs, nous avons l'habitude de travailler en équipe, sans avoir besoin de se parler beaucoup. C'est un fonctionnement où chacun sait ce qu'il a à faire et où la coordination est rapide. La DGAC (Direction générale de l'aviation civile), troisième partie prenante opérationnelle, a joué parfaitement son rôle et le jeu. Bien entendu, il n'a jamais été prévu qu'on transporte douze civières dans des avions comme les nôtres, il n'a jamais été prévu qu'on transporte des bouteilles d'oxygène dans des quantités aussi importantes. Nous étions tous des professionnels et conscients des risques. Nous avons élaboré quelques scénarios pour construire des réponses face à des accidents possibles. Mais toutes celles et tous ceux qui ont participé à l'opération étaient chevronnés, savaient parfaitement manipuler de l'oxygène, que ce soit du côté soignant ou du côté personnel navigant. En ce qui concerne les vols, nous nous sommes engagés auprès du SAMU pour optimiser la trajectoire et maximiser le relatif confort des malades. Notre centre de commandement opérationnel était particulièrement attentif aux zones de turbulences et indiquait en permanence aux pilotes comment les éviter. Par ailleurs, nous

avons été les seuls à proposer ces vols sur Airbus A350, qui est un avion très performant, autorisant, entre autres qualités, à voler très haut avec comme conséquence de moindres perturbations dues aux turbulences et disposant d'une pressurisation plus efficace que beaucoup d'autres avions. Pour des malades en difficulté respiratoire, c'était un argument décisif : la consommation d'oxygène a été diminuée d'environ 25 %.

### **Au-delà de ces opérations exceptionnelles, en cas de problème de santé à bord, votre personnel navigant a l'habitude d'être en relation avec des médecins au sol et de suivre des instructions. Finalement, vous faites de la téléconsultation, de la télémédecine depuis longtemps !**

Pour vous donner un ordre de grandeur, nous rencontrons entre deux et trois problèmes médicaux à bord tous les mois. Un début d'infarctus, un AVC, une consommation d'alcool excessive... Pour les cas jugés graves par le médecin au sol, nous avons en permanence des scénarios de déroutement pour poser l'avion au plus vite. Avant d'en arriver au déroutement, nous actionnons plusieurs leviers. Le premier de ces leviers, c'est notre propre personnel, formé pour être capable d'assister une personne malade et comprendre ce qui se passe. Ensuite, nous avons développé, grâce aux moyens de communication considérables dont sont dorénavant dotés nos avions, un contact direct avec le SAMU, qui peut nous dicter la conduite à suivre. Enfin, nous travaillons sur deux nouvelles pistes. D'une part, l'emploi à bord d'un défibrillateur sophistiqué, qui en auto-test sous la forme d'une veste connectée et d'une valise relais donnera aux médecins au sol un flot d'informations

en continu. Nous l'avons déjà testé en conditions réelles, avec un médecin responsable du SAMU, et nous sommes en train de formaliser la procédure. D'autre part, toujours en partenariat avec le SAMU, nous cherchons à exploiter les capacités d'analyse de données, par exemple à partir d'images prises de la personne malade. Les diagnostics posés seront bien sûr plus précis qu'à partir d'une simple description orale telle que nous la faisons aujourd'hui. Et le but pour nous, c'est de sécuriser la santé des personnes à bord tout en évitant le déroutement qui est très pénalisant pour tout le monde.

**Entre l'opération EVASAN et les procédures que vous expérimentez avec le SAMU, vous avez acquis des expériences importantes en ce qui concerne le transport aérien et la santé humaine. Comment capitalisez-vous ces expériences, allez-vous les partager et les transmettre à d'autres compagnies ?**

Premièrement, nos expériences sont loin d'être achevées. Nous avons ainsi participé très récemment à un exercice d'alerte national, très instructif pour tous

les participants, lancé à l'initiative des médecins du SAMU. Le scénario prévoyait une crise majeure liée à la Covid-19 dans la région de Nîmes, doublée d'un attentat terroriste. Tous les services de l'État ont été mobilisés, préfecture, gendarmerie, police. Nous avons mis à disposition gracieusement un A350 pendant 48h00, un TGV a été réquisitionné et bien sûr l'ensemble du dispositif soignant a été déplacé sur la zone de Nîmes. Tout le monde a joué le jeu, simulé tout ce qui pouvait survenir et procédé à l'évacuation de victimes factices pour désaturer les services de secours du Gard. Avec cet exercice, nous avons démontré deux choses: il est possible de se mobiliser et d'assister les secours locaux efficacement partout sur le territoire; ce type d'opération peut à l'évidence sauver des vies.

Deuxièmement, nous comptons demander à l'EASA (European Aviation Safety Agency) de valider un protocole d'évacuation de malades ou blessés. Nous allons ainsi partager nos acquis et faire gagner un temps précieux pour les prochaines opérations.

**Quelles sont les prochaines étapes qui pourraient enrichir d'avantage vos expertises dans la santé ?**

Je pense à deux choses. Aller plus loin sur le plan géographique: nous avons, moins chargés lorsqu'ils transportent douze civières et les personnels qui les entourent, peuvent faire Tahiti Paris sans escale et sans problème. Lors de notre premier vol entre ces deux destinations, nous avons dû faire escale à Pointe-à-Pitre pour des raisons purement logistiques. Nous pouvons réellement gagner du temps et donc du confort pour les malades sur les très grandes distances. Ensuite, nous allons étudier comment transporter plus de civières, comment passer de douze à seize ou à dix-huit. Je sais que les médecins vont nous le demander et que, comme depuis le début de notre relation avec eux, nous trouverons des solutions. Car en l'occurrence, ce sont eux les patrons et nous qui sommes, au sens noble, à leur service.

Au fond, j'ai la conviction que nous ne pouvons pas être qu'une entreprise commerciale. Faire des opérations comme celles qui viennent d'être décrites fait partie de nos valeurs. Nous n'y gagnons pas d'argent mais du sens. Sauver une vie humaine n'a pas de prix. ■





# LES FRANÇAIS ET L'ÉGALITÉ D'ACCÈS AUX SOINS

---

L'enquête exclusive que nous présentons dans cet ouvrage a été réalisée en ligne du 4 au 5 avril 2022 auprès d'un échantillon de 1 029 personnes représentatif des Français âgés de 18 ans et plus. Sur le plan scientifique, Harris Interactive a utilisé la méthode des quotas et redressement appliquée aux variables suivantes : sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et région de l'interviewé(e).

Conformément à de nombreux sondages d'opinion publiés ces dernières années, la santé apparaît comme l'un des **sujets de préoccupation majeur des Français** (p. 68). Les trois quarts de la population reconnaissent avoir rencontré des **difficultés pour obtenir un rendez-vous médical** (p. 72). Dans ce contexte très pénalisant, les **solutions itinérantes de santé** seraient très largement appréciées (p. 75). Pour l'instant, la **téléconsultation accompagnée**, c'est-à-dire en présence physique d'un soignant qui n'est pas un médecin, ne fait pas l'unanimité (p. 78).

Aide à la lecture des résultats détaillés :

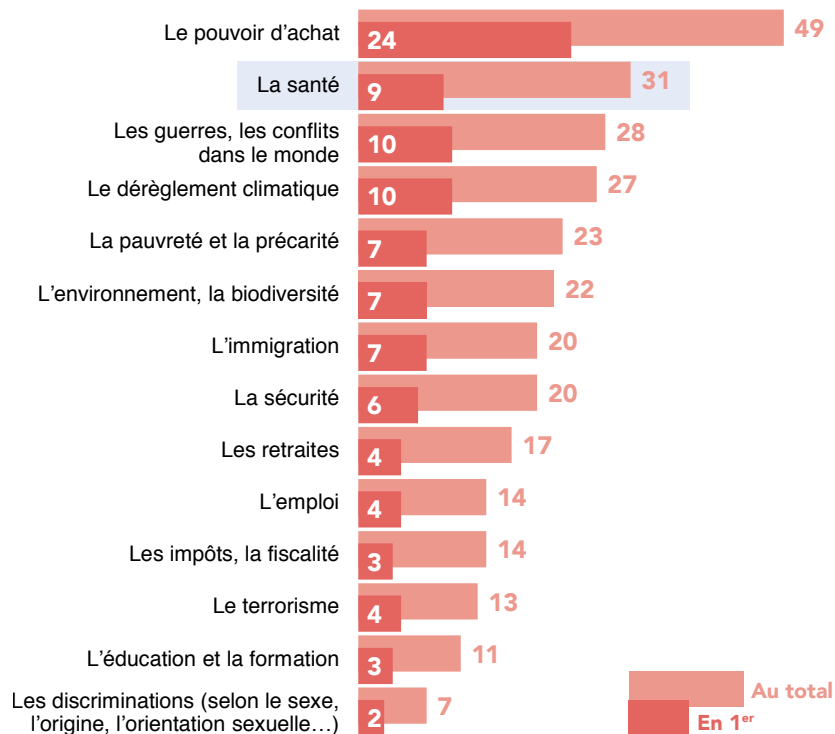
- Les chiffres présentés sont exprimés en pourcentage.
- Les chiffres en italique sont ceux qui apparaissent significativement au dessus de la moyenne.

## LA SANTÉ APPARAÎT COMME L'UN DES SUJETS DE PRÉOCCUPATION MAJEURS DES FRANÇAIS

Aujourd'hui, la santé constitue le deuxième sujet de préoccupation des Français, derrière le pouvoir d'achat et devant les conflits mondiaux et le dérèglement climatique.

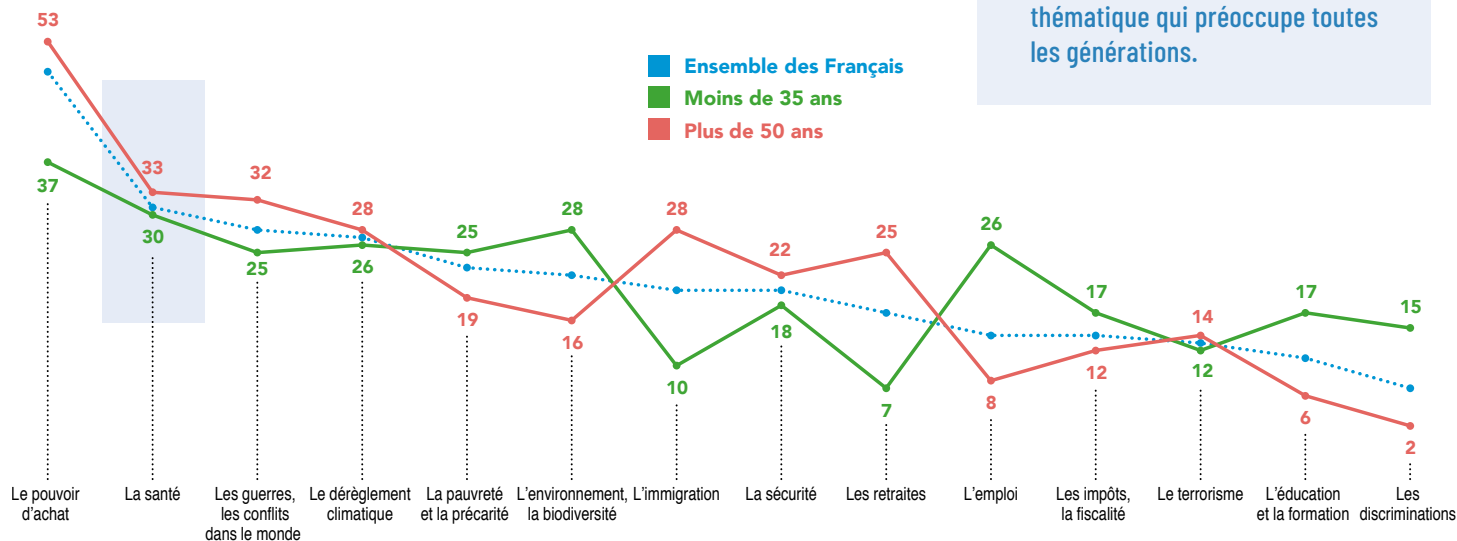
Aujourd'hui, parmi les sujets suivants, lesquels vous préoccupent le plus ?  
En premier ? En deuxième ? En troisième ?

À tous, en %



## Aujourd'hui, parmi les sujets suivants, lesquels vous préoccupent le plus ?

À tous, en % de réponses « Au total »



Ces préoccupations diffèrent quelque peu selon l'âge des Français : le pouvoir d'achat, l'immigration et les retraites sont des sujets davantage cités par les seniors, alors que les plus jeunes apparaissent eux-mêmes plus inquiets concernant l'environnement ou l'emploi. La santé, de son côté, est une thématique qui préoccupe toutes les générations.

## LA SANTÉ APPARAÎT COMME L'UN DES SUJETS DE PRÉOCCUPATION MAJEURS DES FRANÇAIS

En matière de santé, la qualité des soins et l'installation des professionnels de santé dans les déserts médicaux constituent les deux sujets les plus importants à traiter dans les mois à venir selon les Français.

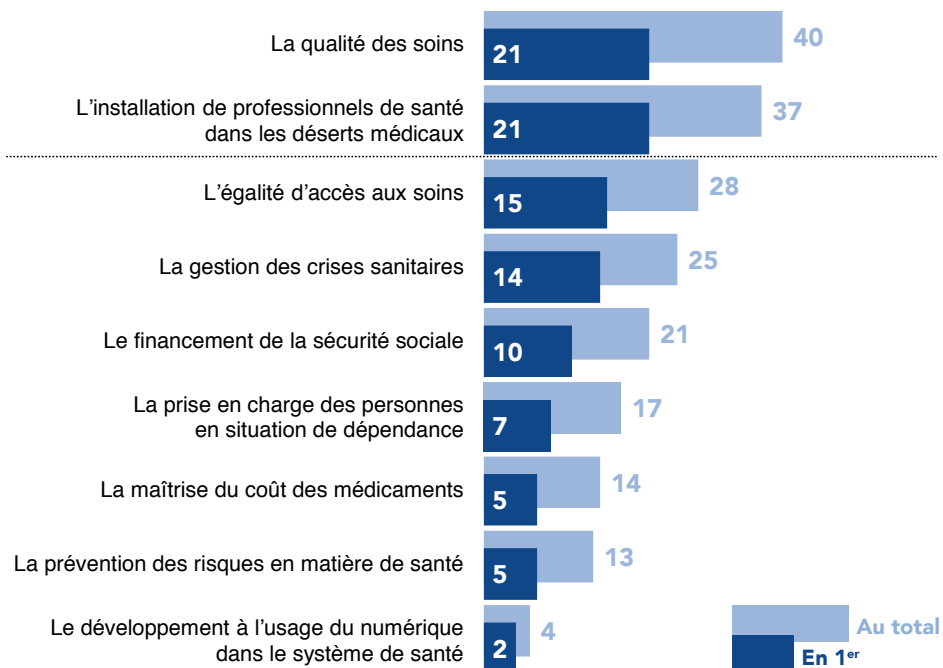
### RAPPEL

# 31%

des Français citent la santé comme un des 3 sujets qui les préoccupent le plus

Plus précisément, quand vous pensez aux questions de santé, quels sont les deux sujets qui vous paraissent les plus importants à traiter dans les mois à venir ? En premier ? En deuxième ?

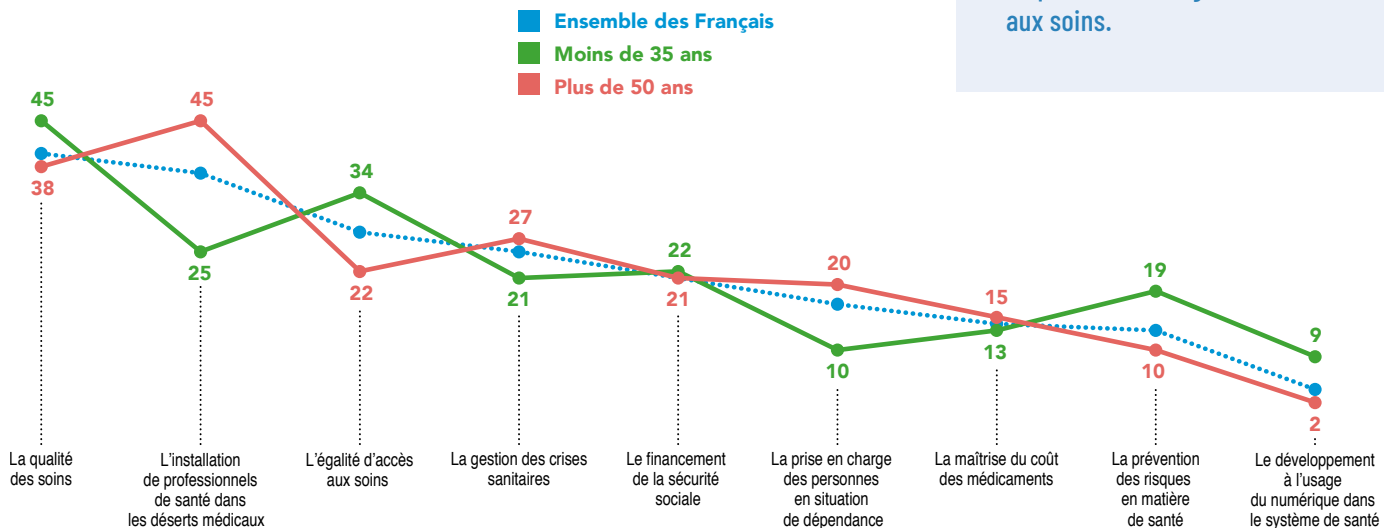
À tous, en %





Plus précisément, quand vous pensez aux questions de santé, quels sont les deux sujets qui vous paraissent les plus importants à traiter dans les mois à venir ?

À tous, en % de réponses « Au total »



Dans le détail, l'installation des professionnels de santé dans les déserts médicaux est plus attendue par les plus de 50 ans que par leurs cadets, ceux-ci se préoccupant davantage de la qualité et de l'égalité d'accès aux soins.

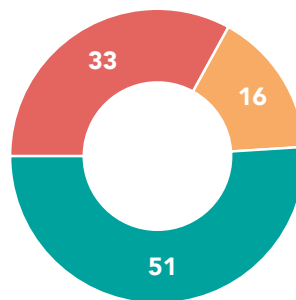
## LE RENDEZ-VOUS MÉDICAL : QUELLE EXPÉRIENCE ? QUEL CONSTAT ?

Si près d'un Français sur deux déclare avoir déjà rencontré des difficultés pour obtenir un rendez-vous rapide avec un généraliste, c'est le cas de 72 % d'entre eux dans le cas d'un rendez-vous avec un spécialiste.

Vous-même, avez-vous déjà rencontré des difficultés pour obtenir un rendez-vous rapide avec... ?

À tous, en %

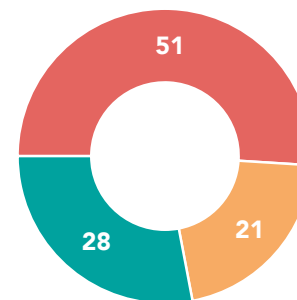
Un médecin généraliste



Oui  
**49%**

Agglomération parisienne : 58 %  
Ont le sentiment de vivre dans  
un « désert médical » : 70 %

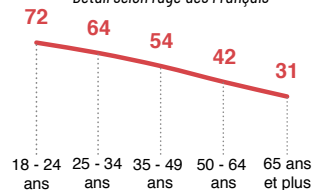
Un médecin spécialiste



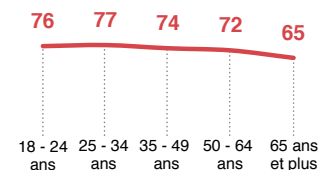
Oui  
**72%**

Femmes : 77 %  
Agglomération parisienne : 80 %  
Ont le sentiment de vivre dans  
un « désert médical » : 84 %

Détail selon l'âge des Français



Détail selon l'âge des Français



Au total, 76 % des Français reconnaissent avoir déjà rencontré des difficultés pour obtenir un rendez-vous rapide avec un médecin ; celles-ci semblent particulièrement importantes pour les habitants de l'agglomération parisienne et pour ceux qui ont le sentiment de vivre dans un désert médical.

## Vous-même, avez-vous déjà rencontré des difficultés pour obtenir un rendez-vous rapide avec...

À tous, en % de réponses « Oui »

**76%**

des Français déclarent avoir déjà rencontré des difficultés pour obtenir un rendez-vous rapidement avec un médecin (généraliste ou spécialiste)

Femmes : 79 %

Moins de 35 ans : 82 %

Agglomération parisienne : 81 %

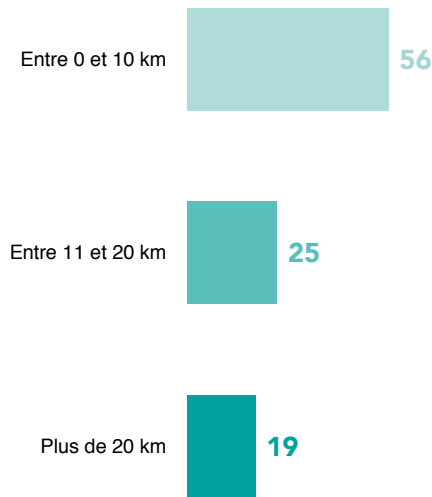
Ont le sentiment de vivre dans un « désert médical » : 89 %

Pour un rendez-vous avec un médecin généraliste, 56 % des Français ne seraient pas prêts à parcourir plus de 10 km.

En termes de délai, 1 Français sur 2 ne se déclare pas prêt à attendre plus de 2 jours entre la prise de rendez-vous et la consultation.

Quelle distance maximale êtes-vous prêt à parcourir pour consulter un médecin généraliste depuis votre domicile ?

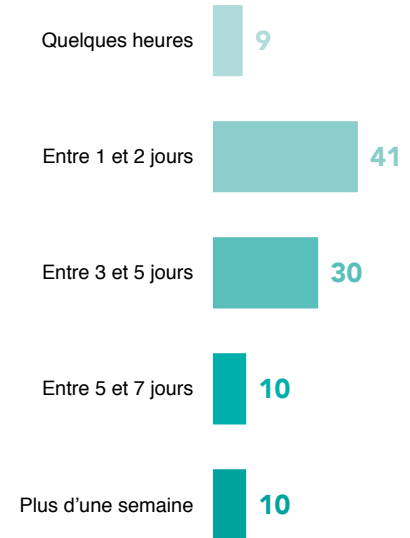
À tous, en %



Quel délai maximal êtes-vous prêt à attendre entre la prise d'un rendez-vous avec un médecin généraliste et la consultation elle-même ?

(Nous parlons ici d'une consultation classique, en dehors des cas nécessitant une consultation en urgence)

À tous, en %



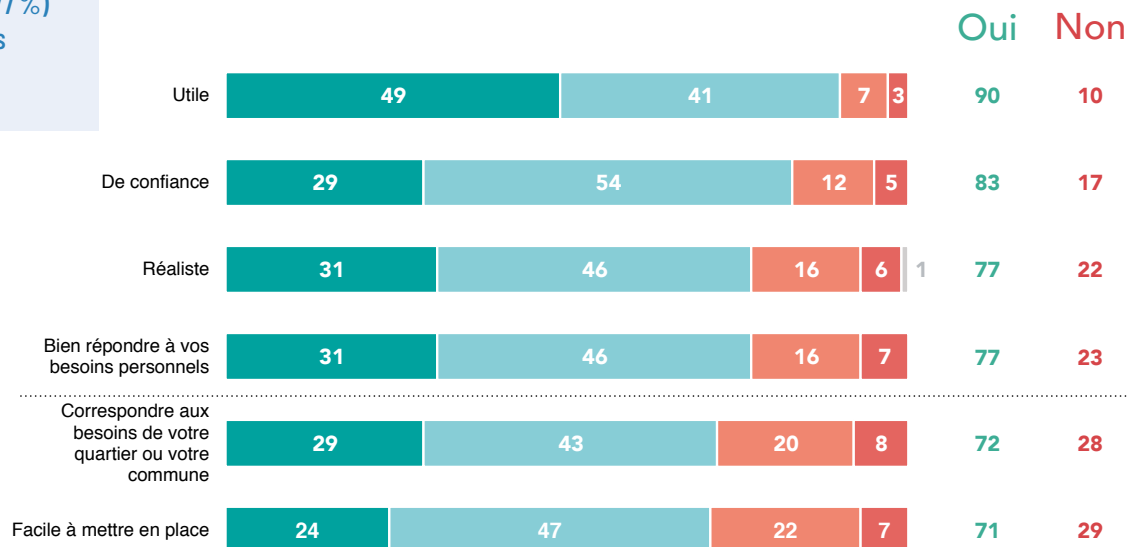
## UN INTÉRÊT MARQUÉ POUR DES SOLUTIONS ITINÉRANTES DE SANTÉ

Une solution mobile pour permettre de rencontrer des professionnels de santé serait jugée positivement par une large majorité des Français. L'utilité de cette solution est mise en avant par 90 % d'entre eux, elle apparaît également de confiance (83 %), réaliste (77 %) et répondant à leurs besoins personnels (77 %).

Imaginez qu'en cas d'absence de médecin généraliste proche de chez vous ou bien son indisponibilité pour cause de surcharge, une solution mobile (comme un bus avec des professionnels de santé et les équipements utiles à une consultation médicale) soit proposée près de chez vous. Diriez-vous que cette solution vous semblerait... ?

À tous, en %

- Oui tout à fait
- Oui plutôt
- Non plutôt pas
- Non pas du tout
- Ne se prononce pas



Imaginez qu'en cas d'absence de médecin généraliste proche de chez vous ou bien son indisponibilité pour cause de surcharge, une solution mobile (comme un bus avec des professionnels de santé et les équipements utiles à une consultation médicale) soit proposée près de chez vous. Diriez-vous que cette solution vous semblerait... ?

À tous, en % de réponses « Oui »

Plus spécifiquement, 72 % des Français estiment que cette solution mobile correspondrait aux besoins de leur quartier ou de leur commune, davantage encore pour ceux qui habitent en zone rurale ou qui ont le sentiment de vivre dans un « désert médical ».

**72%**

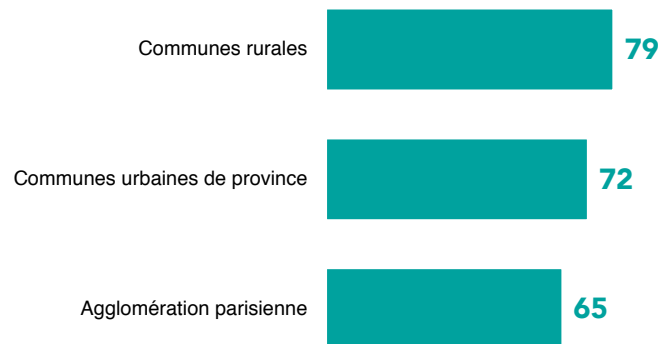
des Français estiment que cette solution mobile correspondrait aux besoins de leur quartier ou de leur commune

Professions et catégories socioprofessionnelles : 76 %

Ont le sentiment de vivre dans un « désert médical » : 81 %

Ont déjà réalisé une consultation médicale par téléconsultation : 77 %

Détail selon la taille d'agglomération



## Si une telle solution itinérante était proposée proche de chez vous, l'utiliserez-vous ?

À tous, en % de réponses « Oui »

Dans leur grande majorité, les Français déclarent qu'ils pourraient utiliser une telle solution itinérante si elle était proposée près de chez eux.

Oui  
80%

Moins de 35 ans : 83 %

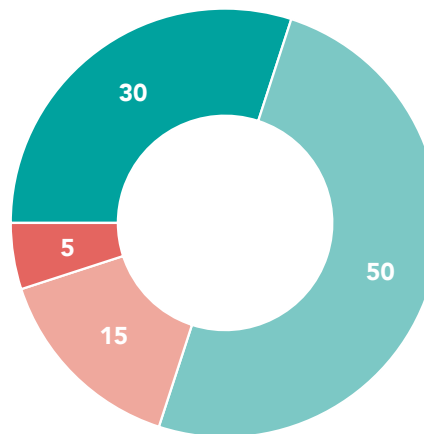
Ont le sentiment de vivre dans un « désert médical » : 86 %

Déclarent avoir déjà rencontré des difficultés pour obtenir un rendez-vous rapide avec un professionnel de santé : 82 %

Non  
20%

50 ans et plus : 24 %

■ Oui, certainement  
■ Oui, probablement  
■ Non, certainement pas  
■ Non, probablement pas

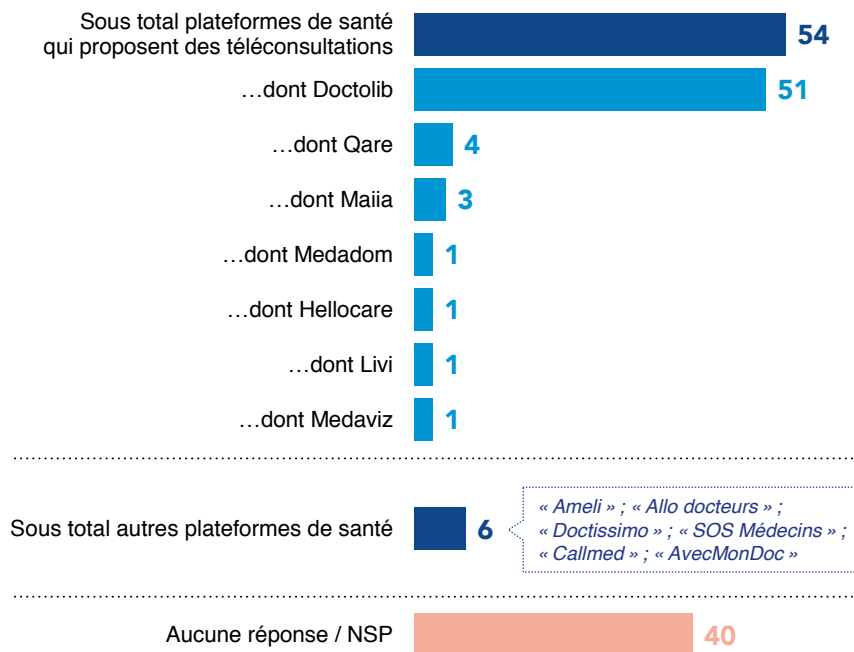


## CONSULTATIONS MÉDICALES PAR TÉLÉCONSULTATION : QUEL ATTRAIT ? QUELLE EXPÉRIENCE ?

Pourriez-vous citer toutes les plateformes permettant de réaliser des téléconsultations médicales que vous connaissez, ne serait-ce que de nom ?

À tous, en %

Spontanément, les Français citent très majoritairement « Doctolib » lorsqu'ils doivent évoquer des plateformes permettant de réaliser des téléconsultations médicales.

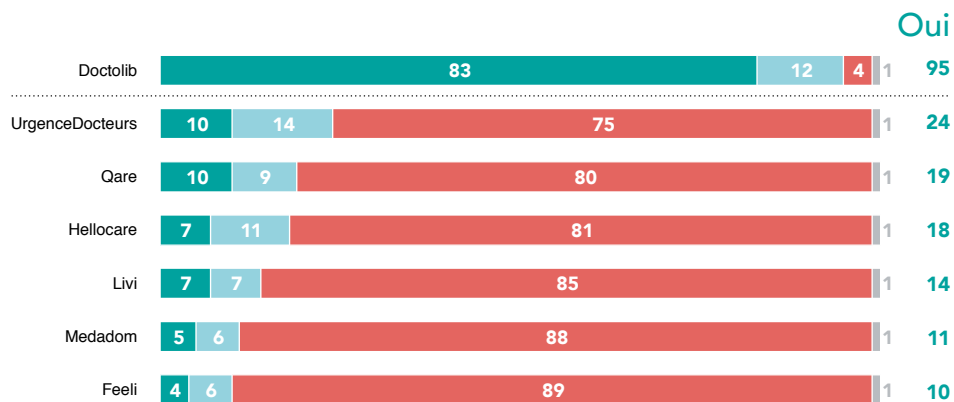




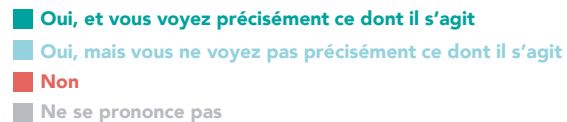
## Connaissez-vous chacune des plateformes permettant de réaliser des téléconsultations médicales, ne serait-ce que de nom ?

À tous, en %

Quand on leur présente une liste de noms, la plateforme « Doctolib » est connue par l'immense majorité des Français, mais ils témoignent d'une connaissance imparfaite concernant d'autres plateformes de téléconsultation médicale.



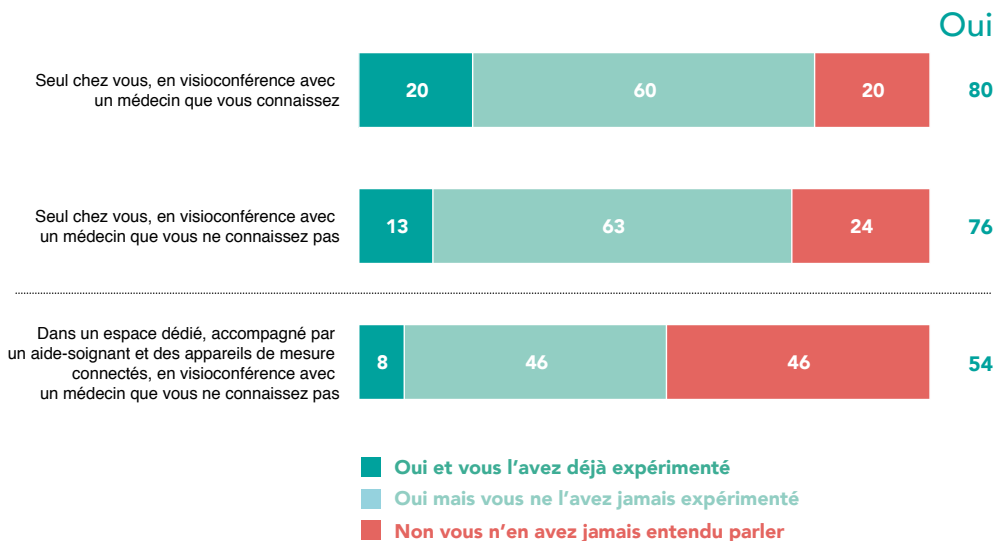
Les jeunes et les habitants de l'agglomération parisienne déclarent connaître davantage que l'ensemble des Français chacune de ces plateformes.



Si la téléconsultation réalisée en visio-conférence de son domicile est connue par plus de 3 Français sur 4, un peu plus de la moitié d'entre eux déclarent connaître les espaces dédiés à la téléconsultation avec un accompagnement.

## Avez-vous déjà entendu parler de chacun des modes de téléconsultation suivants ?

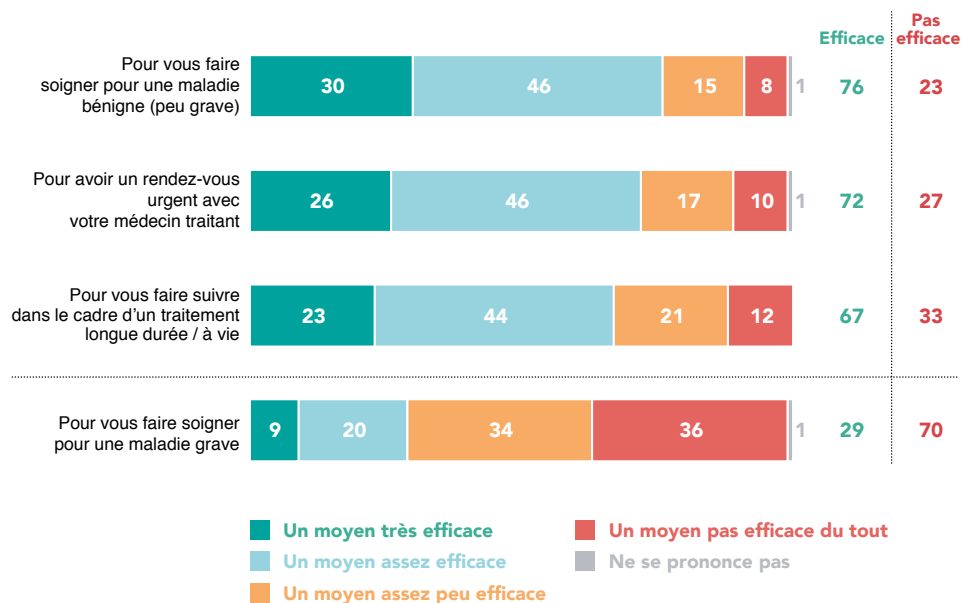
À tous, en %



## De ce que vous en savez, diriez-vous que la consultation médicale par téléconsultation est un moyen efficace ou pas efficace... ?

À tous, en %

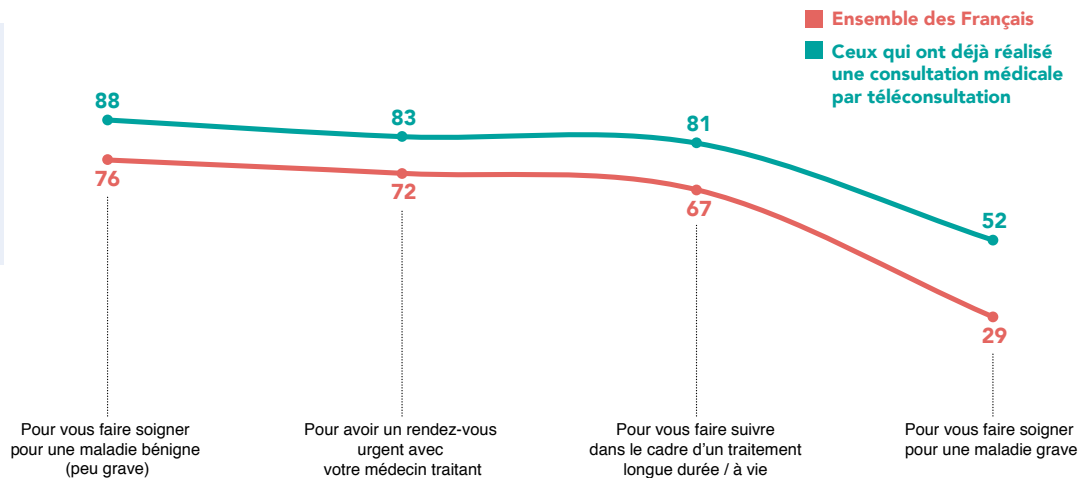
Qu'ils l'aient personnellement expérimentée ou non, les Français jugent majoritairement la téléconsultation efficace pour soigner les maladies bénignes, obtenir un rendez-vous urgent avec leur médecin traitant ou suivre un traitement de longue durée. Ils se montrent néanmoins plus sceptiques concernant l'efficacité de la téléconsultation pour le traitement d'une maladie grave.



## De ce que vous en savez, diriez-vous que la consultation médicale par téléconsultation est un moyen efficace ou pas efficace... ?

À tous, en % de réponses « Efficace »

Ceux qui ont expérimenté la téléconsultation la jugent encore plus efficace dans l'ensemble de ces domaines.

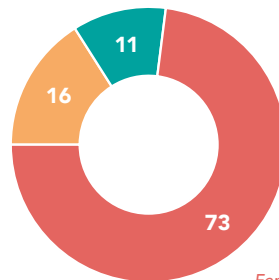


## Vous-même, avez-vous déjà eu une consultation médicale par téléconsultation ?

À tous, en %

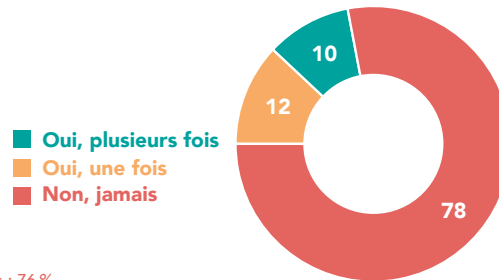
27 % des Français déclarent avoir déjà expérimenté la consultation médicale par téléconsultation lors des périodes de confinement, et un peu moins en dehors de ces périodes.

Durant les périodes de confinement liées à la pandémie de la Covid-19



Femmes : 76 %

En dehors des périodes de confinement liées à la pandémie de la Covid-19



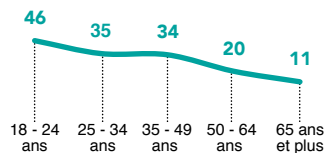
Oui  
**27%**

Agglomération parisienne : 40 %  
Ont le sentiment de vivre dans un « désert médical » : 35 %

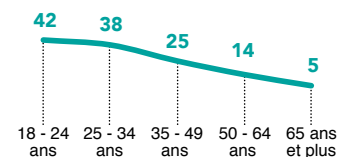
Oui  
**22%**

Agglomération parisienne : 34 %  
Ont le sentiment de vivre dans un « désert médical » : 31 %

Détail selon l'âge des Français



Détail selon l'âge des Français



## Vous-même, avez-vous déjà eu une consultation médicale par téléconsultation ?

À tous, en % de réponses « Oui (que ce soit durant ou en dehors des périodes de confinement liées à la pandémie de la Covid-19) »

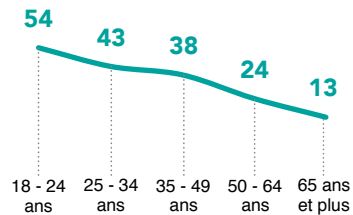
Au global, un peu plus de 3 Français sur 10 déclarent avoir déjà expérimenté la téléconsultation, une proportion plus importante parmi les jeunes, les habitants de la région parisienne et ceux qui ont le sentiment de vivre dans un « désert médical ».

**31%**

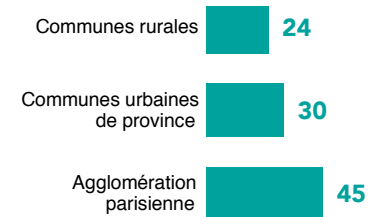
des Français ont déjà expérimenté la consultation médicale par téléconsultation

Ont le sentiment de vivre dans un « désert médical » : 39 %

Détail selon l'âge des Français



Détail selon la taille d'agglomération



## En moyenne, diriez-vous que vous êtes satisfait ou non des téléconsultations médicales que vous avez eues ?

Merci d'utiliser une échelle de 0 à 10, 0 signifiant que n'avez pas été satisfait du tout, 10 signifiant que vous avez été totalement satisfait, les notes intermédiaires vous permettent de nuancer votre jugement

Que ce soit en période de confinement ou non, ceux qui ont consulté un médecin en téléconsultation se montrent plutôt nuancés sur l'expérience, même si une courte majorité d'entre eux s'en disent satisfaits.

À ceux qui ont déjà consulté un médecin en téléconsultation durant les périodes de confinement liées à la pandémie de la Covid-19, en %

**38%** des Français ne se déclarent pas satisfaits des téléconsultations médicales qu'ils ont eues durant les périodes de confinement liées à la pandémie de la Covid-19

**54%** des Français se déclarent satisfaits des téléconsultations médicales qu'ils ont eues durant les périodes de confinement liées à la pandémie de la Covid-19

...dont **12%** pas du tout satisfaits

...dont **26%** très satisfaits



À ceux qui ont déjà consulté un médecin en téléconsultation en dehors des périodes de confinement liées à la pandémie de la Covid-19, en %

**40%** des Français ne se déclarent pas satisfaits des téléconsultations médicales qu'ils ont eues en dehors des périodes de confinement liées à la pandémie de la Covid-19

**52%** des Français se déclarent satisfaits des téléconsultations médicales qu'ils ont eues en dehors des périodes de confinement liées à la pandémie de la Covid-19

...dont **13%** pas du tout satisfaits

...dont **23%** très satisfaits



## À l'avenir, seriez-vous prêt à consulter un médecin en téléconsultation ?

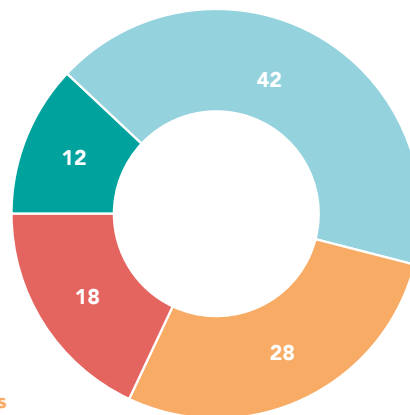
À ceux qui n'ont jamais consulté un médecin en téléconsultation, en %

Un mode de consultation médicale qui peine encore à attirer ceux qui n'y ont jamais eu recours. Seuls 54 % déclarent être prêt à y recourir et 18 % s'y refusent catégoriquement.

Oui  
**54%**

25-49 ans : 63 %

- Oui, certainement
- Oui, probablement
- Non, certainement pas
- Non, probablement pas



Non  
**46%**

65 ans et plus : 55 %



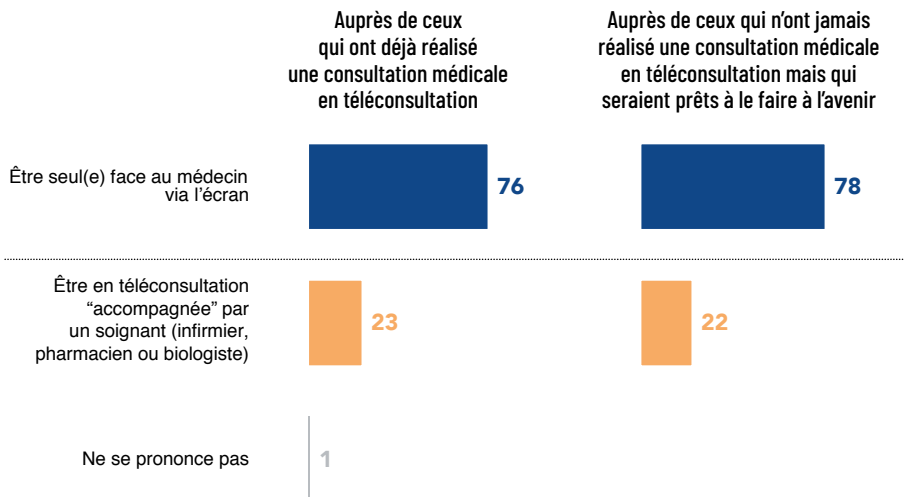
## En moyenne, diriez-vous que vous êtes satisfait ou non des téléconsultations médicales que vous avez eues ?

Merci d'utiliser une échelle de 0 à 10, 0 signifiant que n'avez pas été satisfait du tout, 10 signifiant que vous avez été totalement satisfait, les notes intermédiaires vous permettent de nuancer votre jugement

Si vous deviez consulter un médecin en téléconsultation, laquelle de ces deux solutions privilégieriez-vous ? Une seule réponse possible

À tous, en %

Qu'ils aient déjà expérimenté ou non la téléconsultation, les Français sont clairs : ils privilégieraient une consultation à distance en étant seuls face au médecin plutôt qu'être accompagnés par un professionnel de santé.



---

**Le temps est  
venu de passer  
à une pratique  
de la médecine  
en phase avec  
la mobilité et  
l'ère numérique.**

---



Professeur associé IAE Paris,  
Université Paris 1 Panthéon Sorbonne.

Directeur scientifique et co-fondateur  
de la Chaire eTI (Entrepreneuriat Territoire Innovation),  
Université Paris 1 Panthéon – Sorbonne / IAE Sorbonne  
Business School

**IL NOUS FAUT SORTIR  
D'UNE VISION COMPTABLE  
DE L'HÔPITAL ET ÉLARGIR  
NOTRE PÉRIMÈTRE PARCE QUE  
LA SANTÉ N'EST PAS QU'UNE  
AFFAIRE DE SOINS. IL FAUT  
UNE PRATIQUE DE LA SANTÉ  
PLUS ÉTENDUE, PLUS  
CITOYENNE ET DÉCLOISONNÉE.**

## Changer notre regard pour passer de « l'accès aux soins » à « vivre en santé »

**Pr Carlos Moreno**

**Comment qualifiez-vous la situation actuelle  
en France en matière d'accès aux soins  
primaires ? Comment l'expliquez-vous ?  
Quels sont les points bloquants ?**

En France, l'accès aux soins est très inégal, avec une inégalité territoriale et des déserts médicaux, qui, contrairement à ce que l'on peut penser, ne touchent pas que les zones rurales. Les villes sont aussi concernées, y compris Paris. Tout n'est pas catastrophique car nous avons une protection sociale, un hôpital de qualité. Mais depuis une trentaine d'années, l'accès aux soins se détériore, la situation se dégrade tant dans l'égalité que dans la facilité d'accès aux soins.

Parmi les raisons de cette désertification figure la concentration des soins vers le milieu hospitalier au détriment d'une médecine de proximité, ce qui a pour conséquence une grande difficulté à obtenir un rendez-vous dans un délai convenable (parfois plusieurs semaines ou plusieurs mois pour certaines spécialités).

Notre pays souffre d'une politique de santé qui a fait les frais d'une vision à court terme, préoccupée par la notion de performance économique. Notre système de santé est un système à forte inertie, un paquebot énorme et les politiques de santé ont souvent été une variable d'ajustement au détriment d'une réforme en profondeur systémique: la territorialisation

du système de santé avec la création des ARS ; la concentration et le regroupement des hôpitaux ; la transformation du *numerus clausus* qui maintient le nombre de médecins formés (on est passé de 7 403 admis en 2010 à 10 675 en 2021, ce qui n'est pas suffisant).

Cette situation est d'autant plus préoccupante que la population vieillit, demande davantage de soins, avec des difficultés de mobilité.

Et pour autant les professionnels de santé étrangers ont beaucoup de mal à venir s'installer en France.

S'ajoute aussi la question de la rémunération du personnel soignant, insuffisante, et les conditions de travail détériorées, notamment en termes de charge horaire ou de nombre de patients à soigner.

Cela se traduit par une grosse tension, une tension quasi permanente sur un service – le soin – vital pour chacun d'entre nous.

L'autre point que je voudrais souligner, c'est notre approche collective du soin. Nous ne sommes pas dans la démarche « prévenir plutôt que guérir » et nos habitudes de vie en sont la parfaite illustration. Par exemple, sur nos déplacements, la majorité d'entre nous continue à préférer utiliser sa voiture

♦ ♦ ♦



pour faire moins de 4 km, plutôt que se déplacer à pied ou à vélo, sous prétexte de vouloir conserver sa liberté. Alors que la pratique du vélo ou de la marche est un acte de santé.

Jean Rottner, ancien médecin urgentiste et président de la Région Grand Est, qui a subi de plein fouet la pandémie, a exprimé la même analyse : « La santé ne peut plus juste s'administrer. Elle doit être organisée avec humanité et efficacité », l'accès aux soins n'est pas qu'une question de système hospitalier ; il faut considérer l'accès aux soins au sens large, au-delà de l'hôpital, et commencer par la prévention pour ne pas tomber malade. Ce qui signifie considérer la manière dont on s'alimente, les bonnes habitudes que l'on transmet ou pas à nos enfants en termes d'alimentation ou de pratique sportive pour éviter le surpoids, le diabète, l'obésité, certains cancers...

Nous constatons aussi une méfiance vis-à-vis de certaines techniques médicales, qui, pratiquées de manière régulière, permettent d'apaiser le corps et l'esprit. Par exemple, l'ostéopathie est une médecine qui n'est pas assez connue et remboursée et qui pourtant joue un rôle préventif essentiel.

Il en est de même pour le yoga ou d'autres techniques de respiration... Rares sont les établissements scolaires qui proposent des séances de yoga, qui pourtant est une source d'apaisement.

Notre regard sur le soin manque globalement de transversalité. Nous disposons de nombreux gestes techniques de très grande qualité, de techniques de pointe pour soigner ou poser un diagnostic. Mais l'accès aux soins est un champ plus vaste, un chantier

qui a besoin de plus de transversalité, de plus de décloisonnement.

La France est un pays d'ingénieurs, de mathématiciens, de scientifiques très illustres, qui se sont concentrés sur les technologies qui permettent de faire des actes curatifs de très bon niveau. On est capable de soigner des cancers très pointus mais on a délaissé le côté systémique qui touche la manière d'éviter d'être dans le soin.

Plutôt que d'accès au soin, parlons d'accès à la santé.

### Quel a été l'impact de la crise sanitaire ?

La crise de la Covid a joué en quelque sorte le rôle de révélateur.

Révélateur de dysfonctionnements qui ont abouti par exemple à la nécessité de recourir à une société privée comme Doctolib pour accéder à un rendez-vous, à des actes médicaux, à la vaccination. Ou encore révélateur de la tension dans nos hôpitaux avec la surcharge liée au manque de lits de réanimation.

Mais révélateur aussi d'inégalités entre les populations. Comment expliquez-vous la surmortalité constatée dans le département de Seine-Saint-Denis pendant la crise ? Pas parce que les personnes ont été touchées par un virus plus agressif, mais parce qu'elles n'avaient pas d'autre choix que d'aller travailler.

Nous ne sommes pas égaux face à la maladie, mais pas non plus face aux soins ni à la prévention.

### En quoi le concept de « Ville du Quart d'Heure » ou de « Territoire de la Demi-Heure » peuvent être une solution aux difficultés actuelles ?

La « Ville du Quart d'Heure » ou le « Territoire de la Demi-Heure » sont des concepts que j'ai développés pour des zones très denses ou pour des territoires moins occupés. Le principe est d'organiser la ville ou le territoire pour que les habitants puissent disposer à moins d'un quart d'heure ou d'une demi-heure des services répondant à six fonctions identifiées comme principales : faire des courses, travailler, s'amuser, se cultiver, faire du sport, se soigner... L'objectif final étant notre cadre et qualité de vie.

Le droit à la santé -physique et mentale est une fonction essentielle que nous avons étudiée dès notre première expérimentation. Pour y parvenir, nous considérons 3 axes majeurs :

- Il faut tout d'abord appréhender la santé de façon intégrale et introduire très tôt la santé dans l'éducation des enfants, dès l'école, pour leur apprendre à connaître leur corps, avec des notions respiration ou des techniques de yoga pour diminuer le stress, mais aussi pour les éduquer à bien se nourrir... (l'alimentation est une autre fonction essentielle dans notre concept qui valorise les circuits courts, la possibilité de s'approvisionner avec des produits de meilleure qualité, qui permettent de mieux manger).
- Le deuxième axe est celui de la proximité : il faut retrouver une médecine de proximité qui a quasi disparu, notamment du fait des regroupements hospitaliers et de la spécialisation de la médecine.

Cette médecine de proximité existait avec les dispensaires, qui n'étaient pas qu'un lieu où l'on dispensait la médecine, mais au-delà, on y trouvait du lien social. On venait pour être rassuré, ce qui est l'inverse lorsque l'on passe des heures sur une civière dans les couloirs des urgences. Les dispensaires ont une fonction de désengorgement, de proximité, de réactivité qui permet de remettre la santé au cœur du quartier pour que l'accès aux soins soit plus égalitaire.

La remise en route de dispensaires est un investissement essentiel pour fluidifier notre système de santé et améliorer la qualité de vie. Et l'équation ne sera pas plus chère si on est capable de désengorger les hôpitaux. Cette médecine de proximité répondra aussi aux difficultés de mobilité des personnes âgées.

Des collectivités se sont emparées de cette idée, notamment l'Occitanie.

Le projet de camions médicalisés qui font les visites régulières et se déplacent est aussi une réponse qui coûterait moins cher à la Sécurité sociale qu'attendre que les gens soient malades pour les envoyer à l'hôpital.

→ Le troisième point concerne la possibilité pour les professions paramédicales de pouvoir réaliser certains actes aujourd'hui réservés aux médecins. Il nous faut rompre avec l'élitisme médical pour ne plus se priver de ressources de proximité qui pourraient faciliter l'accès aux soins.

Cette démarche de recherche des ressources locales « cachées » est un élément clé de notre concept, qui dépasse largement la question du soin et de la santé. Il s'agit d'utiliser mieux les ressources « cachées de la ville » : des ressources humaines ou matérielles qui sont devant nous mais que nous n'utilisons pas.

Aujourd'hui, notre système de soin déborde de normativité et d'exclusions réglementaires que subissent par exemple les professionnels de santé étrangers qui souhaiteraient venir s'installer en France.

L'ensemble de la démarche vise à tourner les ressources de proximité vers un « service de la santé », avant que ce soit trop tard et qu'il soit nécessaire d'aller à l'hôpital.

---

### Les actions du Pr Moreno durant la crise de la Covid-19

**Durant la crise de la Covid-19 et le confinement, une proximité imposée a popularisé le concept de Ville du Quart d'Heure. Alors que nous poursuivions son développement, nous avons également adapté aux conditions exceptionnelles de la pandémie. Nous avons conseillé des acteurs publics sur les mesures à prendre pour transformer leurs villes et faire advenir expressément une proximité plus heureuse. Sur tous les continents, plusieurs villes ont multiplié les voies cyclables, ont agrandi leurs terrasses, ont développé des services de proximité pour l'alimentation saine ou la santé. La convivialité de proximité a aussi connu un regain. Pour toutes ces raisons, et bien d'autres, la crise de la Covid-19 a popularisé le concept, a accéléré sa mise en œuvre effective, et a prouvé son adéquation à répondre aux enjeux de notre temps.**

---

### Comment résoudre la question ?

#### Quelle est la place de la santé dans la vie citoyenne de demain ?

Il faut sortir d'une vision comptable de l'hôpital et élargir notre périmètre parce que la santé n'est pas que l'affaire de l'hôpital.

Il faut surtout changer notre regard pour passer de « l'accès aux soins » à « vivre en santé ». Car dans l'accès aux soins, il y a déjà une notion de dysfonctionnement. Pour y parvenir, il faut nous mobiliser tous pour une santé plus citoyenne, en intégrant chacun des bonnes pratiques.

Aujourd'hui, pour le climat, tout le monde est conscient qu'il y a urgence à agir, chacun à notre niveau. Il y a eu un travail de pédagogie qu'il faut maintenant décliner à la question de la santé, pour parvenir à la même prise de conscience de la part de la population. S'intéresser à la santé, c'est d'abord bien manger, pratiquer une activité sportive, s'asseoir correctement, échanger avec les autres, ne pas s'isoler...

En Asie par exemple la pratique de la santé est très imprégnée dans la vie quotidienne : les Chinois font régulièrement du sport. Ils utilisent aussi des herbes, des racines, des préparations pour se soigner. Ils réussissent un équilibre entre la médecine traditionnelle et les techniques plus modernes.

Il faut une pratique de la santé plus étendue, plus citoyenne et décloisonnée. ■

---

La reproduction partielle ou totale, par toute personne physique ou morale et sur tout support, du présent ouvrage, sans autorisation préalable de BRIEF et mention de leur origine, leur date et leur(s) auteur(s) est strictement interdite et sera susceptible de faire l'objet de poursuites.

Ouvrage préparé sous la direction de Denis Allard avec la collaboration de Matthieu Guillotin.

Les entretiens ont été réalisés par Denis Allard, Arnaud Carroué, Camille Jaunet et Arnaud Molinié.

Illustrations: Sylvie Zamora  
Direction de la création: Agnès Rastoin

Conception éditoriale, maquette et réalisation: BRIEF  
brief.fr

---



---

“FACE À LA DÉFERLANTE DE LA PANDÉMIE DE LA COVID-19, DES FEMMES ET DES HOMMES SE SONT DRESSÉS, ONT PRIS LEURS RESPONSABILITÉS, ONT OSÉ DES INITIATIVES, INVENTÉ DES SOLUTIONS ET CONTRIBUÉ AINSI, PUISSAMMENT, À ÉVITER AU PAYS LES ORNIÈRES QUI LE MENAÇAIENT. AVEC EUX, J'AI PROPOSÉ CE LIVRE POUR DONNER DES RAISONS D'ESPÉRER ET INVITER LES DÉCIDEURS À CHANGER DE LOGICIEL, ROMPRE AVEC UN SYSTÈME ENCORE TROP CENTRALISÉ ET RIGIDE ET TRAITER AUTREMENT LES ENJEUX IMMENSES DE LA SANTÉ PUBLIQUE. »

ARNAUD MOLINIÉ, PRÉSIDENT DE LOXAMED

---

Acteurs de la santé, de la politique, patrons et cadres d'entreprises publiques ou privés, les contributeurs de ce livre ont toutes et tous apporté une pierre à l'édifice qu'il a fallu construire pour qu'une parade efficace et digne s'érige dans le chaos qui s'installait. Leurs expériences sont précieuses et leurs témoignages essentiels pour nourrir le cadre de la politique de santé publique de demain. Respecter la promesse républicaine de l'accès égalitaire aux soins passe désormais par une capacité à s'adapter aux réalités des vies de concitoyens, connectés et mobiles, capables et désireux de suivre des parcours patients intelligents.

Enrichi d'une première partie qui donne les principaux repères de l'offre de soins en France et à l'international, l'ouvrage propose un sondage exclusif, réalisé en avril 2022 par Harris Interactive, sur le thème de l'accès aux soins.