



Entretien avec Alexandre Perez

Dossier ressources Accès aux soins – Fabrique Territoires Santé

Alexandre Perez est élu, délégué Solidarité, santé, prévention et protection des biens et des personnes à Cénac, commune de 2 200 habitant·es, située en Gironde, Nouvelle-Aquitaine.

Kinésithérapeute, il est co-président de la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) Entre-deux-mers.

Il est également membre du Conseil territorial de santé (CTS) de Gironde et du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA).

Interview réalisée le 22 juillet 2022

En tant qu'élu délégué Solidarité, santé, prévention et protection des biens et des personnes à Cénac, pourriez-vous nous présenter la politique de santé menée par la ville ? Dans ce cadre, quelles sont vos responsabilités ?

La première délégation santé de la ville date de 2020. La maire m'a alors sollicité en tant qu'acteur de santé et président de l'Équipe de soins primaires Santé Cénac. Dès lors, il y a eu une réelle ouverture sur la santé et j'apporte, par des propositions, une vision transversale de la santé. Cela passe notamment par l'adhésion au Réseau francophone villes amies des aînés et au réseau Villes Santé OMS.

Il s'agit d'avoir une culture de solidarité et d'inclusion et plus largement d'inclure la notion de santé publique dans toutes les politiques menées au sein de la collectivité. C'est la vision politique que je défends. Mais faire comprendre les enjeux que cela recouvre prend du temps. La première chose qu'on m'a dite c'est que ce sont des démarches pour des grandes villes ! Il fallait faire comprendre qu'il s'agit d'une démarche culturelle.

Un autre défi est celui des moyens disponibles pour mettre en place des plans d'action. Sans acteur·rices et agents.es pour les développer, c'est compliqué. Au Centre communal d'action sociale (CCAS), par exemple, j'assure moi-même l'analyse des besoins sociaux et oriente les personnes vers les bons interlocuteur·rices.

Pour faire face à ces limites, à court-terme, nous développons une association qui regroupe la mairie, les associations du territoire et les citoyen·nes. L'objectif sera de travailler avec les services, les professionnel·les de santé, les acteur·rices du social et avec la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) pour faire en sorte que la santé soit dans toutes les politiques. Il y a un réel enjeu à avoir des associations fortes et à faciliter l'action citoyenne. Nous accompagnons ainsi le développement de l'association Santé Cénac pour leur donner des moyens de développer des actions de prévention et de promotion de la santé. C'est cette approche globale, de développement du territoire, qui rencontre les demandes des citoyen·nes, qu'il faut essayer de mettre en place.

Comment se présente la question de l'accès aux soins sur le territoire de Cénac ?

Le principal frein à l'installation de nouveaux professionnel·les sur la commune est la problématique foncière et l'absence de cabinets médicaux. En revanche, la localisation du territoire – à 15 minutes en voiture du centre de Bordeaux – est un facteur favorable pour le recrutement des professionnel·les.

Si on ne peut pas réellement parler de désert médical, en 2015/2016, le départ en retraite, sans perspectives de remplacement, d'un médecin généraliste a inquiété la mairie et l'ensemble des acteur·rices de santé, notamment infirmier·es et pharmacien·nes. A l'époque, tout le monde s'était mobilisé et un local avait été mis à disposition pour le ou la futur·e médecin. Par ailleurs, les professionnel·les de santé se sont rapprochés d'acteurs privés qui ont construit deux centres de santé et permis d'augmenter le nombre de professionnel·les de santé présent·es : infirmier·ère, kinésithérapeute, pharmacien·ne, podologue, orthophoniste, etc. Un deuxième médecin est également arrivé. Néanmoins, si ces professionnel·les libéraux·ales sont bien regroupés en Équipe de soins primaires (ESP), ils·elles ne sont pas aujourd'hui contraint·es à la Permanence des soins ambulatoires (PDSA), à l'organisation des soins, ni à l'ouverture du cabinet entre 8h et 20h tous les jours pour les médecins, comme c'est le cas dans une Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). Globalement, des professionnel·les de santé sont bien présent·es sur le territoire, mais faute de cadre, il est moins sûr qu'ils·elles répondent tout le temps aux besoins.

D'autres enjeux demeurent présents : l'accès aux urgences, la continuité des soins et le déséquilibre entre les soins nécessaires par rapport à l'offre disponible.

Comment faire face au déséquilibre entre l'offre de soins et de la demande de soins ?

Cela pose la question de la régulation de la demande, par le Service d'accès aux soins (SAS) et les services d'accès aux Soins non programmés (SNP) ou par l'éducation à la santé de la part des professionnel·les (conseils, accompagnement, etc.). Mais ce qui est aussi en jeu, ce sont les modèles de rémunération qui encouragent la multiplication des actes et leur facturation. Par exemple, le fait de recevoir facilement des patient·es hors patientèle, orienté·es par le SAS, ouvre droit à une majoration de 15€. Cela peut aussi inciter à davantage de prise en charge des patient·es qui appellent le 15 et le SAS au détriment de la patientèle.

Il serait préférable d'investir dans l'organisation des soins et de mieux rémunérer les professionnel·les qui y prennent part – tout en développant l'éducation à la santé. Si les professionnel·les de santé étaient formés à conseiller, à accompagner les gens pour faire face à ce type de demandes, il y aurait sûrement moins de consommation de soins car les patient·es seraient accompagné·es à « travailler sur leur santé ». Le système de paiement à l'acte ne pousse pas à la coopération.

Ceci-dit, évidemment, quelque que soit la nature de l'urgence, il faut qu'une réponse soit apportée.

Dans des territoires où il y a une véritable désertification médicale et paramédicale, nous ne sommes pas dans ce système de consommation, mais dans des systèmes inversés où il s'agit d'un autre modèle puisque l'offre de soins est peu fournie.

Face à cette problématique, quel est le rôle de la Communauté professionnelle territoriale de santé ?

Pour pouvoir honorer toutes les demandes de soins les CPTS ont un rôle important à jouer en matière d'organisation des soins. Lorsque vousappelez le 15 pour l'évaluation d'une urgence, si ce n'est pas une urgence vitale, qui met en marche le cycle d'urgence avec le SMUR ou le SAMU, la demande descend au niveau du SAS et le ou la professionnel·le régulateur·rice doit apporter une réponse. S'il faut un rendez-vous médical, c'est le protocole de coopération proposé pendant l'été 2022 qui se met en place. C'est à ce moment-là que peuvent intervenir les CPTS, si elles ont mis en place l'organisation des Soins non programmés (SNP) : la personne qui régule l'appel pourra accéder à la plateforme de la CPTS et donner un rendez-vous avec un·e médecin dans les 24 à 48h. On pourrait aller plus loin, et envisager la possibilité pour un·e kiné de prendre en charge, par exemple, l'évaluation de soins pour

une entorse de cheville. Ces professionnel·les sont en mesure d'évaluer la gravité, le besoin ou non d'une radiographie, et de mettre en place les premiers soins jusqu'à ce que la personne puisse, dans les prochains jours, aller voir son·sa médecin généraliste et entrer dans un processus de soins classique. Ce type de réponses, c'est à l'échelle de la CPTS d'un territoire qu'il faut l'organiser.

La CPTS Entre-deux-mers travaille plus largement au développement de protocoles de coopération, sur les réponses à apporter dans les cas d'une entorse de cheville, d'une lombalgie, d'une cystite, etc. Il s'agit d'apporter une réponse, peut-être moins « médecin-centrée », mais qui implique d'autres professionnel·les de santé, les pharmaciens·nes, les infirmier·es, etc. On a également développé un « guichet unique » qui permet d'orienter les personnes vers les bons effecteurs de soins, tel·le professionnel·le ou tel centre de santé.

Quels seraient les leviers pour développer la coopération entre les acteur·rices/professionnel·les de santé ?

Au-delà de la prise en charge de ces situations, la coopération entre les différent·es acteur·rices de santé est un réel enjeu. Mais aujourd'hui il y a un manque d'accompagnement au développement des structures d'exercice coordonné et des CPTS. Dans le cas de la Nouvelle Aquitaine, qui était la région la plus faible en termes de développement de CPTS, l'Agence régionale de santé (ARS) a soutenu la création de l'association Agoralib, qui regroupe toutes les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) de la région, et tend à favoriser le déploiement des CPTS et à les accompagner dans la mise en œuvre de leurs missions. Pourquoi n'a-t-on pas demandé aux URPS, mais aussi à AVECSanté Nouvelle Aquitaine, aux Maisons de santé, etc., de se réunir dans une même entité ?

En mettant en place des politiques publiques qui contraignent les acteur·rices à coopérer, cela permettrait de déployer des structures coordonnées et des CPTS à même de développer des territoires promoteurs de santé.

A une autre échelle, ce problème de coopération se pose également si on considère l'existence des Dispositifs d'appui à la coordination (DAC), des dispositifs territoriaux de santé, des Ateliers santé ville (ASV), des Contrats locaux de santé (CLS), des CPTS, etc. Ces acteur·rices ont parfois des missions similaires et interviennent sur des territoires identiques.

Il faut obliger les acteur·trices à coopérer progressivement et arrêter de les mettre en concurrence. Il y a aussi un enjeu concret à développer des « agences territoriales de santé » avec une véritable démocratie sanitaire en santé, qui regroupent des professionnel·les de santé, des élu·es locaux·ales, des citoyen·nes.

Il faudrait également que les départements et régions aient des réelles compétences en santé pour financer ces dispositifs et structures et que chaque structure adapte les projets de santé territoriaux en lien avec leurs besoins et leurs ressources.

Au sein de votre CPTS, quelles relations avez-vous avec les différent·es acteur·rices du territoire ? Quels effets ont-elles sur vos actions ?

Au sein de la CPTS Entre-deux-mers, il y a une gouvernance particulière puisqu'il y a 7 collèges qui permettent d'impliquer tou·tes les acteur·rices de santé : professionnel·les de santé libéraux·ales, du social et du médico-social ; structures d'exercice coordonné (ESP, Maisons de santé, Centres de santé) ; établissements sanitaires et médico-sociaux ; habitant·es ; collectivités territoriales (mairies, communautés de communes) ; chercheur·es ; associations qui concourent à la santé. Cette volonté d'impliquer tou·tes les acteur·rices a été le premier volet concret qu'on a mis en place, bien que soit plutôt les professionnel·les de santé qui aient réagi en premier.

Le développement d'actions a été facilité par la présence sur le territoire de la CPTS de Maisons de santé. Au départ, les professionnel·les souhaitaient davantage de coopération, mais n'en avaient pas les moyens juridiques ni financiers. Néanmoins, la fibre de l'exercice coordonné était déjà présente. Dans notre projet de santé, on n'a pratiquement rien inventé. A part l'organisation des SNP, toutes les actions étaient déjà sur le terrain et ne demandaient que des moyens pour se déployer. La CPTS a permis, par exemple, à un programme d'éducation thérapeutique, déployé sur une ou deux communes, de s'étendre à l'ensemble du territoire.

Revoir le principe de la liberté d'installation fait-il partie de la réponse à la problématique de l'accès aux soins ?

Aujourd'hui, un·e médecin s'installe dans un territoire parce qu'il lui paraît attractif. Or l'attractivité relève d'un ensemble de composantes. Ce qui fait qu'il y a des déserts médicaux aujourd'hui, c'est ce qui fait qu'il y a aussi des territoires sans service public. À un moment donné, ces territoires ne sont plus devenus attractifs et les gens en sont (pour une part) partis. Pour assurer dans ces territoires une présence médicale, une partie de la réponse se trouve peut-être davantage du côté d'un système qui organiserait les soins. Mais il faut certainement aussi revoir le modèle de formation des professionnel·les de santé. Si la puissance publique paye les études des professionnel·les, s'il y a une revalorisation de l'internat, et si vous créez de bonnes conditions de formation, vous pouvez imposer aux professionnel·les formé·es de s'installer 2, 3 ans quelque part, dans des territoires qui ont besoin de professionnel·les de santé ; après tout, les professionnel·les de santé, quand ils et elles sont conventionné·es, sont quand même financé·es par le système public. On pourrait même l'imposer dans un cadre structurel, c'est-à-dire que le cursus de formation implique ce cadre d'exercice pendant quelques années. Et peut-être même que certain·es professionnel·les, pour des raisons personnelles, de vie privée, décideront de s'installer. Ce qui fait que les gens restent, ce n'est ni l'incitation, ni la contrainte, c'est qu'ils arrivent à se créer leur vie personnelle sur le lieu.

Les CPTS ont également un rôle à jouer par rapport à l'attractivité territoriale : dès lors qu'il y a une CPTS sur un territoire, vous savez que vous n'êtes pas seul·e. L'accueil des stagiaires est également important : ils et elles peuvent se rendre compte des réalités du territoire, des avantages qu'il peut y avoir (exercice professionnel ou cadre de vie). Certain·es pourront aussi devenir des remplaçant·es et se familiariser davantage avec le territoire. Le fait d'avoir une communauté territoriale de santé – au-delà de la CPTS – et d'avoir un cadre coopératif d'exercice seront des atouts pour favoriser l'installation des professionnel·les. Il faut contraindre à la transformation de la coopération des acteur·rices sur un laps de temps qui est long. Ce n'est ni de la coercition, ni de l'incitation. On crée juste un modèle de contraintes, de limites, mais qui n'est pas une contrainte sur les personnes.

L'absence de spécialistes est parfois compensée par la prise en charge de problématiques, par exemple gynécologiques ou pédiatriques, par des médecins généralistes. Manque-t-on de professionnel·les dans toutes les spécialités ? Comment y faire face ?

Cela pose la question de la centralité du ou de la médecin et de notre système de santé qui est médico-centré et hospitalo-centré. Ce n'est pas tant qu'on manque de professionnel·les dans toutes les spécialités. Toutes les professions de santé aujourd'hui sont en train de monter en compétence de manière extrêmement importante, c'est notamment le cas pour les kinés ou les sages-femmes, par exemple. Il faut passer d'un système où des médecins évaluent des patient·es et les orientent ensuite vers des kinés, des sage-femmes, etc., à un système où les différent·es professionnel·les sont autour du ou de la patient·e et répondent à ses besoins en fonction des compétences de chacun·e. On sort d'un système pyramidal où seul le ou la médecin décide, pour tendre vers un système où le ou la patient·e est au centre et est accompagné·e par un ensemble de professionnel·les.



On a des professionnel·les très compétent·es, mais dont les compétences ne sont pas bien utilisées. Si vous donnez l'accès aux soins en première intention à des kinés pour une lombalgie ou une entorse, etc., et à des pharmacien·nes ou des infirmier·ères pour une angine ou une cystite, etc., vous augmentez le nombre de personnes qui peuvent répondre à la demande. On passe ainsi à un système de santé où les patient·es vont voir un·e professionnel·le compétent·e, quel que soit son métier et où l'organisation des soins est fondée sur les ressources du territoire.

Alors que le pouvoir bio-médical curatif est encore très présent, il s'agit là d'un vrai changement de paradigme, de culture, qu'on peut tout de même entrevoir avec les CPTS, les protocoles de coopération ou l'accès direct aux kinés.