

***Mission de concertation
sur la médecine de
proximité***

***Rapport du Docteur
Elisabeth HUBERT***

Eliane Conseil
Santé Social

www.elianeconseil.com

Le contexte du rapport

Ce rapport a été publié en novembre 2010 et a été rédigé par une mission présidée par le Dr E. Hubert, ancien ministre de la Santé. Cette mission avait pour objectif de permettre aux Français d'accéder de façon satisfaisante et équitable aux soins de premier recours dispensés par la médecine de proximité à l'horizon 2020-2030. Cela signifie que tous doivent pouvoir accéder à un lieu où un médecin pourra établir un diagnostic et une prescription, à des conditions financières abordables, à 20 minutes maximum de leur domicile. Si cette définition de l'accès aux soins se concentre sur le rôle du généraliste, le rapport souligne aussi l'interactivité grandissante avec les professionnels paramédicaux.

Les deux principaux axes de travail de la mission sont de dessiner un nouveau modèle d'organisation de la pratique ambulatoire et de rechercher des solutions au problème de pénurie médicale dans certains territoires.

Ce rapport s'inscrit dans une période favorable à une réforme en raison de la restructuration du secteur hospitalier. Toutefois, le contexte général est plutôt marqué par la morosité des médecins généralistes : à une répartition inégale sur le territoire s'ajoute un mal-être dû à la dégradation des conditions d'exercice. De plus, la loi HPST a adopté des mesures plutôt contraignantes à leur égard.

En synthèse

Ce rapport propose des dispositions de deux ordres :

- des mesures structurelles, pour reconstruire durablement une offre de santé de proximité ;
- des mesures conjoncturelles, pour inverser rapidement la tendance actuelle de désertification médicale.

◆ Des mesures structurelles qui feront effet dans 8 à 10 ans

La réforme du système de formation des médecins généralistes

La formation des médecins n'est pas conçue pour orienter les jeunes étudiants vers la spécialité de médecine générale, les études s'effectuant presque intégralement au sein des CHU. Ainsi, seuls 37% des étudiants en deuxième cycle (DCEM) bénéficient d'un stage en médecine générale. Ils n'ont que peu de contact avec cette spécialité alors qu'un sur deux est amené à l'exercer ensuite. Par ailleurs, son enseignement est encore précaire et peu attractif au sein des facultés. **Par méconnaissance, les étudiants s'orientent vers d'autres spécialités** et, pour ceux qui font le choix de la médecine générale, la plupart **retardent le moment de leur installation**, s'estimant mal préparés à leur future pratique. De plus, les jeunes diplômés ont un sentiment d'insécurité professionnelle qui explique les disparités territoriales et l'orientation vers des formations complémentaires détournant les jeunes médecins de la médecine de premier recours.

La première urgence est donc de réformer les études médicales. On a pu noter quelques évolutions grâce aux contrats d'engagement de service public de la loi HPST, mais les candidatures à ce dispositif n'ont pas été massives. En ce qui concerne le DCEM, la mission formule trois propositions principales :

- **présenter précocement aux étudiants la diversité de la pratique médicale**, autre qu'en CHU ;
- **diversifier les stages exercés au cours du DCEM**, avec de **vrais stages d'initiation à la médecine générale**, mais aussi le fait d'imposer des stages hors CHU
- **inculquer précocement l'idée de partage de compétences** avec d'autres professionnels de santé ;
- modifier les modalités des épreuves classantes nationales.

L'internat en médecine générale doit lui aussi être sensiblement modifié. La mission recommande :

- **d'augmenter le nombre de stages effectués chez le médecin généraliste** ;
- **de créer une année de « séniorisation »** après le troisième cycle, qui consisterait en un exercice à temps plein sous tutorat, dans des territoires identifiés comme sous densifiés, dont les charges seraient supportées par les collectivités territoriales ;
- **de former les internes aux particularités de l'exercice libéral et à la gestion d'un cabinet médical.**

Dans le même temps, il faut procéder aux nominations de professeurs de cette spécialité, rendre attractif le statut de chef de clinique de médecine générale, et **améliorer l'attrait de la fonction de maître de stage pour les recruter en nombre suffisant**.

Les réalités actuelles justifient enfin pour la mission deux changements apparaissant comme une révolution : réduire la durée des études de médecine avant l'internat de 6 à 5 ans et dissocier la fonction d'enseignant de celle de praticien hospitalier.

Les systèmes d'information (SI) et la télémédecine doivent être développés conjointement

L'utilisation de l'équipement informatique à des fins médicales reste faible. En effet, le défaut majeur des systèmes actuels est l'absence de partage d'informations tant entre professionnels de santé qu'entre établissements de santé et médecins traitants. **Les SI hospitaliers peinent à se mettre en place**, notamment en raison de la défaillance, voire l'absence de pilotage stratégique. **L'informatisation de la médecine libérale est laborieuse** : si les médecins sont bien équipés, ils sous-utilisent les possibilités qui leur sont offertes. Ils doivent donc fournir un effort d'adaptation pour parvenir au partage des données entre professionnels sur un territoire donné et à l'interopérabilité des systèmes. Enfin, en ce qui concerne la télémédecine, elle constitue un **outil largement inexploité**, notamment dans certains territoires peu denses qui sont paradoxalement ceux qui en ont le plus besoin.

Avant tout, il faut rompre avec le développement anarchique et non coordonné des SI. Il faut donc développer, dès 2011, une information médicale condensée et une **messagerie sécurisée**. Les informations recueillies doivent servir la santé de chaque patient, permettre de mieux piloter le système de santé et réduire les tâches administratives des praticiens. Ceci impose de lever les obstacles juridiques au développement de la télémédecine, d'en clarifier les conditions de facturation et de faire en sorte que le traitement des données de santé soit réalisé de manière professionnelle.

Pour mettre en œuvre ce plan de déploiement ambitieux, **des financements doivent être attribués au système ambulatoire à l'instar de ceux du système hospitalier**. L'objectif est d'intégrer rapidement au dossier médical personnel (DMP) une information médicale structurée, pertinente et condensée, notamment en y incorporant des données de prévention. Les organisations professionnelles de premier recours accordent la priorité à la communication entre professionnels plutôt qu'à la constitution d'un entrepôt de données. Le rapport recommande donc de :

- mettre en œuvre un volet de synthèse qui n'existe pas pour l'instant dans le DMP ;
- lancer un plan ambitieux de financement pour les messageries sécurisées ;
- recueillir et exploiter les données médicales issues des SI : l'Etat doit pouvoir en disposer pour répondre à certains besoins en termes de santé publique ;
- utiliser l'informatisation pour dématérialiser les tâches administratives et optimiser le temps médical.

❖ D'ici 3 à 5 ans, il faut changer les façons de penser et développer de nouveaux modes d'exercice

Les coopérations entre professionnels de santé doivent être facilitées

La démographie médicale et la tendance des praticiens à réduire leur durée hebdomadaire de travail pour mieux concilier exercice professionnel et vie personnelle conduisent à devoir mieux utiliser le temps médical ; en parallèle, le partage d'activités n'apparaît pas comme une démarche naturelle ; ainsi, le nombre d'expérimentations conduites en application de la loi de 2004 est réduit. Il convient donc de recentrer les médecins sur leur cœur de métier et **transférer certaines tâches à d'autres professionnels de santé**. A cet égard, **la loi HPST offre aux ARS la possibilité d'autoriser ces démarches en fonction des besoins de santé de la région**, ainsi que du respect des protocoles validés par les ARS et des principes édictés par la Haute Autorité de Santé (HAS). La possibilité dont elle dispose de généraliser un protocole à l'ensemble du territoire devrait être utilisée dès que l'évaluation a confirmé son efficacité et sa sécurité, pour alléger la procédure.

Le rapport émet des recommandations s'appuyant sur la formation des professionnels, la redéfinition des métiers à partir de la démarche des référentiels et la certification des équipes. La mission insiste également sur trois nécessités :

- rémunérer ces coopérations : ce n'est pas le cas actuellement, ce qui freine leur instauration ;
- préciser les règles de responsabilité propres à chaque acteur ;
- certifier les équipes engagées dans les coopérations pour garantir la sécurité, en conduisant un important travail d'information à destination du public.

Les nouveaux cadres d'exercice ouvrent la voie à un renouveau pour la médecine générale, mais ils doivent être mieux soutenus

Le système de soins est fragilisé par le déficit programmé de médecins de premier recours : on trouve aujourd'hui 391 zones déficitaires, et ce chiffre devrait encore augmenter. Toutefois, un autre modèle d'offre de santé émerge : l'exercice regroupé et pluri-professionnel, en partie grâce à l'expérience des centres de santé. On trouve une réelle dynamique de regroupement mais une grande hétérogénéité des initiatives. En particulier, les démarches innovantes, à travers les projets de santé, sont encore timides.

Ces nouveaux cadres souffrent de deux problèmes : ils restent juridiquement fragiles et ont besoin de statuts clairs règlementant l'interprofessionnalité et les rémunérations. C'est aussi un exercice économiquement vulnérable : le surcoût est évalué à 4400 euros annuels par médecin, les infirmiers refusent de l'intégrer car ils sont mieux rémunérés à domicile, et les cotisations sociales sont assez floues. De plus, les professionnels se heurtent à des archaïsmes déontologiques, comme l'impossibilité de considérer ces regroupements comme « structure traitante » (les médecins qui y exercent ne peuvent se relayer auprès des patients sans porter atteinte à la notion de médecin traitant, qui reste attachée à un professionnel à titre individuel) ou les obstacles au partage de l'information entre praticiens des mêmes pôles, et à des contraintes médico-administratives.

Aujourd'hui, les actions incitatives des pouvoirs publics sont peu lisibles, non pérennes et sans réel effet : les aides sont multiples, dispersées, inefficaces et mal connues et les financements sont fragilisés par l'inconstance des décisions. Pourtant, ces regroupements doivent être davantage favorisés en tant que solution à la désertification médicale. Deux préalables doivent être satisfaits selon la mission : apprécier les besoins en offre de santé de proximité de façon incontestable selon une méthodologie identique pour les régions, et, dans le cadre d'une stratégie de régulation territoriale de l'offre de soins, doter les ARS de professionnels pour accompagner ces projets dont le montage et le contenu ne sont pas toujours efficaces. Ensuite, les mécanismes d'incitation doivent être cohérents.

Le rapport procède donc à plusieurs recommandations :

- faire des ARS le « guichet unique » des aides financières ;
- doter les regroupements de moyens humains spécifiques en y créant la fonction de coordinateur ;
- sécuriser leur environnement juridique
- élargir l'autorisation du partage d'informations entre les professionnels de santé ;
- prévoir l'évaluation des regroupements dès leur mise en œuvre sur la base d'un contrat pluriannuel d'objectifs conclu avec l'ARS et d'une accréditation par la HAS.

La réussite passe par des financements publics et de nouveaux modes de rémunération (NMR)

Les NMR font l'objet d'un consensus mais leur périmètre fait débat : il faut trouver un équilibre entre un socle de rémunération basé sur le paiement à l'acte et d'autres rémunérations forfaitaires, par exemple pour la prévention, ou le temps de coordination entre professionnels. De plus, les expérimentations qui ont été menées se sont révélées timides, porteuses d'une vision limitée.

La mission veut aujourd'hui envisager une refonte totale du système de rémunération des professionnels de santé et en particulier des médecins, selon plusieurs axes :

- la grille tarifaire devrait tenir compte de la complexité et de la durée d'une consultation ;
- il faudrait intégrer la notion de partage d'activités dans la fixation des tarifs en payant un acte de façon identique à tout professionnel capable de l'effectuer ;
- les situations imposant l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels seraient rétribuées sous la forme de forfaits s'inspirant de la tarification à l'activité utilisée en hospitalisation à domicile ;
- une clarification du régime social et fiscal de ces sommes forfaitaires devrait être opérée.

Par ailleurs, les surcoûts engendrés par les formes d'exercices regroupés doivent faire l'objet d'un financement spécifique, pérenne compte tenu de l'enjeu organisationnel qu'elles représentent.

Ce dispositif doit s'accompagner de la clarification du rôle des acteurs institutionnels

L'Etat, garant du bon fonctionnement du système doit être seul investi de la décision politique. Le rapport fait deux propositions principales en ce sens : renforcer le positionnement scientifique de la HAS, et mieux utiliser le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM).

Cela impose que les organismes payeurs soient les maîtres d'œuvre d'une politique conventionnelle dont les contours et le contenu sont à redéfinir. Le rapport préconise de la rénover en rendant fongibles les diverses enveloppes, en instituant en amont des négociations par profession avec l'ensemble des professionnels de santé libéraux, en impliquant les CPAM dans le suivi de toutes les dépenses de santé et en redéfinissant le contenu des conventions.

Le rapport souhaite également voir renforcé le rôle des ARS par le biais de réelles marges d'autonomie qui inscriraient leur action dans la durée. Il propose donc de :

- les doter des moyens humains et financiers nécessaires à la conduite de leurs missions ;
- leur donner pleine compétence sur la gestion du risque ;
- les inviter à conclure des contrats avec les représentants régionaux et les regroupements de professionnels plutôt qu'individuellement avec chaque praticien ;
- faire d'elles les « conseillers » santé des collectivités territoriales.

◆ **Des mesures conjoncturelles visent à sécuriser durablement les professionnels de santé dans leur exercice : elles sont appelées à se pérenniser**

La permanence des soins (PDS) est à repenser

Elle fait l'objet de **tensions fortes entre médecins et autorités** : la sectorisation est compliquée à effectuer. Les services hospitaliers n'ont pas toujours le réflexe de rediriger les urgences les moins graves vers les maisons de garde. Le bilan de la PDS n'apparaît donc pas pleinement satisfaisant : la population recourt fréquemment aux services d'urgence hospitaliers qui deviennent des lieux de consultation non programmée. De plus, elle est assurée de manière inégale selon les départements, et la mise en œuvre du pouvoir de réquisition du préfet se fait de façon parfois conflictuelle. Enfin, elle est fragilisée par l'évolution démographique défavorable, ce qui remet en cause l'égalité de l'accès aux soins.

La mission pense que **la régulation téléphonique devrait être le pivot de l'organisation** de la PDS. Les lieux d'exercice regroupés devraient être les lieux d'accueil privilégiés des consultations urgentes non programmées dans la journée. Il faudrait associer les maisons de garde libérales et les services d'urgences hospitaliers pour répondre aux urgences durant les heures de PDS, à condition de mettre systématiquement en place cette régulation. Un numéro à 4 chiffres fonctionnant en parallèle du 15 et en étroite liaison avec celui-ci pourrait être expérimenté pour répondre à des demandes qui ne justifient ni déplacement de médecin, ni venue aux urgences.

Installation et regroupements doivent être accompagnés

L'installation étant vécue comme une période d'insécurité, les médecins utilisent le remplacement comme stratégie d'évitement et les jeunes générations répugnent à investir dans leur outil de travail, notamment parce qu'obtenir l'octroi des aides incitatives à l'installation dans les zones sous-médicalisées est un parcours du combattant.

La mission suggère donc de **sécuriser les conditions d'installation** en accompagnant les professionnels qui souhaitent investir dans leur outil de travail et en favorisant l'installation dans des conditions qui ne nécessitent pas d'investir, par exemple en louant des locaux aux pôles de santé ou aux cabinets secondaires. Certaines spécialités médicales avec plateaux techniques pourraient également bénéficier de ces dispositions.

Au préalable, les ARS devront établir un diagnostic pour identifier les territoires sur lesquels porter les efforts et conduire des actions de communication et d'information en direction des futurs professionnels, afin d'accompagner les promoteurs de projets. Elles seront aussi en appui dans leurs démarches auprès des collectivités territoriales.

Les évolutions de carrière doivent être favorisées, tout en améliorant la protection sociale des professionnels libéraux

La mission souhaite offrir la **possibilité d'évoluer vers une autre spécialité et de diversifier son mode d'exercice** de deux façons :

- en formant à la conduite de projets et au management des maisons et pôles, avec une reconnaissance de ces fonctions ;
- en privilégiant les exercices mixtes plutôt que les temps pleins et en valorisant l'expérience.

Elle suggère également de créer des passerelles entre les différents exercices en réorientant des généralistes vers des activités plus axées sur la prévention que sur le curatif ou en confiant à certains médecins généralistes des fonctions de contrôles ou d'inspection.

En ce qui concerne la protection sociale, le rapport estime que la couverture maternité doit rapidement être améliorée compte tenu de la féminisation de ces professions. De plus, si couverture maladie et allocations familiales sont correctement assurées, le système de retraite est à bout de souffle et doit être réformé.

Les risques pesant sur la responsabilité civile des professionnels de santé doivent être dédramatisés et le développement professionnel continu (DPC) simplifié

Concernant la responsabilité civile professionnelle, la vision des risques de mise en cause des médecins est déformée, car les déclarations de sinistres sont en nombre stable depuis dix ans, même si la pression des

patients sur les professionnels est de plus en plus forte. Toutefois, la prévention des risques doit être intégrée de trois manières dans la pratique professionnelle :

- mieux informer son patient et tracer davantage cette information ;
- sécuriser ses pratiques par des regroupements ;
- développer la rédaction de protocoles.

Quant au DPC, son système de gestion n'est pas encore stabilisé, notamment parce que ses modalités de gestion et d'organisation sont encore floues, et que les principes d'évaluation apparaissent complexes. Les professionnels dénoncent les règles de financement trop rigides et pointilleuses.

Pour la mission, faire confiance à ces professionnels de santé est impératif : il faut s'appuyer davantage sur eux pour qu'ils organisent les contenus et la gestion du DPC, valoriser les actions déjà entreprises en matière de qualité et apparenter le DPC à d'autres démarches accomplies par les professionnels de santé et qui visent aussi à améliorer les pratiques.

◆ **Il faudra aussi des mesures temporaires pour pallier le déficit de médecins dans certains territoires**

Elles sont à adopter pour aider ces territoires à passer le cap et attendre que de nouveaux médecins viennent créer leur activité. Le rapport propose que soit reconnu de service public l'exercice des professionnels en ces territoires. Assortie d'une rémunération spécifique et incitative, cette mission serait assurée, dans des locaux aménagés et mis à disposition par les communes, par des jeunes médecins ayant fini leur internat mais qui souhaitent différer leur installation, des remplaçants dans cette situation depuis un certain temps, et par tous les médecins installés à proximité de ces lieux ou retraités qui accepteraient par solidarité de s'y associer.

Cette mission devrait être adaptée aux différents types de médecins susceptibles de l'exercer, par exemple en incitant les internes à effectuer une année supplémentaire de mission de service public ou en instituant un temps de mission de service public dans la durée des remplacements.

Les enjeux et problématiques

◆ **Quid des spécialistes et des professionnels paramédicaux ?**

De leur propre aveu, les membres de la mission se sont concentrés sur la problématique des médecins et n'insistent pas assez sur l'apport d'autres professions de santé à la médecine de proximité. Ils justifient cette approche par le fait que ce sont les médecins qui connaissent la plus grave crise démographique et que si d'autres professionnels de santé peuvent parfois les suppléer, ils ne peuvent pas les remplacer durablement, et dépendent même de la présence des médecins sur leur territoire pour maintenir leur propre exercice, dans la mesure où ils interviennent généralement sur prescription médicale.

En parallèle, en se concentrant sur les médecins les membres de la mission ont, de fait, essentiellement évoqué le médecin généraliste. Ainsi, le rapport fait l'impasse sur :

- le rôle des spécialistes dans les soins de proximité
- la démographie de ces professions également inquiétante, engendrant des inégalités d'accès aux soins
- la place des spécialistes libéraux dans les pôles de santé et dans le cadre du renforcement de la coopération entre professionnels.

◆ **Vers une réforme de la rémunération**

La protection sociale est fragilisée par l'évolution du contexte économique. La réforme du système de santé doit s'accompagner de celle de la couverture maladie pour éviter d'en atténuer les effets bénéfiques ou d'empêcher le déploiement de certaines mesures. Le rapport préconise une « simplification de la nomenclature », avec plusieurs niveaux d'actes tenant compte de la complexité, du temps passé et des coûts engendrés. Il faudra néanmoins tenir compte de l'attitude frileuse de l'UNCAM : une telle réforme peut difficilement se concevoir à coût constant, même si elle sera par nature source d'économies sur le plan des dépenses hospitalières.

◆ Des approfondissements techniques sont nécessaires

En présentant une stratégie globale, ambitieuse et volontariste, le rapport fait parfois abstraction d'un certain nombre de détails qui sont pourtant des prérequis indispensables à la mise en œuvre des mesures qu'il préconise.

Ainsi, le rapport sous-estime les difficultés techniques liées au déploiement des systèmes d'information indispensables à la refonte des soins de premier recours, en particulier la qualité des réseaux de télécommunication en zones rurales, ainsi que la vétusté et/ou l'insuffisance de l'équipement informatique des médecins et autres professionnels de santé de proximité.

De même, les mesures proposées n'ont pas fait l'objet d'une évaluation financière : il faudra donc en mesurer l'impact et la faisabilité (regroupements de santé par exemple, mais également développement de la télésanté, notamment au regard des insuffisances actuelles des équipements sur les territoires et dans les cabinets de proximité).

A cet égard, l'ampleur des actions à mettre en place et la nature des risques financiers qui seront supportés par les acteurs locaux (dans le cadre du montage de Maisons et Pôles de santé par exemple) impliquent que les subventions accordées à ces projets le soient sur une base pérenne, avec des conventions de financement pluriannuelles sans possibilité de révision à la baisse des crédits d'une année sur l'autre. Or, ce fonctionnement se heurte aux modalités actuelles de définition des enveloppes de crédits disponibles pour les collectivités locales ou les ARS, qui sont votées annuellement en loi de finances, et obligent ces structures à un réajustement constant des fonds consacrés à l'accompagnement des projets.

◆ Les professionnels de santé vont-ils adhérer aux mesures proposées ?

La plupart des mesures présentées viennent révolutionner la formation et l'exercice des professionnels de santé sur le territoire, même s'il s'agit, dans certains cas, de généraliser des expériences locales qui ont fait leurs preuves..

Ces réformes pourraient donc se heurter à la méfiance voire à l'hostilité des professionnels déjà en exercice, alors que la participation de ces derniers est indispensable pour mener à bien la stratégie envisagée, en particulier les mesures de court terme : ainsi, l'implication de professionnels déjà installés est indispensable au montage de Maisons et de Pôles de santé susceptibles d'attirer de jeunes professionnels. Ces derniers ne rejoindront pas des structures vides. Or, de tels projets ne suscitent pas toujours l'adhésion des professionnels concernés localement, en particulier lorsqu'ils sont en fin de carrière et/ou n'ont jamais développé une réelle culture de travail en réseau.

En outre, le rôle de pilotage, de validation et d'accompagnement des différents projets / réformes par les services de l'Etat et de l'Assurance Maladie, au plan national ou en région, peuvent être perçus comme une ingérence supplémentaire de ces organismes de tutelle dans l'exercice libéral, difficilement supportable pour les professionnels qui expriment déjà un sentiment de « harcèlement administratif ». A cet égard, les représentants du corps médical ont déjà exprimé leurs craintes d'une « fonctionnarisation » de la profession, qui aboutirait à une multiplication des contraintes d'exercice (encadrement de l'installation, des prescriptions, de la durée de travail, obligations accrues de suivi et de transmission de l'activité réalisée...) sans apporter de plus-value réelle au professionnel voire au patient.