

*Observatoire régional de la
santé du Centre-Val de Loire*

Tel : 02.38.74.48.80

Mail : accueil@orscentre.org

Site : www.orscentre.org

www.observationsociale-centre.org

[LES FREINS ET LES LEVIERS AU DEPLOIEMENT DES CONSULTATIONS AVANCEES EN CENTRE-VAL DE LOIRE]

Janvier 2020

*Observatoire régional de la
santé du Centre-Val de Loire*

Tel : 02.38.74.48.80

Mail : accueil@orscentre.org

Site : www.orscentre.org

www.observationsociale-centre.org

[LES FREINS ET LES LEVIERS AU DEPLOIEMENT DES CONSULTATIONS AVANCEES EN CENTRE-VAL DE LOIRE]

Janvier 2020

Rapport réalisé par Maylis Sposito-Tourier, responsable d'études qualitatives, ORS Centre-Val de Loire

sous la direction de Céline Leclerc, directrice de l'ORS Centre-Val de Loire

Cette étude est financée par l'Agence régionale de santé (ARS) du Centre-Val de Loire.



Sommaire

[SYNTHESE]	7
[ELEMENTS PREALABLES]	11
Contexte et objectifs	13
Méthodologie d'enquête.....	14
[DEFINITION(S) DES CONSULTATIONS AVANCEES]	17
La définition politique des CA.....	19
Le regard des autres acteurs rencontrés.....	19
Leviers et freins relatifs à la définition des CA	21
[MOTIVATIONS, EXPERTISE ET CONSULTATIONS AVANCEES]	23
Les motivations des praticiens	25
Deux conceptions des CA autour de l'expertise.....	26
Leviers et freins relatifs aux motivations et à l'expertise.....	28
[ORGANISATION(S) DES CONSULTATIONS AVANCEES]	29
La collaboration public-privé.....	31
Des lieux de réalisation divers.....	32
En amont de la CA	33
La logistique des CA.....	34
Leviers et freins de l'organisation des CA.....	37
[FINANCEMENT DES CONSULTATIONS AVANCEES]	41
Quid du financement des CA.....	43
Des modalités de financement en fonction des secteurs	43
Leviers et freins au regard du financement des CA.....	45
[COMPLEMENTARITE AVEC LES AUTRES MODALITES DE CONSULTATION]	47
Consultations avancées et télémédecine.....	49
Mobiliser d'autres professionnels de santé	50
Leviers et freins dans l'articulation avec d'autres dispositifs.....	50
[CONCLUSION]	53
[BIBLIOGRAPHIE]	57
[DOCUMENTS ANNEXES]	61
Guide d'entretien	63
Exemples de consultations avancées en France et en région	64

[SYNTHÈSE]

À la suite d'un premier état des lieux des pratiques de consultations avancées (CA) en France et en région Centre-Val de Loire et de cette étude qualitative réalisée en région, l'ORS du Centre-Val de Loire a mis en exergue les points ci-après.

Des consultations avancées pour favoriser :

- × L'amélioration de l'offre de soins et l'accessibilité des soins pour toutes les populations
- × L'articulation entre le secteur hospitalier et la médecine de ville
- × L'attrait de la structure proposant des CA aux yeux des patients et des professionnels de santé
- × Une répartition de l'offre de soins dans les spécialités à fortes disparités territoriales
- × Le drainage de la patientèle dans les hôpitaux ainsi qu'une réduction des délais de consultation
- × La réduction potentielle des dépenses de santé en favorisant des dépistages précoces

Les leviers des consultations avancées :

- × Un projet porté par les médecins eux-mêmes
- × Des conventions de partenariat signées entre les établissements qui définissent et contractualisent la collaboration (facilitation progressive avec les GHT)
- × Des lieux adaptés en fonction des spécialités médicales proposées
- × Du personnel qui assure la coordination globale
- × La mise en place d'outils de communication et d'information par spécialité (ex : annuaire de CA)
- × Un équilibre financier entre les établissements pourvoyeur et receveur *via* un financement des CA dans une logique de parcours plutôt que par acte, favorisant ainsi les collaborations entre établissements, notamment entre secteurs public-privé
- × L'articulation des dispositifs à l'échelle d'un territoire (télémédecine, IPA, AP...)

Les freins aux consultations avancées :

- × L'absence de définition claire et de cadre réglementaire
- × Les besoins matériels et techniques pour certaines spécialités médicales constituent une contrainte financière et organisationnelle
- × Le manque de visibilité/lisibilité des consultations auprès de la population et des acteurs de la santé du territoire
- × L'absence d'outils numériques uniformisés notamment de dossier patient informatisé
- × Une orientation insuffisante des médecins de ville vers les CA de proximité (interconnaissance insuffisante entre professionnels)

Au regard des résultats de cette étude, trois axes majeurs de réflexions à poursuivre :

- × La définition d'une stratégie de communication sur ce que sont les consultations avancées
- × La mesure des besoins par spécialité dans les territoires de la région
- × L'identification de nouvelles modalités de financement de ces consultations avancées

[ELEMENTS PRÉALABLES]

Contexte et objectifs

La France est confrontée aujourd'hui à deux principaux phénomènes sociodémographiques auxquels les politiques de santé et les acteurs doivent faire face. D'une part, la population vieillissante risque de s'accompagner d'une véritable « vague démographique gériatrique » (Jeandel, 2010) et avec elle, une augmentation des pathologies chroniques et des polyopathologies. D'autre part, la désertification médicale sur certains territoires pose la question de l'attractivité de ces derniers pour les professionnels de santé. Afin de lutter contre les déserts médicaux, le Comité interministériel aux ruralités mettait en évidence en 2016, le développement d'un réseau de 798 Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en France ainsi que la signature de 1 750 contrats d'engagement de service public (CESP) pour l'installation des jeunes praticiens sur les territoires fragiles. Pour autant, ces initiatives ne permettent pas de résorber les inégalités socio-territoriales de santé et les populations vivant sur les territoires les plus fragiles ne bénéficient pas d'un accès aux droits et aux soins égal. Les hôpitaux de proximité ont également été mis en place pour amenuiser les inégalités sociales et territoriales de santé. Le Décret n° 2016-658 du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement met en évidence l'importance des pratiques de consultations avancées (CA) afin de répondre aux besoins en spécialistes sur des territoires en carence tout en permettant l'articulation hôpital-soins de ville.

La région Centre-Val de Loire (CVL) n'est pas épargnée par le vieillissement de sa population, l'indice de vieillissement étant plus important en moyenne qu'au niveau national et la part de malades chroniques dans sa population est également, en proportion, plus importante qu'en moyenne dans l'Hexagone. Elle présente, de surcroît, des taux de médecins - généralistes et spécialistes - et de professionnels paramédicaux inférieurs aux taux nationaux (ORS CVL, 2015). La région CVL présente le taux le plus bas de médecins par habitant, sachant que des disparités départementales accentuent encore plus ces carences de professionnels. Des inégalités entre les territoires ruraux et urbains sur ces indicateurs sont également marquées.

Dans ce contexte, l'ARS CVL souhaite déployer les consultations avancées, au même titre que les différents dispositifs pour favoriser l'attractivité régionale. De plus, le Cadre d'orientation stratégique du Projet régional de santé (PRS) CVL 2018-2022 souligne l'intérêt de « promouvoir les nouveaux modes de coopération entre professionnels (partage de missions et de la charge de travail) et les nouveaux métiers comme les infirmières cliniciennes des pays anglo-saxons (pratique avancée) ». Des éléments plus clairement affirmés en faveur de la promotion des CA, notamment en médecine et en chirurgie, sont inscrites dans le Schéma régional de santé.

L'objectif est de trouver l'équilibre entre un accès aux soins facilité pour des personnes éloignées de l'offre de soins et la garantie d'une technicité et d'une sécurité des soins, pouvant être soutenue par le système de protection sociale. Les CA sont ainsi identifiées comme une modalité permettant de favoriser une logique de parcours de santé, d'accéder à une offre de proximité de référence et de développer les liens entre ville et hôpital. Les CA permettent ainsi à des professionnels de santé, hors de leur lieu d'exercice principal, de renforcer l'offre dans des zones sous-dotées en apportant leurs compétences médicales.

Dans ce contexte, le déploiement des CA fait partie des priorités du Ministère de la santé et des solidarités¹ et a été inscrit dans le PRS (objectif opérationnel n°12) afin de contribuer à un maillage adapté et sécurisé d'une offre de soins dans tous les territoires. De ce fait, l'ORS Centre-Val de Loire est sollicité pour réaliser une étude permettant de mesurer les conditions de déploiement des CA en région Centre-Val de Loire ainsi que d'identifier les éventuels freins et leviers à la mise en place de celles-ci. Cette étude a été réalisée en deux phases :

- ✗ une première qui consiste en un état des lieux des pratiques de CA en France et en région Centre-Val de Loire sur la base d'une revue de littérature et des expérimentations² ;
- ✗ une seconde qui consiste en une enquête qualitative menée auprès de professionnels de santé concernés par les CA dont les résultats font l'objet de ce rapport.

Méthodologie d'enquête

L'objectif de cette étude est de mesurer les conditions de déploiement des CA en région Centre-Val de Loire. Cette étude veille donc à décrire les conditions de mise en place (logistique, financière) des CA ainsi que les représentations de divers acteurs du territoire (définition, motivations, attentes). Elle permet dans un même mouvement de porter un regard critique sur ces différents éléments puisque l'enjeu de l'étude est d'interroger le dispositif des CA. L'étude s'appuie essentiellement sur le discours des acteurs qui ont contribué à sa réalisation.

Cette analyse qualitative se base sur une série de dix-huit entretiens réalisés entre juillet et décembre 2019 qui correspondent à des échanges avec vingt-cinq acteurs du territoire :

- ✗ Directions d'hôpitaux,
- ✗ Présidents de commissions médicales d'établissements (CME),
- ✗ ARS et délégations départementales de l'ARS,
- ✗ Maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP),
- ✗ Professionnels réalisant des CA,
- ✗ Usagers,
- ✗ Conseil régional de l'Ordre des médecins,

¹ Priorité n°1 du Ministère de la santé et des solidarités « Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients » point 3 « Développer les consultations avancées », mis à jour le 19 juillet 2018, https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/priorite-no1-renforcer-l-offre-de-soins-dans-les-territoires-au-service-des?fbclid=IwAR3EORGSDJl72mr-6k7ziPRcYWzluD60_K_xqvw4QEw-ZUFWgvzzq6JDNg .

² Rapport « Etat des lieux des pratiques de consultations avancées en région Centre-Val de Loire et en France » réalisé par l'Observatoire régional de la santé Centre-Val de Loire, avril 2019.

- ✖ Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP) et Fédération hospitalière de France,
- ✖ Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS),
- ✖ Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux (URPS ML).

Une attention particulière a été portée à la diversité des regards sur les CA en intégrant à cette étude des acteurs appartenant à des établissements offreurs et des acteurs appartenant à des établissements receveurs, ayant été confrontés à des expériences positives et des complications relatives aux CA pour mieux appréhender la diversité des modalités d'organisation des CA ainsi que les leviers et les freins à leur déploiement.

Lorsque les disponibilités des enquêtés le permettaient, les entretiens ont été réalisés en face à face (10 entretiens correspondant à 16 personnes rencontrées), dans le cas contraire, l'entretien a été réalisé par téléphone (8 entretiens correspondant à 9 personnes). Le guide d'entretien³ a été élaboré à partir du premier volet de l'étude concernant l'état des lieux des pratiques de CA et des questions mises en exergue au cours de nos échanges avec l'ARS.

³ Le guide d'entretien est consultable en document annexe.

[DEFINITION(S) DES CONSULTATIONS AVANCÉES]

La définition politique des CA

Mentionné dans le PRS Centre-Val de Loire 2018-2022, le déploiement des CA est envisagé :

- ✗ d'une part, comme une manière d'articuler l'offre de soins hospitalière avec des établissements de santé de référence qui proposent des CA avec l'hôpital de proximité et les structures du premier recours dans le cadre d'une équipe de soins territorialisée en assurant le deuxième niveau de prise en charge de territoire, notamment en plateaux techniques ;
- ✗ d'autre part, comme une manière de renforcer le lien ville-hôpital en diversifiant des conditions d'exercice des professionnels pour garantir une offre de spécialité sans préjuger de son mode de gestion publique et/ou libérale.

S'il n'existe pas, à notre connaissance, de texte réglementaire ou de cadre légal explicitant précisément la définition des CA, les éléments de définition présents dans le PRS, nos échanges avec l'ARS et la revue de littérature effectuée sur cette thématique, nous permettent de les définir comme des consultations réalisées en dehors de l'établissement de rattachement d'un professionnel de santé, permettant de déplacer un champ de compétences dans un territoire sous-doté dans ce domaine. Il s'agit d'organiser des temps de consultations de diverses spécialités au plus près du lieu de vie des patients pour favoriser un diagnostic précoce et une articulation optimale de la prise en charge des patients avec l'établissement référent dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés.

Les CA peuvent être catégorisées selon leur degré de technicité :

- ✗ Celles nécessitant peu d'investissements matériels/techniques (addictologie, gériatrie, les premières consultations de spécialités médicales telles qu'en hépato-gastro-entérologie, en pneumologie, en oncogénétique, en anesthésie ou encore les consultations post-opératoires). Ce type de CA peut être réalisé au sein de MSP ou encore de locaux ponctuellement adaptés (mairie, maison des adolescents, université, etc.) ;
- ✗ Celles nécessitant un investissement matériel/un plateau technique (ophtalmologie, chirurgie ambulatoire, consultations de spécialité pour épreuves/tests/examens technicisés). La réalisation de ce type de CA se fait principalement au sein des centres hospitaliers (CH) de proximité, qui mettent à disposition un plateau technique pour des médecins venant d'autres structures de soins.

De ce fait, les lieux de déploiement des CA varieront en fonction du type de consultation et de la spécialité médicale dont elle fait l'objet. Cette définition politique des CA sous-tend donc des consultations de spécialités médicales, quel que soit le lieu de leur réalisation, qui doit être adapté aux besoins, et le secteur d'activité du praticien.

Le regard des autres acteurs rencontrés

L'analyse des discours permet de mettre en lumière un certain nombre d'éléments communs définissant les CA et qui rejoignent en partie la définition partagée au niveau politique. Une CA est une consultation dispensée ponctuellement par un praticien hospitalier - voire des professionnels de santé paramédicaux -

dans un autre établissement que celui auquel il est rattaché afin de répondre à une problématique de démographie médicale et de pallier les manques de spécialistes dans les territoires. Les CA n'ont pas pour objet premier la réalisation d'actes techniques/chirurgicaux même si elles aboutissent à de tels actes et n'ont pas, non plus, pour objectif de répondre aux urgences médicales. Si cette définition généraliste recoupe sur certains points la définition des instances décisionnaires en matière de politique de santé sur les territoires, il n'en est pas moins que des divergences importantes ont été relevées au cours des entretiens.

Une méconnaissance des CA

Les éléments de définition évoqués ci-dessus n'ont pas toujours été amenés par les acteurs au cours des entretiens. En effet, certains d'entre eux n'avaient pas connaissance de l'existence des CA. Pour d'autres, leurs pratiques pouvaient être considérées, au regard de la définition de l'ARS, comme des CA sans que ceux-ci ne sachent qu'ils en faisaient et sans en connaître la dénomination.

Les imprécisions concernant la définition des CA par les acteurs rencontrés induisent que les distinctions plus fines faites par l'ARS ne sont que peu reprises par ceux-ci. Par exemple, la distinction entre une CA et l'avis d'un spécialiste en télé-expertise ou encore l'utilisation de matériel/d'un plateau technique dans un CH par un praticien. En effet, les acteurs rencontrés présentent des difficultés à définir une CA car ils rencontrent des difficultés à saisir les différences entre CA, cabinet secondaire, vacation et consultation externe.

De plus, la proximité terminologique de dispositifs pourtant différents pose des problèmes sémantiques. C'est le cas plus précisément de la confusion récurrente entre « consultation avancée » et « infirmier en pratique avancée » qui compromet le lecture des dispositifs visant à améliorer l'offre de soins et la définition de ces mêmes dispositifs.

Par ailleurs, dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins et la répartition des ressources présentes sur le territoire régional, il serait pertinent de clarifier la définition des CA et d'informer certains acteurs des pratiques de CA, tels que le Conseil départemental de l'ordre des médecins (CDOM), l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) ou les délégations départementales de l'ARS (DDARS)... pour favoriser une vision stratégique et la planification sur le territoire, ce qui, au vu des entretiens, ne semble pas être toujours le cas. Il semble donc que les connaissances autour des CA soient parcellaires pour une partie des acteurs ce qui entrave directement leur déploiement sur le territoire.

Des désaccords relatifs aux spécialités

Les acteurs rencontrés ne s'accordent pas sur un point important de la définition des CA : sont-elles des consultations de spécialistes ou de généralistes ? Alors que la définition politique sous-tend qu'une CA est une consultation de spécialiste, les acteurs ne sont pas tous en accord avec cet élément de définition. Si les CA peuvent être des consultations de second recours, il est indispensable que le premier recours soit assuré. Or, au regard de la démographie médicale, le territoire régional présente également des carences au niveau du premier recours. De ce fait, plusieurs acteurs estiment qu'une CA peut être une consultation en médecine générale ainsi qu'en médecine de spécialité. Si la majorité des personnes rencontrées dans le cadre de cette étude affirment que les CA doivent être réalisées par des spécialistes, il semble que cet aspect ne fasse pas consensus auprès des acteurs du territoire.

Par ailleurs, pour certains acteurs, toutes les spécialités sont concernées tandis que pour d'autres les spécialités médicales qui nécessitent un support technique ne peuvent faire l'objet de CA. La technicité liée à la spécialité est également en lien avec le lieu de réalisation des CA comme souligné précédemment.

De plus, le lieu de réalisation des CA joue un rôle sur le contenu même de cette dernière. En effet, par delà la technicité possible en fonction des lieux de réalisation, une CA organisée dans un CH de proximité aura une double facette : des consultations auprès de la population mais également un avis de spécialiste auprès des patients hospitalisés soutenant ainsi la sécurisation des soins au sein du CH receveur.

Leviers et freins relatifs à la définition des CA

Des écarts existent entre la définition politique des CA et les définitions qu'en donnent les acteurs rencontrés. La question de la définition des CA est donc essentielle car elle permet de mettre en exergue le manque de clarté pour les acteurs (spécialistes et/ou médecins généralistes ; 1^{er} et/ou 2nd recours, toutes spécialités confondues ou non...). Cette absence de définition commune et concise a également un impact sur l'appropriation d'un tel dispositif par les acteurs de la santé qui, pour certains n'avaient aucune connaissance des CA.

Leviers

- ✘ Les CA facilitent les parcours de soins à l'échelle d'un territoire de proximité par le biais d'une équipe de soins territorialisée ;
- ✘ Les CA renforcent le lien ville-hôpital ;
- ✘ Les CA confortent la sécurisation des soins via l'avis de spécialistes pour les patients hospitalisés dans le CH « receveur ».

Freins

- ✘ Une absence de cadre réglementaire définissant précisément les CA ;
- ✘ Une méconnaissance par certains acteurs de la définition et de l'existence des CA ;
- ✘ Une vision hétérogène de la définition entre les institutionnels et les professionnels de la santé ;
- ✘ Une absence de visibilité des expérimentations/pratiques des CA ;
- ✘ Une confusion des différentes modalités d'exercice : CA, cabinet secondaire, vacation, consultations externes ;
- ✘ Une lecture rendue difficile par la proximité terminologique des dispositifs : CA, IPA, assistant partagé...

[MOTIVATIONS, EXPERTISE ET CONSULTATIONS AVANCÉES]

Les motivations des praticiens

Les changements générationnels ont une influence sur les représentations et les pratiques de la profession médicale : le salariat représente aujourd'hui une opportunité pour trouver un équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle. Les CA peuvent donc constituer un appui pour favoriser l'exercice mixte des jeunes médecins. Néanmoins, les praticiens n'ont pas toujours envie d'aller travailler dans un autre lieu avec une autre équipe que celle avec laquelle ils ont l'habitude de travailler. La pratique des CA repose ainsi principalement sur le volontariat des praticiens et plusieurs sources de motivation à l'exercice en CA ont été mises en avant au cours des entretiens :

- ✗ Le sentiment d'utilité sociale des praticiens ;
- ✗ Le service rendu à la population ;
- ✗ La volonté d'offrir des soins de qualité sur des territoires dépourvus.

Toutefois, la pratique des CA présente certaines contraintes qui reposent exclusivement sur le praticien et notamment le temps de trajet pour se rendre dans le lieu de réalisation de la CA. Le temps de trajet est considéré comme du temps médecin « perdu » tandis qu'il pourrait être mis à profit d'autres patients. En revanche, la question financière ne semble pas constituer un frein au regard des acteurs rencontrés. En effet, plusieurs dispositifs ont été mis en place afin de favoriser l'exercice territorialisé des médecins en vue d'améliorer l'accès aux soins dans les zones sous-denses.

C'est le cas notamment du **contrat de solidarité territoriale médecins (CSTM)**⁴ qui, par le biais de l'avenant 6 à la convention médicale de 2016 signé en juin 2018 a été rendu plus attractif pour les praticiens. Le CSTM lie le médecin, la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et l'ARS, et valorise l'intervention ponctuelle (vacation, contrat avec un confrère, une consœur ou une collectivité territoriale...) des médecins dans les zones sous-denses identifiées par les ARS. Les médecins s'engagent ainsi à exercer *a minima* 10 jours/an dans ces zones. Conformément à la mesure annoncée dans le Plan ministériel d'accès aux soins lancé en octobre 2017, l'aide à l'activité versée dans le cadre du CSTM a été revalorisée : elle est passée de 10 % à 25 % des honoraires tirés de l'activité conventionnée clinique et technique réalisée dans les zones sous-denses, hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires. Le plafond maximal d'aide pouvant être allouée au médecin dans le cadre du CSTM a été réévalué en conséquence à hauteur de 50 000 € par an, contre 20 000 € auparavant.

Il en est de même de la **prime d'exercice territorial (PET)** créée au sein des statuts médicaux par le décret n°2017-327 du 14 mars 2017 qui permet de modifier le régime indemnitaire des praticiens⁵ pour soutenir les dynamiques d'équipes médicales de territoire. L'arrêté du 14 mars 2017 relatif à la PET prévoit la signature d'une convention d'activité partagée entre les directeurs des établissements concernés et le praticien qui percevra par la suite un versement mensuel par l'établissement dans lequel il est recruté. Pour être éligible à la prime, l'activité partagée du praticien doit être réalisée sur un site distant de minimum 20 km de son site principal d'exercice. Le versement de la PET varie en fonction du temps consacré aux consultations à

⁴ Le CSTM est d'une durée initiale de 3 ans susceptible d'être renouvelée tacitement.

⁵ La PET est accordée, sous certaines conditions, aux praticiens hospitaliers à temps plein (D. 6152-23-1 du CSP) et à temps partiel (D. 6152-220-1 du CSP), aux praticiens contractuels (D. 6152-417), aux assistants des hôpitaux (D. 6152-541-1 du CSP), aux assistants associés (D. 6152-539-4 du CSP), aux praticiens attachés (D. 6152-612-1 du CSP) et aux praticiens attachés associés (R. 6152-633-1 du CSP). Elle remplace la prime multi-site qui a été abrogée au 1^{er} juillet 2017.

l'extérieur du site principal d'exercice (mesuré en nombre moyen de demi-journées) ainsi que du nombre de sites d'exercice différents :

- ✗ 1 demi-journée = 250 € brut ;
- ✗ de plus de 1 demi-journée à 3 demi-journées incluses = 450 € brut ;
- ✗ de plus de 3 demi-journées à 4 demi-journées incluses = 700 € brut ;
- ✗ 4 demi-journées sur au moins 2 sites différents du site principal d'exercice : 1 000 € brut
- ✗ plus de 4 demi-journées = 1 000 € brut

Ces dispositifs de valorisation d'une activité multi-située par les médecins constituent ainsi des leviers au déploiement des CA dans les territoires sous-denses et invitent les acteurs à souligner le fait que la question financière ne semble pas constituer un frein.

Cependant, il est une motivation qui divise les acteurs et a un impact direct sur le contenu et la définition même de ce qu'est une CA. En effet, si les acteurs rencontrés s'accordent à dire que la pratique en CA permet aux praticiens de « voir autre chose » en terme de patientèle, de pratiques professionnelles ou encore de voir « une autre facette de l'hôpital » lorsque la CA est pratiquée dans un CH de proximité. Il n'en est pas moins que, pour certains, la CA doit permettre de consulter en priorité des « cas intéressants » en termes de pathologies - notamment pour les acteurs politiques et des CH de référence - tandis que pour d'autres - acteurs du secteur privé et des CH de proximité - il est davantage question de proposer des consultations au plus grand nombre de patients. Deux conceptions des CA entrent ainsi en tension autour du niveau d'expertise des praticiens.

Deux conceptions des CA autour de l'expertise

Des CA par des spécialistes polyvalents

Les acteurs rencontrés appartenant au monde libéral ainsi que ceux exerçant dans les CH de proximité soulignent l'importance de proposer des CA « généralistes » c'est-à-dire des CA dispensées par des spécialistes polyvalents. Pour ces acteurs, l'objectif des CA est de garantir des consultations de spécialistes pour le plus grand nombre de patients qui n'auraient, sans les CA, pas pu y avoir accès. L'hyperspécialisation du praticien en CA peut entraîner d'une part une démotivation de celui-ci et d'autre part la déception des patients qui ne pourront bénéficier de la CA. Afin d'éviter de faire se déplacer des spécialistes dont l'expertise est poussée sur une pathologie/un domaine particulier, des suggestions ont été faites par les acteurs rencontrés et notamment le fait de mobiliser les internes pour réaliser les CA en combinant éventuellement la téléconsultation pour que l'interne soit secondé en cas de besoin ou encore favoriser la réalisation d'une partie de la CA par des infirmiers en pratique avancée (IPA). Ces éléments seront repris de manière plus détaillée dans la dernière partie de ce rapport.

Des CA par des praticiens très spécialisés

La plupart des acteurs politiques rencontrés ainsi que les acteurs de CH de référence arborent une autre vision des CA allant de paire avec le fait de susciter l'intérêt et la motivation des médecins. Selon eux, le médecin spécialiste qui se rend en CA se doit d'être doté d'un niveau d'expertise poussée afin de relever des situations graves chez des patients qui ne se seraient pas déplacés de prime abord au sein du CH de référence. Cette conception de la CA implique donc de réaliser une sélection préalable des patients mais garantit au

pratien de voir en consultation une majorité de « cas intéressants » au regard de son hyperspécialisation et aux patients une prise en charge précoce dans les cas d'un problème de santé important.

Toutefois, dans les situations où une sélection préalable des patients n'est pas possible ou optimale, le décalage entre la demande des patients reçus en CA - avec des pathologies classiques - et l'offre technique/spécialisée relative au niveau d'expertise du médecin, sera considéré comme une « perte de temps d'experts » par les praticiens eux-mêmes ce qui mènera potentiellement à la diminution de la fréquence de la CA voire son arrêt par manque de praticien pour la réaliser. En ce sens, le niveau d'expertise élevé des spécialistes recrutés au sein des CH de référence peut rendre difficile la mise en place de CA et avec elle la reconstruction du second recours sur le territoire. Une autre organisation des déplacements pourrait alors être envisagée, à savoir les déplacements des patients vers le CH de référence et non des praticiens vers les territoires.

Penser une gradation de l'expertise

Deux conceptions des CA entrent en tension au regard du degré d'expertise des praticiens qui dispensent ces CA. D'une part, les praticiens libéraux et de CH de proximité qui envisagent la masse de patients en attente de consulter un spécialiste et certains acteurs politiques et praticiens des CH de référence qui souhaiteraient donner la priorité au petit nombre de personnes atteintes d'une pathologie grave.

Il est ainsi fondamental de penser une gradation du niveau d'expertise des praticiens exerçant dans le cadre de CA. L'analyse a permis de mettre en lumière plusieurs pistes de gradation :

- ✘ Réaliser une gradation de l'expertise en fonction des besoins de l'établissement qui reçoit la CA et/ou du territoire. Cette modalité de gradation implique de réaliser un diagnostic des besoins des patients pour chacune des spécialités présentes en CA et/ou des besoins des médecins sur place ou encore de consulter les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).
- ✘ Réaliser une gradation de l'expertise en fonction de l'échelon territorial de l'établissement qui met à disposition le praticien pour la CA : un CH de référence assurerait des CA dans les CH de proximité, les CH de proximité dans les MSP/structures médico-sociales, les MSP/structures médico-sociales dans les communes sous dotées.
- ✘ Réaliser une gradation de l'expertise à partir d'une bipartition libérale/hospitalière en assurant des CA polyvalentes par les médecins libéraux et des CA hyper spécialisées par les médecins hospitaliers.

Cependant, toute gradation de l'expertise du praticien semble compromise actuellement. En effet, l'exercice en CA par les médecins est basé sur le volontariat de ceux-ci, ce qui ne permet pas de choisir au préalable le niveau d'expertise du praticien. Motivations des médecins et expertise sont donc intimement liées puisqu'il n'est pas question, pour l'ensemble des acteurs rencontrés, de contraindre les médecins à réaliser des CA afin d'assurer la motivation de ceux qui les pratiquent quel que soit leur niveau d'expertise. De plus, il est important que la réalisation des CA soit décidée collectivement au sein du service afin de garantir la présence suffisante de spécialistes dans le service pour répondre aux besoins de l'établissement pourvoyeur. Les confrères et consoeurs du praticien doivent donc adhérer au projet car le praticien qui réalise la CA ne consultera pas dans son service de rattachement pendant ce temps. Dans un même mouvement, il existe un décalage entre l'offre en CA et la demande des patients pour lequel la réalisation d'une sélection des patients ne fait pas consensus auprès des acteurs rencontrés.

Leviers et freins relatifs aux motivations et à l'expertise

Leviers

- × Les dispositifs légaux de valorisation de l'exercice multi-situé des praticiens (PET et CSTM)
- × Le partage de valeurs professionnelles communes des praticiens telles que lutter contre la désertification médicale ou encore assurer sa mission de service public...
- × Les motivations et la volonté personnelle de réaliser des CA
- × La mise en place d'une gradation du niveau d'expertise des praticiens
- × Une équipe suffisante dans le service du CH pourvoyeur

Freins

- × Des temps de trajet considérés comme du temps médecin « perdu »
- × Un décalage entre l'offre technique/spécialisée en CA et les besoins des patients
- × Une impossibilité de choisir au préalable le degré d'expertise du praticien (volontariat des professionnels)
- × Une gratification insuffisante des praticiens exerçant en CA
- × L'absence d'adhésion au projet de CA de l'ensemble des praticiens du service concerné de l'établissement pourvoyeur pour que les CA constituent un projet d'équipe

[ORGANISATION(S) DES CONSULTATIONS AVANCÉES]

La collaboration public-privé

Les CA peuvent être dispensées dans différents lieux : des structures de soins médicalisées mais également des lieux mis à disposition par les collectivités locales, des établissements scolaires etc. Si de telles organisations ont été référencées dans l'état des pratiques de consultations avancées en France, aucune n'a été répertoriée en région Centre-Val de Loire. Ainsi, des collaborations public-privé peuvent être mises en place entre un établissement pourvoyeur de CA et un établissement receveur.

Plusieurs spécialités médicales font l'objet de CA en région Centre-Val de Loire et notamment, pour reprendre celles évoquées par les acteurs rencontrés : en gériatrie, dermatologie, neurologie, cardiologie, pédiatrie, obstétrique, dentaire, ORL, gynécologie, ophtalmologie, oncologie, hygiène, gastro-entérologie ainsi que dans diverses spécialités chirurgicales (orthopédique, urologique, digestive, pédiatrique, d'infertilité).

Comme souligné précédemment, l'objectif des CA est de garantir l'accès aux soins dans les territoires sous dotés en structurant l'offre de soins hospitalière tout en favorisant les liens ville-hôpital. En effet, dans le cadre des CA, le médecin de ville sera amené à orienter son patient vers la CA de spécialiste et le prendra à nouveau en charge par la suite, ce qui souligne l'importance de tisser et maintenir des liens entre la ville et l'hôpital. Dans le cadre de la réorganisation du système de santé, les personnes participant à l'étude évoquent la nécessité que les acteurs du secteur public et privé collaborent. Dans cette optique, certains acteurs ont mis en avant le fait que les Groupements hospitaliers de territoire (GHT) pourraient constituer un lieu privilégié pour formaliser les collaborations entre privés et publics en intégrant les établissements quel que soit leur secteur. Ils pourraient ainsi constituer un levier pour le déploiement des CA entre les établissements - privés (notamment les MSP) et publics – d'un même territoire.

Des logiques divergentes

Pour les acteurs rencontrés, il semble que les logiques entre praticiens du secteur public et du secteur privé soient assez différentes pour entraver cette nécessaire collaboration. Or, il est essentiel, au regard d'une offre de soins territorialisée, de penser la complémentarité entre le privé et le public. Cette complémentarité est plutôt envisagée par les acteurs de manière imperméable : « si l'un développe quelque chose, l'autre va mettre ses forces ailleurs » dira un acteur au cours de l'entretien. Dans les discours, il est ainsi question d'organiser une réunion entre les directions d'établissements afin de discuter d'une répartition du territoire entre secteur privé et secteur public.

En ce sens, les expérimentations rapportées lors des entretiens et même les représentations des acteurs concernant les CA soulignent des collaborations entre établissements publics (ex : de CH de référence vers un CH de proximité) et d'autres entre établissements privés (ex : d'une clinique vers une MSP).

Des collaborations existantes

Même si les collaborations entre le privé et le public ne sont pas majoritaires dans la mise en place des CA, des conventions existent entre secteurs : des spécialistes privés qui vont consulter dans un CH et opèrent dans leur clinique de rattachement, mais également des spécialistes de CH qui vont consulter en clinique ou en MSP. Toutefois, ce montage organisationnel paraît plus compliqué à mettre en œuvre aux acteurs rencontrés qui n'y sont pas familiers à l'inverse des acteurs qui les réalisent - direction de CH et praticiens.

Si secteurs privé et public ne se présentent plus en opposition, un accompagnement de l'ARS serait facilitateur et est attendu par les acteurs rencontrés. En effet, la volonté nationale et régionale de maintenir

une offre de soins de proximité *via* les CA implique que l'ARS favorise l'intégration de tous les acteurs, y compris privés et garantisse la déclinaison au niveau départemental. Pour ce faire, les acteurs souhaiteraient que l'ARS développe des leviers juridico-financiers pour assurer la mise en place de soins de proximité.

Des lieux de réalisation divers

Dans un CH de proximité

La grande majorité des pratiques de CA référencées dans le cadre de l'état des lieux précédemment réalisé, s'organise entre un Centre hospitalier (CH) ou un Centre hospitalier universitaire (CHU) vers un CH de proximité. Cette forte proportion de CA en CH avec des praticiens qui viennent d'un autre CH, semble liée aux spécialités médicales proposées dans le cadre de ces CA. En effet, leur réalisation dans un CH permet d'assurer la présence d'un plateau technique pour mener à bien et dans des conditions matérielles optimales les consultations.

Le développement des CA présente donc un enjeu pour les hôpitaux de proximité en permettant leur soutien et leur développement. Selon les acteurs rencontrés, les CA ne fragilisent pas les CH de proximité mais valorisent au contraire leur rôle et leurs potentialités par le biais de la proximité des consultations et avec elle, l'accessibilité des soins et l'amélioration de l'offre de soins sur les territoires.

Pour autant, les récents découpages territoriaux des GHT ont parfois mené à la disparition de certaines CA. En effet, des CA, réalisées par un praticien d'un CH vers des établissements en région Centre-Val de Loire mais également des établissements d'autres régions dans une logique de territoires de proximité, se sont vues arrêtées à la suite de la création des GHT, ces derniers induisant une autre organisation territoriale et donc un redéploiement des CA entre les établissements d'un même GHT.

En Maison de santé pluriprofessionnelle

Il est prévu par le Contrat de Plan Etat - région CVL 2015-2020 que le projet de santé commun des MSP présente et décrit les actions innovantes envisagées telles que l'organisation de CA dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Au même titre que dans les CH, la présence de locaux adaptés dans les MSP permet le déploiement de diverses spécialités. Les MSP constituent des lieux favorables au déploiement des CA de spécialistes car elles ont été initiées en vue d'améliorer la coopération interprofessionnelle, ce qui a mené au regroupement des professionnels de santé visant une amélioration de la coordination des parcours de soins (Marchand, Seigneurin, Chermand, Boussat & François, 2015). De plus, selon les acteurs en prise directe avec l'organisation de CA, la collaboration et les échanges avec un spécialiste présent régulièrement au sein de l'établissement, permettrait d'acquérir de nouvelles compétences individuelles mais également collectives au regard des problématiques de santé complexes et de la prise en charge de certains patients. Ce partage de compétences contribue ainsi à « une dynamique vertueuse de territoire » pour reprendre les termes d'un spécialiste pratiquant les CA depuis plusieurs années.

Toutefois, le déploiement des CA dans les MSP doit prendre en considération le territoire sur lequel est située cette dernière. En effet, la mise en place des CA dans des MSP éloignées des CH paraît pertinente (Vauthier, 2006), contrairement aux sites suffisamment proches des hôpitaux (Jeanmaire, Jendoubi, Vuattoux & Chazerand, 2009).

Dans d'autres lieux

Il est possible que des CA soient organisées dans d'autres lieux que les structures de soins. En effet, celles-ci peuvent être dispensées dans des établissements scolaires, des Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), dans des cabinets libéraux ou encore dans des locaux mis à disposition par les collectivités locales. Le choix du lieu de réalisation de la CA est étroitement lié à la spécialité exercée. En effet, certaines spécialités nécessitent des équipements techniques (par exemple l'ORL, l'ophtalmologie...) impliquant de fait que l'organisation d'une CA se fasse dans un CH tandis que d'autres spécialités (par exemple la dermatologie) ne nécessitent pas de tels supports et peuvent donc être réalisées dans des lieux non ou moins médicalisés. Néanmoins, si l'état des lieux des pratiques et la revue de littérature réalisée préalablement à cette enquête qualitative a permis de référencer certaines expérimentations hors région, les acteurs rencontrés n'ont pas mentionné de telles expérimentations lors des entretiens. Pour autant, les possibilités en terme de lieux de réalisation des CA en fonction des spécialités médicales offrent des potentialités importantes en termes de maillage et d'organisation des soins sur le territoire.

En amont de la CA

La définition des besoins

En théorie, les acteurs ne s'accordent pas sur les modalités de définitions des besoins relatifs à la fréquence et à la spécialité proposée en CA. Pour certains, l'établissement pourvoyeur de la CA définit quelle spécialité il pourra mettre à disposition vers un autre lieu de consultation ainsi que le temps dont celui-ci bénéficiera au regard de ses propres besoins et des possibilités en termes d'effectifs. Pour d'autres, l'établissement receveur de la CA définit préalablement ses besoins et les manques en termes de spécialités médicales et de fréquence avant d'en informer l'établissement pourvoyeur.

Dans les faits, l'organisation des CA n'est pas pensée en fonction des besoins de la population et/ou de l'établissement receveur mais la région Centre-Val de Loire est carencée dans l'ensemble des spécialités, impliquant que les CA répondent nécessairement à un besoin. Au même titre qu'il n'est pas aisé de choisir au préalable le niveau d'expertise du spécialiste, il n'est pas possible de choisir les spécialités présentes en CA. En effet, la réalisation de CA est dépendante de la volonté des praticiens et non de la demande. Pour remédier dans une certaine mesure à cela, il a été évoqué le fait de notifier, lors des recrutements de médecins spécialistes, la nécessité de réaliser des CA dans cette spécialité afin de favoriser l'engagement du praticien voire de ne plus recruter de praticiens dans un CH mais plutôt au sein d'un territoire de santé ou d'un département (GHT) et que ce dernier soit rattaché à un CH tout en étant mobile sur l'ensemble du territoire ainsi défini.

La mise en place d'une CA de spécialiste, et notamment au sein de CH de proximité, qui plus est, qui disposent de médecins dans la spécialité proposée en CA, peut-être perçue par les médecins de l'établissement receveur comme une remise en cause de leurs compétences. Une telle perception initiera potentiellement une concurrence entre « ceux qui savent » - les spécialistes qui réalisent la CA - et « ceux qui n'en savent pas assez » - les praticiens de l'établissement receveur. Cet environnement concurrentiel peut donc mener à des réticences voire un accueil peu agréable des praticiens qui viennent réaliser les CA compromettant ainsi le maintien de celle-ci. Il est donc essentiel de prévoir un temps d'échange, de concertation voire de co-construction de la CA au sein de l'équipe de l'établissement receveur afin de préparer le personnel et d'explicitier les bénéfices pour chacun. Dans un même mouvement, il est important que les spécialistes qui réaliseront la CA puissent bénéficier également d'un temps d'échange préalable et d'une visite pour se familiariser avec les lieux et les équipes. Une préparation du projet en amont est donc fondamentale pour

mener à bien un projet de CA, ceci semble d'autant plus vrai lorsque celles-ci sont réalisées dans un CH où les compétences médicales peuvent être perçues comme remises en question par l'équipe en place.

Par ailleurs, le médecin réalisant la CA aura besoin de personnel sur place pour l'accompagner au cours des consultations et du suivi des patients. Aussi, l'établissement pourvoyeur devra s'assurer de former le personnel de l'établissement receveur avant la mise en place des CA afin que le praticien puisse réaliser sa CA dans de bonnes conditions tout en garantissant la sécurité des soins pour les patients.

La signature d'une convention

Une fois l'équilibre trouvé entre la volonté des praticiens, les besoins de l'établissement receveur et les possibilités de l'établissement pourvoyeur, la mise en place des CA s'officialise par le biais de la signature d'une convention entre établissements. Cette convention spécifie la mise à disposition pour une quotité de travail définit d'un ou plusieurs spécialistes. Aucun objectif en termes de nombre de consultations à réaliser par le praticien lors de ces CA n'est inscrit dans la convention. Le praticien, quant à lui, bénéficiera d'un avenant à son contrat de travail prenant en compte la réalisation des CA. Si la CA est organisée d'un CH vers un établissement privé, le praticien n'exercera ainsi pas en libéral mais sera détaché de l'hôpital où il exerce.

La mise en place des CA nécessite des stratégies claires d'établissement concernant la coopération avec les professionnels de ville dans leur ensemble (Le Cossec, Giacomelli, de Chambine, 2018). Néanmoins, ces stratégies nécessitent que les professionnels libéraux orientent les patients vers les CA organisées au sein des CH de proximité plutôt que vers des confrères ou consoeurs d'autres établissements sanitaires, afin que les CA fonctionnent en garantissant au spécialiste la présence de patients. Ces stratégies peuvent également être discutées dans le projet médical des GHT. Il s'agit ici de stratégie de coopération plus ou moins formalisée avec les CH de proximité, centres de santé, MSP, professionnels libéraux... afin de clarifier la collaboration et d'assurer l'amélioration de l'offre de soins sur le territoire.

La logistique des CA

Les temps de déplacement

Comme souligné précédemment, le temps de déplacement est souvent considéré par les enquêtés comme une « perte » de temps médecin. Pour autant, il n'est pas possible pour les acteurs de définir un temps de trajet minimum ni un nombre de kilomètres au-delà duquel il ne serait plus pertinent de réaliser une CA. Le temps de trajet moyen au regard des diverses expériences de CA relatées par les acteurs est de 30-45 min. La distance qui sépare l'établissement pourvoyeur et l'établissement receveur de la CA dépasse toujours les 20 km, permettant ainsi aux praticiens de bénéficier de la PET. Néanmoins, le temps de trajet n'excède jamais 1h : les CA doivent rester des actions de proximité. Aussi, afin de maintenir la motivation des praticiens qui se déplacent pour réaliser des CA, il est essentiel d'assurer, en plus d'un bon accueil, une organisation de qualité sur place afin que celui-ci puisse avoir une journée de consultation remplie et n'ai pas l'impression que le temps de déplacement ait été vain.

Une planification essentielle

Sur les lieux de réalisation de la CA, il est primordial que le praticien qui se déplace puisse avoir accès à des locaux adaptés dédiés à la CA ainsi que du matériel, du personnel paramédical et un secrétariat qui assure la

prise de rendez-vous (que celui-ci soit centralisé dans l'établissement pourvoyeur ou receveur). Les acteurs rencontrés soulignent à maintes reprises la nécessité de planifier les CA - qui intervient, où, quand, à quelle fréquence, pour quel public - et l'importance de la régularité dans la réalisation des CA pour :

- ✗ Faciliter l'identification de la CA pour le personnel de l'établissement receveur, les médecins de ville et les patients ;
- ✗ Faciliter l'identification du praticien par le personnel de l'établissement receveur et les patients ;
- ✗ Assurer le suivi des patients ;
- ✗ Favoriser l'organisation de la CA et la prise de rendez-vous ;
- ✗ Garantir la disponibilité des locaux pour la réalisation de la CA.

Lorsque la planification des CA est vacillante, des tensions voire des conflits peuvent émerger et mener à la fermeture de la CA comme cela a été recensé. Dans l'idéal, les acteurs pensent qu'il est important que les CA d'une même spécialité soient réalisées dans un même lieu sur une demi-journée minimum, une journée dans l'idéal, l'objectif étant l'identification de la CA et la régularité de la pratique. Concernant la consultation en elle-même, il revient au spécialiste de définir les modalités de sa CA - *via* téléconsultation, sélection préalable des patients ou non, réalisation de tests en amont par le personnel paramédical etc.

Il est nécessaire de communiquer auprès des médecins de ville et de la population afin d'assurer une patientèle pour les CA. La mobilisation d'outils tel qu'un annuaire par spécialité des CA réalisées dans la région Centre-Val de Loire pourrait être utile afin de favoriser l'identification des CA et informer les médecins libéraux.

Par ailleurs, la création d'un flux de patients par le biais de l'organisation d'une CA peut déjouer les représentations de l'établissement receveur comme tributaire de l'établissement donneur. En effet, la CA peut faciliter par la suite le recrutement d'un spécialiste par le biais de la combinaison d'activité entre les établissements pourvoyeur et receveur. Alors que le premier ne pourrait pas justifier du recrutement d'un spécialiste au regard de ses besoins propres, la pratique de la CA impliquant un accroissement des besoins et le partage d'un même poste sur deux sites facilite le recrutement.

De plus, il est important que des échanges réguliers soient réalisés entre l'équipe receveuse et les praticiens qui réalisent les CA. Ces points seront l'occasion de revenir sur l'organisation des CA, les besoins et attentes de chacun ainsi qu'une manière d'apprendre à se connaître et à travailler ensemble afin d'apporter des ajustements en cas de besoin et d'assurer ainsi la pérennité de la CA. Les acteurs rencontrés qui favorisent ces temps d'échanges semblent avoir des CA pérennes tandis que le manque de communication entre les équipes a compromis la pérennité des CA d'autres acteurs rencontrés.

Quid de la chirurgie et des examens complémentaires

Les acteurs rencontrés divergent sur un autre point : le lieu de réalisation des gestes techniques afin de maintenir un équilibre financier entre les établissements pourvoyeur et receveur. Certains estiment qu'il est logique que les actes chirurgicaux/examens complémentaires soient réalisés dans le CH pourvoyeur de la CA qui dispose d'un plateau technique qu'il souhaite valoriser par le biais de celle-ci tandis que d'autres - et notamment les établissements receveur de CA - estiment *a contrario* que certains gestes techniques peuvent être réalisés dans l'établissement receveur dans les cas où celui-ci est un CH qui dispose du matériel nécessaire. Ces conceptions entrent ainsi en tension en raison du problème d'équilibre du modèle économique. En effet, les actes chirurgicaux sont plus lucratifs que les consultations et appuient les craintes de l'établissement receveur que le pourvoyeur happe sa patientèle. La problématique de la réalisation des actes techniques mérite donc d'être évoquée préalablement à la réalisation des CA afin de clarifier les lieux

de réalisation en fonction du degré de technicité de l'acte. Il est par ailleurs possible, comme cela l'a été rapporté durant les entretiens, d'inscrire dans la convention, les règles d'organisation des actes chirurgicaux/examens complémentaires afin de s'assurer que le praticien de la CA se serve du plateau technique de l'établissement receveur ou pourvoyeur.

Le suivi des patients

L'un des avantages de la CA est de permettre aux patients de bénéficier d'une consultation de spécialiste au plus près de leurs lieux de vie tout en désengorgeant les locaux du CH pourvoyeur. Cette modalité d'organisation répond en parallèle aux problématiques de mobilité des patients en permettant une offre de soins de proximité. De plus, les CA assurent une meilleure prise en charge du patient en cas d'aggravation de son état de santé. Celui-ci sera admis au CH pourvoyeur de la CA plus aisément car il sera suivi par un praticien du dit service. Cependant, les patients ne sont pas nécessairement informés des tenants et des aboutissants de l'organisation des CA, ni même qu'ils consultent un praticien qui vient d'un autre établissement. Si le rôle de la CA n'est pas compromis par le manque d'informations des patients qui y viennent, il apparaît pourtant important d'informer le patient, en amont, de l'organisation des CA afin d'éviter toute incompréhension vis-à-vis d'un éventuel suivi dans l'établissement pourvoyeur en cas d'acte chirurgical par exemple. De plus, les examens complémentaires réalisés dans l'établissement pourvoyeur peuvent aller de pair avec un éventuel dépassement d'honoraires dans les situations où le patient est orienté vers une clinique ou une consultation privée en hospitalier. Ces divers éléments sous-tendent la nécessaire transmission d'informations aux patients quant aux modalités d'organisation des CA.

Quant aux délais de consultation, les acteurs estiment que la présence du spécialiste en CA est insuffisante pour permettre à tous les patients qui en auraient besoin d'être vus en consultation, induisant par la même des délais conséquents et produisant la fuite de la patientèle. Cette fuite contribue à creuser davantage les inégalités sociales d'accès aux soins avec d'une part, des individus qui pourront aller consulter ailleurs et notamment en région parisienne et d'autre part, des individus qui ne le pourront pas.

De plus, lors des CA dans les CH de proximité, la double mission du praticien - consultation et avis de spécialiste auprès des patients hospitalisés - réduit également le temps alloué aux consultations en diminuant ainsi le nombre de patients vus dans le cadre de la CA. Une différence notable peut être soulignée entre l'organisation d'une CA corolaire à l'augmentation des effectifs dans cette spécialité dans l'établissement pourvoyeur afin de maintenir des délais raisonnables pour les patients de cet établissement et l'organisation d'une CA sans augmentation des effectifs ce qui revient à « *déshabiller Pierre pour habiller Paul* » pour reprendre l'expression si souvent énoncée au cours des entretiens. Par delà les effets directs sur l'offre de soins et la diversification des spécialités proposées sur un territoire dont la démographie médicale est faible, les CA permettent, si celles-ci ne privent pas l'établissement pourvoyeur, une diminution du délai d'attente pour la prise de rendez-vous.

Par ailleurs, l'organisation logistique des CA et le suivi des patients sont, pour la majorité des acteurs rencontrés, compromis par l'absence d'outils informatiques partagés entre l'établissement pourvoyeur et l'établissement receveur. D'une part le praticien n'est, en règle générale, pas familier de l'outil informatique usité dans l'établissement où il dispense sa CA, ce qui est susceptible d'entraîner une démotivation de celui-ci du fait de la nécessaire appropriation de cet outil ainsi que d'éventuelles complications du point de vue de son organisation propre. D'autre part, le dossier de consultation du patient étant créé dans l'établissement receveur, le suivi du dossier en cas d'intervention / d'examens complémentaires dans l'établissement pourvoyeur sera entravé par cette incompatibilité informatique. L'uniformisation des outils informatiques et le développement du dossier patient informatisé faciliteront de fait l'organisation des CA, des praticiens et le suivi des patients. Néanmoins, les spécialistes exerçant en CA rencontrés dans le cadre de cette étude

mettent en exergue l'utilisation de dossiers papier qui n'est pas évoquée comme un frein par les praticiens mais plutôt comme une organisation particulière et une nécessaire anticipation pour garantir le suivi des patients. L'absence de dossier informatisé partagé implique le transfert du dossier papier de chaque patient vu en CA, de l'établissement receveur à l'établissement pourvoyeur en cas d'examens complémentaires ou d'actes chirurgicaux réalisés dans ce dernier. Aussi, afin d'assurer la protection des données de santé, il paraît essentiel de mettre en place un dossier patient informatisé, partagé et sécurisé entre les établissements.

Les écarts entre les besoins de la population pour une spécialité et les possibilités de présence en CA du spécialiste peuvent faire des CA une réponse insatisfaisante aux yeux des patients comme cela l'a été rapporté. En effet, le CH pourvoyeur n'est pas toujours en mesure de combler les besoins de l'établissement receveur au regard des problématiques de démographie médicale. Pour autant, il est important de s'assurer que la fréquence d'une CA réponde aux besoins de la population. Toutefois, de manière générale, les patients ont, d'après les acteurs rencontrés, une perception positive des CA car celles-ci leur permettent d'avoir accès à un spécialiste auquel ils n'auraient pu avoir accès à proximité.

Au regard de l'analyse des discours, il semble que la logistique et l'organisation des CA soient personnes dépendantes. Ainsi, l'interconnaissance des acteurs est un levier important à la mise en place de partenariats quel que soit le secteur d'activité des établissements. Il est ainsi fondamental de penser le projet collectivement en amont car celui-ci dépend pour beaucoup de la bonne volonté des personnes tandis que l'organisation de CA sous-temps des investissements (en temps, en argent, en changement de pratiques) et a des implications importantes pour les structures et les professionnels qui y exercent. Cependant, pour avoir une vision plus fine des avantages pour l'établissement pourvoyeur et l'établissement receveur, il est nécessaire d'inscrire la CA dans le moyen terme afin d'avoir le recul nécessaire et d'avoir le temps de réaliser les ajustements propres à son organisation. Pour autant, un cadre réglementaire des pratiques de CA pourrait faciliter leur déploiement sur le territoire et trouver des leviers auprès des acteurs tels que l'ARS ou le Conseil de l'Ordre. Pour l'heure, ce dernier n'est pas informé des pratiques de CA alors qu'il est un acteur pivot du déploiement de l'exercice multi-sites des médecins du territoire.

Leviers et freins de l'organisation des CA

Leviers

Les préalables pour assurer la pérennité du dispositif

- ✘ La préparation en amont du projet de CA (temps d'échange, explicitation des bénéfices pour les deux parties, visite des locaux, rencontre des praticiens avec les futures équipes, ...)
- ✘ Des conventions signées entre les établissements qui définissent et contractualisent la collaboration
- ✘ L'organisation de temps d'échanges réguliers entre les équipes des établissements pourvoyeurs et receveurs pour ajuster les CA en cas de nécessité : organisation, besoins, attentes, interconnaissance...

Une nécessité de limiter « les écarts de conditions de travail »

- ✘ Des lieux adaptés en fonction des spécialités médicales proposées

- ✗ Des locaux mis à disposition spécifiquement pour la réalisation des CA
- ✗ Du personnel formé aux techniques /pratiques professionnelles du praticien
- ✗ Du personnel qui assure la coordination globale

Les CA : un enjeu dans le cadre d'une démographie insuffisante

- ✗ Des facilités pour recruter un praticien *via* la combinaison d'activité sur deux sites qui ne serait pas justifiée sur un seul
- ✗ Une augmentation des effectifs dans l'établissement pourvoyeur dans la spécialité pour éviter l'augmentation des délais de consultation des patients
- ✗ La montée en compétences du personnel de l'établissement receveur permet une meilleure prise en charge des patients
- ✗ La valorisation des CH de proximité *via* les CA
- ✗ Une perception généralement positive des patients qui ont accès aux CA

La nécessité d'un nombre suffisant de CA et de leurs régularités

- ✗ La planification et la régularité des CA pour asseoir l'organisation des CA et la visibilité/identification des CA
- ✗ Le maintien dans le temps des praticiens sur des plages horaires a minima d'une demi-journée pour favoriser le suivi des patients

Freins

Les points de fragilisation pour une mise en oeuvre/continuité des CA

- ✗ Des représentations du secteur privé et public encore ancrées qui freinent les collaborations
- ✗ Une organisation non définie en fonction des besoins de la population/de l'établissement receveur (volontariat du praticien et plus largement de tout le service dans lequel exerce le spécialiste)
- ✗ L'absence de clarification initiale concernant la réalisation des actes chirurgicaux/examens complémentaires
- ✗ Des outils informatiques non uniformisés qui peuvent décourager le praticien pour une appropriation de l'outil
- ✗ L'absence de système d'information commun qui engendre une perte de temps pour l'organisation des CA dans les deux établissements : production de deux dossiers patient (un par établissement pourvoyeur et receveur) et perte de temps pour le suivi des patients ou risque de perte du dossier

Une interprétation de la venue d'autres praticiens pas toujours facilitante

- ✖ Une nécessité de ne pas annoncer à la population la venue de spécialistes sans précision des conditions, notamment si les CA demeurent en nombre insuffisant pour couvrir les besoins (incompréhension des usagers)
- ✖ La perception d'une remise en cause des compétences des médecins de l'établissement receveur entraînant une méfiance de ces derniers
- ✖ Le manque de visibilité des CA et de communication auprès des médecins de ville et de la population
- ✖ Une implication insuffisante des professionnels libéraux du territoire (un renvoi des patients vers un établissement autre que vers la CA)
- ✖ Le déploiement du spécialiste en CA dans un CH ne permet pas toujours de répondre aux besoins de la population : nombre de CA proposées et degré d'expertise du praticien présent

[FINANCEMENT DES CONSULTATIONS AVANCÉES]

Quid du financement des CA

Les principaux objectifs des CA sont le développement de l'offre de soins et l'amélioration de leur accessibilité. Pour ce faire, diverses pratiques se sont développées et notamment des partenariats entre des CH ou entre des établissements privés et publics. Aussi, la question des modalités de financement est centrale dans le cadre des CA afin de mieux comprendre les intérêts des établissements engagés dans cette démarche. L'analyse a permis de mettre en exergue plusieurs éléments à prendre en compte concernant le financement des CA :

- ✗ le temps de travail du praticien;
- ✗ les frais de déplacement;
- ✗ le temps de déplacement;
- ✗ le nombre de consultations réalisées;
- ✗ la formation du personnel sur les lieux de réalisation de la CA;
- ✗ les bénéfices à moyen terme de l'établissement pourvoyeur (chirurgie, examens complémentaires, recrutement d'un praticien *via* les CA) et de l'établissement receveur (valorisation de la structure, création d'un flux de patients, montée en compétences du personnel, chirurgie, examens complémentaires);
- ✗ le matériel nécessaire sur place pour réaliser les CA;
- ✗ l'organisation logistique des CA (mise à disposition de locaux, secrétariat pour prise de rendez-vous)

Si certains de ces éléments sont aisément chiffrables, ce n'est pas le cas de tous. Aussi, les acteurs rencontrés dans le cadre de cette étude n'ont pas toujours été en mesure de préciser les modalités de financement des CA en déclinant les diverses composantes ci-dessus, peut-être du fait du tabou qui autour les questions de financement. Par ailleurs, le soutien de l'ARS au financement de matériel dans l'établissement receveur, constitue un levier important pour la réalisation des CA sans pour autant garantir leur mise en place effective ni leur pérennité. Par-delà les considérations organisationnelles des CA dépendant des personnes impliquées et de leurs motivations, du point de vue financier, il est essentiel que les structures qui proposent et celles qui accueillent les CA trouvent un équilibre financier et des intérêts particuliers afin que les CA puissent être maintenues dans la durée. Pour autant, ces considérations financières ne concernent pas directement les praticiens attachés à leur mission de service public.

Des modalités de financement en fonction des secteurs

Plusieurs modalités de financement ont ainsi pu être relevées au cours des entretiens. L'analyse permet de révéler certaines particularités dans le montage économique des CA en fonction du secteur, privé ou public, de l'établissement pourvoyeur et receveur.

Entre deux établissements publics

L'organisation de CA entre deux établissements publics semble la plus courante en région CVL. Dans cette configuration, plusieurs éléments sont pris en charge par l'établissement receveur :

- ✗ Le salaire chargé en fonction du temps que le praticien aura passé en CA est réglé à l'établissement d'origine de celui-ci ou bien réglé directement au praticien ;

- ✗ Les frais de transport sont remboursés sur présentation de justificatifs directement au praticien;
- ✗ Le matériel médical et les consommables dont le praticien aura besoin en CA.

En contrepartie, l'établissement dans lequel est réalisée la CA encaisse les actes. Concernant l'établissement pourvoyeur, l'intérêt financier est de faire venir des patients qui ne se seraient pas déplacés s'ils n'avaient pas eu accès à une CA près de leur lieu de vie en vue de rentabiliser le plateau technique. Quant au patient, celui-ci n'a pas à régler de dépassement d'honoraire s'il s'agit d'un médecin de secteur 1 conventionné qui réalise la CA. Nonobstant, il est essentiel de mener une réflexion sur les modalités d'organisation des CA et de règlement des patients dans les cas où le médecin serait de secteur 2.

Toutefois, quelques éléments ont été pointés par les professionnels de santé rencontrés et notamment le fait que les temps de trajet ne soit pas décompté et reste à la charge du praticien. De plus, les démarches administratives en vue du remboursement des frais de déplacement sont considérées comme trop lourdes et lentes. Cet élément est à l'origine de tensions susceptibles de décourager les praticiens comme cela a été relaté au cours des entretiens.

D'un établissement public vers un établissement privé

Dans le cas, rencontré au cours de cette étude, d'une CA d'un établissement public vers un établissement privé, les modalités de financement sont différentes. Dans ce cas particulier, le praticien est payé par son établissement d'origine et est détaché pour se rendre dans l'établissement privé. Son établissement d'origine prend en charge les frais de déplacement. L'établissement pourvoyeur règle un loyer afin d'utiliser les locaux pour la réalisation de la CA et encaisse ainsi les actes réalisés. Le pourvoyeur s'occupe également de la prise de rendez-vous par le biais d'une ligne téléphonique dédiée aux CA afin de simplifier les démarches pour le patient et fourni le matériel nécessaire aux CA. L'établissement receveur ne met pas à disposition de personnel pour la réalisation de la CA. Dans un tel cas de figure, le lieu de réalisation des CA s'apparente davantage à une antenne du CH dans le territoire.

De praticiens libéraux vers un établissement public

Les acteurs rencontrés dans le cadre de cette étude n'ont pas participé à de telles CA. Pour autant, l'exemple de chirurgiens dentistes libéraux exerçant dans un CH en tant que vacataires et faisant des dépistages bucco-dentaires dans les EHPAD d'un même GHT a été relaté. Cette expérimentation a été soutenue financièrement et est en voie d'extension aux établissements pour personnes en situation de handicap. Toutefois, celle-ci relève de la télé-expertise puisqu'un infirmier réalise des images de la cavité bucco-dentaire des patients qu'il transmet ensuite aux chirurgiens qui, quant à eux, établissent des recommandations envoyées au médecin coordonnateur de l'EHPAD. De cette manière, le choix du médecin pour effectuer les soins en cas de besoin est laissé aux patients.

Malgré l'absence d'informations plus précises concernant l'organisation et le financement de ces consultations, cet exemple permet de souligner une nouvelle fois les difficultés de définition des CA pour les acteurs : une confusion opère en fonction du statut des praticiens – ici le statut de vacataire – et les modalités d'exercice des CA –ici, la télé-expertise.

Construire un équilibre financier

La question de la rentabilité des CA a été posée par l'ensemble des acteurs rencontrés. Si le principe même de la CA est perçu positivement, la question d'un équilibre financier à construire reste en suspens. Cette rentabilité est dépendante des soins annexes qui découlent de la CA, du type d'acte pratiqué, du lieu de leur réalisation – dans l'établissement pourvoyeur ou receveur -, du revenu d'activité généré par la CA... Autant

d'éléments qui ne peuvent être anticipés préalablement à l'organisation de la CA et qui nécessitent d'être appréhendés au cas par cas. Il est donc fondamental que les établissements construisent un modèle économique à l'équilibre. Par exemple, l'établissement pourvoyeur qui utilisera son plateau technique pour réaliser quelques actes chirurgicaux à la suite des CA et les établissements receveurs qui prendront en charge l'hospitalisation du patient à la suite de l'acte chirurgical. Un ou plusieurs modèles sont donc à inventer afin que chacune des parties y trouvent avantage.

Pour l'heure, les questions financières posées par les CA n'ont pas trouvé de réponses pleinement satisfaisantes aux yeux des établissements pourvoyeurs et receveurs. Un soutien financier en amont des CA favoriserait le déploiement de ces-dernières, tout en prenant en compte le financement des soins globaux dans une logique de parcours plutôt qu'en fonction des actes réalisés dans chaque établissement.

Leviers et freins au regard du financement des CA

Leviers

- ✗ Un financement du matériel nécessaire pour l'établissement receveur pris en charge par l'ARS
- ✗ La nécessité de trouver un équilibre financier entre établissements pourvoyeur et receveur (un point crucial à déterminer mais pas aisé)
- ✗ Une prise en compte du financement des soins globaux dans une logique de parcours plutôt que par actes réalisés dans chaque établissement
- ✗ Une absence de formalisation des modalités de financement des CA laisse la possibilité d'expérimenter
- ✗ Une nécessaire reconnaissance (financière ou autre) du praticien qui réalise des CA

Freins

- ✗ Des coûts d'équipements pour l'établissement receveur
- ✗ Des coûts pour harmoniser les systèmes d'information numériques
- ✗ Une méconnaissance des modalités précises de financement par les acteurs
- ✗ Des modalités de remboursement des frais de déplacement trop lourdes et lentes entraînant des tensions
- ✗ Des temps de déplacement des praticiens non indemnisés

[COMPLÉMENTARITÉ AVEC LES AUTRES MODALITÉS DE CONSULTATION]

Consultations avancées et télémédecine

Qu'entend-t-on par télémédecine ?

Comme soulevé dans le premier rapport sur l'état des lieux des CA en région et hors région, il est important d'interroger les liens entre la télémédecine et son avancée en parallèle des CA, pour appréhender la manière dont ces dispositifs vont cohabiter. Néanmoins, un détour pertinent par les définitions des composantes de la télémédecine semble nécessaire. La télémédecine est en effet composée :

- ✗ Du télé-soin : pratique de soin à distance qui met en lien un patient et des pharmaciens ou des auxiliaires médicaux *via* les technologies d'information et de communication
- ✗ De la télé-expertise : intervention d'un expert par le biais de moyens de communication et d'information, sans que celui-ci se déplace sur le lieu de l'élément à expertiser
- ✗ De la téléconsultation : consultation *via* des outils de communication et d'information qui permet à un médecin de consulter un patient à distance

Pour une part non négligeable des acteurs, les téléconsultations sont considérées comme des CA. Un amalgame supplémentaire qui souligne la nécessité de définir concisément ce que sont les CA. De plus, la téléconsultation pose certaines questions aux acteurs rencontrés et notamment la nécessité d'un examen clinique dans le cadre d'une première consultation afin de clarifier la responsabilité médicale, ce qui devient problématique en cas d'absence d'examen.

Une complémentarité entre CA et télémédecine

La télémédecine ne peut donc être envisagée comme une solution unique, notamment du fait que toutes les spécialités médicales ne se prêtent pas aux pratiques de téléconsultation au regard de la nécessité d'examen cliniques. Par ailleurs, la population vieillissante et vulnérable n'est pas toujours familière des outils numériques impliquant de fait, la nécessaire présence de professionnels formés sur place ce qui peut être difficile au regard de la démographie des professionnels de santé. L'articulation entre la télémédecine et les CA doit donc être pensée. Pour ne prendre qu'un exemple, la réalisation d'une première CA *de visu* avec un suivi en téléconsultation ou avec d'autres professionnels de santé pourrait limiter les déplacements de patients et de médecins.

Les CA doivent garantir une prise en charge de proximité afin de bénéficier aux populations sur des territoires peu dotés en spécialistes. Une réflexion sur les modalités de transport pourrait être menée afin de concilier au mieux la nécessité d'une offre de soins la plus égalitaire possible et les problématiques de mobilité des patients et des médecins. Qu'il s'agisse de projet de "bus santé" (c'est-à-dire des spécialistes dans un bus avec un plateau technique pour effectuer des soins de 1^{er} recours) ou de "bus patients" (c'est-à-dire des patients qui se déplacent à bord d'un bus pour aller consulter un spécialiste pointu afin d'éviter d'envoyer ce spécialiste en CA au vu de son hyper-spécialité), des points spécifiques doivent être soulevés au préalable tels que le financement de tels projets, l'adaptation des équipements aux problèmes de santé des patients, l'adéquation avec les besoins des patients...

L'articulation des dispositifs de télémédecine et les CA est essentielle et nécessite d'être pensée à l'échelle du territoire. Si la télémédecine peut permettre d'assurer le suivi des patients en téléconsultation voire au domicile de ces derniers par le biais d'objets connectés tout en limitant les déplacements des patients et des médecins, elle peut également permettre d'opérer une première sélection de patients dans les situations d'hyperspécialisation de la CA. Il est nécessaire de penser la complémentarité des dispositifs afin d'organiser

et de coordonner les soins sur le territoire même si l'antériorité des dispositifs ne permet pas toujours d'avoir le recul nécessaire pour envisager cette articulation.

Mobiliser d'autres professionnels de santé

L'articulation entre les CA et d'autres professionnels de santé a également émergée de l'analyse. En effet, les CA pourraient être réalisées par les jeunes médecins qui exercent en tant qu'assistants partagés (AP). Pour ce faire, il est important de rendre le partage de temps plus flexible en favorisant une répartition hebdomadaire entre deux établissements plutôt qu'annuellement comme cela se pratique le plus régulièrement. De cette manière, les AP pourraient assurer la réalisation des CA en lien avec un CH de référence afin d'y amener les patients qui justifient une consultation d'expert.

Une autre modalité pourrait être la réalisation des CA en mobilisant des internes en médecine dans le cadre d'une téléconsultation afin de garantir l'encadrement de celui-ci par un médecin, qui n'aurait ainsi pas à se déplacer pour réaliser lui-même la CA. La mobilisation des infirmiers en pratique avancée (IPA) pourrait également libérer du temps médical afin de favoriser le déploiement des CA. Une fois de plus, ces éléments relèvent la nécessité de trouver une articulation entre les différents dispositifs car il n'est pas pertinent de penser le déploiement des CA indépendamment du reste même si le manque de recul aujourd'hui sur chacun des dispositifs n'a pas permis au cours des entretiens de dégager une vision très claire de cette articulation par les acteurs interrogés.

Leviers et freins dans l'articulation avec d'autres dispositifs

Leviers

- ✘ La CA garantie la réalisation d'un examen clinique
- ✘ L'utilisation de la télémédecine en complémentarité des CA pour le suivi des patients en téléconsultation ou à domicile *via* des objets connectés pour limiter les déplacements médecins/patients
- ✘ Une utilisation de la télémédecine pour opérer une première sélection de patients dans les situations d'hyperspécialisation de la CA
- ✘ Une mobilisation des jeunes médecins en tant qu'assistants partagés pour réaliser des CA sur un partage de temps plus flexible (répartition du temps hebdomadaire entre deux établissements plutôt qu'annuellement)
- ✘ La mobilisation des internes en médecine pour réaliser des CA dans le cadre d'une téléconsultation (assurance de l'encadrement par un médecin)
- ✘ La mobilisation des infirmiers en pratique avancée pour libérer du temps médical en faveur du déploiement des CA

Freins

- ✗ Un problème de responsabilité médicale si aucun examen clinique n'a été réalisé en amont d'une téléconsultation
- ✗ Des patients vieillissants / vulnérables qui ne sont pas tous familiers du numérique
- ✗ Une télémédecine qui implique d'avoir des professionnels formés sur site pour la réalisation des consultations/examens (difficile au regard de la démographie des professionnels)
- ✗ Toutes les spécialités ne se prêtent pas à la télémédecine
- ✗ La nécessité d'avoir du recul sur l'ensemble des dispositifs pour envisager une articulation efficiente avec les CA (IPA, AP, télémédecine...)

[CONCLUSION]

Pour conclure, il semble important de rappeler que les CA sont des consultations réalisées en dehors de l'établissement de rattachement d'un professionnel de santé permettant ainsi de déplacer un champ de compétences dans un territoire sous-doté dans ce domaine. Le principal objectif poursuivi est d'organiser des consultations au plus près du lieu de vie des patients pour favoriser un diagnostic précoce et une articulation optimale de la prise en charge avec l'établissement référent dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés. Les éléments saillants des CA qui émanent de l'analyse qualitative sont le développement de l'offre de soins et l'amélioration de leur accessibilité. Pour ce faire, diverses pratiques se sont développées en région Centre-Val de Loire. Les acteurs rencontrés ont en effet évoqué des partenariats entre des CH et entre des établissements privés et publics. Les lieux de déploiement des CA dépendent des spécialités médicales qui nécessitent plus ou moins la présence d'un plateau technique pour réaliser la CA. Les carences en spécialités médicales à l'échelle régionale ont invité les acteurs rencontrés dans le cadre de cette étude, à réfléchir aux possibilités qu'offraient les CA et notamment en termes de formation médicale et de recrutement de spécialistes, de mobilisation de professionnels de santé (IPA et AP) ou en termes d'agencement avec les dispositifs de télémédecine.

Pour l'heure, le fait de détacher un praticien d'un établissement pour qu'il exerce dans un autre n'est pas complètement efficient sans une analyse précise des besoins des territoires. D'une part, les CA ne résolvent pas la problématique de la démographie médicale et d'autre part, il semble nécessaire de fonder le déploiement des CA à partir de la mesure des besoins de soin sur les territoires (comme l'exploitation des données issues du PMSI et d'autres données de recours) pour démontrer de la nécessité des CA au-delà de la seule volonté des praticiens. Les données ainsi extraites pourront faire naître ou soutenir la motivation de ceux-ci et ainsi aider les établissements à mobiliser les spécialistes de leurs services.

De plus, la question des modalités de financement nécessite une réflexion afin que, ni les établissements pourvoyeurs, ni les établissements receveurs, ne soient perdants. Cette réflexion devra prendre en considération l'ensemble des composantes qui constituent les CA (secrétariat, déplacement, matériel, mise à disposition de locaux, chirurgie et examens complémentaires...) afin de dégager des modèles économiques équilibrés entre les structures. Un financement pensé dans une logique de parcours pourrait sans doute faciliter une fluidification des parcours, notamment permettre la réalisation de CA vers des établissements publics de proximité ou structures privées comme des MSP par exemple.

Au regard des résultats de cette étude, il ressort trois axes majeurs pour lesquels une réflexion est à engager pour un déploiement des consultations avancées et l'organisation d'un continuum de soins :

- **La définition d'une stratégie de communication sur ce que sont les consultations avancées et leurs apports dans le cadre d'un parcours de soins/prévention pour les usagers, les professionnels libéraux (URPS, MSP, CPTS...), les spécialistes, les directeurs d'établissements...**
- **La mesure des besoins par spécialité dans les territoires de la région au regard de la mortalité/morbidité/consommations de soins et en fonction de l'offre potentielle de soins**
- **L'identification de nouvelles modalités de financement de ces consultations avancées intégrant les secteurs publics/privés, les actes associés de chaque CA dans une dimension globale d'un parcours de soins et non par un financement à l'acte dissocié.**

[BIBLIOGRAPHIE]

Agence régionale de santé Centre-Val de Loire, Schéma régional de santé 2018-2022.

Agence régionale de santé Centre-Val de Loire, Projet régional de santé 2018-2022.

Auger A. (2012). Efficience économique d'un service de consultations avancées dans le cadre d'une communauté hospitalière de territoire. L'exemple de l'hôpital Nord Ouest Villefranche sur Saône - Tarare. *Mémoire de l'Ecole des hautes études en santé publique*, Paris.

Clerc P., Duhot D. & Le Breton J. (2015). Restructuration des soins ambulatoires en France : propositions de gestion des patients hypertendus. *Santé Publique*, p. 209-217.

Jeandel C. (2010). Expérience hospitalière française et territoires : fondements et modalités. *Gérontologie et société*, vol. 33, n°132, p. 145-159.

Jeanmaire T., Jendoubi K., Vuattoux P. & Chazerand P. (2009). Aide à la démarche qualité dans les maisons de santé : apport d'une enquête de satisfaction auprès des patients. *Santé Publique*, Vol. 21, p. 91-101.

Lapeyre, N. & Le Feuvre, N. (2005). Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Revue française des affaires sociales*, p. 59-81.

Lascaux M. et Phan O. (2012). Un nouveau modèle de thérapie. *Les Cahiers Dynamiques*, n°56, p. 32-40.

Le Cossec C., Giacomelli M. & de Chambine S. (2018). Coopération des équipes hospitalières avec les médecins et paramédicaux de ville. *Santé Publique*, Vol. 30, p. 213-224.

Lestage A. (2018). Un an de consultations avancées à la maison de santé d'Hagetmau dans les Landes : le bilan. *Thèse de doctorat en médecine*, Bordeaux.

Marchand O., Seigneurin A., Chermand D., Boussat B. & François P. (2015). Développement et fonctionnement des maisons de santé pluri-professionnelles dans la région Rhône-Alpes. *Santé Publique*, Vol. 27, p. 539-546.

Obradovic I. (2012). Les « consultations jeunes consommateurs », un dispositif d'aide ouvert aux jeunes et à leur entourage ». *Les Cahiers Dynamiques*, n°56, p. 88-94.

Obradovic I. & Palle C. (2012). Comment améliorer l'attractivité d'un dispositif ciblant de jeunes consommateurs de drogues ? L'apport d'une démarche par focus groups. *Psychotropes*, Vol. 18, p. 77-100.

ORS CVL, Diagnostic Local de Santé en vue de l'élaboration du CLS de l'agglomération, 2015, 126 p.

Samuel N. (1983). L'approche sociologique de l'étude du loisir. *Norois*, n°120, p. 497-501.

Stancanelli E. (2006). Les couples sur le marché de l'emploi. Une analyse exploratoire des années récentes. *Revue de l'OCDE*, p. 235-272.

Vauthier J-C. (2006). L'exercice de la médecine générale en milieu rural en Lorraine : état des lieux, enquête sur les modalités actuelles et les perspectives futures : proposition pour le développement des maisons de santé en milieu rural. *Thèse de doctorat en médecine*, Nancy.

Veziat N. (2019). Vers une médecine collaborative. Politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France. Paris, PUF.

[DOCUMENTS ANNEXES]

Guide d'entretien

Définition d'une consultation avancée

(collaborations entre le privé et le public / au sein d'un GHT / inter GHT, consultations de spécialités ou généralistes,...)

Positionnement/actions de l'ARS vis-à-vis des CA en Région CVL

Raisons de leur mise en place et attentes vis-à-vis des CA

Modalités d'organisation des CA

(Lien avec GHT, ville-hôpital, lieu d'origine et de destination, organisation logistique, personnel administratif, modalités de financement, trajets)

Financement des CA

(Qui paie quoi : patient, établissement offreur et établissement ou structure receveur)

Facteurs facilitants et freins à la mise en place et au déploiement des CA

Atouts et inconvénients des CA

(Sur l'offre de soin, sur la coordination des parcours, sur l'accès aux soins des populations...)

Impact des CA sur les hôpitaux de proximité

(Fragilisation ou non, patients qui consultent d'autres praticiens et seront suivis dans le lieu d'origine de celui-ci...)

Implications des CA sur la profession médicale

(Pratiques, représentations, trajets, temps médecin...)

Impacts des CA sur le recrutement potentiels de spécialistes

Accueil des patients

(Pré-sélection, en fonction des pathologies, du degré d'expertise...)

Liens et limites entre CA et télémédecine

Perspectives envisagées à propos des CA

Exemples de consultations avancées en France et en région

Tableau 1 - Exemples de pratiques de consultations avancées en France (hors région Centre-Val de Loire)

Lieux de consultation	Provenance praticiens	Spécialité(s)	Fréquence	Justification	Région / département	Liens vers les pages web
Locaux à Grigny	Centre hospitalier Sud francilien	Médecine générale	3 jours/sem.	Amélioration offre de soin	Île de France / Essonne	Lien
E.H.P.A.D de Biscarrosse	CH Arcachon	Chirurgie orthopédique	1x/sem.	Apport compétences	Nouvelle-Aquitaine / Landes => Gironde	Lien
Locaux du Conseil Général Centre Médico-Social de Pontarlier	CSAPA Hospitalier de Pontarlier	Addictologie jeunes	1x/15j	Visibilité auprès publics jeunes	Franche-Comté / Doubs	Lien
CH de proximité de Nontron	CH Périgueux	Dermatologie	2x/mois	/	Nouvelle-Aquitaine / Dordogne	Lien
Domicile / structure hébergement	CH Chambéry	Gériatrie	/	Accessibilité des soins	Auvergne-Rhône-Alpes / Savoie	Lien
CH Saint-Léonard-de-Noblat	CHU Limoges	MULTIPLES (mémoire, dermatologie, nutrition, pneumologie, psychologie, ophtalmologie, ostéopathie, radiologie)	Selon spécialité	Amélioration offre de soin	Nouvelle-Aquitaine / Haute-Vienne	Lien
MSP de Vernantes	CESAME Angers	Psychiatrie	/	/	Pays de la Loire / Maine-et-Loire	Lien
MSP Breteuil	Clinique Amiens	MULTIPLES Urologie, gastro-entérologie, orthopédie	Selon spécialité	Offre de soin	Hauts de France / Somme => Oise	Lien
CH Roubaix	CHU Lille	Médecine légale	1x/sem	Accessibilité	Hauts-de-France / Nord	Lien

CH Lorient et Saint Brioux	CHU/CH Brest, Rennes et Vannes	Oncogénétique	/	Offre de soin	Bretagne / Morbihan / Ille-et-Vilaine => Côtes d'Armor	Lien
CH Le Mans et Cholet	Institut de cancérologie de l'Ouest, CHU Angers	Oncogénétique	/	Offre de soin	Pays de la Loire / Maine et Loire => Sarthe et Maine et Loire	Lien
CHU Poitiers, CH Angoulême et La Rochelle	CH Niort	Oncogénétique	/	Offre de soin	Nouvelle Aquitaine / Deux-Sèvres => Vienne, Charente et Charente-Maritime	Lien
EHPAD puis MSP de Mimizan	CH Mont-de-Marsan, CH de Dax, Pôle Santé et clinique d'Arcachon	MULTIPLES Néphrologie, cardiologie, gynécologie obstétrique, psychiatrie	/	Accessibilité et offre de soin	Nouvelle Aquitaine / Landes et Gironde => Landes	Lien
Locaux de la mairie d'Aire-sur-l'Adour	CH Mont-de-Marsan	Addictologie	1x/sem	offre de soin	Nouvelle Aquitaine / Landes => Landes	Lien
Cabinet de Sage-femme à Labouheyre	CH Mont-de-Marsan	Chirurgie orthopédique	1x/sem	offre de soin	Nouvelle Aquitaine / Landes=> Landes	Lien
MSP (éloignées du CSAPA) de Saône et Loire	CSAPA de Saône et Loire	Addictologie	1x/mois	Accessibilité des soins	Bourgogne Franche-Comté / Saône-et-Loire	Lien

CH Yssingaux	Hôpital Privé de la Loire à Saint-Etienne, CH du Puy en Velay et libéraux	MULTIPLES Pneumologie, Cardiologie, Endocrinologie, Gériatrie, Néphrologie, chirurgie orthopédique, vasculaire, digestive, gynécologique, ORL, ophtalmologique, maxilo-faciale et stomatologie	/	Accessibilité des soins	Auvergne Rhône-Alpes / Haute Loire	Lien
CH Prades	/	MULTIPLES Urologie, endocrinologie, soins palliatifs, gérontologie et mémoire, néphrologie	/	/	Occitanie / Pyrénées-Orientales	Lien

Tableau 2 - Exemples de pratiques de consultations avancées en région Centre-Val de Loire

Lieux de consultation	Provenance praticiens	Spécialité(s)	Fréquence	Justification	Région / département	Liens vers les pages web
EHPAD Korian d'Indre et Loire	CHRU Tours	Gériatrie, équipe mobile de soins palliatifs, consultations d'urgence	/	Accessibilité des soins	CVL / Indre-et-Loire => Indre-et-Loire	Lien
CH Montoire	CH alentours, libéraux	Cardiologie, diabète, addictologie...	Plusieurs demi journées par semaine	Offre de soin	CVL / ? => Loir-et-Cher	Lien
CH Orléans et Bourges	CHRU Tours	Oncogénétique	/	Offre de soin	CVL / Indre-et-Loire => Loiret et Cher	Lien
CH en CVL (Châteauroux, Blois, Bourges, Chartres)	CHRU Tours	Neurochirurgie	1x/mois dans chaque établissement	Amélioration offre de soin	Centre Val de Loire / Indre-et-Loire => Indre, Loir-et-Cher,	Lien

						Cher, Eure-et-Loir	
MSP Noyers sur Cher	Polyclinique de Blois	MULTIPLES (chirurgie orthopédique / urologique / viscérale et digestive, cancérologie-oncologie, gastro-entérologie)	/	/		CVL / Loir-et-Cher	Lien
CH de Chatillon sur Indre	CH de Chateauroux, de Loches et le CHRU de Tours	Ophthalmologie	1x/sem.	/		CVL / Indre, Indre-et-Loire => Indre	Lien
CH Romorantin	CH de Blois	MULTIPLES (urologie, gastro-entérologie, ophtalmologie)	/	Offre de soins		CVL / Loir-et-Cher	Lien
CH la Loupe	CH Dreux	MULTIPLES (neurologie, médecine physique et réadaptative)				CVL / Eure-et-Loir	Lien
CH Le Blanc	CH Bourges, Châteauroux	MULTIPLES (Chirurgie carcinologique/ digestive/ urologique/ orthopédique, rhumatologie)	/	/		CVL / Cher et Indre => Indre	Lien

Pour citer l'étude

Observatoire régional de la santé (ORS) Centre-Val de Loire, Les freins et les leviers au déploiement des consultations avancées en Centre-Val de Loire, Janvier 2020.

Plus d'informations

Personne à contacter : Céline LECLERC – celine.leclerc@orscentre.org

Cette étude est réalisée avec le soutien financier de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire.

