



conditions
pour réussir
une réforme de notre
système de santé

Organiser les soins primaires 02

- 1 *Reconnaître la place des soins primaires*
- 2 *Donner aux équipes de soins les moyens de leur développement*
- 3 *Développer la formation continue des professionnels*

Inscrire le médecin traitant au centre de parcours de soins et de santé 05

- 4 *Renforcer la logique du médecin traitant*
- 5 *Donner un médecin traitant aux enfants*

Renforcer la profession de médecin généraliste libéral 06

- 6 *Donner à la formation initiale des médecins généralistes les moyens dont elle a besoin*
- 7 *Favoriser l'installation libérale*

Déployer une politique de santé ambulatoire 07

- 8 *Créer un volet conventionnel spécifique*
- 9 *Réformer les URPS*

Annexe 1 Coordination des soins primaires 08

Préambule

L'évolution de notre système de santé hospitalo-centré est aujourd'hui plus que jamais nécessaire. Son déploiement, de 1958 à nos jours, a permis le succès de notre système de soins, en s'appuyant sur des années économiquement fastes. Le modèle actuel a atteint ses limites. Il a trop favorisé les soins curatifs vis à vis de la santé et de la prévention. Il a rendu exsangue le système de santé et les soins de proximité en laissant délibérément de côté l'organisation des soins primaires.

Nous en sommes au point paradoxal où persévérer dans son développement approfondirait les difficultés géographiques et financières dans l'accès aux soins, accentuant les inégalités sociales de santé (ISS). Héritage des conquêtes sociales de la Libération et de la réforme Debré de 1958, notre système de santé doit s'adapter au monde d'aujourd'hui.

Conscient de ces difficultés, après s'être appuyé sur les constats et les propositions du HCAAM et du rapport de la Commission des sages présidée par Alain Cordier, le gouvernement a jeté les bases d'une Stratégie nationale de santé qui veut replacer les soins de premier recours au centre de son dispositif.

Il revient, en effet, à notre pays de se doter, à l'instar des autres pays développés, d'un système de soins cohérent et organisé, apte à répondre aux besoins de la population en matière d'éducation sanitaire, de prévention et de prise en charge coordonnée des maladies chroniques, apte aussi à lutter contre les inégalités sociales de santé qui s'accroissent plus en France que dans des pays comparables.

La France se caractérise par un faible niveau d'organisation et de cohérence de l'offre de santé. Le premier étage de l'offre de soins doit être l'objet d'une attention soutenue et durable des pouvoirs publics pour permettre de garantir à la population l'accessibilité à un médecin traitant, la continuité des soins, les suivis et synthèses médicales, la transmission des informations, l'éducation thérapeutique, la coordination des soins, etc. Cette structuration est indispensable pour que les établissements hospitaliers publics et privés puissent identifier le partenaire permettant d'organiser l'amont et l'aval de l'hospitalisation. Structurer les soins primaires sur l'ensemble du territoire est une priorité pour le gouvernement. Cette structuration se fera d'autant plus vite qu'elle pourra s'appuyer sur des mécanismes incitatifs ciblés et pertinents.

Afin de mettre en place des incitations au regroupement et au travail en équipe, deux axes se dégagent aujourd'hui :

- **Rémunérer la coordination des soins réalisée par les professionnels de santé** pour créer les « outils de travail » de l'équipe de soins primaires, à l'instar des équipes de soins en établissements de santé. L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) a montré combien les professionnels sont prêts à s'organiser dès lors que les moyens leur en sont donnés. Ces moyens leur permettent, notamment, de rémunérer le travail coordonné et de financer le personnel en charge des fonctions de coordination et de support des équipes. La négociation qui s'ouvre entre la CNAM et les syndicats de professionnels doit avoir pour but principal de permettre à une majorité des professionnels de soins primaires de s'inscrire sans heurts ni résistances dans cette « révolution des soins primaires ». (cf. annexe 1 : schéma d'organisation des soins primaires)

- **Adapter notre dispositif législatif de manière à offrir aux professionnels le terreau propice à leur structuration.** Cet objectif est à l'origine de la présente contribution de notre syndicat. Elle s'articule en quatre points : soins primaires, médecin traitant, médecin généraliste, gouvernance.

Organiser les soins primaires

Première mesure : reconnaître la place des soins primaires

Santé publique

L'étage des soins primaires est le lieu du premier contact de la population avec le système de soins. Il est le premier concerné par les priorités de santé publique décidées par les pouvoirs publics : plans cancer, maladies neuro dégénératives, prévention des maladies chroniques et des addictions chez les enfants et adolescents, etc. Les moyens des structures de gestion des dépistages doivent être réorientés vers les équipes de soins primaires qui doivent en assurer la gouvernance.

Maladies chroniques

La place grandissante des maladies chroniques impose une prise en charge en équipe de soins primaires. **L'éducation thérapeutique** de ces patients doit être confiée en premier lieu à ces équipes et réalisée au plus près des patients, dans leur cadre de vie habituel. Dans le même esprit, la mise à disposition prochaine des **chimiothérapies orales** doit s'accompagner d'une délivrance et d'une surveillance par les équipes de soins primaires partenaires des centres de soins spécialisés primo prescripteurs.

Risque de perte d'autonomie et polyopathologies

L'expérimentation **PAERPA** en cours est modélisante d'une prise en charge organisée et coordonnée par les soignants de proximité. Cette expérimentation devra être élargie à la prise en charge de patients chroniques : polyopathologies ou maladies complexes.

Afin de développer le maintien à domicile des personnes dépendantes, **un forfait hébergement en maintien à domicile**, incluant les aides médico-sociales et garantissant la prise en charge de l'ensemble des besoins de la personne, pourra être géré par les équipes de soins primaires. Ce forfait permet un transfert progressif de certains lits d'hospitalisation ou de soins de suite vers le maintien à domicile en ambulatoire. Il peut renforcer le lien ville / hôpital et redonner aux professionnels de proximité la responsabilité de nombreux soins. Les services hospitaliers volontaires pour de telles pratiques doivent y être incités, s'ils s'engagent à recevoir rapidement les patients ambulatoires et assument le soutien diagnostique et thérapeutique des équipes de proximité.

Les **structures d'appui** doivent avoir pour vocation d'augmenter la compétence en proximité. Aucune structure d'appui ne doit être une structure effectrice de soins ambulatoires. Elles doivent avoir un statut régional et intervenir « en appui » des structures de proximité, à leur demande et dans un esprit de collaboration et de formation.

Permanence des soins ambulatoires et demandes de soins non programmés

Leur prise en charge doit s'appuyer sur deux piliers :

1/ Les SAMU et les services d'urgences lorsqu'une notion de détresse vitale est suspectée afin d'assurer une prise en charge rapide avec l'appui du plateau technique adéquat

2/ La médecine générale pour les autres situations

La médecine générale assume, aujourd'hui, l'essentiel de la PDSA (Permanence Des Soins Ambulatoires) et des soins non programmés. Pour que cela perdure aux heures d'ouverture des cabinets médicaux, les médecins traitants doivent pouvoir développer, y compris par la mutualisation, un accueil par un secrétariat téléphonique permettant une prise en charge adaptée à la demande exprimée. L'orientation en première intention vers le médecin traitant sera bien sûr privilégiée.

Sur les créneaux horaires de la PDSA, la mise en place d'un numéro d'appel court, facilement mémorisable et d'envergure nationale, s'impose si l'on veut que la population ait enfin une grille d'utilisation claire des différents dispositifs : le 15 en cas de détresse vitale, le numéro de la PDSA pour les autres situations.

Ce numéro court doit mettre les patients en relation avec la régulation libérale, pilier de l'organisation de la PDSA. La régulation médicale des appels permet de mobiliser les moyens adaptés à la situation clinique des patients, et par là même d'optimiser les dépenses de soins.

Le financement des structures libérales et de leurs outils techniques spécifiques doit être clarifié et faire l'objet de directives nationales claires mettant un terme aux nombreux conflits locaux avec les structures urgentistes qui ont des prétentions injustifiées sur la gouvernance.

Les régulateurs libéraux doivent pouvoir prescrire des transports remboursés vers un effecteur (Maison Médicale de Garde notamment), pour des patients relevant de situations prédéfinies. Ceci est devenu indispensable compte tenu des regroupements des secteurs d'astreinte opérés ces dernières années.

Les horaires de la permanence des soins ambulatoires seront adaptés aux besoins de la population et à la disponibilité des effecteurs sur le terrain. Dans plusieurs régions des horaires de PDSA en soirée entre 19h et 23h sont d'ores et déjà à l'étude.

Enfin, il est nécessaire de réaffirmer que les actes médico-judiciaires et de médecine légale ne relèvent pas de la PDSA. Il n'incombe pas aux seuls généralistes mais à l'ensemble des médecins de notre pays. Il est nécessaire de repenser la réponse pour ces actes en adéquation avec l'organisation territoriale.

Deuxième mesure : donner aux équipes de soins les moyens de leur développement

De même qu'il n'est pas concevable d'imaginer un établissement de santé sans fonctions support, il n'est pas imaginable de concevoir des soins primaires organisés sans ces mêmes fonctions support. Celles-ci sont de deux ordres : des moyens matériels, notamment informatiques, et un personnel de coordination dédié.

Le dossier professionnel communicant est destiné à être l'outil de la coordination entre professionnels (continuité des soins, transmission d'informations à l'intérieur de l'équipe de soins, volet médical de synthèse, plan personnalisé de prévention ou de soins, etc.). Il est une priorité pour les équipes de soins et a déjà fait l'objet de nombreux travaux. Il est de la responsabilité de l'Etat de favoriser le développement d'un outil professionnel interopérable, en premier lieu, entre professionnels de soins primaires, et donc accessible à tous.

Cet outil doit être ensuite celui du décloisonnement entre la ville, l'hôpital et les établissements médico-sociaux. Le premier outil permettant la mise en place de ce dossier serait une messagerie sécurisée.

Le rôle d'un **coordinateur** des équipes de soins a fait l'objet de nombreuses fiches de poste. Il assure des fonctions de support de l'équipe pour organiser son travail (réunions de concertation pluri professionnelles notamment). Il représente les équipes auprès de ses partenaires institutionnels et des établissements de soins. Il assure la coordination ville - hôpital lors du parcours de soins des patients. Il est capital que les équipes de soins gardent la maîtrise et le contrôle de ces professionnels. A cet égard, une partie des **fonds d'intervention régionaux (FIR)** doit être fléchée vers les associations de professionnels de soins primaires pour permettre la rémunération des coordinateurs .

Accompagner les projets émergents

Une autre partie des Fonds d'intervention régional (FIR) doit être fléchée sur l'accompagnement des projets émergents (ingénierie). L'intervention d'accompagnateurs de projets ou de professionnels est souvent nécessaire pour aider les équipes à émerger, à se constituer et à définir leurs projets de santé et leur projet professionnel. Cette ingénierie de projets existe dans plusieurs régions. La loi peut prévoir le cadre général pour ces interventions.

Dotations aux équipes de soins primaires

- Une dotation rémunère les **outils et les moyens mis à disposition des patients** par les équipes. Il s'agit donc d'un forfait structure correspondant au système d'information et aux données de santé, au personnel dédié (secrétaires et coordinateurs) et au temps de coordination entre professionnels. Cette première dotation est proportionnelle au nombre de professionnels et aux outils proposés.
- Une autre dotation rémunère les **services apportés à la population** d'un territoire : éducation sanitaire, dépistages, actions de santé publique, etc. Elle est proportionnelle à la population du territoire.

Troisième mesure : développer la formation continue des professionnels

La formation continue est, pour chaque profession, un moyen au service de la qualité des soins. Elle s'appuie sur l'acquisition de connaissances, mais aussi sur l'analyse des pratiques professionnelles entre pairs. Elle doit s'exercer en toute indépendance et bénéficier d'une évaluation rigoureuse.

La formation continue est aussi un outil déterminant pour l'organisation des soins primaires. Elle facilite en effet l'appropriation par les équipes de soins des concepts organisant la coordination : protocoles de travail en équipe, méthodes de travail, évaluation, éducation à la santé, éducation thérapeutique, etc. Elle relaie les objectifs sanitaires décidés nationalement ou localement.

Le développement de nouveaux services aux patients implique un dispositif de formation continue accessible à tous les professionnels de soins primaires, indépendant, de qualité et souvent pluri professionnel. Le médecin généraliste doit avoir l'assurance de pouvoir bénéficier d'un temps de formation suffisant.

Il faut sortir de la gestion bancaire, supprimer la notion de «chèque médecin» et revenir à une gestion par programme, évalué et financé sur appel d'offre, auquel chaque médecin s'inscrit. La fonction bancaire doit être distincte de la fonction pédagogique et scientifique qui sera gérée par la Commission paritaire professionnelle. Pour les médecins, l'expertise sera confiée au Collège de la Médecine Générale, et à la Fédération des Spécialités Médicales pour les autres spécialités. L'Etat ne doit plus participer lui-même à la gestion du dispositif, mais être garant de la bonne gestion des fonds publics. La responsabilité effective sera déléguée au Président du GIE, et le GIE DPC organisé en deux branches distinctes, une branche bancaire chargée de mettre en œuvre la répartition des fonds et une branche pédagogique et scientifique fonctionnant par profession, déléguée à chaque commission paritaire.

Inscrire le médecin traitant au centre du parcours de soins et de santé

Le dispositif du médecin traitant, qui organise le parcours de santé de chaque patient créé par la loi d'août 2004, n'est pas allé à son terme et ne permet pas d'obtenir tous les résultats escomptés. Aujourd'hui, ce parcours est d'abord un parcours tarifaire, incitatif et parfois autoprescrit. Il faut le faire évoluer dans ses objectifs (qualité et efficacité de l'offre de soins), dans son périmètre, en élargissant le champ de la population ciblée, et dans son fonctionnement.

Quatrième mesure : renforcer la logique du médecin traitant

- Il faut aller au bout de la logique du médecin traitant en lui confiant la **gestion de la prévention, du suivi et de la synthèse du parcours de soins** des patients, ainsi que la gestion du dossier professionnel en lien avec chaque patient qui reste le « maître d'ouvrage » de son utilisation. Il doit être informé de tous les actes de prévention réalisés. Il doit bénéficier des envois et retours d'informations systématiques en cas d'hospitalisation, des échanges d'information avec les acteurs des soins secondaires, de la mise à jour du dossier professionnel informatisé, etc. Et cela, dans des délais garantissant une continuité des soins optimale.
- Afin de permettre au médecin traitant d'assumer la totalité de ses missions auprès de la patientèle qui l'a choisi, la présence dans l'équipe de soins d'**infirmières cliniciennes** apporte un bénéfice qui a été mis en évidence par l'expérience Asalée. Initialement expérimental, le concept Asalée doit devenir accessible à toutes les équipes soignantes, sur la totalité du territoire, car les bénéfices de ce dispositif ne sont évidemment pas réservés aux zones dites « sous-dotées ». Pour MG France, la place des infirmières cliniciennes se situe au sein de l'équipe de soins primaires, leur statut pouvant être aussi bien libéral que salarié, selon les souhaits des professionnels.
- Il faut enrichir la nomenclature du médecin traitant, comme l'a été celle du médecin correspondant. Cette méthode donnera une perception claire de la volonté politique de poursuivre le développement de la fonction de régulation en faveur du juste soin. Ainsi et à titre d'exemple, la visite à domicile justifiée du médecin traitant et la consultation du patient complexe ou poly pathologique doivent être fortement valorisées.
- Alors qu'une part croissante de la rémunération des médecins généralistes traitants provient de forfaits, les critères de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) doivent s'appuyer sur la validation scientifique du Collège de la Médecine Générale. Ces objectifs doivent inclure des critères tenant compte de la patientèle prise en charge et du niveau des inégalités sociales constatées.
- Enfin, il est nécessaire de clarifier le parcours pour la population. Le parcours doit être organisé par le patient avec son médecin traitant et être totalement pris en charge par l'assurance maladie (régimes obligatoire et complémentaires), et si besoin en tiers payant.

Cinquième mesure : donner un médecin traitant aux enfants

- Parce que nombre de problèmes de santé se dessinent dès l'enfance, en particulier l'obésité ou le surpoids, le dispositif du médecin traitant doit être étendu à l'ensemble de la population, en incluant les enfants de moins de 16 ans. Confier la santé d'un enfant à un médecin choisi par les parents permet de responsabiliser le professionnel désigné (pour les actions de dépistage ou le suivi des vaccinations, par exemple). Ce professionnel sera un pédiatre ou un médecin généraliste, selon la volonté des parents.

Renforcer la profession de médecin généraliste libéral

Le médecin généraliste, médecin traitant, est au centre de l'équipe de soins primaires. Il est en charge de la coordination des soins apportés au patient. A cet égard, il est indispensable de maintenir une répartition géographique harmonieuse et de permettre le remplacement des retraités.

Sixième mesure : donner à la formation initiale des médecins généralistes les moyens dont elle a besoin

Il s'agit d'une priorité si les pouvoirs publics souhaitent réussir l'organisation des soins primaires. La formation initiale doit être l'objet d'une attention continue de la part du gouvernement. La filière universitaire de médecine générale (FUMG) doit être, enfin, dotée de moyens comparables à celles des autres spécialités médicales, notamment en termes de postes de chefs de cliniques et de professeurs.

L'enseignement de la médecine générale doit porter sur la prise en charge en équipe des cas complexes, la coordination des soins, la santé communautaire, la prévention et l'éducation thérapeutique. Il doit aussi donner aux jeunes médecins une formation quant à la conduite de leurs futurs projets professionnels.

Septième mesure : favoriser l'installation libérale

Les jeunes professionnels attendent une protection sociale équivalente à celle des médecins salariés.

Un Avantage supplémentaire maternité (ASM) doit être créé afin de permettre aux jeunes femmes de concilier exercice professionnel libéral et maternité. Le statut de praticien territorial en médecine générale (PTMG) a démontré l'intérêt d'une protection sociale adaptée pour convaincre les jeunes médecins de franchir le pas de l'installation libérale. Cet avantage supplémentaire maternité a pour but de contribuer à prendre en charge les frais fixes du cabinet médical.

Déployer une politique de santé ambulatoire

L'échelon territorial de proximité est, pour MG France, le lieu de la **mise en œuvre opérationnelle** des politiques nationales de santé. Les professionnels de soins primaires contractualisent avec les ARS sur la **base des contrats-type** définis par la négociation interprofessionnelle en cours entre la CNAM et les syndicats de professionnels de santé. L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) a tracé les contours de cette contractualisation locale. Les équipes de soins de premier recours développent leurs projets de santé, déterminent des objectifs et bénéficient des dotations prévues par les contrats –type. Ceux-ci font l'objet d'évaluations régulières et sont le cas échéant adaptés..

Huitième mesure : créer un volet conventionnel spécifique

La gouvernance nationale doit s'articuler autour de trois axes conventionnels, (généralistes, bloc opératoire et autres spécialités), séparés ou inclus dans une convention, mais avec trois volets gérés indépendamment. Un volet spécifique est indispensable pour pouvoir développer les soins primaires, l'organisation territoriale des soins et la participation des acteurs libéraux à un service territorial de santé où l'hôpital ne doit pas être le seul décideur et le destinataire unique des fonds pour les missions d'intérêt général.

Neuvième mesure : réformer les URPS

S'appuyant sur les expériences en cours dans plusieurs régions, une gouvernance territoriale doit **rassembler les acteurs** concernés par l'organisation des soins ambulatoires. Elle inclut les représentants de la population (élus et associations de patients), les ARS et les représentants des professionnels de soins primaires. Pour MG France, les syndicats de professionnels de santé doivent y être présents en tant que tels.

Les modalités électives des URPS ont, en effet, pour **défaut de minorer la représentation** des professionnels de premier recours, et en particulier celle des médecins généralistes, dans les instances représentatives territoriales. Afin de les associer à la gouvernance territoriale indispensable à la mise en œuvre des projets, il est nécessaire de rétablir **l'autonomie des collèges de médecins généralistes** au sein des URPS- médecins. C'est à cette condition que les professionnels les plus concernés pourront être les acteurs de leur propre développement.

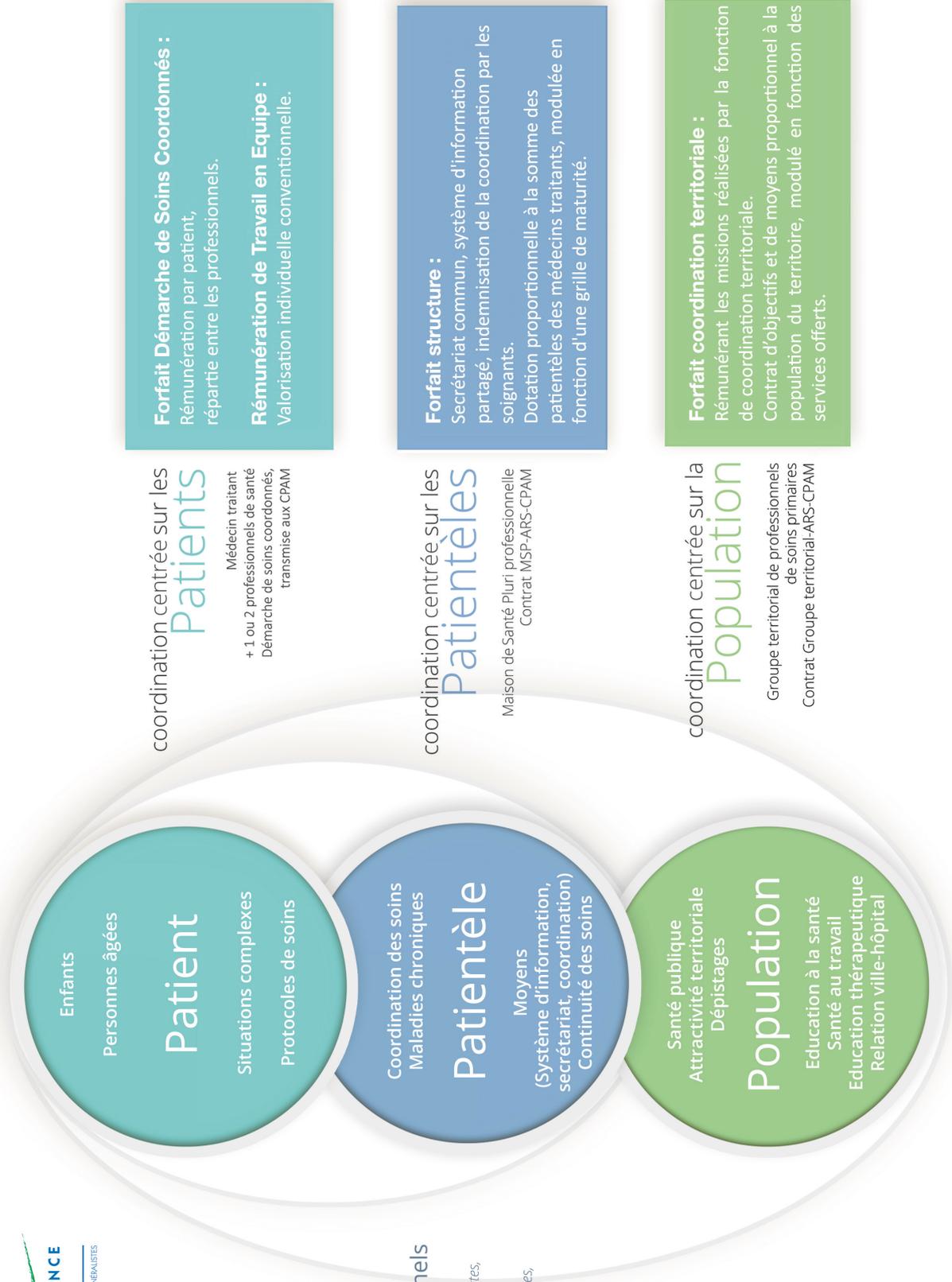
L'expérience montre que seule une partie des élus aux URPS y travaille effectivement. Afin d'améliorer l'efficacité des unions, MG France propose de **réduire de moitié le nombre des élus**. La dotation non utilisée sera répartie entre les syndicats de professionnels selon leurs résultats lors des élections professionnelles.

Les fédérations d'URPS, difficiles à mettre en place et peu opérationnelles, seront **supprimées**.

Annexe 1

Coordination des soins primaires

MG France-mars 2014



Professionnels de santé
 Médecins Généralistes,
 Infirmier(s),
 Pharmaciens,
 Kinés, Sages Femmes,
 Orthophonistes,
 etc..



13 rue Fernand Léger, 75020 Paris - Tél : 13 13 13 43 01 - Mail : mgfrance@mg-france.fr - Site : www.mgfrance.org



web

9

conditions
pour réussir
une réforme de notre
système de santé
