

MUTATIONS



UN MAGAZINE DE DÉBATS, DE DÉCRYPTAGE ET D'OUVERTURE



REPORTAGE



ACTEUR



DATA



DÉCRYPTAGE



FACE-À-FACE



POINT DE VUE

Le monde change avec le mutualisme

MUTATIONS



MAGAZINE TRIMESTRIEL DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

- Des convictions fondées sur la démocratie et le progrès social
- Une contribution des mutuelles au débat d'idées en collaboration avec des think tanks de tous horizons

MULTIPLIER LES POINTS DE VUE

- Comprendre la réalité du terrain
- Donner la parole aux acteurs
- Confronter les opinions et les expertises

RÉFLÉCHIR SUR LES TRANSFORMATIONS DE LA SOCIÉTÉ

- Décryptage de l'évolution de l'environnement des mutuelles, de la protection sociale et de la santé
- Mise en lumière d'expériences innovantes



REPORTAGE



ACTEUR



DATA



DÉCRYPTAGE



FACE-À-FACE



POINT DE VUE



Déserts médicaux

La prescription d'Agnès Buzyn

Entretien avec la ministre de la Santé pages 26-29

ÊTRE ACTEURS DES FUTURS « OASIS DE SANTÉ »

Par « désert », on entend communément un lieu abandonné de tous. La réalité de l'expression « désert médical » est pourtant autre. Ce sont des lieux habités, bien vivants, où le seul abandon est celui qu'on veut bien laisser s'installer. Le droit à la santé est au cœur du pacte social. Alors, que penser lorsque des citoyens sont contraints de choisir entre débrouillardise et système D, entre report et renoncement, au moment de devoir accéder à des soins ? Préparer, c'est prévenir et donc agir avant que des problèmes insurmontables ne surgissent. En disant sa volonté de faire le pari des acteurs pour lutter contre les déserts médicaux, le gouvernement tend la main à l'ensemble des parties prenantes du système de santé. A nous de la saisir, de proposer et d'agir comme nous le faisons déjà avec l'ensemble des acteurs présents sur les territoires. Parce que nous sommes en capacité d'investir, de proposer des solutions, de mobiliser des militants. Aussi, parce que nous disposons d'un ancrage local historique, qu'il nous faut en permanence savoir faire vivre. Puisque nous sommes souvent considérés comme des espaces d'imagination collective de solutions gagnant-gagnant, continuons à nous faire connaître. C'est par la multiplication des expérimentations, des innovations, mutualistes notamment, que nous parviendrons à la transformation de notre système de santé. Soyons demain les acteurs des futurs « oasis de santé » !

Thierry Beaudet

Président de la Mutualité Française

SOMMAIRE

REPORTAGE P. 4

**DÉSERT MÉDICAL :
UN VILLAGE MOBILISÉ
POUR SA SANTÉ**

A Domats, dans l'Yonne, la municipalité a ouvert un pôle médical avec le soutien de la population.

ACTEURS P. 10

Guillaume Chevillard,

géographe de la santé.

**DÉSERTS MÉDICAUX :
DES ZONES RURALES
MAIS AUSSI PÉRIURBAINES**

Sophie Augros, médecin généraliste.

**MIEUX CONCILIER
VIES PROFESSIONNELLE
ET PERSONNELLE**

DATA P. 18

**MOINS DE MÉDECINS
ET PLUS D'HABITANTS**

DÉCRYPTAGE P. 20

**COMMENT LUTTER CONTRE
LES DÉSERTS MÉDICAUX ?**

Les pouvoirs publics, comme les collectivités territoriales, multiplient les initiatives.

ENTRETIEN P. 26

**AGNÈS BUZYN :
"LE TRAVAIL EN ÉQUIPE
EST UNE RÉPONSE
AU MANQUE DE MÉDECINS"**

POINT DE VUE P. 30

Dominique Reygès,

directeur général de la Fondation.

**DIGITALISATION DE LA SANTÉ :
UNE VOIE PROMETTEUSE**

ACTUALITÉS P. 34



Dans un entretien accordé à *Mutations*, la ministre de la Santé détaille sa feuille de route pour lutter contre les déserts médicaux.

Propos recueillis par *Sabine Dreyfus* et *Paula Ferreira*
Photos : *Nathanaël Morgui*

AGNÈS BUZYN :

“LE TRAVAIL EN ÉQUIPE EST UNE RÉPONSE AU MANQUE DE MÉDECINS”



Agnès Buzyn, ministre de la Santé, avec les journalistes de *Mutations*, le 5 février 2018.

Pour la ministre de la Santé, Agnès Buzyn, les organisations innovantes à l'initiative des professionnels de santé peuvent être une solution aux difficultés d'accès aux soins dans les territoires. L'objectif est de « projeter du temps médical » dans les zones déficitaires plutôt que de forcer les installations.

Depuis 2010, le nombre de médecins généralistes libéraux diminue chaque année. Aujourd'hui, 8 % de la population vit dans un désert médical. Comment expliquer cette situation ?

Agnès Buzyn – Je crois que l'on a mal anticipé les besoins de santé, par exemple ceux d'une population vieillissante souffrant de maladies chroniques. On n'a pas non plus pris en compte l'aspiration des jeunes médecins à une conciliation vie professionnelle-vie personnelle différente de celle de leurs aînés. En outre, avec notre organisation en silo – les médecins d'un côté, les infirmières de l'autre –, on n'a pas vu à quel point les coopérations interprofessionnelles allaient devenir la norme dans tous les pays du monde. Or, il aurait fallu être en capacité de répondre à ces enjeux dans les années 2000... Nous sommes aujourd'hui au pied du mur, face à des bassins de vie en situation de grande détresse. Il faut donc se retoucher les manches, trouver des solutions structurelles, organisationnelles et financières, car il n'est pas question de créer 20 000 postes de médecins dans les territoires ! C'est pourquoi je propose un changement de paradigme : il faut penser « temps médical accessible » plutôt

“Les aides incitatives à l'installation couvrent désormais 18 % de la population, contre 7 % auparavant.”

qu'« installation ». Il s'agit de projeter ce temps médical vers les zones déficitaires, notamment en revalorisant les consultations de professionnels qui iraient y exercer un ou deux jours par semaine, ou par mois. Il faut également réfléchir en matière de temps paramédical, autour d'organisations pluriprofessionnelles, car beaucoup de pathologies peuvent être suivies par d'autres professionnels de santé qu'un médecin.

Ces propositions sont issues du plan en faveur de l'accès aux soins que vous avez présenté fin 2017. Quelles mesures seront concrétisées dès 2018 ?

A. B. – Certaines dispositions sont déjà inscrites dans la loi de financement de la Sécurité sociale, la LFSS, pour 2018. La télé-médecine, en particulier la téléconsultation et la télé-expertise, entre dans le droit commun. La Caisse nationale d'assurance maladie a engagé des négociations dans le cadre de la convention médicale pour définir et tarifier ces actes. Elles devraient aboutir au printemps 2018, pour une mise en œuvre à l'été, au plus tard en septembre. L'article 51 de la LFSS prévoit en outre la création d'un fonds de 30 millions d'euros pour accompagner les

organisations innovantes dans les territoires. Au-delà du financement de ces projets, cet article crée un espace de liberté par rapport à la réglementation, dont les professionnels de santé peuvent s'emparer. Enfin, la loi simplifie les protocoles de coopération : faire en sorte que les professionnels de santé puissent s'organiser entre eux, en particulier pour la prise en charge de pathologies chroniques, est un enjeu prioritaire.

Quid des incitations et primes à l'installation ?

A. B. – Elles ont toujours été des éléments essentiels de notre politique territoriale car elles valorisent l'engagement de praticiens qui font le choix de s'installer dans des zones sous-dotées. C'est un outil utile, que nous avons fait évoluer. La convention médicale signée en 2016 avait déjà permis de revoir les conditions des aides de l'assurance maladie, de les rendre plus attractives tout en limitant les effets d'aubaine. En 2017, nous avons modifié le zonage des territoires en tension, de sorte que les aides incitatives à l'installation couvrent désormais 18 % de la population, contre 7 % auparavant. Mais ces incitations ne sont pas l'unique déclencheur : il est rare ■■■

Extrait





DÉSERT MÉDICAL : UN VILLAGE MOBILISÉ POUR SA SANTÉ

Dans le nord de l'Yonne, confronté à la désertification médicale, un village de 900 habitants a ouvert un centre de santé en salariant les professionnels qui y exercent. Le pôle médical de Domats soigne aujourd'hui des patients venus de toute la région.

Tekle : Sabine Drayton
Photos : Nathanaël Mergui





« **M**aison au calme dans un cadre verdoyant, proche commerces, école, médecins », « Pôle médical et commerces de proximité dans la commune... ». Dans les annonces immobilières de Domats, la présence d'un pôle médical en face de l'église est devenue un argument de vente des plus convaincants. Pendant deux ans pourtant, avec le départ en retraite du dernier généraliste, ce village de 900 habitants dans le nord-ouest de l'Yonne est resté sans médecin. « Avec un enfant malade, on avait le choix entre appeler SOS Médecins ou aller aux urgences de Sens, à 25 kilomètres », se souvient Aurélie Boizard, 30 ans, auxiliaire de vie à domicile, Domatienne d'adoption. Une situation impensable pour l'équipe municipale, qui se met en quête d'une solution pour attirer un nouveau praticien.

« Un matin, dans ma voiture, je tombe sur un reportage de France Inter sur La Ferté-Bernard, qui a choisi de salarier des médecins pour mettre fin à une situation similaire à la nôtre », raconte Dominique Bredeville, premier adjoint au maire. Les élus municipaux contactent alors leurs homologues sarthois, qui les épaulent dans la mise en œuvre de leur projet. En septembre 2013, le pôle médical ouvre ses portes.

75 000 euros recueillis

« Nous étions les premiers à créer un centre de santé à la campagne », poursuit Dominique Bredeville, qui relate volontiers la course aux financements, la validation de l'agence régionale de santé « à titre expérimental », le montage du dossier



alors qu'« à la Sécu, personne ne savait gérer ça : ça n'existait pas ! ». Pour financer le pôle et mobiliser la population, la commune lance une souscription. « On a vendu des poulets pour récolter des fonds et, chose incroyable, les gens se sont mobilisés alors qu'il n'y avait même



pas la possibilité de défiscaliser les dons !, rapporte fièrement l' élu. C'était important, car notre crainte était que les gens aient encore à l'esprit l'image du dispensaire, de la médecine sociale, réservée à ceux qui avaient une bonne raison d'y aller. »

La population adhère, la collecte est fructueuse : les Domatiens et les habitants des environs se cotisent à hauteur de 75 000 euros. « C'est notre village, on est soudés, témoigne Aurélie Boizard, qui vient aujourd'hui à pied consulter son médecin. C'était évident qu'il fallait s'impliquer. L'entreprise de peinture de mon mari a contribué à la campagne de dons. » La municipalité prend à sa charge l'achat des locaux et leur

transformation (125 000 euros), auxquels s'ajoutent des subventions de la dotation d'équipement

généralistes et une orthophoniste salariées, retraités ou proches de la retraite, ainsi qu'une podologue

Le pôle de santé est le médecin traitant de 3 400 patients. Ouvert 54 heures par semaine, il ne désemplit pas.

des territoires ruraux (180 000 euros), du département (90 000 euros) et de la région (50 000 euros). A présent, le centre ne désemplit pas. Sur une amplitude de 54 heures par semaine, quatre médecins

et une ostéopathe libérales répondent, à tarif conventionné, aux besoins de santé d'un large bassin de population. Plus d'une centaine de patients font même le déplacement depuis Sens, ...



Guillaume Chevillard, chargé de recherche à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes).

DÉSERTS MÉDICAUX : DES ZONES RURALES, MAIS AUSSI PÉRIURBAINES

Propos recueillis par Anne Baudeneau
Photo : Nathanaël Mergui

Chargé de recherche à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), Guillaume Chevillard dresse une cartographie des déserts médicaux et évoque leur évolution. Pour ce géographe de la santé, la réduction de ces zones sous-dotées passe notamment par l'aménagement du territoire.

Comment peut-on définir les déserts médicaux ?

Guillaume Chevillard – Il s'agit de zones sous-dotées dans lesquelles on va déployer des mesures pour attirer et faire demeurer des médecins afin de satisfaire les besoins de santé de la population. On parle d'ailleurs plus volontiers de zones avec des difficultés d'accessibilité aux soins. Pour évaluer ces difficultés, les agences régionales de santé utilisent le concept d'accessibilité potentielle localisée. Il s'agit d'un indicateur composite qui prend en compte pour chaque commune le nombre de médecins en exercice ainsi que leur activité. Ce critère est pondéré par la structure par âge de la population, sachant que les plus jeunes et les plus âgés ont davantage besoin de soins que les autres. Enfin, on tient compte de l'offre des communes environnantes.

Cette définition des déserts médicaux porte sur les seuls médecins généralistes. Ainsi, toutes les communes offrant moins

de 2,5 consultations de médecins généralistes par habitant et par an sont considérées comme connaissant des difficultés d'accessibilité aux soins. Entre 2,5 et 4 consultations, les agences régionales de santé peuvent choisir si elles font entrer les communes concernées en zone déficitaire ou non.

Quelle est la situation en France si l'on s'en tient à cet indicateur ?

G. C. – Certaines régions sont plus touchées que d'autres. La région Centre l'est fortement, tout comme la périphérie du grand bassin parisien, mais aussi l'agglomération de Paris ! Il en est de même pour les zones rurales de l'intérieur de la France, à l'instar du Massif central. Quant à l'évolution des déserts médicaux, il n'est pas possible de l'estimer à l'aune de cet indicateur, l'accessibilité potentielle localisée n'étant calculée que depuis 2012.

Toutefois, des travaux plus anciens, datant des années 1990, qui portent sur l'évolution de la densité de médecins généralistes par département, montrent que des disparités existaient déjà à cette échelle dès 1850 ! En d'autres termes, la mauvaise répartition des médecins sur le territoire en regard de la population est un phénomène très ancien.

Selon vous, comment cette situation pourrait-elle évoluer ?

G. C. – Les territoires où le plus de médecins sont proches de la retraite sont ...





Comment lutter contre les déserts médicaux ?

Le constat est sans appel. Dans les déserts médicaux, « année après année, les nouvelles installations de médecins ne remplacent pas les départs. Les territoires relégués s'étendent gravement dans certains départements telles la Manche ou la Vendée, jusqu'à toucher des régions entières comme le centre de la France », décrit Emmanuel Vigneron, professeur de géographie de la santé à l'université Montpellier 3. En France métropolitaine, la densité de généralistes passe du simple au double entre départements, celle des infirmiers présente un écart de un à sept, celle des spécialistes pris globalement de un à huit, comme le montre la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

8 % DE LA POPULATION CONCERNÉE

Mais les inégalités se situent à un niveau plus fin. « A l'échelle des départements, il y a des micro-polarisations sur une ville, et des territoires ruraux délaissés ; les situations sont très disparates selon les bassins de vie », poursuit Emmanuel Vigneron. Et les écarts se creusent : si les zones rurales et suburbaines sont pénalisées, dans le même temps l'offre de soins se renforce dans certaines régions,

littorales notamment, ainsi que dans les métropoles.

Pour mieux approcher cette réalité, la Drees utilise l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (lire page 11), sur lequel s'appuient les agences régionales de santé (ARS) pour réviser le zonage territorial, qui conditionne l'attribution des aides publiques.

En moyenne, nous avons la possibilité de consulter quatre fois par an. En dessous de 2,5 consultations, l'accessibilité aux soins est jugée « insuffisante ». C'est le cas pour 8 % de la population, soit 5,2 millions de personnes. Avec un seuil de trois consultations, c'est 18,4 % de la population qui résident dans une commune sous-dense.

Paradoxalement, le nombre total de médecins ne faiblit pas : en 2017, ils étaient 291 000 inscrits au tableau de l'Ordre (+ 1,8 % en un an), dont environ deux tiers en activité régulière. Mais la profession évolue, elle compte davantage de femmes, de salariés et de médecins étrangers. Elle vieillit aussi (28 % ont plus de 60 ans), notamment chez les 88 100 généralistes dont le nombre s'est réduit de 10 % en dix ans. D'ici à 2025, il devrait encore baisser de 25 %.

De quoi tendre encore la situation dans les zones fragiles qui voient partir à la retraite leurs généralistes, mais où les candidats ne se bousculent pas. « C'est un métier difficile avec de lourdes contraintes. Aujourd'hui, on s'installe en moyenne à 38 ans. Après la fin de leurs études, les jeunes médecins font des remplacements, cherchent où ils vont pouvoir travailler, et pas forcément en libéral... C'est une évolution sociale », estime Jean-Paul Ortiz, président de la Confédération des syndicats médicaux français.

Les modes d'exercice évoluent. Les exigences relatives à la qualité de vie aussi : pouvoir concilier vie professionnelle et vie familiale, disposer d'un environnement économique, social et culturel accueillant pour soi et sa famille...

L'INITIATIVE DE LA VILLE DE MONTREUIL

« Nous n'avons pas de difficultés de recrutement de généralistes dans nos centres municipaux de santé, constate Nora Saint-Gal, directrice adjointe des ressources humaines de la ville de Montreuil (Seine-Saint-Denis). Ils sont de plus en plus nombreux à aspirer à l'exercice salarié. » Dans cette commune de 105 000 habitants référencée « zone fragile » par l'ARS, le développement de ces centres vise à lutter contre la désertification. En matière de spécialités également. « En gynécologie par exemple, nous avons 2,7 temps plein alors qu'il n'y a plus qu'un praticien en libéral », précise Nora Saint-Gal.

En parallèle, la ville accompagne, avec l'office HLM, l'installation de libéraux via la fourniture de locaux et leur aménagement. Dernier en date : un cabinet de quatre généralistes et un interne remplaçant, dans un quartier très populaire en rénovation urbaine. Ce type d'implication de la part d'une collectivité se retrouve dans de multiples initiatives, motivées par l'inéquité des habitants et des élus, et portées par des communes, des départements et des régions. Prise en charge de frais d'investissement ou de fonctionnement, mise à disposition de locaux, versement de primes et d'indemnités...

En l'absence de recensement, voici quelques illustrations. Pour sensibiliser les étudiants en mé-

decine, la région Paca accorde des bourses de stage à des internes en médecine générale dans des zones fragiles. Pour attirer les praticiens, le département de la Manche octroie une prime à ceux exerçant avec le statut de collaborateur, statut intermédiaire susceptible de mener à l'installation libérale. Le département de la Vienne alloue une bourse aux futurs généralistes en cours d'études en échange de leur installation dans une zone définie. Ces initiatives conduisent aussi à la création de structures de soins comme à La Ferté-Bernard (Sarthe), qui a ouvert un centre municipal de santé, ou en Mayenne où la ville de Laval, le département et le conseil de l'Ordre sont à l'origine d'un centre médical de proximité employant quinze médecins retraités et deux internes.

UNE PLURALITÉ D'INCITATIONS

Toutes ces initiatives comportent un revers de la médaille. Elles risquent d'aboutir à une « surenchère des aides destinées à attirer les professionnels de santé », comme le note un rapport du Sénat de juillet 2017 sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées.

« Il y a des tas d'incitations, abonde Dominique Dhumieux, maire UDI de Fercé-sur-Sarthe et vice-président de l'Association des maires ruraux de France. Certaines très positives. Mais le vivier des médecins s'est largement tari. Les collectivités se retrouvent en concurrence. »

Toutes ces propositions s'ajoutent et se combinent aux divers contrats, primes et aides individuelles mis en place par l'Etat et l'assurance maladie depuis le milieu des an-



Nora Saint-Gal,
directrice adjointe des ressources humaines
de la ville de Montreuil (Seine-Saint-Denis).

« Nous n'avons pas de difficultés de recrutement de généralistes dans nos centres municipaux de santé. Ils sont de plus en plus nombreux à aspirer à l'exercice salarié. »

Nora Saint-Gal,
directrice adjointe des ressources humaines
de la ville de Montreuil (Seine-Saint-Denis).



Jean-Paul Ortiz,
président de la Confédération
des syndicats médicaux français (CSMF).

« Après la fin de leurs études, les jeunes médecins font des remplacements, cherchent où ils vont pouvoir travailler, et pas forcément en libéral. »

Jean-Paul Ortiz,
président de la Confédération
des syndicats médicaux français (CSMF).

nées 2000. A compter de l'Etat, par le contrat d'engagement de service public, créé par l'Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009. Ouverts aux étudiants en médecine dès leur deuxième année d'études (allocation mensuelle de 1 200 euros), il est conditionné à leur installation ultérieure en zone sous-dense pour la durée du contrat.

LA PORTÉE MODESTE DES AIDES À L'INSTALLATION

D'autres ont suivi, en particulier, le contrat de praticien territorial de médecine générale. Il s'agit d'une aide à l'installation des jeunes médecins, sous la forme d'une garantie de revenu (à hauteur de 6 900 euros mensuels) et d'une protection sociale améliorée. Le rapport du Sénat souligne toutefois la portée modeste de ces dispositifs : en 2017, on dénombrait 795 contrats signés en quatre ans. Impact limité également pour les aides de l'assurance maladie. Les premières, introduites en 2007, instaurent une majoration de 20 % de la rémunération des généralistes libéraux exerçant en groupe (elles seront ensuite étendues à d'autres professionnels). Suivent, en 2011, l'option « géographie », ouvrant droit à une valorisation des honoraires et à une aide à l'investissement, et l'option « santé solidarité territoriale », à une aide à l'activité pour ceux qui font des vacations en zone déficiente.

La convention médicale de 2016 réoriente les dispositifs à travers quatre types de contrats, qui concernent notamment l'installation, la pratique groupée, la préparation d'une cessation d'exercice. Bilan : entre 2010 et 2016, la part des installations en zone « très »





DIGITALISATION DE LA SANTÉ : UNE VOIE PROMETTEUSE

Tout un bout de France qui se sent abandonné et perdu ! La France des déserts médicaux : 192 territoires, presque tous situés dans les zones rurales et périurbaines des grandes villes. Il y a bien de quoi en faire l'une des priorités d'un quinquennat. La réalité du problème n'est pas discutée, non plus que la nécessité d'agir. C'est sur la méthode à adopter que les positions divergent. Pour attirer des médecins en zone rurale, il est possible de recourir à l'incitation, par exemple sous la forme d'un complément de rémunération. Il est aussi possible, pour les esprits moins libéraux, de recourir à la contrainte, en obligeant les jeunes médecins à exercer pendant un certain nombre d'années dans les territoires concernés. D'autres pistes doivent être étudiées.

“
PAR DOMINIQUE REYNIÉ,
professeur des universités
à Sciences Po,
directeur général
de la Fondation pour
l'innovation politique
(fondapol.org)

2011
Publication de *Populismus : la pente fatale* (Pion).

2015
Publication de *Que nous disent les élections législatives partielles depuis 2012 ?* (Fondapol).

2017
Publication de
Où va la démocratie ?
sous la direction de
Dominique Reynié (Pion).

S'il n'existe pas de solution miracle, la Fondation pour l'innovation politique recommande pour sa part que la digitalisation du secteur soit placée au cœur de la stratégie gouvernementale. La télémédecine permet des consultations à distance obtenues plus rapidement, moins chères et plus efficaces. La start-up française Qare a récemment expérimenté au Royaume-Uni ce modèle, en proposant sept jours sur sept et dans un délai de moins de cinq minutes une consultation via vidéo depuis un ordinateur ou un smartphone. Peu développée en France, la télémédecine est confrontée à plusieurs défis majeurs. Définie comme un objectif de la politique de santé depuis 2010, elle ne bénéficie toujours pas d'une stratégie à l'échelle nationale, ni d'outils propres. Elle fait l'objet d'expérimentations inégales d'une région à l'autre. Inévitable-

ment, les résultats apparaissent donc « modestes ». Le remboursement des consultations fait aussi question. Les agences régionales de santé (ARS) refusent les contrats qui n'assurent pas un reste à charge nul pour les patients. Il paraît enfin indispensable que la Haute Autorité de santé (HAS) développe des normes et des certifications soumettant les logiciels à un standard obligatoire, ceci afin de déterminer, le cas échéant, ce qui serait à l'origine d'un dysfonctionnement dans la communication : le professionnel de santé, les éditeurs du logiciel ?

D'autres pays recourent déjà à la télémédecine. En Inde, 105 centres de télémédecine se consacrent aux zones rurales. Le traitement et la consultation sont dix fois moins chers pour le patient, ce dernier n'ayant plus à tenir compte des frais de déplacement sur de longues distances et d'hébergement local pendant la période de traitement. Non seulement la télémédecine est acceptée par le public, mais elle est plus encore valorisée. Aux États-Unis, le directeur d'un hôpital pour enfants de Californie a noté que lorsque les patients ruraux apprennent que leur hôpital utilise la télémédecine, ils ont une plus grande estime pour cet hôpital et sont moins susceptibles de s'en détourner pour un traitement dans une installation urbaine.

Le marché mondial de la télémédecine est en pleine expansion. Il devrait atteindre 55 milliards de dollars d'ici à 2023. L'Amérique du Nord a fortement investi sur ce marché. La France et l'Europe ne doivent plus perdre de temps.

Les prouesses de l'intelligence artificielle dans le domaine de la médecine ouvrent de nouvelles pistes de réflexion dans la lutte contre les déserts médicaux. Le traitement et l'analyse d'information via la collection de données massives, la sophistication des algorithmes et la puissance des calculateurs contribuent déjà à l'amélioration de l'efficacité des diagnostics et du suivi. La médecine personnalisée consiste à accumuler toutes les informations pertinentes sur le patient ; elle permet d'anticiper ou d'identifier un problème de santé plus tôt, augmentant donc les chances de guérison. Des dispositifs innovants tels que « Santé Active », initié par la caisse primaire d'assurance maladie (Cnam) de la Sarthe à partir de 1998 et repris ensuite à l'échelon national, en 2011, par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), mériteraient d'être

développés : prévention, règles d'hygiène et recours aux soins sont conseillés et accompagnés. Cette démarche cible des thèmes à forts enjeux en matière de santé publique et d'économie. Les solutions proposées sont multiples : prescrire un entretien individuel de motivation avec un conseiller, mettre en relation les patients avec des sites Internet offrant des conseils pour éviter des maladies chroniques... L'idée de rendre plus accessible des objets connectés pour permettre aux citoyens de suivre l'évolution de leur activité physique, de leur poids ou encore de veiller à leur tension ou à leur diabète doit être popularisée.

Notons enfin que la mise à disposition auprès de personnes âgées de robots capables de les accompagner dans différentes tâches de la vie quotidienne ou de les aider face à un accident, notamment en cas de chute, est tout à fait envisageable à moyen terme.

Néanmoins, pour que les Français puissent bénéficier pleinement de ces avancées technologiques, le déploiement du très haut débit sur l'ensemble du territoire français, prévu d'ici à 2022 par le gouvernement, doit être assuré. Pour rappel, selon l'index Digital Economy and Society Index, la France occupe la 27^e position en Europe pour le nombre de foyers couverts par le haut débit rapide (Next Generation Access) et la 71^e place dans le monde pour la couverture 4G d'après le rapport Connected Future.

Dans les territoires souffrant de désertification médicale, des entreprises comme La Poste ou EDF pourraient par exemple livrer, puis récupérer un kit d'analyse pour assurer les échanges entre un patient et un laboratoire. Si des plateformes telles qu'Amazon sont capables de délivrer des biens en vingt-quatre heures, les besoins de première nécessité doivent pouvoir être tout autant satisfaits, au moins pour les médicaments. Equiper les mairies d'outils numériques permettrait à chacun d'effectuer ce type de commande, non loin de son domicile, et redonnerait à ces institutions un rôle essentiel auprès des citoyens. •

1. Serge Soudoplatoff, « L'intelligence artificielle : l'expertise partout, accessible à tous », Fondation pour l'innovation politique, février 2018. <http://www.fondapol.org/etude/lintelligence-artificielle-expertise-partout-accessible-a-tous/>

2. Patrick Negaret, « De l'assurance maladie à l'assurance santé », Fondation pour l'innovation politique, février 2017, p. 29-33. <http://www.fondapol.org/etude/patrick-negaret-de-lassurance-maladie-a-lassurance-sante/>

CONTRIBUTEURS

Mutations tient à remercier tous les participants à ce numéro, notamment :



DR PATRICE LAMIZET,
MÉDECIN GÉNÉRALISTE

« Après une carrière de généraliste libéral à Dijon, le Dr Patrice Lamizet a rejoint le pôle médical de Domats, un village de 900 habitants dans l'Yonne. Salarié par la municipalité, il voit l'exercice regroupé comme une « médecine d'avenir » permettant de mieux assurer les missions de prévention.



GUILLAUME CHEVILLARD,
GÉOGRAPHE DE LA SANTÉ

« Chargé de recherche à l'Institut en économie de la santé (Irdes), Guillaume Chevillard mène des travaux dans les domaines de la géographie de la santé et des soins de premiers recours. Il travaille à ce titre sur les zones sous-dotées en offre de soins et les structures d'exercice coordonné.



SOPHIE AUGROS,
MÉDECIN GÉNÉRALISTE

« Médecin en montagne, à Aime-la-Plagne (Savoie), Sophie Augros est l'ancienne présidente de Reagir, une intersyndicale de généralistes remplaçants ou installés depuis moins de cinq ans. Elle est depuis fin 2017 l'une des trois délégués à l'accès aux soins nommés par la ministre de la Santé, Agnès Buzyn.



JEAN-PAUL ORTIZ,
PRÉSIDENT DE LA CSMF

« Médecin spécialiste en néphrologie, Jean-Paul Ortiz est engagé de longue date dans le syndicalisme médical. Depuis 2014, il défend une médecine libérale et sociale à la tête de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF). Il est aussi le vice-président de l'Union nationale des professionnels de santé.



NORA SAINT-GAL,
DIRECTRICE ADJOINTE DES
RESSOURCES HUMAINES

« Directrice adjointe des ressources humaines de la ville de Montreuil (93), Nora Saint-Gal est aussi adjointe au maire de Fontenay-sous-Bois, déléguée à la jeunesse et aux sports. Depuis 2014, elle préside le groupe Front de gauche. Elle est membre du Conseil national du PCF depuis 2016.



PATRICK BOUET,
PRÉSIDENT DE CORDRE
DES MÉDECINS

« Médecin généraliste, Patrick Bouet est élu en 1995 à la présidence du conseil départemental de l'Ordre des médecins de Seine-Saint-Denis. Depuis juin 2013, il préside le Conseil national de l'ordre des médecins. Il a par ailleurs exercé de nombreux mandats au sein de syndicats médicaux.



AGNÈS BUZYN,
MINISTRE DE LA SANTÉ

« Professeur de hématologie, Agnès Buzyn a été présidente de l'Institut national du cancer (2011-2016), puis présidente du collège de la Haute Autorité de santé, avant d'être nommée en mai 2017 ministre des Solidarités et de la Santé. Elle a aussi occupé des postes importants au sein d'organismes publics, comme le Comité à l'énergie atomique.



DOMINIQUE REYNIÉ,
DIRECTEUR GÉNÉRAL
DE LA FONDAPOL

« Professeur des universités à Sciences Po, Dominique Reynié mène des travaux sur les transformations du pouvoir et les mouvements électoraux. Il est l'auteur d'une quinzaine d'ouvrages (*Populisme, la pente fatale...*). La Fondapol se définit comme un « think tank libéral, progressiste et européen ».

MUTATIONS

REGARDS SUR UN MONDE
EN TRANSFORMATION

ABONNEZ-VOUS à MUTATIONS
EN PROFITANT DE NOTRE TARIF PROMOTIONNEL

1 AN > 38 €
(4 NUMÉROS) **SEULEMENT**

MUTATIONS LE TRIMESTRIEL DE PROSPECTIVE
ET DE RÉFLEXION DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE



BULLETIN D'ABONNEMENT

A compléter et à retourner à : Mutations Abonnements,
12 rue du Cap-Vert, CS40010, 21801 Quetigny Cedex

Tarifs 2018	Tarif par abonnement
De 1 à 6 abonnements	38 €
De 7 à 20 abonnements	36 €
De 21 à 40 abonnements	34 €
41 abonnements et plus	32 €

Je souscris _____ abonnement(s)
d'une durée de 1 an au tarif unitaire de
_____ €, soit un montant total de :
_____ €

En cas de souscriptions multiples, merci de joindre une liste
des personnes à abonner avec leurs coordonnées.

☐ Mme ☐ M. Nom : _____ Prénom : _____

Courriel : _____

Organisme/Société : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Ci-joint mon règlement :
☐ Je règle par chèque à l'ordre de la FNMF
☐ Je règle par virement en indiquant Mutations dans le libellé du virement
IBAN : FR76 3148 9000 1000 2214 5643 247 BIC: BSUIFRPP

AMUTU



Mutations est un magazine trimestriel édité par la Mutualité Française, organisme régi par le Code de la Mutualité.

255 rue de Vaugrand - 75719 Paris Cedex 15. Tél. : 01 40 43 30 30. Télécopie : 01 56 08 40 04.
Directeur de la publication : François Rauch. Responsable du pôle information : Pascal Leclerc.
Rédacteur en chef : Jean-Michel Meunier. Secrétaire de rédaction : Anne Barthelemy, Marie-Laure Gros, Pauline Mazure.
Rédaction : Anne Baudouin, Sabine Dréyrol, Paula Ferreira, Sophie Lerat, Isabelle Mahou, Philippe Rémond, Ghislaine Trachac.
Photographie : Nathanaël Mergui (sauf crédit photo).
Photo de une : Nathanaël Mergui. Rédacteur photo : Anita Veron. Couverture : Tilly Charpentier - Tilly Maquette - Olivier Crenon.
Impression : Magasin/Impression des Hauts de France, ZAC de la Goupelière, 55221 Châtelleraube, France.
Dépôt légal : 13 parution. Commission paritaire : 0121 M 08472. N° ISSN : 2491-5467.
Abonnement 2018 : 4 numéros : 38 euros (hors taxes) : 15 € 40. Chèque libellé à l'ordre de FNMF à adresser à :
Alternatives Economiques - 12, rue du Cap-Vert - CS 40010 - 21801 Quetigny Cedex - mail : mutations@alternatives-economiques.fr.
Pour toute information, envoyer un mail à : mutations@mutualite.fr. Imprimé sur du papier certifié. Ne pas jeter sur les voies publiques.



MUTUALITÉ
FRANÇAISE