



Etats généraux de l'organisation de la santé (EGOS)

Synthèse des travaux des 2 journées nationales
(8 février et 9 avril 2008)



Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)

Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)

Etats généraux de l'organisation de la santé Synthèse des EGOS 1 et 2

1^{ERE} PARTIE : CONTEXTE, OBJECTIFS ET PRINCIPAUX ELEMENTS DE CONSTAT

I- Le contexte : l'inégalité d'accès aux soins des citoyens

La préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et la discussion des mesures visant à une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire ont mis en lumière la nécessité d'apporter des réponses aux inégalités d'accès aux soins sur le territoire français.

Les échanges avec les professionnels de santé, en formation et en exercice, ont montré la nécessité d'offrir des conditions d'installation et d'exercice à la fois conformes aux besoins de santé exprimés par nos concitoyens et aux souhaits des professionnels. Il apparaît donc nécessaire d'élaborer, sur un mode concerté, des solutions fortes et durables pour améliorer l'organisation de la santé sur le territoire.

La ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative a confié à Mme Annie PODEUR, directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et au Professeur Yvon BERLAND, président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, la conduite de ces Etats généraux de l'organisation de la santé.

Les travaux préparatoires ont débuté fin novembre 2007 avec pour objectif de rénover l'offre de soins de premier recours et d'identifier des outils qui permettront de garantir aux citoyens une égalité d'accès aux soins, en améliorant la répartition des professionnels de santé sur le territoire.

Deux séances régionales visant à restituer les premiers travaux et à enrichir la réflexion à partir d'expériences locales pertinentes ont eu lieu le 25 janvier à Rennes et le 1^{er} février à Châlons-en-Champagne. Le 08 février, une restitution nationale a marqué la fin de la première phase centrée sur la médecine générale de premier recours. La restitution de la deuxième phase et de la synthèse des Etats Généraux de l'Organisation de la Santé est intervenue le 9 avril.

Les conclusions des Etats généraux de l'organisation de la Santé doivent contribuer à proposer un cadre aux négociations conventionnelles qui se tiendront au premier semestre 2008 sous la responsabilité de l'UNCAM. Cette négociation associera les jeunes professionnels aux organisations syndicales représentatives des professionnels de santé.

Au-delà des négociations conventionnelles, les conclusions des Etats généraux contribueront, avec celles de la commission conduite par Gérard Larcher sur les missions de l'hôpital, de la mission parlementaire menée par André Flajolet sur les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire et celles de la mission ARS dirigée par Philippe Ritter, à la préparation du projet de loi sur la modernisation de l'organisation de la santé.

II- Les objectifs : une réforme indispensable de l'offre de soins de premier recours

Les Etats généraux de l'organisation de la santé sont l'occasion pour les patients, les élus et les professionnels de santé d'entendre une pluralité de points de vue, de confronter leurs avis, de partager un diagnostic et de proposer des mesures susceptibles d'améliorer l'accès des patients à des soins de proximité de qualité.

L'atteinte de cet objectif implique :

- La définition du premier recours et de ses acteurs,
- L'évolution des formations professionnelles initiales,
- La coopération entre les professionnels de santé,
- La rénovation et l'organisation de cette offre de soins de premier recours sur le territoire et l'amélioration des conditions de travail des professionnels y concourant.

III- La méthode : une concertation élargie à l'ensemble des acteurs

Le président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé et la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ont piloté deux groupes permanents de concertation: le premier constitué autour des médecins généralistes et le second autour des autres professionnels de santé : chirurgiens dentistes, pharmaciens, sage-femme, directeurs de laboratoires, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures podologues, orthophonistes, audioprothésistes, orthoptistes et transporteurs sanitaires, sous l'égide de l'Union nationale des professionnels de santé, ainsi que les autres médecins spécialistes impliqués dans le premier recours.

Les deux groupes ont poursuivi les mêmes objectifs. Leurs travaux sont complémentaires et leurs méthodes identiques. Des auditions ont été organisées dans chacun des groupes lors de conférences de concertation. Les personnes invitées sont intervenues sur la base d'une grille d'analyse qui leur a été préalablement adressée.

Les deux groupes permanents de concertation ont une partie de leurs membres en commun et une partie spécifique aux médecins généralistes et aux autres professionnels de santé.

Les travaux des EGOS se sont déroulés en deux phases. La première portait sur la médecine générale de premier recours et a débuté le 30 novembre 2007. La seconde a débuté le 21 février 2008 et a rassemblé l'ensemble des autres professionnels de santé et des médecins spécialistes impliqués dans le premier recours. Les concertations ont associé des représentants des étudiants, des usagers, des élus et des professionnels de santé en exercice. La clôture de l'ensemble des travaux des groupes permanents de concertation est intervenue le 29 mars 2008.

Pour autant, l'importance des enjeux ainsi que le nombre et la diversité des professions appelées à participer à la seconde phase, nécessiteraient la poursuite des travaux en sous-groupes, selon des modalités à déterminer, pour atteindre concrètement les objectifs mentionnés ci-dessus, en complément du cadre de la négociation conventionnelle.

IV- Les principaux éléments de constat

1/ Les composantes d'une crise sanitaire insidieuse

Sans être exhaustif les principaux constats partagés sont :

- **L'évolution des effectifs des professionnels de santé**

- **pour les médecins :**

- Des départs très importants à la retraite qui ne seront pas compensés par les flux entrants des jeunes médecins formés, du fait de la réduction du numerus clausus intervenue dans les années 90.
 - Une augmentation du numerus clausus qui a été justifiée par la diminution prévisible du nombre de médecins.
 - Une durée d'exercice qui tend à diminuer du fait notamment de l'installation beaucoup plus tardive des jeunes médecins en libéral (en moyenne dix ans après l'obtention du diplôme), et de la féminisation des effectifs médicaux.

Le taux de croissance annuel moyen de 2000 à 2007 est de 1,4%.

- **pour les chirurgiens dentistes, les pharmaciens et les sages-femmes:**

Le taux de croissance annuel entre 2000 et 2007 a été très variable pour ces trois professions (respectivement de 0,32%, 2,72% et 2,86%).

- **pour les professions paramédicales :**

A noter une augmentation significative de leurs effectifs au cours des dernières années

Tableau 1–Principaux indicateurs démographiques sur les professions de santé (2000-2007)

Tableau 1 - Principaux indicateurs démographiques sur les professions de santé (2000-2007)

Source : DREES.

Répertoire Adeli.

Champ : France métropolitaine.	Effectifs au 1 ^{er} janvier 2007	Taux de croissance 2007/2000* (en %)	Taux de croissance (en %)	Part des femmes (en %)	Part des moins de 35 ans (en%)	Part des 55 ans ou plus (en%)	Âge moyen au 1 ^{er} janvier 2007
Médecins Généralistes	208 191	7,3 (6,1)	1,01	38,8	7,1	31,8	49,4
Gynécologues-obstétriciens	5 164	0,6%	0,1	37,6	6,5	35,6	50,6
Psychiatres	13 676	3,1%	0,4	44,2	5,6	41,5	51,6
Ophthalmologues	5 504	4,3%	0,6	43,0	4,5	34,6	51,1
Pédiatres	6 821	8,5%	1,3	59,9	8,5	36,5	49,9
Chirurgiens dentistes	41 444	2,2 (1,3)	0,32	36	14	29	47,8
Pharmaciens	70 498	20,7 (15,5)	2,72	64,7	16,3	22,7	46,3
Sages-femmes	17 483	21,8 (15,3)	2,86	98,9	30	15,3	42,2
Infirmiers	483 380	26,2 (18,2)	3,38	87,2	28,6	17,3	43
Masseurs-kinésithérapeutes	62 602	20,3 (16)	2,67	45,1	31,4	21,6	42,9
Orthophonistes	17 135	27,1 (18)	3,48	96	29,5	19,6	42,8
Orthoptistes	2 808	31,4 (21,1)	3,98	91,7	38,1	13,2	40
Psychomotriciens	6 540	42,5 (28,5)	5,19	86,2	35,6	10,4	40,5
Pédicures-podologues	11 068	25,9 (20)	3,35	67,7	38,1	17,7	41,1
Ergothérapeutes	6 067	56,0 (38,1)	6,56	85,9	47,2	8,5	37,4
Audioprothésistes	2 029	54,5 (37,5)	6,41	42,4	37,1	21,3	42,7
Opticiens	17 124	71,0 (51,2)	7,97	47,7	50,2	15	38,8
Manipulateurs radio	25 861	19,8 (13,5)	2,61	72,8	27,2	16,7	43
Ensemble des professions réglementées par le Code de santé publique	972 230	20,3	2,68%	69,3	23,3	21,4	44,6

- *L'évolution des besoins de santé*

- L'augmentation et le vieillissement de la population.
- La part grandissante des pathologies chroniques.
- La diminution de la durée des séjours hospitaliers qui accentue les besoins de prise en charge des patients par le secteur ambulatoire.
- Les exigences légitimes accrues des patients et de leur famille d'appropriation de leur prise en charge.
- La complexification des parcours de soins qui requiert une « ingénierie » de leur organisation pour coordonner une multiplicité d'intervenants.

- *Les évolutions de la société*
 - La concentration urbaine et la désertification rurale relative posant le problème de l'aménagement du territoire.
 - L'augmentation des dépenses de santé qui pose le problème de leur solvabilisation.
 - La montée de l'insécurité dans les grands ensembles urbains, le caractère non attractif de certaines zones rurales ou périurbaines du fait de l'absence ou de la disparition des services publics.

- *Les évolutions liées à la formation, à la pratique médicale et aux pathologies*
 - Le développement et la multiplication des spécialités médicales.
 - Le défaut de définition du contenu et de la formation spécifique à la médecine générale.
 - La découverte trop tardive du « métier » de médecin généraliste de premier recours dans le cursus de formation des médecins et la formation dominante en milieu hospitalo-universitaire inapproprié.
 - L'aspiration des professions de santé médicales et non médicales à intégrer le système de formation LMD.

2/ Les attentes des usagers, des jeunes professionnels de santé et des élus en matière d'offre de soins de premiers recours

Un dispositif opérationnel suppose de concilier les attentes des différents acteurs.

- *Les attentes des patients*
 - Un dispositif de prise en charge de premier recours lisible, connu et pérenne.
 - Une réponse à la diversité de leurs attentes selon leur implantation géographique, leur niveau culturel et leurs attentes personnelles.
 - Une réponse coordonnée et non segmentée.

- *Les attentes des jeunes professionnels de santé*
 - Des temps respectifs de vie professionnelle, de vie familiale et de vie sociale plus équilibrés.
 - Une carrière professionnelle diversifiée, associant un exercice libéral et d'autres formes d'exercice professionnel, notamment salariés, soit simultanément soit successivement.
 - Des formes d'exercice professionnel moins solitaires, plus mutualisées, favorisant un exercice partagé communautaire de nature tant à améliorer les conditions de la pratique médicale que les conditions de vie.
 - Une carrière professionnelle diversifiée prenant en compte le rythme de la vie personnelle, notamment pour les femmes (maternité, rythmes de travail compatibles avec l'éducation des enfants, etc...).
 - Un mode de rémunération qui ne soit plus univoque, exclusivement à l'acte.

- *Les attentes des élus, ou plus largement des acteurs locaux*
 - Un pilotage au niveau pertinent, c'est-à-dire régional, la cohérence nationale étant garantie par l'Etat.

- Une définition du territoire qui soit populationnelle et non strictement territoriale sur le niveau le plus fin légitime : "le bassin de vie" ou le canton au sein des agglomérations.
- Un projet de « service de santé » à la personne, inclus dans un ensemble plus vaste de services à la personne et reposant sur un « projet » élaboré par les professionnels concernés.
- Une implication forte, organisée et coordonnée de l'ensemble des structures administratives et para publiques concernées.
- Une implication plus forte pour les communes dans l'organisation du dispositif mais qui ne soit pas financièrement pénalisante pour les plus démunies.

2^{EME} PARTIE : UNE ORGANISATION DES SOINS DE PREMIER RECOURS PLUS ATTRACTIVE POUR UN SERVICE PLUS EFFICIENT ET MIEUX REPARTI SUR LE TERRITOIRE

Le premier groupe permanent de concertation réuni de novembre 2007 à janvier 2008 s'est fondé sur les éléments de constats disponibles au travers de nombreux rapports et publications pour parvenir, au terme de multiples auditions, et à partir des contributions écrites adressées, à un ensemble de propositions, esquissées ci-après.

Ces propositions sont centrées sur les attentes des médecins généralistes, acteurs de premiers recours et sur celles des usagers à leur endroit; elles ont été enrichies des travaux conduits avec le deuxième groupe de concertation permanent réunissant les autres professions médicales et paramédicales de février à avril 2008; les orientations correspondantes, notamment celles relatives à la coopération entre les professionnels de santé, ont été intégrées dans ce rapport final.

I- DEFINIR LES MISSIONS ET LES PRINCIPES FONDATEURS

L'objectif de garantir sur l'ensemble du territoire, aujourd'hui comme à l'avenir, l'accessibilité et la continuité des soins nécessaires à la préservation de la santé des usagers apparaît fondamental. Son affirmation nécessite d'instaurer de nouvelles règles du jeu. L'enjeu est ici de définir une offre de soins ambulatoire de premier recours organisée efficiente et accessible. Quelques options clé sont proposées pour faciliter leur adoption, leur donner corps et vérifier régulièrement leur efficience.

1/ Dans le code de la santé publique, notamment, et en complément de la loi de 2004 relative à l'assurance maladie, définir clairement les activités relatives aux soins de premier recours.

Compte tenu du périmètre des soins et du rôle que jouent les professionnels de santé libéraux, cette définition des soins de premier recours pourrait être la suivante :

« Le système de santé garantit à tous les malades et usagers, à proximité de leur lieu de vie ou de travail, dans la continuité, l'accès à des soins de premier recours.

Ces soins comprennent :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des maladies et des affections courantes ;
- la dispensation des médicaments, produits et dispositifs médicaux ;
- en tant que de besoin, l'orientation dans le système de soins ;
- l'éducation pour la santé.

« Les professionnels de santé habilités à raison de leurs compétences à exercer tout ou partie de ces activités concourent, par l'exercice de ces compétences dans le cadre de coopérations organisées, et en collaboration avec les établissements de santé, sociaux, médico-sociaux et réseaux de santé, à l'offre et à la permanence des soins de premier recours ».

Cette définition de l'offre de soins de premier recours n'exclut aucun des professionnels de santé, même si doit être précisée la définition du rôle particulier du médecin généraliste de premier recours en tant qu'acteur pivot, le plus souvent, choisi comme médecin traitant.

Compte tenu de cette définition, les missions du médecin généraliste de premier recours sont les suivantes:

- Contribuer à l'offre de soins ambulatoire sur un territoire donné, en assurant la prise en charge médicale de premier recours, y compris dans les hôpitaux locaux et dans les structures d'hospitalisation à domicile.
- Orienter le patient dans le parcours de soins coordonnés en fonction de son besoin de soins.
- Assurer ou organiser le dépistage et la prévention des risques évitables, l'accompagnement et l'éducation des patients dont il est le médecin traitant et contribuer au développement des actions de prévention et dépistage sur le territoire.
- Veiller à l'application individualisée des protocoles des soins de longue durée et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres intervenants participant à la prise en charge du patient.
- Assurer la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et la tenir à leur disposition.
- Participer à la permanence des soins du territoire de santé.

2/ Inscrire les changements à promouvoir dans un pacte social de santé

- Prendre acte des nouvelles attentes et des contraintes en présence,
- Redéfinir en conséquence les droits et les engagements des différents acteurs (patients, professionnels, pouvoirs publics) et notamment rendre bénéficiaires d'un plan personnalisé de prévention et de soins coordonnés tous les patients relevant d'une maladie chronique, dont l'état de santé nécessite des soins au long cours compatibles, si possible, avec le maintien à domicile.
- Le plan personnalisé de prévention et des soins coordonnés fait apparaître :
 - Les principales informations sur la ou les pathologies, ainsi que la liste de prestations susceptibles d'améliorer la prise en charge des patients relevant d'une maladie chronique.
 - Les principaux conseils de prévention adaptés à leur situation.
 - Les actes de prévention qui doivent être pratiqués durant l'année dans le cadre du suivi de leur pathologie.
 - Les actions de soutien, d'accompagnement ou d'éducation thérapeutique.
 - Le plan annuel de soins coordonnés qui devrait mentionner, outre la signature du médecin traitant, l'adhésion des autres professionnels de santé intervenant dans la prise en charge dans le respect du choix de chaque professionnel par le patient.

Le bénéficiaire d'un plan personnalisé de prévention et de soins coordonnés a droit au choix des prestations de soutien, d'accompagnement ou d'éducation thérapeutique. Il a également le choix du mode d'intervention individuel ou collectif.

Des outils favorisant l'élaboration des plans de soins seront proposés aux médecins, après concertation avec les autres professionnels de santé concernés et les représentants des usagers.

3/ Promouvoir des outils et des règles pour assurer la structuration d'une offre de soins de premier recours avec le concours de l'ensemble des acteurs de terrain

- Définir et mettre en œuvre un schéma régional d'organisation des soins de premier recours, permettant d'assurer en concertation avec l'ensemble des parties prenantes, des réponses diversifiées aux besoins de prise en charge des différents territoires de santé (maisons de santé pluridisciplinaire, réseaux de soins coordonnés, structures uni professionnelles, centres de santé, hôpitaux locaux...).
- Définir au niveau national, les principes et critères homogènes pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation de ces schémas, tout en laissant la possibilité d'une déclinaison adaptée dans chaque région.

4/ Définir les voies et moyens qui permettront aux pouvoirs publics d'assurer une veille et une évaluation de la qualité de la réponse aux besoins de prise en charge sanitaire sur le territoire

- Confier à une instance indépendante la mission de suivi et d'évaluation de l'effectivité et de la qualité de l'action des pouvoirs publics concernant la satisfaction des besoins de prise en charge sanitaire. Cette instance serait chargée au niveau national et régional d'assurer la cohérence, la disponibilité et le partage des données.

II- ADAPTER LES DISPOSITIFS DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

II – 1 UN EFFORT NECESSAIRE DE FORMATION DU MEDECIN GENERALISTE DE PREMIER RECOURS

L'objectif est de faire connaître à tous les étudiants inscrits dans le cursus des études médicales la médecine générale de premier recours, d'organiser une véritable filière de formation de 3^{ème} cycle spécifique du métier et d'inciter les étudiants à un exercice regroupé, notamment au profit des zones sous-dotées.

1/ Adapter le dispositif de formation aux besoins de santé des territoires

A court terme,

- Impulser une forte mobilisation des capacités formatrices (doyens, Départements de Médecine Générale, enseignants de médecine générale et maîtres de stage, terrains de stage) pour aboutir à la mise en place des mesures permettant l'amélioration de l'attractivité de la médecine générale.
- Définir de manière pluriannuelle la répartition par filières des postes ouverts à l'internat afin de stabiliser la mise en place de l'organisation régionale de la formation.
- Promouvoir auprès des médecins généralistes en activité, y compris auprès des plus âgés d'entre eux, l'importance et l'intérêt de la fonction de maître de stage.
- Mettre en place les conditions permettant à tous les étudiants de connaître l'exercice de la médecine générale de premier recours :
 - S'assurer que toutes les facultés mettent en place le stage dans une structure ambulatoire de médecine générale pour tous les étudiants de 4^{ème} ou 5^{ème} année.
 - Instaurer d'une part les conditions matérielles (logement, indemnités d'éloignement notamment) favorisant ces stages dans des structures ambulatoires regroupant plusieurs professionnels de santé, tels que les maisons de santé pluridisciplinaires et les hôpitaux locaux et d'autre part les conditions pédagogiques (organisation pendant la période du stage de l'enseignement théorique).

A moyen terme,

Une réflexion pourrait être engagée sur l'intérêt de transformer les ECN en épreuves classantes interrégionales, après une évaluation des effets des ECN sur la démographie médicale.

Il convient de même de veiller à offrir une possibilité de post-internat adapté à l'augmentation du nombre d'internes prévisible à court terme.

2/ Promouvoir la formation au métier de médecin généraliste de premier recours

- Organiser une véritable **spécialité de médecine générale de premier recours adaptée à ses missions**, dans le cadre de la filière universitaire de médecine générale.

- Améliorer **la lisibilité du métier** de médecin généraliste de premier recours, par la création d'une formation spécifique de 4 ans comme c'est le cas pour les autres spécialités au travers d'un DES ou d'un DESC.
- Favoriser la **connaissance de la médecine générale de premier recours** tôt dans le cursus des études médicales, afin de favoriser son attrait auprès des étudiants.

3/ Organiser un post-internat à cette filière de médecine générale de premier recours et proposer notamment au profit des zones sous dotées et sous réserve d'exercice dans une maison de santé pluri disciplinaire répondant à un cahier des charges prédéfini, (cf. infra) un contrat de 3 ans salarié sur la base de l'assistantat hospitalier.

4/ Diversifier le recrutement géographique et social en proposant après sélection dans des lycées des zones géographiques rurales ou urbaines sous-dotées, un accompagnement personnalisé permettant d'optimiser les chances des étudiants concernés de passer le cap du PCEM1.

II- 2 – UNE EVOLUTION ATTENDUE DES DISPOSITIFS DE FORMATION POUR LES AUTRES PROFESSIONS DE SANTE

Ces dispositifs de formation se caractérisent par une extrême **hétérogénéité**, tant dans les contenus, que les statuts et financements des établissements concernés (publics, privés, commerciaux, ...). Il s'ensuit une difficulté de choix pour les jeunes intéressés par ces cursus et une inégalité d'accès à la fois géographique et financière. Il est donc important que la rénovation de ces dispositifs s'accompagne d'une **mise à plat préalable** et de la définition pour certaines professions d'un nouveau schéma des sites de formation, associant les ministères concernés et les régions en vue d'une harmonisation et d'une meilleure lisibilité.

La nécessité d'assurer un lien entre les missions, les compétences attendues des professionnels de santé et les maquettes de formation, plaide en faveur d'une **double tutelle** effective entre le ministère chargé de la santé et celui chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche, ce qui n'est pas le cas à ce jour pour l'ensemble de ces professions.

- **Pour les professions médicales**, le groupe a pris acte de la réforme de l'organisation de la 1^{ère} année des études, en distinguant quatre disciplines : médecine, pharmacie, chirurgie dentaire et sages-femmes, avec possibilité pour les étudiants de se présenter à quatre concours distincts donnant accès à la deuxième année de formation.

A terme, ces formations devraient s'intégrer dans le système LMD permettant de mutualiser des unités de formation communes et, pour les sages-femmes, de les intégrer à l'université.

- **Pour les professions de santé non médicales**, il s'agit de définir le niveau de reconnaissance universitaire dans le système LMD pour les formations initiales relevant du Code de la Santé publique et/ou du Code de l'Education, en tenant compte des caractéristiques de l'appareil de formation ; pour y parvenir, le contenu des études doit correspondre avec le référentiel du métier prenant en compte, pour la profession concernée, ses missions, les compétences requises et leurs évolutions.

A cet effet, la « réingénierie » des diplômes doit permettre de mettre en évidence les activités et les compétences auxquelles prépare le diplôme. La constitution du référentiel de certification permet alors d'organiser le programme de formation autour des compétences et de mettre en évidence les compétences communes à plusieurs métiers ; ceci doit se faire avec une vision prospective de la profession. Cette construction doit permettre de dégager des passerelles qui facilitent la mobilité des étudiants et des professionnels, par optimisation de parcours, si les intéressés veulent évoluer et changer de métier.

- **Pour toutes les professions de santé**, afin de favoriser la collaboration et le travail en équipe, il est utile que chaque professionnel de santé connaisse ses propres compétences, ses limites et celles des autres professionnels.

Les stages des étudiants auprès de maîtres de stage exerçant en libéral doivent être facilités et encouragés pour toutes les professions de santé, notamment dans les zones à faible densité de professionnels, et en particulier au sein des maisons de santé ou de pôles pluridisciplinaires.

- Il est indispensable de **développer et promouvoir les actions de formation continue dans un cadre inter professionnel.**

III – ORGANISER LA COOPERATION ET LA COORDINATION ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTE

Ce chapitre caractérise l'apport de la phase 2 des EGOS et porte l'ambition d'une optimisation des ressources médicales et paramédicales à proximité de la population.

Il s'agit en effet de valoriser au maximum les missions et les compétences acquises par les professionnels de santé au cours de leur formation initiale puis de leur formation continue.

Mais un tel objectif nécessite, au delà de la concertation nationale, une organisation régionale des professions, qui favorise un travail en commun sur le terrain, des actions de formation interprofessionnelles et une concertation organisée avec les MRS (et à terme avec les ARS).

1. Rénover le cadre de la coopération entre les professionnels de santé.

Dans un contexte d'une incessante croissance de la demande de soins d'une part, et de la diminution annoncée du nombre de médecins d'autre part, la modification de la mission des différents professionnels de santé, le partage des rôles et l'articulation des interventions dans le cadre de nouvelles formes de coopération sont des enjeux majeurs pour l'avenir de notre système de santé.

La réflexion menée sur ce sujet depuis 2003 a conduit, notamment, à plusieurs expérimentations menées par l'ONDPS et l'HAS visant à tester la faisabilité et l'intérêt pour les patients de telles évolutions.

Les EGOS 2 ont été l'occasion d'évoquer la coopération des professionnels de santé. Même si le dossier demande une instruction plus approfondie, quelques orientations ont pu dès à présent se dégager.

- L'organisation de l'intervention des professionnels de santé au travers de nouvelles formes de coopération doit conduire :
 - à une nouvelle répartition des tâches existantes entre les différents professionnels de santé actuels,
 - à la répartition de nouvelles tâches émergentes vers les professionnels de santé existants ou vers de nouveaux métiers.

Ces nouveaux métiers pourraient dans certains cas, constituer pour les professionnels de santé paramédicaux, une possibilité d'évolution de carrière dans le soin et favoriser l'attractivité de ces professions.

- Cette nouvelle organisation nécessite des modifications profondes de la formation des professionnels et du cadre juridique dans lequel ils interviennent.
 - La formation devra, dans le système LMD, être revisitée pour répondre aux nouvelles compétences des acteurs de santé susceptibles d'intervenir sur de nouvelles tâches à partir de référentiels métiers. Pour ce qui est des nouveaux métiers, elle devra associer à leur construction les professionnels de santé, le ministère chargé de la santé et celui chargé de l'enseignement supérieur.
 - Le cadre juridique, qui régit dans le code de la santé publique l'exercice des auxiliaires médicaux, doit être organisé différemment. A cette fin, le décret en Conseil d'Etat qui, à l'heure actuelle définit la liste des actes autorisés, se verrait remplacé par une description des missions assurées et de leurs limites pour chaque profession paramédicale. Un texte réglementaire de moindre portée ou un référentiel définirait la liste des actes autorisés, permettant une actualisation plus simple et plus fréquente, compte tenu des nouvelles coopérations qui pourraient intervenir entre les professionnels de santé.

2. Donner un contenu concret à la fonction de coordination des soins au service du patient.

Cet objectif qui peut être mis en œuvre immédiatement sans aucune modification législative ou réglementaire, se révèle paradoxalement le plus difficile à concrétiser dans l'offre de premier recours.

La concertation engagée au cours de la 2^{ème} phase des EGOS a permis de différencier 2 niveaux de coordination, précisés ci-après, selon qu'il s'agit d'une coordination au long cours ou au cours d'une hospitalisation

Dans les deux cas, et en référence à la définition donnée des missions du **médecin généraliste de premier recours**, ce dernier **assure à titre principal cette fonction de coordination du parcours de soins**. Il peut être, cependant, assisté ou suppléé par un autre professionnel de santé lorsque l'intérêt du patient ou des circonstances particulières le justifient.

- **la coordination autour du patient atteint de pathologie chronique ou de la personne âgée souffrant de polyopathologies** ; cette prise en charge nécessite un suivi au long cours, des bilans médicaux réguliers et des rappels sur l'observance des traitements et de l'hygiène de vie via notamment l'éducation thérapeutique.

Le médecin généraliste de premier recours établit le plan de soins coordonnés avec le patient à partir d'un support simple d'utilisation mis à sa disposition et déclinant les diverses dispositions du référentiel de soins correspondant. Cependant :

- les autres professionnels de santé et notamment les infirmiers, les pharmaciens fréquemment au contact des malades peuvent se voir confier, en accord avec le médecin traitant le suivi plus quotidien de leur prise en charge ;
- dans certains cas, et notamment dans le cas de maladies rares, la coordination sera de facto portée par un médecin spécialiste exerçant sur un plateau technique, ce dernier devant informer régulièrement le médecin traitant pour la prise en charge des épisodes pathologiques intercurrents.

- **la coordination des soins plus ponctuelle avant et surtout à la sortie des établissements de santé qu'il s'agisse d'hôpitaux ou de cliniques.**

Le rôle de médecin adresseur, chargé de l'orientation dans le système de santé, revient bien au médecin traitant, c'est-à-dire, dans la très grande majorité des cas au médecin généraliste de premier recours. L'objectif est alors d'éviter autant qu'il est possible le passage aux urgences au profit d'une admission programmée.

De même, les établissements de santé ont le devoir d'informer prioritairement le médecin traitant de la date et des modalités de sortie du patient à charge pour ce dernier d'organiser le relais en proximité et à domicile. Pour autant et de manière pragmatique, il convient d'admettre que :

- les premiers professionnels de santé à accueillir le patient à sa sortie d'un établissement sont, le plus souvent, le pharmacien, l'infirmier ou les professionnels paramédicaux de rééducation en sus du transporteur sanitaire ; ce qui suppose que ces intervenants puissent être connus par les services et informés en temps utile avant la sortie soit par l'établissement de santé, soit par le médecin généraliste (ou le secrétariat d'une structure regroupée). Cet

impératif renvoie à la rapidité et à la sécurité de la circulation de l'information entre les professionnels de santé (messagerie sécurisée, à terme dossier communicant) ;

- pour certaines prises en charge et par exception, la coordination des soins sera assurée par le réseau de santé, le cas échéant, à partir d'un établissement de santé (exemple cancérologie) ; il faut alors que le médecin traitant puisse à l'instar du cas évoqué des pathologies rares être régulièrement informé de l'évolution de l'état de santé du patient.

Au-delà des principes ainsi posés, la réflexion collective démontre la **nécessité d'une définition protocolée des modes de collaboration entre professionnels de santé** à l'échelle d'un bassin de vie ou dans les zones urbaines d'un quartier. Cette déclinaison sera d'autant plus aisée que les professionnels impliqués exerceront au sein d'une **maison de santé ou d'un pôle de santé pluridisciplinaire**.

A noter que cet objectif sur la coordination des soins en ville implique qu'un même effort puisse être mis en œuvre dans les établissements de santé, avec, pour ces derniers une complexité accrue liée à la diversité des intervenants dans le process de soins (médecins, soignants/médecins-soignants/unités d'hospitalisation et unités médico-techniques/...).

L'optimisation du parcours de soins doit, en effet, pouvoir être perçue comme **un continuum pour le patient** avec l'assurance d'une bonne transmission des informations entre la ville et l'hôpital (établissements publics ou privés), et entre les différents professionnels intervenant pour une prise en charge de qualité.

IV- ACCOMPAGNER L'INSTALLATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE DE PREMIER RECOURS ET VEILLER A MAINTENIR UNE OFFRE DE SOINS EQUILIBREE SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE.

Les mesures proposées doivent permettre de favoriser l'installation des professionnels de santé, notamment dans les zones sous-dotées ou fragiles et de conforter l'offre de soins existante dans celles-ci.

1/ Mettre en place un guichet unique d'aide à l'installation des professionnels de santé de premier recours

- Créer dans chaque région un **guichet unique d'installation** des professionnels de santé aisément identifiable. Ce guichet unique réunirait le réseau de l'assurance maladie, y compris les ordres, les URML, l'URCAM, l'URSSAF, les actuels services déconcentrés de l'Etat, les collectivités territoriales et les représentants locaux des professionnels de santé (à terme les URPS).

Ce guichet pourrait être déporté sur des antennes locales en fonction de la taille de la région. Il aurait pour mission :

- a. l'information sur l'ensemble des aides publiques existantes venant de l'Etat, de l'assurance maladie et des collectivités territoriales),
 - b. l'aide à la décision des professionnels de santé sur leur lieu d'installation, en mutualisant les informations disponibles sur l'environnement et en particulier les facteurs d'attractivité du bassin de vie,
 - c. l'accompagnement des professionnels de santé et notamment des médecins dans les premiers mois d'exercice, ainsi que les structures professionnelles existant au niveau du bassin de vie.
- Faire de ce guichet unique un espace de partenariat au service des professionnels de santé pour leur installation.
 - a. Lien permanent entre le guichet unique et les facultés, les associations d'étudiants en médecine ou d'autres cursus médicaux ou paramédicaux, les syndicats de médecins remplaçants notamment
 - b. Recrutement de personnels formés et mise à disposition d'outils efficaces : Guide d'installation, offres de services pour l'installation et suivi des premiers mois de l'exercice.

2/ Garantir un environnement favorable à l'installation au sens de l'aménagement du territoire

Dans le cadre d'un projet global de service au public et en promouvant un dispositif d'accueil personnalisé dans les zones sous-dotées ou fragiles à l'instar de l'accompagnement offert aux personnels et cadres d'entreprises en cours d'implantation :

- confier au guichet unique, une mise en relation avec le maire de la commune d'implantation ou le président de la communauté de communes ;
- encourager la mise à disposition de locaux d'exercice à loyer préférentiel par les collectivités territoriales dans les zones sous-dotées ou fragiles, qu'elles soient rurales ou urbaines ; les investissements éventuellement inscrits dans les contrats de projets Etat /collectivités territoriales doivent garantir l'indépendance, la sécurité et la qualité de l'exercice des professionnels de santé ;

- proposer un dispositif de recherche de logement, d'emploi pour le conjoint et de lieux de scolarisation pour les enfants.

3/ Concevoir et faire connaître les mesures financières d'aide à l'installation des médecins généralistes

- **Favoriser l'installation rapide des jeunes diplômés en médecine générale :**
 - Proposer dans un cadre conventionnel une garantie de ressources ou un complément de ressources sur une durée de 3 à 5 ans, variable en fonction de la zone d'installation.
 - Faire connaître le dispositif de « moratoire médecin traitant » exonérant les patients ayant recours aux jeunes médecins des règles du parcours de soins.
- **Favoriser l'installation de médecins généralistes en zones sous-dotées ou fragiles :**
 - Inciter à l'exercice en maison de santé pluridisciplinaire (ou en structure autre répondant à un cahier des charges) en prenant en charge sur fonds d'assurance maladie éventuellement complétés par des aides des collectivités territoriales, en tout ou partie, les fonctions supports (secrétariat, logistique informatique).
 - Encourager la signature de contrats d'engagement entre les étudiants en médecine (de préférence en 3^{ème} cycle) et les collectivités territoriales en engageant les assemblées représentatives à une coordination afin d'éviter les surenchères.
 - Proposer un contrat territorial d'installation signé entre le professionnel de santé, l'assurance maladie et les collectivités territoriales récapitulant les aides financières, le soutien matériel à l'installation et les accompagnements autres (scolarisation et garde d'enfants, emploi du conjoint...).
 - Proposer dans le cadre du post-internat, un salariat pour une période de 3 ans aux jeunes médecins généralistes exerçant en maison pluridisciplinaire.
 - Promouvoir l'installation sous forme de cabinets secondaires ou l'exercice à temps partiel le cas échéant en complément d'un temps partiel hospitalier.

4/ Concevoir et faire connaître les mesures d'aide à l'installation des autres professionnels de santé

Ces mesures restent à préciser pour certaines professions. Pour autant les mesures proposées ci-dessus pour l'installation de médecins en zones sous dotées sont susceptibles d'être transposées au profit d'autres professionnels et notamment:

- incitation à l'exercice en maison de santé pluridisciplinaire (ou en structure autre répondant à un cahier des charges)

1. signature de contrat d'engagement avec des collectivités territoriales
2. contrat territorial d'installation
3. exercice en cabinets secondaires

V- FAIRE EVOLUER LES MODALITES D'EXERCICE ET DE REMUNERATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

L'objectif est de favoriser l'exercice regroupé des professionnels de santé afin d'assurer une prise en charge globale de la population dans un bassin de vie ou en immédiate proximité. Le regroupement des professionnels ne saurait toutefois répondre à un modèle unique, ni remettre en cause les services existants.

1/ Accompagner l'évolution de l'offre de soins de premier recours

- Répondre aux aspirations des professionnels, tout particulièrement des plus jeunes en incitant, au travers d'une politique conventionnelle, un mode d'exercice mettant un terme à l'isolement et favorisant les approches pluridisciplinaires.
- Identifier l'exercice pluridisciplinaire au travers de cabinets de groupe, de maisons de santé pluridisciplinaires, de pôles de santé libéraux, de centres de santé mono ou pluridisciplinaires associant des professionnels de premier recours mais également des spécialistes d'organes et des professionnels médicaux ou paramédicaux également spécialisés - quels qu'en soient les gestionnaires. L'objectif étant d'offrir une prise en charge globale à l'utilisateur en se gardant toutefois de toute dérive inflationniste via des filières captives.
- Veiller à lever les difficultés juridiques et déontologiques relatives aux regroupements des professionnels.

2/ Favoriser le développement des maisons de santé pluridisciplinaires prioritairement dans les zones sous-dotées ou dans les zones dites « fragiles » en faisant prévaloir l'initiative libérale, soit autonome, soit adossée à un hôpital local, sans déstabiliser le réseau des professionnels de santé existant.

- **Définir un cahier des charges** applicable aux maisons de santé pluridisciplinaires et conditionnant l'accompagnement financier du projet ; ce cahier des charges devra notamment intégrer :
 - l'existence d'un projet de soins et de santé publique au-delà du projet architectural
 - la participation à la permanence des soins sur le territoire de proximité
 - une priorité pour l'accueil des stagiaires
 - et la définition d'une organisation minimale (plusieurs généralistes, des infirmières auxquels pourront se joindre d'autres professionnels de santé). Les professionnels réunis au sein de la maison de santé devront s'engager à travailler en collaboration avec ceux qui, sur le bassin de vie ou le territoire de proximité continueront d'exercer de manière isolée.
- **Identifier les localisations justifiant la création de maisons de santé de manière prioritaire.** Cette identification est à conduire par les MRS puis les ARS en concertation avec l'Etat, les collectivités locales et les professionnels de santé. Cette identification sera fondée sur une méthodologie définie par le ministère et fera l'objet d'un suivi par une instance d'évaluation nationale incluant des représentants des professionnels de santé et des usagers.

- **Parvenir à un financement stabilisé des maisons de santé pluridisciplinaires**, ce qui suppose de mobiliser l'ensemble des financeurs potentiels (collectivités territoriales, Etat et assurance maladie obligatoire et complémentaire) et de distinguer :
 - le financement des investissements ou la mise à disposition de locaux à loyer préférentiel (Assurance maladie et collectivités territoriales),
 - les moyens de fonctionnement et notamment les fonctions de secrétariat et de support (FIQCS voire dans l'avenir, financement au forfait).
- **Mettre à disposition une ingénierie** au sein des MRS et en partenariat avec les collectivités territoriales désireuses de s'engager, afin d'aider les promoteurs à monter le projet et à les orienter vers l'ensemble des personnes ressources et administrations compétentes.
- **Communiquer sur les projets d'expérimentation de maisons de santé pluridisciplinaires** auprès des étudiants et des remplaçants et proposer le financement d'un post-internat salarié.

3/ Demander un effort de solidarité dans les zones sur-dotées

Des parlementaires, des élus locaux, des partenaires sociaux, des représentants des patients ont envisagé **des mesures de régulation applicables aux zones sur-dotées**.

De l'avis majoritaire du groupe, il n'est pas établi que ces mesures produisent l'effet escompté, certaines pourraient même s'avérer contre-productives. Quoi qu'il en soit, elles devraient respecter la solidarité intergénérationnelle.

L'objectif est d'améliorer à terme l'accès aux soins de premier recours sur l'ensemble du territoire. Le groupe préconise d'engager l'ensemble des professionnels de santé des zones sur-dotées à répondre aux besoins de santé non couverts.

3.1. Identifier à l'échelon régional les zones sur-dotées en ayant recours au maillage le plus fin disponible à ce jour (le canton dans les zones agglomérées ou le bassin de vie dans les zones rurales), après concertation avec les professionnels de santé.

A noter cependant que ce maillage devra être adapté en fonction des zones d'attraction réelles, pour les spécialistes pouvant intervenir dans le premier recours autres que les généralistes.

Cette identification sera fondée sur une méthodologie définie par le ministère et fera l'objet d'un suivi par une instance d'évaluation nationale incluant des représentants des professionnels de santé et des usagers. Cette instance assurera également le suivi de la mise en œuvre de l'ensemble de mesures incitatives par les MRS, à terme les ARS.

3.2 Pour les médecins généralistes de premier recours,

- négocier un contrat santé-solidarité avec chaque médecin généraliste de premier recours concerné portant engagement de répondre à des besoins de santé non couverts notamment :

- la participation à la permanence des soins en qualité d'effecteur ou de régulateur,

- l'activité à temps partiel dans une structure hospitalière ou médico-sociale et/ou dans un secteur géographique sous-doté proche (cabinets secondaires, consultations déportées),
- la participation à un ou plusieurs réseaux de santé.

- **Tout en privilégiant l'ensemble des mesures incitatives d'organisation et d'accompagnement, accepter la perspective de mesures de régulation conventionnelle respectant la solidarité intergénérationnelle, ce qui exclut leur application aux seuls nouveaux installés.** Ces mesures ne concerneraient que les médecins généralistes de premier recours en zone sur-dotée, n'ayant pas souscrit de contrat santé-solidarité, selon des modalités qui restent à définir en concertation avec les professionnels de santé.

3.3 Pour les autres professions de santé

La concertation au cours des EGOS 2, centrée sur les missions et sur la formation des professionnels de santé conditionnant les modalités de leur coopération, n'a pu permettre d'aboutir dans le délai imparti sur une déclinaison précise des mesures incitatives susceptibles de favoriser une meilleure répartition sur le territoire.

Pour certaines des professions, et notamment pour les médecins spécialistes pouvant intervenir dans le premier recours, l'identification des zones sous-dotées et a contrario sur-dotées ne pourra raisonnablement s'envisager sur la même maille territoriale que les médecins généralistes de premier recours ; elle nécessitera d'appréhender de manière globale la ressource en totalisant les temps médicaux disponibles pour la population à l'hôpital et en ville.

Pour l'ensemble de ces raisons, il s'est avéré prématuré de définir les modalités d'une régulation à l'adresse de ces professions. Pour autant, le groupe convient de mieux répartir les effectifs sur le territoire des :

- médecins spécialistes pouvant intervenir dans le premier recours autres que les généralistes (pédiatres, gynécologues, psychiatres et ophtalmologistes).
- infirmiers,
- masseurs-kinésithérapeutes
- chirurgiens-dentistes

4/ Garantir l'effectivité de la permanence des soins.

- **unifier au niveau régional le pilotage du dispositif dans le cadre des ARS et veiller à y associer les professionnels de santé, notamment médicaux, disposés à s'engager dans une permanence de soins coordonnés.**
- **développer la régulation des appels de permanence des soins.**
- **revoir les modalités de financement pour valoriser l'engagement des médecins :** sortir du dispositif conventionnel classique pour mettre en œuvre d'autres modalités telles que le paiement forfaitaire à l'échelle du territoire de santé.
- **améliorer la formation initiale et continue des médecins généralistes de premier recours :**

- favoriser l'exercice, par les internes, de la permanence des soins en médecine ambulatoire pour les internes de médecine générale en supervision directe par le maître de stage ;
 - développer la formation continue notamment à la régulation téléphonique.
- **développer une organisation lisible sur un territoire donné**, en tenant compte des réponses existantes libérales et hospitalières :
 - recentrer l'activité de la PDS libérale sur la tranche horaire 20h-24h ;
 - au-delà de 24h,
 1. assurer une meilleure complémentarité entre les lieux d'accueil de PDS (en particulier les MMG, maisons pluridisciplinaires, hôpitaux locaux etc...) et les structures des urgences des établissements de santé, selon les configurations et spécificités locales.
 2. maintenir une effectif à domicile dans un cadre territorial large, sur régulation, pour toute visite indispensable et actes nécessitant un médecin (garde à vue, hospitalisation en psychiatrie, certificats de décès) ;
 3. professionnaliser cette activité avec de réels moyens (voiture accompagnant etc...).

5/ Expérimenter de nouveaux modes de rémunération

- **Mettre en œuvre les expérimentations prévues dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008** relatives à de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financements des centres de santé et des maisons de santé.
 - Ces nouveaux modes de rémunération ont vocation à compléter le paiement à l'acte voire à s'y substituer sur le fondement d'une évaluation quantitative et qualitative de l'activité réalisée.

Ces expérimentations concernent les soins de premier recours dans le cadre de l'organisation actuelle de notre système de soins et visent prioritairement les médecins généralistes de premiers recours, les sages-femmes et les autres professionnels de santé.

Elles devraient se présenter comme des combinaisons de diverses modalités, outre le paiement à l'acte, dont :

- la capitation, le forfait par pathologie,
 - le paiement horaire
 - les incitations à l'atteinte d'objectifs de santé publique,
 - le salariat,
 - Etc.
- **Mieux faire connaître la possibilité offerte par le statut de collaborateur libéral**, et désormais de **collaborateur salarié pour certaines professions**, en veillant à sa traduction sur le plan conventionnel afin de valoriser un exercice souple, sécurisant et adaptable, le cas échéant, dans plusieurs cabinets.

6/ Encourager le développement des fonctions supports d'exercice des professions de santé de premier recours

- Développer la présence de secrétariat ou le recours à des plates-formes de services pour prendre en charge certaines tâches actuellement assumées par les professionnels de santé (téléphone, gestion du dossier patient, remplissage des formulaires, documentation....).
- Favoriser en lien avec les collectivités territoriales compétentes, la présence d'assistantes sociales ou l'interface avec les assistantes sociales de secteur pour mieux articuler la prise en charge sanitaire et sociale des patients, tout particulièrement les malades dont l'état de santé nécessite des soins au long cours compatibles avec le maintien à domicile.
- Soutenir le déploiement de l'informatisation au sein des structures d'exercice et le partage de l'information entre professionnels libéraux et avec les établissements de santé via des plates-formes de télésanté ou échanges sécurisés.
- Simplifier les démarches et les formulaires à remplir par les professionnels de santé en s'appuyant sur des groupes utilisateurs professionnels-usagers chargés de valider la conception et de tester l'utilisation.
- Favoriser le regroupement des professionnels de santé qui permet de mutualiser le financement et d'externaliser certaines fonctions supports.

