

Systeme de soin : un changement majeur ?

CPTS
Accès aux soins
Collaboration
Maisons de santé
Organisation des soins
Pluriprofessionnalité
Prévention
Rémunération soignants
Soins ambulatoires
Territoire, proximité sanitaire

Didier Ménard parle ici des nouveaux modes d'organisation du système de soin portés par des professionnels libéraux et de la façon dont les politiques s'en saisissent pour mettre en place une organisation territoriale des soins : les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Entretien avec **Didier Ménard**

Médecin généraliste, adhérent du Syndicat de la médecine générale, président de la FémasIF (Fédération des maisons et des pôles de santé en Île de France) qui fait partie de la FFMPS (Fédération française des maisons et des pôles de santé)

Propos recueillis par **Françoise Acker, Sylvie Cognard et Anne Perraut Soliveres**

■ Tout le monde est à peu près d'accord sur le constat que le système de santé, en fait un système de distribution de soins, fonctionne très mal.

Le problème le plus criant, fortement porté par les élus, notamment les maires, est celui de l'accès aux soins. Les citoyens ont de plus en plus de mal à avoir un médecin traitant, pourtant passage obligé pour être bien remboursé.

Un autre problème est qu'aujourd'hui, on ne répond pas bien à l'évolution des pathologies que j'appelle, avec d'autres, la troisième médecine : ce qui tourne autour des maladies chroniques évolutives et de leurs complications, que les soignants ne semblent pas très compétents pour diminuer et qui coûtent très cher.

Il y a aussi une crise moins visible mais importante : le mal-être des soignants. On connaît la souffrance des personnels à l'hôpital dans un contexte de diminution des budgets.

Depuis 1996, le parlement vote tous les ans l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), tentative de régulation de l'offre de soins à l'hôpital et en libéral. L'autre élément de régulation est le système conventionnel ; tous les cinq ans, les différents professionnels libéraux négocient une convention avec l'Assurance maladie (AM) qui fixe les règles et les rémunérations : le prix de la consultation et des actes.

Tout le monde est d'accord pour dire que ce système de rémunération à l'acte ne fonctionne plus bien. Le désaccord porte sur la façon de s'en sortir.

Je pense que ce système dysfonctionne depuis de nombreuses années du fait de l'arrivée des maladies chroniques, du vieillissement de la population et de l'aberration du numerus clausus qui a diminué le renouvellement des professionnels libéraux, en particulier des médecins.

...
Je pense que ce système dysfonctionne depuis de nombreuses années du fait de l'arrivée des maladies chroniques, du vieillissement de la population et de l'aberration du numerus clausus qui a diminué le renouvellement des professionnels libéraux, en particulier des médecins.
...
■ ■ ■

Vers 2005, les professionnels libéraux sont à l'initiative d'autres formes d'organisation de l'offre de soins primaires pour répondre à ces difficultés.

C'est tout à fait nouveau dans le monde libéral dont les fondamentaux sont l'exercice solitaire, le paiement à l'acte, la liberté d'installation... mais c'est connu depuis longtemps dans celui de l'offre de soins salariée : centres de santé municipaux, mutualistes ou associatifs.

On voit d'abord émerger, essentiellement en milieu rural, des regroupements de médecins, infirmières et pharmaciens pour travailler en commun autour de structures qu'ils ont appelées des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Les élus des territoires, bien que leur mission ne soit pas de réguler le système, soutiennent ces fonctionnements alternatifs qu'ils trouvent intéressants. Les MSP commencent alors à se développer. Les pouvoirs publics sentent qu'elles peuvent être un élément de réponse pour l'accès aux soins et ont envie de soutenir cette forme d'organisation, mais il y a un problème car la réglementation interdit de partager des salles d'attente et des dossiers médicaux entre professionnels différents et les fonds publics ne peuvent être donnés à des professionnels libéraux.

Il faut donc trouver des solutions. La loi HPST (hôpital, patient, santé et territoire) de 2009 définit la maison de santé avec un cahier des charges national (au moins deux médecins généralistes et un paramédical) et permet des salles d'attente communes, un dossier partagé... Le rapport Juillard, demandé sous Sarkozy, va expliquer l'avantage d'organiser des MSP. Une loi de 2011 crée la Société interprofessionnelle de soins ambulatoires, la fameuse SISA, qui permet à des professionnels libéraux de toucher de l'argent public pour s'organiser



→ pour passer d'une organisation des soins primaires en structure pluriprofessionnelle à une organisation territoriale.

Tout en disant qu'il accompagne le changement, il veut imposer le découpage des territoires via les ARS, et imposer via l'AM ce qui sera financé.

Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a montré, il y a quelques années, que les dispositifs d'accès aux soins et médico-sociaux empilés au fil du temps au niveau des territoires (plans nationaux, réseaux de santé...) fonctionnaient très mal en termes de réponses aux patients et coûtaient très cher. Tout le monde en est à peu près d'accord, même ceux qui sont dans ces structures.

Le gouvernement s'est donc dit: là on fonce et on organise le territoire, d'autant plus qu'en même temps, on organise l'hôpital avec une redistribution de la carte hospitalière, le mélange public/privé et du coup, on fait une réforme totale.

Marisol Touraine a commencé en inventant le « Service public territorial de santé », mais les syndicats libéraux sont montés au créneau : hors de question de travailler dans un service public ! Pour eux, qui dit service public, dit étatisation de la médecine et fin de la médecine libérale. Grosse négociation, le « service public » devient « service au public », puis la ministre recule et dit : puisque vous ne voulez pas de mon service public, débrouillez-vous, mais vous devez vous organiser. Et la loi de 2016 invente un nouveau concept, la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) et, au niveau de l'hôpital, les Groupements hospitaliers de territoire (GHT). L'idée de la loi de 2016, c'est que les professionnels libéraux participent à l'organisation de l'offre de soins, non plus auprès de leur patientèle, mais auprès d'une population sur un territoire. Ce n'est pas évident à organiser alors que depuis des dizaines d'années, on a fonctionné autrement. On ne décide pas par la loi de passer d'un système cloisonné à un système complètement décloisonné. En fait, ce n'est pas la première tentative, il y a eu d'abord celle des Ateliers santé/ville dans les quartiers populaires portée par le ministère de la Ville et non celui de la Santé, cela fonctionnait bien, mais sans les professionnels libéraux. Puis on a tenté les Contrats locaux de santé dans la réforme des ARS, qui mobilisent les acteurs d'un territoire sur des actes de santé publique, mais les libéraux n'y sont pas présents non plus.

L'idée avec les CPTS, c'est d'embarquer dans l'organisation territoriale les professionnels libéraux et ça coince.

Aujourd'hui, en période de déficit démographique, les professionnels libéraux de soins primaires, je ne parle même pas des spécialistes, n'ont ni le besoin ni l'envie de s'investir dans des réunions et dans la construction d'un modèle territorial alors qu'ils ont déjà du mal à faire face à la demande de soins.

Il faut aussi répondre à ces questions: c'est quoi une communauté professionnelle? C'est quoi le territoire et c'est quoi la santé?

À la Fédération des maisons de santé, on partage l'analyse que la communauté professionnelle, c'est tous les professionnels du territoire: les soignants du premier et deuxième niveau, mais aussi les professionnels du médico-social et du social puisqu'on ne va pas faire de la médecine, mais de la santé.

Et là, on voit réapparaître des principes auxquels nous sommes très attachés, à *Pratiques*, puisque nous avons été précurseurs de ces formes d'organisation avec les Unités sanitaires de base (USB) des années quatre-vingt. Ces principes: la pluriprofessionnalité, les nouvelles formes de rémunération, les actions de prévention sont appelées aujourd'hui des démarches en santé communautaire, c'est-à-dire qu'on n'inclut pas simplement les patients, mais les citoyens habitants du territoire.

Sur un territoire, on est très nombreux, il faut donc que la communauté puisse être aidée à se connaître, s'organiser, se développer. La loi dit: la communauté, les gens, se réunissent, ils font un diagnostic des besoins de santé du territoire qui amène à un projet de santé, validé par l'ARS qui vérifie s'il est en accord avec le Plan régional de santé et si on a l'accord on peut, cela va être signé au mois de juin 2019, obtenir de l'AM, et non pas de l'État, un financement pour faire fonctionner ce projet.

Mais il y a différentes visions de ce qu'est la communauté, les professionnels libéraux pensent que c'est uniquement eux et l'administration a tendance à définir le territoire comme un territoire administratif. À la Fédération, nous pensons que le territoire correspond à un bassin de vie, ce que nous appelons les territoires du possible, c'est-à-dire là où il y a des traditions. Par

exemple, on est en train de construire une CPTS à Saint-Denis, dans le quartier du Franc-Moisin, un quartier qui a son histoire, mais qui est petit, il ne fait que 15 000 habitants. Or l'État veut des CPTS de minimum 30 000, maximum 180 000 habitants.

On voit qu'il y a une contradiction forte à partir du moment où l'État veut réguler le système. Il a dit aux professionnels, et c'est dans la loi, organisez-vous, faites ce que vous voulez... Ceux-ci l'ont cru, les naïfs! Mais

...
On voit qu'il y a une contradiction forte à partir du moment où l'État veut réguler le système. Il a dit aux professionnels, et c'est dans la loi, organisez-vous, faites ce que vous voulez... Ceux-ci l'ont cru, les naïfs! Mais pour avoir de l'argent, l'État met ses conditions: il faudra faire des fonctions socles qui répondent aux problèmes politiques identifiés par les pouvoirs publics et des fonctions optionnelles.



pour avoir de l'argent, l'État met ses conditions: il faudra faire des fonctions socles qui répondent aux problèmes politiques identifiés par les pouvoirs publics et des fonctions optionnelles.

Parmi les fonctions socles, il y a l'accès aux soins. Il faut que chaque citoyen puisse, s'il le veut, voir un médecin dans la journée sans passer par les urgences, donc que les soignants s'organisent pour pouvoir accueillir toute la journée des soins non programmés. Ce n'est pas idiot, on est d'accord. Pour illustrer, quelqu'un a eu l'idée de proposer que sur des pathologies simples, bien encadrées par des protocoles, le pharmacien puisse délivrer un médicament. L'exemple pris a été la cystite, le diagnostic, la clinique et le traitement en sont faciles et si la personne n'a un rendez-vous chez le généraliste qu'à huit jours, elle va aux urgences! Le pharmacien pourrait faire une bandelette, donner un traitement minute et conseiller de voir le médecin en cas d'échec. Mais ça a été une bronca des médecins: hors de question que les pharmaciens délivrent les médicaments sans prescription! On voit que cette volonté d'organiser les soins non programmés est compliquée.

Il faut aussi que tous les citoyens français aient un médecin traitant. L'AM va essayer d'identifier ceux qui n'en ont pas et faire des propositions aux soignants pour se les répartir. Si le médecin ne veut pas, elle pourra les lui imposer. Alors évidemment, c'est le tollé. Tout ça est en négociation, mais il y a de la contrainte derrière.

Un autre socle, c'est une meilleure organisation du parcours de soins entre l'hôpital et la ville, tout un travail sur l'ordonnance de sortie, sur comment circule l'information etc.

Et puis un socle sur les actions de prévention et dans la tête des décideurs, cela tourne surtout autour du dépistage. On n'en est pas encore à la prévention sur les pathologies environnementales! Ce n'est pas demain qu'on se mobilisera pour la diminution de l'utilisation du glyphosate et de ses répercussions dans le domaine de la santé!

Les négociations sont très difficiles et se font dans la précipitation. Ce gouvernement a l'habitude de foncer parce qu'il est « en marche », mais à force, il peut se casser la gueule. Il n'a même pas fini d'organiser les soins primaires avec les maisons de santé, qu'il met en place les CPTS, et le président de la République a fixé un cap de deux mille MSP et mille CPTS à la fin du

quinquennat. Au parlement, une nouvelle loi santé est en « discussion » qui programme l'organisation totale du territoire incluant l'hôpital, les CPTS et les élus, alors qu'on n'a même pas digéré la précédente.

Si je résume, le constat est partagé: ça ne peut plus durer. Il y a une vraie question de citoyenneté et de droit à travers l'accès aux soins des populations. Les différents gouvernements depuis dix ans ont soutenu et accompagné les professionnels qui s'organisaient pour répondre à ces questions à partir du terrain. Ce sont des changements profonds sur lesquels il faut réfléchir car cela change les missions de l'AM qui, sans aucun débat démocratique, passe d'une fonction de remboursement de soins au financement de ceux-ci et à l'accompagnement des professionnels pour porter ces changements d'organisation. Pour les professionnels du soin, l'AM, c'est ceux qui les contrôlent, c'est l'ennemi!! et ils sont dans un climat fait de rapports de défiance. Nous, on est au milieu avec nos maisons de santé et notre Fédération à essayer de faire avancer les projets qui répondent aux besoins de santé des populations.

On est dans un système un peu particulier, moins brutal mais plus dangereux, parce qu'il tente de transformer profondément l'existant, notamment la médecine libérale pour répondre aux problèmes politiques qui sont réels.

Le gouvernement refuse le conflit avec les professionnels libéraux, mais d'un autre côté, il veut faire ce qu'il a décidé. Il y a de la résistance, mais les libéraux organisés en syndicats sont tellement divisés qu'ils avalent couleuvre après couleuvre, jusqu'où? On n'en sait rien. Et puis il y a l'hôpital et tout est lié, la médecine de ville ne peut pas être complice d'une politique d'austérité envers l'hôpital, elle n'a rien à y gagner, bien au contraire. L'hôpital et la ville sont embarqués dans la même transition vers un nouveau système de santé qui ne se fera pas avec l'un aux dépens de l'autre et sans l'implication des citoyens, qui ont quand même leur mot à dire! Et cela commence par être solidaire avec les grévistes des urgences. ■

Cet article ouvre un débat qui fera l'objet du numéro suivant de *Pratiques* autour du thème: « Cherche médecin désespérément ».