



LES DÉSERTS MÉDICAUX

QUELS ENJEUX ÉTHIQUES ?

LES FICHES DOC'ETHIQUES DE L'EREBFC

Temps de lecture : 20 minutes

Les fiches "Doc'éthique" sont conçues comme un soutien à la réflexion préalable en éthique. L'éthique n'est pas une prise de position, ni un code de bonnes pratiques ou encore un jugement de valeurs. L'éthique est une démarche réflexive mettant en exergue les oppositions entre différentes valeurs et soulignant la nécessité d'y réfléchir afin de prendre ensuite des décisions circonstanciées et éclairées.

Le format court des "Doc'éthique" permettra ainsi aux intéressés d'avoir une première vue d'ensemble des questions qui jaillissent du thème traité, mais également au chercheur désireux de travailler sur cette thématique d'y trouver une première base pour affiner son questionnement et/ou son thème de recherche en éthique.

Une bibliographie pour lecteur curieux est proposée en complément.

Pour aller plus loin, nous vous invitons à vous référer à notre onglet "Documentation" sur : www.erebfc.fr



INTRODUCTION

La France a fait de l'égalité un des piliers de ses valeurs républicaines fondatrices. Cette recherche d'égalité se concrétise notamment avec la création de la sécurité sociale en 1945. [1] Or notre société française vit actuellement **une période critique en terme d'accès aux soins** : nous avons de plus en plus de difficultés à consulter un médecin généraliste, à obtenir dans un délai convenable un rendez-vous chez le dentiste ou tout autre spécialiste. Par ailleurs, de nombreux services d'urgences ferment, et des services en sous-effectifs ferment des lits. [2] **Ces difficultés d'accéder aux soins concernent toute la population, de manière accentuée pour certaines populations vulnérables** (personnes âgées, précaires sans moyen de locomotion ou sans connexion Internet, etc.), **et impacte tous les champs et secteurs** (sanitaire, social, médico-social, libéral, public, privé). A cela s'ajoute encore une crise de sens chez les professionnels de santé, révélée de manière dramatique par la pandémie de la Covid-19, montrant surtout un épuisement professionnel intense et une perte de sens au travail. [3] En parallèle, les dernières études tirent la sonnette d'alarme sur la santé de la population française. [4]

Les déserts médicaux, expression issue du langage médiatique et fonctionnant comme une métaphore saisissante, ne se réfèrent cependant à aucun contenu concret. A ce jour, aucune définition consistante et partagée par la communauté des chercheurs n'a vu le jour. Cependant, "cette expression suggère une différence de nature entre des territoires dans lesquels l'accès aux soins serait nul et d'autres territoires plus favorisés". Quels en sont les critères d'appréciation ? Le recours au médecin généraliste seul ? Englobe-t-on l'accès aux spécialistes, aux paramédicaux, aux urgences, aux pharmacies ? "Il semble peu pertinent de définir un "désert médical" relativement à une unique profession : l'expression invite plutôt à considérer le cumul de difficultés dans le recours à différents services de santé qui peuvent ou auraient pu se substituer les uns aux autres." La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) propose ainsi une lecture par cumul de difficulté d'accès en considérant **trois portes d'accès : la médecine générale, les urgences et la pharmacie.** [5][6]

Cette expression utilisée désormais dans nos propos quotidiens indique que nous avons conscience que notre santé peut se trouver menacée par le déficit actuel de professionnels de santé et de structures de soin. Nous pouvons nous sentir victime, en tant qu'utilisateur ou professionnel du secteur, d'une situation qui nous dépasse alors que certains bassins de population sont davantage favorisés dans l'offre de soin. S'ensuit un sentiment d'injustice qui peut se traduire par de l'indignation ou de l'impuissance. [7]

Alors que les professionnels de santé alertent depuis longtemps déjà sur les difficultés grandissantes du système, émerge l'inquiétude que les décisions prises pour remédier à court terme à la problématique se fassent au détriment de leurs conditions d'exercice, crainte qui ne date pas d'hier mais renforcée aujourd'hui. [8][9] **La problématique des déserts médicaux s'inscrit donc à la fois dans ce contexte de pénurie d'offre de soin et de crise identitaire des soignants et du système de santé français.**

ACCÈS AUX SOINS

Selon la DRESS [5] l'accès aux soins semble moins se définir comme une possibilité dont on jouit que comme l'absence d'obstacles entravant la possibilité de recours : ce sont ces obstacles qu'il s'agit de recenser et d'évaluer et qui contribuent à définir l'accès aux soins par la négative. Les obstacles peuvent être de natures très diverses : temporels, géographiques, sociaux etc.

RÉPARTITION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUR LE TERRITOIRE

Deux paramètres intéressants ressortent dans la littérature : la dimension spatiale (distance de déplacement pour accéder aux soins) et la dimension temporelle (délai d'attente pour la consultation). Notons que le second est plus souvent cité comme un frein dans les études que le premier. Ainsi la répartition numérique et géographique des professionnels sur le territoire n'est pas un critère suffisant pour régler la question des déserts médicaux.

SANTÉ PUBLIQUE

La santé publique désigne à la fois l'état sanitaire d'une population et l'ensemble des moyens collectifs susceptibles de soigner, promouvoir la santé, et améliorer les conditions de vie. [11] Le système de santé désigne l'ensemble des organisations, institutions et ressources consacrées aux soins. En France, il regroupe les activités sanitaires, sociales et médico-sociales et s'organise aux niveaux national, régional et local à travers une grande diversité d'acteurs. [12][13]

1- DISTRIBUER DES RESSOURCES LIMITEES SELON DES BESOINS NECESSAIRES

Les moyens disponibles pour la santé et le nombre de soignants sont aujourd'hui insuffisants pour la population, laquelle selon les territoires, aura des besoins inégaux et souvent spécifiques à son milieu de vie. Se pose alors la question de la répartition de ces ressources limitées et de la réorganisation des activités des professionnels de santé.

Comment répartir des ressources limitées ? Egalité vs Equité

Lorsque l'on parle de désert médical, on sous-entend que certains territoires sont moins dotés d'offre de soin que d'autres, avec l'idée d'une certaine quantité minimale nécessaire vers laquelle chaque territoire doit tendre. Dès lors que l'on parle de donner à chacun un accès égal au soin, la répartition sera-t-elle forcément juste ? [14]

Une répartition numérique permettra d'égaliser l'offre de soin par calcul. Par exemple, le régime d'implantation des pharmacies par nombre d'habitant permet "l'ouverture d'une officine, par transfert ou création, dans les communes qui comptent plus de 2 500 habitants. L'installation de nouvelles pharmacies dans la commune est ensuite autorisée pour chaque tranche de 4 500 habitants supplémentaires." [15][16] C'est un moyen d'éviter qu'il y ait trop de pharmacies au même endroit, mais a contrario, cela empêche l'ouverture d'une pharmacie dans les territoires ruraux, notamment en montagne, où les communes sont toujours en nombre d'habitants inférieur aux exigences de la loi. **Une justice distributive des ressources permettra d'évaluer qualitativement les besoins des territoires et des bassins de population afin de permettre que la population spécifique concernée puisse avoir les soins adaptés à ses problématiques.** Par exemple, un quartier populaire aura besoin d'un nombre de dentistes supérieur, alors que les habitants d'un quartier aisé qui possèdent statistiquement une meilleure hygiène bucco-dentaire pourra se contenter de moins de dentistes. Une répartition équitable demanderait alors, pour le même nombre d'habitants dans ces deux quartiers, que le nombre de dentistes soit supérieur dans le quartier populaire. De plus, la précarité socio-financière de certains milieux nécessite des temps spécifiques d'éducation thérapeutique. Comment permettre d'avoir, dans ces bassins pauvres, davantage de soignants, mais surtout comment faire en sorte que leur mode de consultation permette des temps plus longs et adaptés à des stratégies de prévention et d'éducation thérapeutique ?

" La colère est une émotion primaire qui émerge en nous, qui s'impose à nous de manière pré réfléchie. L'indignation est un mouvement secondaire de révolte qui se manifeste lorsque nous avons à faire à une injustice, à une entorse à l'éthique relationnelle et au respect de l'homme. [...]
L'indignation est un sentiment lié à la relation à autrui, un mouvement relationnel réciproque. Elle ne se suffit pas à elle-même. Elle prend sens si, et seulement si, nous prenons position, intervenons pour rétablir la justice, assumons nos responsabilités de médecins et de citoyens. "

[10]

[1] Sécurité-sociale.fr, Les grandes dates, site internet visité le 09 mars 2023 +

[2] Vie.public.fr, Crise des urgences : les recommandations de la mission "flash" pour les hôpitaux, 6 juillet 2022 +

[3] EREBFC, Marie-Elisabeth MAUGAN, La souffrance des soignants, quels enjeux éthiques ?, doc'éthique, mars 2022 +

[4] DRESS, L'état de santé de la population en France - Septembre 2022, Les dossiers de la DESS n°102, 21 septembre 2022 +

[5] DRESS, Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?, Les dossiers de la DRESS n°17, maj le 29 janvier 2021 +

[6] CHEVILLARD Guillaume, LUCAS-GABRIELLI Véronique, MOUSQUES Julien, "Déserts médicaux" en France : état des lieux et perspectives de recherches, rev. L'Espace géographique, tome 47, pp. 362-380, 2018/4 +

[7] LA GAZETTE, Déserts médicaux : on a tout essayé, 1er octobre 2021 +

[8] LEVY Jean-Louis, La dégradation du métier de médecin, archives Le Monde, 1961 +

[9] LE QUOTIDIEN DU MEDECIN, Dr Valérie Briole: "Il y a une dégradation des conditions d'exercice vraiment claire", 15 juillet 2022 +

[10] REVUE MEDICALE SUISSE, encart p 1410, P Marco Vannotti, www.revmed.ch, 24 juin 2015

[11] LAJARGE Éric, DEBIEVE Hélène, NICOLLET Zhou, chap.1 Evolution de la définition de la santé publique, dans Santé publique. En 13 notions, coll. Aide-Mémoire, pp. 7-35, 2017 +

[12] LAROUSSE, définition de "santé publique", consulté le 15 février 2023 +

[13] VIE PUBLIQUE, Qu'est-ce qu'un système de santé ?, 19 août 2022 +

[14] FINKELSTEIN Rémi, TRUCHOT Didier, Le sentiment d'injustice dans la vie quotidienne. Introduction au numéro spécial "les théories de la justice et leurs applications", rev. internationale de psychologie sociale, tome 19, pp. 5-15, 2006/1 +

[15] SENAT.FR, Installation d'offices de pharmacie et seuil minimal de population dans les communes rurales, Question orale n° 0152S publiée dans le JO Sénat du 21 décembre 2017 +

[16] BLANCO-CAZEAUX Iñaki, Accès aux soins : qui sont ces patients qui renouent ?, The conversation, 16 janvier 2023 +

[17] SLATE, Pour soulager les urgences, il est urgent de soulager les médecins généralistes, 26 janvier 2023 +

[18] MARTINEZ-GONZALEZ N.A. et al., Substitution of physicians by nurses in primary care : a systematic review and meta-analysis, BMC Health Services Research, 14, 214, 2014

[19] L'EXPRESS, Grève des médecins : sept exemples concrets de simplification pour redonner du temps médical, tribune, 5 janvier 2023 +

[20] Service-public.fr, Les infirmiers et les sages-femmes peuvent vacciner sans ordonnance préalable, 27 avril 2022 +

[21] BRAS Pierre-Louis, Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ?, rev. Les Tribunes de la santé, n° 50, 2016/1 +

[22] Ars.sante.fr, Les communautés professionnelles territoriales de santé, 22 fév. 2023 +

[23] GNIUS.ESANTE.GOUV.FR, Modules de formation en santé numérique, visite du site le 28 février 2023 +

[24] BENZ Stéphanie, Les déserts médicaux ne sont pas une fatalité, L'Express, 27 septembre 2017 +

[25] RENAUD Adrien, S'installer dans un désert médical : un devoir éthique ?, 18 mai 2022 +



Les questions de rémunération aussi s'inscrivent pleinement dans la problématique des déserts médicaux et peuvent expliquer en partie la raréfaction des professionnels de santé, mais aussi les départs anticipés et parfois précipités de la profession. Quelle juste reconnaissance des métiers de la santé par la rémunération ? Sur quels critères considère-t-on leur rémunération juste ? Au nombre d'années d'études ? A la spécialisation ? Aux actes ? A la responsabilité engagée ? Au temps passé avec le patient ? Et si l'on compare entre les professions et entre les pays européens : faut-il privilégier une rémunération financière équitable ou égale ? De manière plus large, ces questions touchent à la question de la reconnaissance de l'engagement de cette catégorie professionnelle et de leur implication dans le système de santé depuis leurs études.

La justice par équité ou par égalité sont deux manières de répartir des ressources limitées : **chacune apporte des solutions, mais chacune crée aussi de nouvelles inégalités.** Il convient de connaître la limite de chaque modèle pour prendre conscience des écueils de ces modes de distribution.

Comment réorganiser les actes de soins entre les différents professionnels de santé ? Responsabilité vs Délégation et coopération

Pour optimiser le temps de soin des professionnels, l'idéal est de limiter toute autre tâche que celle du soin et de déléguer ce qui peut l'être en redistribuant globalement les rôles. Limiter les délais de prise en charge nécessite que les consultations ne relevant pas des urgences soient faites ailleurs, ce qui permettrait en ricochet que les médecins déjà débordés aient du temps pour accueillir de nouveaux patients. [17] Se pose alors la question du travail individuel de chaque discipline dans une vision macro, supra-individuelle : travail administratif, vaccins, renouvellements d'ordonnances, arrêts de travail courts, consultations de prévention et d'éducation thérapeutique peuvent être répartis selon les capacités des diverses professions (Infirmiers en Pratique Avancée (IPA), officines et autres professionnels). [18][19] Cependant, lorsque l'on modifie et élargit les capacités d'une profession sans les former spécifiquement à ces nouveaux actes, peuvent-ils et devraient-ils le faire ? [20] **Le travail en équipe est également une manière de coordonner et répartir différentes tâches** comme on peut le voir dans les maisons de santé. [21][22] Tâches administratives déléguées à une secrétaire médicale, agendas coordonnés des professionnels pour une meilleure prise en charge des patients sur le territoire concerné, autant de propositions qui limitent la solitude des professionnels et dégagent du temps de soin. Mais les professionnels de santé lors de leurs études sont-ils formés au travail en équipe, au management et à l'optimisation de leur emploi du temps ?

Enfin, **les professionnels de santé ont la nécessité d'apprendre à utiliser de manière plus fluide les moyens de communication afin d'optimiser leurs consultations.** En effet, on constate que "les professionnels de santé sont encore trop peu formés aux enjeux du numérique en santé alors que parallèlement les besoins et usages explosent." [23] Télémedecine, partage de dossiers médicaux, utilisation d'applications spécifiques au suivi de certaines pathologies, élaboration de maisons médicales virtuelles [24] et usage de l'intelligence artificielle sont autant d'outils à la disposition des professionnels pour permettre une meilleure prise en charge des patients, répartition des vacances et des gardes pour un plus grand confort d'organisation professionnelle et une optimisation de leurs consultations afin d'augmenter le nombre de patients par professionnel. Ces formations et modes d'activité nécessitent cependant des fonds financiers pour se procurer des outils, une volonté politique de formation générale des professionnels du monde du soin et également un déploiement généralisé de très haut débit d'internet sur tout le territoire. Si la responsabilité de la continuité des soins, notamment en désert médical, ne peut être portée uniquement par les individus, **une certaine responsabilité individuelle dans la volonté de chercher des solutions d'amélioration à la fois de leurs conditions d'exercice et de l'offre de soin, peut être attendue de chaque professionnel.**

2- VIVRE EN SOCIÉTÉ

L'organisation d'une société solidaire devrait répondre de façon collective aux besoins de chacun de ses membres. Un individu isolé ne peut subvenir seul à ses besoins, mais il apporte à la collectivité ses propres compétences et bénéficie en retour de celles complémentaires du groupe pour répondre à l'ensemble de ses besoins. Mais son appartenance au groupe nécessite en échange un respect de certaines règles et donc un renoncement à une liberté individuelle complète et à la satisfaction d'éventuels besoins spécifiques. Peut-on renoncer à sa liberté individuelle d'exercice et à certains de ses besoins initiaux, au profit du groupe ?

Qui a le devoir éthique de combler le vide des déserts médicaux et de compléter le maillage territorial ? Public vs Salariat vs Libéral [25]

Aujourd'hui, il est possible d'exercer un métier de la santé soit à l'hôpital public, soit comme salarié (Protection Maternelle et Infantile, milieu scolaire, Assurance maladie...), soit comme libéral (médecins ou paramédicaux, généralistes ou spécialistes) seul ou en cabinet de groupe, ou encore comme libéral dans une structure privée type clinique (avec possibilité d'avoir en même temps un cabinet "de ville").

Sur qui doit reposer le maillage territorial de santé afin de répondre aux besoins des individus ? **Idéalement, chaque mode d'activité devrait compléter les autres afin d'offrir une diversité d'offre de soin qui réponde à la pluralité des besoins** : la pharmacie ne remplacera pas le médecin traitant, ni la sage-femme libérale ne remplacera les urgences, ni encore la psychologue ne remplacera le foyer d'accueil pour personnes atteintes de handicap. Ainsi, centrer la problématique actuelle des déserts médicaux sur les seuls libéraux, comme le suggère régulièrement la presse, comporte le risque de réduire la diversité des réponses possibles à apporter. En parallèle de la chute du nombre de médecins généralistes libéraux, on peut citer les nombreuses fermetures d'hôpitaux de proximité au profit des grands hôpitaux régionaux, réduisant le maillage territorial et local des urgences. Doit-on limiter la capacité d'installation dans certaines zones et pousser les libéraux à s'installer dans d'autres au motif que le service de santé public ne propose pas ou peu de services dans certaines zones ?

La responsabilité d'un maillage territorial du soin doit-elle reposer sur la conscience de chaque personne choisissant une profession de santé libérale (infirmier, sage-femme, etc.) ? Puisqu'aujourd'hui encore, s'installer en libéral signifie ne pas avoir de contrainte sur le lieu où l'on choisit de s'installer, l'incitation à choisir le désert médical pour les libéraux se place alors au niveau de leur morale personnelle. Dit autrement : pourquoi ne pas ouvrir du service public dans les zones sous-dotées plutôt que de peser sur le devoir éthique individuel des libéraux ? Une remise en question de la totale liberté d'installation pourrait être envisagée sous réserve que les étudiants connaissent les changements de règles du jeu dès leurs études. Est suggéré fréquemment que les étudiants en médecine seraient payés par nos impôts et qu'une juste rétribution de l'investissement social voudrait une installation de jeunes médecins en zone sous-dotée. C'est cependant méconnaître le système hospitalo-universitaire autour des études de médecine : l'étudiant en médecine n'est pas payé pour étudier, il est rémunéré seulement pour ses heures de travail à l'hôpital, indépendamment des heures d'études et des cours. [26]

Peut-on envisager un autre système où l'organisation médicale publique serait suffisamment répartie sur le territoire et laisserait la liberté à ceux qui choisissent le privé ou le libéral de s'installer selon leurs désirs ? Ainsi l'exemple anglais, ou encore l'exemple lorrain du régime minier, nous proposent une alternative avec des professionnels de santé payés directement par le système public, lesquels en contrepartie, acceptent que leur champ d'action s'étende sur une zone géographique pré-définie. L'Allemagne de son côté ne permet le conventionnement des libéraux, y compris des médecins, que s'ils respectent certaines règles de maillage territorial. Les contraintes sont très bien acceptées par la population soignante mais il faut préciser que les règles sont posées depuis longtemps et que la démographie allemande est beaucoup moins centralisée que celle française ; en Allemagne, la ville n'est jamais très loin. [27]

Le patient peut-il participer à enrayer le problème des déserts médicaux ?

Responsabilité individuelle vs Responsabilité collective

A l'heure où **6 millions de français n'ont pas de médecin traitant**, le Conseil National de l'Ordre des Médecins a, en janvier 2023, alerté sur les rendez-vous médicaux non honorés [28] : chaque semaine, 6 % à 10 % des patients ne se présentent pas à leur rendez-vous, ce qui correspond par extrapolation à **près de 27 millions de rendez-vous non honorés par an**. La responsabilité individuelle de patient suppose une certaine organisation de ses rendez-vous et le respect envers le professionnel chez qui le rendez-vous était pris. Mais ces actions individuelles multipliées par millions impactent considérablement l'organisation quotidienne des professionnels et des consultations hospitalières, réduisent la disponibilité médicale des praticiens, limitent l'accès aux soins pour d'autres patients et enfin contribuent à majorer le nombre de patients qui s'adressent aux services d'urgence. **Prévenir qu'on ne pourra pas honorer son rendez-vous médical n'aura jamais autant été un acte de responsabilité à la fois individuelle et collective**. La pénurie des professionnels de santé et les déserts médicaux que cela induit ne permettent à ce jour plus d'attendre des patients une simple attitude citoyenne : à cet effet, l'ordre des médecins recommande de sensibiliser les patients à ce problème, tout en pénalisant financièrement ceux qui n'honorent pas leur rendez-vous.

Peut-on être solidaire d'un système de santé déficient sans risque pour soi-même ?

Autonomie vs Vulnérabilité

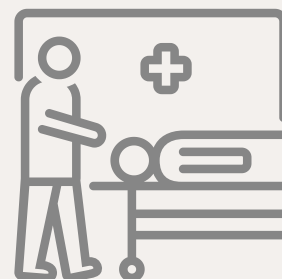
Pour le patient

On demande de plus en plus au patient d'être responsable de sa santé, d'avoir les bons gestes, non seulement pour sa santé, mais aussi pour pallier au manque de professionnels dans la zone où il habite. Mais force est de constater cependant que la société française ne prévoit pas d'éducation systématique des citoyens dès le plus jeune âge aux maladies de la vie courante (rhume, gastro...). Ainsi, la sur-sollicitation des professionnels de la santé peut être issue d'un manque d'éducation intergénérationnelle et sociale, qui permettrait de discerner véritablement l'urgence clinique du sentiment de peur et d'insécurité. Pourtant, **il n'est pas simple pour le patient de développer une autonomie suffisante sans risquer de se retrouver en situation de vulnérabilité** et l'amener à renoncer à des soins dont il aurait eu besoin.

[26] INSAR-IMG, *La rémunération et les indemnités des internes en médecine générale*, juillet 2022 +

[27] BRUNN Matthias, *Réguler l'installation des médecins : la comparaison avec le cas allemand*, The Conversation, 17 janvier 2023 +

[28] CONSEIL DE L'ORDRE DES MEDECINS, *Rendez-vous médicaux non honorés*, jeudi 26 janvier 2023 +



[29] IRDES, *Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique*, Questions d'économie de la santé, n°170, novembre 2011 +

[30] ESTRYN-BEHAR Madeleine, LASSAUNIERE Jean-Michel, *L'interdisciplinarité diminue-t-elle la souffrance au travail ? Comparaison entre soignants de toutes spécialités (médecins et infirmiers) avec ceux exerçant en palliatifs, en onco-hématologie et gériatrie*, rev. Médecine palliative, vol. 11 n°2, avril 2012

[31] MALONE Antoine, *Un nouveau modèle pour les urgences rurales, associer urgences et soins primaires*, Revue Hospitalière de France, #579, pp. 6-7, novembre - décembre 2017

[32] SAVIGNAT Pierre, *Déserts médicaux, vieillissement et politiques publiques : des choix qui restent à faire*, rev. Gérontologie et société, vol. 36, n° 146, 2013/3, pp. 143-152 +

C'est pourquoi, il est demandé aujourd'hui au citoyen d'appeler le 15 avant de se rendre aux urgences adultes, ou de n'y venir que lorsque cela semble vraiment nécessaire. De plus, **la crainte de ne pas trouver de professionnel de santé disponible peut amener à un réel renoncement à des soins pourtant nécessaires**. [29] Enfin, comment discerner les populations au plus grand besoin d'éducation et d'accompagnement thérapeutique, voire au besoin d'une relation médicale plus paternaliste, sans leur avoir offert les véritables moyens d'être autonomes par ailleurs ?

Pour le soignant

Le libéral est autonome dans son exercice mais facilement mis en difficulté si le maillage autour de lui par les autres professions de santé complémentaires n'est pas au rendez-vous. Ainsi il est difficile pour un médecin d'accepter de s'installer dans une zone où le service des urgences et ambulancier ne se déplace pas ou peu, de même pour les sages-femmes qui accompagnent des femmes enceintes en zone lointaine des maternités. Le professionnel de santé ou le pharmacien qui s'installe en zone sous-dotée devient des atouts pour la zone concernée, mais l'isolement auquel font alors face ces professionnels apporte un risque majoré de burnout, quand on sait que le travail en équipe est au contraire protecteur pour la santé mentale des professionnels. [30] **Comment concilier la santé des personnes d'un territoire donné et des professionnels qui viennent s'y installer ?** [3] C'est ainsi que naissent de nouveaux modèles d'urgences locales, comme par exemple aux Etats-Unis dans des zones très reculées, où le système de soin est organisé avec des protocoles qui harmonisent les suivis entre l'hôpital, les urgences, les cabinets libéraux et les associations médico-sociales du territoire. [31] Ce type d'urgences nécessite en amont une connaissance du terrain pour pouvoir proposer sur place un tri spécifique adapté : par exemple, si vous avez une population à forte concentration de dépendants à l'opium, prévoir au sein de l'accueil des urgences un tri vers les soins primaires, ou les véritables urgences, ou vers un service d'addictologie sera nécessaire pour la population.

CONCLUSION

La responsabilité de bien soigner les citoyens n'incombe ni à l'individuel, ni à une profession, mais bien à une organisation globale de tous les métiers du monde de la santé. Le sentiment d'injustice décrit en début de ce document doit être un moteur pour prendre les décisions nécessaires afin de permettre de redresser la barre de l'offre de soin et que chaque citoyen, où qu'il habite, puisse accéder à une offre de soin non dégradée. Ces décisions holistiques demandent en premier lieu de **l'organisation politique**, mais tout à la fois de **l'organisation administrative** ; de **l'apprentissage sur les bancs d'école** des médicaux et paramédicaux à coopérer, travailler ensemble mais aussi à gérer des équipes ; des **incitations financières** à embaucher des personnes compétentes pour aider à l'organisation et au suivi des patients en lien avec les libéraux et le médico-social, etc. [32] ; enfin, **une sécurisation de la circulation des données médicales** pour faciliter l'accès aux dites données du patient. De plus, **la communication pour le grand public autour des actions mises en œuvre** par les décideurs ou les professionnels de santé même pour solutionner la raréfaction des professionnels de santé est essentielle : si le grand public n'a pas connaissance des nouveaux dispositifs, les comportements ne pourront pas évoluer.

Enfin, parmi la diversité des évolutions possibles pour à la fois pallier et améliorer l'offre de soins sur le territoire national, l'e-santé est une des solutions la plus évoquée. Riche à elle seule de nombreuses propositions et promesses, elle doit retenir notre attention particulière pour les enjeux qu'elle représente et fera l'objet de réflexions spécifiques à venir.

Rédaction :

Marie-Elisabeth MAUGAN

Chargée de mission - Documentation
Membre du groupe CNERER "Inégalités d'accès aux soins"
memaugan@chu-besancon.fr

Comité de lecture :

Dr Sandra FRACHE

Pédiatre responsable de l'Equipe
Ressource Régionale Soins Palliatifs
Pédiatriques, Co-directrice de l'EREBFC

Dr Isabelle MARTIN

Géiatre, Vice-Présidente du Conseil
d'Orientation de l'EREBFC

Aurélié GENG

Coordinatrice de l'EREBFC

Retrouvez l'ensemble de nos ressources documentaires sur cette
thématique au lien suivant :

www.erebfc.fr/documentation/ressource

> Thématique 06 "Santé et Société"

> Sous-thématique "Santé publique"