

LES STRUCTURES D'EXERCICE COLLECTIF :

Une réponse adaptée
à la crise de l'offre
de premier recours ?



Les structures d'exercice collectif : Une réponse adaptée à la crise de l'offre de premier recours ?

Le système de santé est de plus en plus coûteux. Dans le même temps, les médecins voient leurs revenus s'effondrer, la crise du premier recours est patente, l'offre est inégalement répartie sur le territoire, la permanence et la continuité des soins laissent souvent à désirer. État, patients, professionnels de santé, mutuelles, collectivités locales, font un même constat : le système n'est plus viable, il n'est plus satisfaisant pour personne. « Quelles sont les voies de réforme possibles ? Les structures d'exercice collectif sont-elles une réponse adaptée à la crise de l'offre de premier recours ? » Comment réorganiser la filière afin que chacun y trouve son compte. En un mot comment « soigner mieux et dépenser mieux ».

C'était l'objectif du colloque organisé le 3 décembre 2013, dans l'amphithéâtre de l'Hôtel de Ville de Paris, sous l'égide de Coopération Santé, avec le soutien des laboratoires Sanofi et d'IMS Health, et en présence du Dr Jean-Marie Le Guen, député du XIII^e arrondissement, adjoint au Maire de Paris.

Programme

Modérateur : Alain COULOMB,
*Président de Coopération Santé,
ancien Directeur Général de la
Haute Autorité de Santé*

8h30 Accueil des participants

9h Ouverture du Colloque

Jean-Marie LE GUEN, *Adjoint au Maire de Paris, en charge de la Santé Publique et Président du Conseil de surveillance de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris*

9h15 - 9h30 Comment concilier vocation sociale et santé publique avec l'équilibre économique des centres de santé ?

Richard LOPEZ, *Président de la Fédération Nationale des Centres de Santé*
Thierry PATTOU, *Président de la branche médicale du réseau des centres de la Mutualité Française*

10h Maisons et Pôles de santé : du concept à la mise en œuvre

Dr Pierre de HAAS, *Président de l'Association des Maisons de Santé pluridisciplinaires*
Dr Josselin LE BEL, *Médecin Généraliste Pôle de santé Ramey – Paris 18^e*

Accès aux soins
et maisons de santé
en Île de France

Peut-on mesurer un impact sur l'accès aux soins
suite à la mise en place de maisons de santé
dans les territoires défavorisés ?

IMS - Coopération Santé - ARSIF
3 décembre 2013

imshealth
INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE



Coopération Santé

ars

Cette étude est consultable en ligne sur www.cooperation-sante.fr

10h30 Pause

10h45 Structures d'exercice collectif et équilibre économique : un modèle ? Des modèles ? Quel modèle ?

Dr Richard BOUTON, *Consultant, ancien Président de MG France*

11h Faut-il encourager le développement de ces structures, comment ?

Table ronde avec la participation de :

- **Dr Jean-Martin COHEN SOLAL**, *Délégué Général de la Mutualité Française*
 - **Claude EVIN**, *Directeur de l'ARS Île-de-France*
 - **Philippe GEORGES**, *Inspecteur Général des Affaires Sociales*
 - **Pr Guy VALLANCIEN**, *Chirurgien, Professeur d'Urologie (Université Paris Descartes), spécialiste en cancérologie, consultant à l'Institut Montsouris*
-

12h -12h30 Questions avec la salle et conclusions

Alain COULOMB

Avec le soutien institutionnel de IMS Health et SANOFI

Ouverture

Par Jean-Marie LE GUEN, Adjoint au Maire de Paris,
en charge de la Santé Publique et Président du Conseil de surveillance
de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris



6

Que sera notre système de santé de demain ? Quels seront ses contours ? À quels besoins répondra-t-il ? Vous êtes parmi ceux qui constatez que notre système, naguère loué pour sa performance et son équité, ne fonctionne plus. Il engloutit des sommes toujours plus considérables, et pourtant chacun, professionnels de santé, patients, financeurs, s'interroge sur son efficacité. Vous êtes convaincus, et je le suis également, qu'une réorganisation est nécessaire tant au plan macro que micro. Une transformation profonde du système de soin doit être mise en œuvre. Cette transformation a déjà commencé. Elle se fait essentiellement avec la volonté des acteurs de terrain et sous la pression de contraintes. **Volonté des acteurs** de terrain qui aspirent

à un changement de leurs pratiques et découvrent les bienfaits de l'exercice collectif, du travail en équipe. **Contraintes** matérialisées par le choc de la démographie médicale, le vieillissement, les difficultés d'installation et de renouvellement du corps médical, les problèmes inhérents à la jonction entre la ville et l'hôpital... Sans oublier le retard de notre système de santé qui peine à s'adapter à l'évolution des pathologies, à l'évolution de la science et celle des technologies. Toutes ces questions sont au cœur d'une attente – pas totalement assumée – d'une transformation profonde de notre système de santé. Notre système a vécu. Il ne fonctionne plus. Ce système sera organisé de façon très différente de ce qu'il est aujourd'hui avec notamment une

vraie représentation de nos concitoyens. Le mouvement a d'ores et déjà commencé. L'observation des transformations en cours permettra de mieux comprendre ce qui marche, et ce qui marche moins bien. Et partant de là de tracer des pistes d'avenir.

Le mouvement que vous allez décrire vers les maisons de santé et les centres de santé, revivifiés, rénovés, fait l'objet d'un consensus assez large. On rencontre peu de représentants des professionnels de santé, de la population ou des formations politiques qui n'aspirent à soutenir ce mouvement. C'est un fait positif. Ce mouvement est nécessaire. Il est inéluctable.

Néanmoins les choses ne sont pas simples, parce que si ces changements sont encouragés verbalement, le sont-ils dans les actes ? Assez peu. Sur le plan financier tout d'abord, la situation est loin d'être claire : les structures ne sont pas là, les modes de paiement sont insatisfaisants, les évolutions de rémunérations se cherchent. Sur le plan des territoires, l'organisation se fait avec beaucoup de difficultés. La ville de Paris le sait dans la mesure où elle intervient pour essayer de faciliter ce passage. Le paradoxe est là : d'un côté nous observons un consensus en faveur de l'évolution que vous décrivez, de l'autre, la mobilisation des pouvoirs publics se fait avec circonspection. Et on ne saurait passer sous silence des mouvements, des soubresauts dans la société, qui vont à l'encontre de cette évolution. Je lisais une dépêche ce matin : on nous prépare en mars un grand mouvement de la médecine libérale dont les mots d'ordre seront la liberté de choix du malade et la lutte contre l'étatisation du système de santé. Cette dépêche n'aurait pas d'intérêt si on ne trouvait parmi les

signataires celui qui a mené la fronde sur le projet de l'Hôtel Dieu. Une fronde qui a eu un écho -non pas tant dans la population- qu'auprès de certains politiques qui se sont engagés dans une bataille d'arrière-garde.

Car ce sont bien là les batailles d'un vieux monde, d'un monde qui refuse de se transformer et qui développe une vision pessimiste de l'avenir. Vous avez encore beaucoup de défis à relever pour expliquer aux uns et aux autres ce que vous essayez de mettre en place et pour faire comprendre que c'est là non un démantèlement du système mais au contraire le moyen de le sauver.

Je voudrais remercier Alain Coulomb de s'être de façon permanente engagé dans ce travail de réflexion et de fédération. Vous avez tous des expériences différentes, mais toutes et tous vous participez à la rénovation de cette offre de santé, je voulais vous en remercier et vous dire combien je suis attaché à la qualité des travaux que vous allez mener aujourd'hui. Ces travaux permettront d'approfondir notre réflexion et sans doute de mieux faire comprendre aux responsables politiques et à nos concitoyens dans quelle direction nous devons nous diriger pour faire revivre ce qui a été décrit il y a une dizaine d'années comme un des meilleurs systèmes de santé au monde. Il l'est encore de bien des manières. Toutefois, si nous ne réagissons pas vite et fort nous nous retrouverons devant des crises sanitaires. Vous êtes de ceux qui vous battez avec beaucoup de sérieux et d'engagement pour que ces crises n'arrivent pas...

Merci.



Alain COULOMB,
Président de Coopération Santé
Ancien Directeur Général
de la Haute Autorité de Santé

8

« Soigner mieux, dépenser mieux ». C'est le slogan choisi par Alain Coulomb président de Coopération Santé, pour résumer l'objectif de la rencontre. Faire mieux avec les mêmes moyens est assurément la démarche fondatrice de Coopération Santé. Il ne s'agit pas de faire appel à de nouveaux acteurs, mais de créer du « lien » entre tous les acteurs, pour que ceux-ci se connaissent mieux, travaillent mieux ensemble.

« Notre objectif est de favoriser la coopération entre les professionnels, les patients, les industriels donc les 3 piliers de notre système de soins, sur des bases claires, éthiques, respectueuses des responsabilités de chacun. » explique Alain Coulomb. En d'autres termes, « sortir des anathèmes et des caricatures, des grandes peurs irraisonnées, des intégrismes divers » pour nouer des relations apaisées plus

fluides, plus humaines, dans un système moins cloisonné et donc plus efficient pour le patient et pour l'économie. « C'est notre défi, et c'est ainsi que nous pourrions passer de l'utilisation de "mots valises" comme coopération des actions incarnées dans le réel ; un réel dont l'évolution apparaît autant nécessaire que complexe et lourde à opérer. »

Ce colloque n'aurait pu avoir lieu sans le soutien des laboratoires Sanofi et la contribution d'IMS Health. « IMS nous fait un travail remarquable en peu de temps » précise Alain Coulomb. Expert dans les enquêtes et études sur la santé, IMS a été chargé d'un travail de recherche sur le rôle des structures collectives dans l'accès au soin. Avec l'ARS IDF, IMS a déterminé des territoires, socialement comparables, les a divisés en 2 lots, ceux où les maisons de santé ou centres de santé existent et d'autres, de même profil démographique, où ces structures n'existent pas. L'agence a ensuite comparé différents paramètres et notamment la facilité d'accès aux soins en aigu. La réponse est claire : oui les maisons de santé et les centres de santé favorisent l'accès au soin. Coopération Santé publiera l'étude avec l'autorisation d'IMS et de l'ARS IDF. Cette étude présente un intérêt majeur car elle peut être un argument en faveur du développement de ces modes d'exercice.

Près de
28 000
collaborateurs
en France

Présent dans
15 régions et
24 départements
avec **48** sites

Une offre de plus de
400 médicaments
du plus innovant au plus
classique, en passant
par les médicaments
d'automédication
et les génériques

1er
investisseur en R&D
toutes industries
confondues ayant leur
siège social en France



LE PATIENT ET LES BESOINS DE SANTE AU CŒUR DE NOS PREOCCUPATIONS

Pour répondre efficacement aux besoins de santé des Français, Sanofi propose des médicaments innovants, des produits de santé grand public et des dispositifs médicaux ainsi que des génériques. Cette offre s'étend de la prévention au traitement en passant par l'amélioration de la qualité de vie des patients et de l'espérance de vie sans invalidité.

Au-delà de son offre de médicaments actuelle, Sanofi concentre les efforts de sa recherche en France sur les indications stratégiques et les projets clés pouvant apporter une forte valeur ajoutée médicale et renforce son réseau de partenariats externes pour développer des solutions innovantes. A ce titre, Sanofi investit pour améliorer la prise en charge du diabète, des pathologies du vieillissement, des maladies rares et pour lutter contre les cancers.

www.sanofi.fr

Comment concilier vocation sociale et santé publique avec l'équilibre économique des centres de santé ?

Richard LOPEZ, Président de la Fédération Nationale des Centres de Santé
Thierry PATTOU, Président de la branche médicale du réseau des centres de la Mutualité Française

Forces et faiblesses des centres de santé

Structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours, les centres de santé assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique. S'il est habituel de faire remonter l'histoire des centres de santé aux consultations charitables instituées au XVII^e siècle par Théophraste Renaudot, médecin que Richelieu nomma commissaire général des pauvres du Royaume, et aux œuvres charitables des congrégations religieuses, les centres de santé se sont surtout développés dans la seconde moitié du XX^e siècle avec l'avènement de la sécurité sociale. Ils ont vu leur existence et leur fonctionnement codifiés par la loi du 18 janvier 1991 (art. 16). Ils sont aujourd'hui confrontés à un défi : survivre dans un environnement financier toujours plus contraint.

Il existe 3 catégories de centres de santé : le centre médical ou polyvalent, le centre dentaire, le centre infirmier.

Le centre de santé répond à un certain nombre de critères.

- **Sur le plan financier**, le centre de santé fonctionne avec des tarifs conventionnés secteur I. Il ne pratique pas le dépassement d'honoraires. Il peut réaliser des actes hors nomenclature mais avec un tarif maîtrisé.

Enfin, la pratique du tiers payant est systématique pour le régime obligatoire et quasi systématique pour les régimes complémentaires. Les centres de santé mutualistes ont un accord de tiers payant avec la totalité des mutuelles. Ainsi, dans le centre de santé de Nice, dirigé par Thierry Pattou, 92 % des patients (78 000 par an) bénéficient du tiers payant.

- **Sur le plan de l'accès au soin**. Le centre

est ouvert à tous sans discrimination y compris pour les centres de santé mutualistes. Le centre de santé de Nice, bien que centre MGEN, peut recevoir des patients venus de tous horizons.

- Le centre de santé présente deux autres caractéristiques. Tout d'abord il répond à la mise en place d'un **projet de santé**. Par ailleurs, tous les professionnels de santé qui exercent sont **salariés** (ils ont un contrat de travail même quand ils sont à temps très partiel). Le mode de rémunération varie d'un gestionnaire à l'autre. Cela peut aller du salariat fixe (de moins en moins souvent), jusqu'à la rémunération à l'acte. Le plus souvent c'est un mix des deux.

Les actes médicaux, seule ressource du centre de santé

Le centre de santé vit quasi uniquement du remboursement des actes médicaux et dentaires qui y sont pratiqués. Il bénéficie d'une subvention (Teulade versée par l'Assurance maladie et correspondant à 11,5 % des salaires versés). Cette dernière vient en compensation du fait que les praticiens exercent en secteur I (c'est l'équivalent de la compensation que reçoivent les médecins libéraux qui exercent en secteur I et dont une partie des charges sociales est prise en charge par l'assurance maladie).

Les autres sources de financement : L'accord conventionnel des centres de santé permet d'obtenir un forfait de coordination et une aide à la télétransmission. Ces aides sont calculées sur la base de deux forfaits : la taille de l'établissement et le volume des activités qui y sont faites. Ces aides sont utiles mais elles ne sont pas

De quoi parle-t-on ?

- **La maison de santé** : regroupement de professionnels de santé libéraux dans un même lieu.

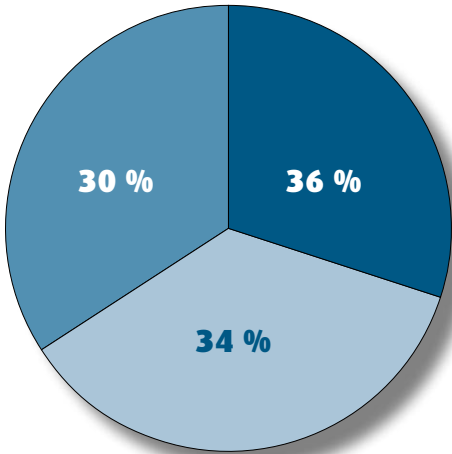
- **Le pôle santé** : regroupement de professionnels de santé d'un territoire dans des conditions souvent proches de la maison de santé. La forme juridique la plus courante est la SISA (Société interprofessionnelle de soins ambulatoires).

- **La maison médicale de garde et la maison médicale** : elles n'ont pas d'existence juridique. Seule une circulaire définit leurs contours ; elles répondent à un besoin précis contractualisé avec l'ARS.

- **Le centre de santé** : il s'appuie sur un certain nombre de textes fondateurs. Il est organisé dans le cadre d'une relation contractuelle avec la CNAM (accord conventionnel des centres de santé publié en 2003, renouvelé tacitement en 2008. Il devrait être renouvelé en 2013).

considérables. Pour le cas du centre de Nice, qui reçoit 78 000 visites par an, l'aide à la télétransmission s'est élevée en 2012 à 3 600 euros.

Le paysage national

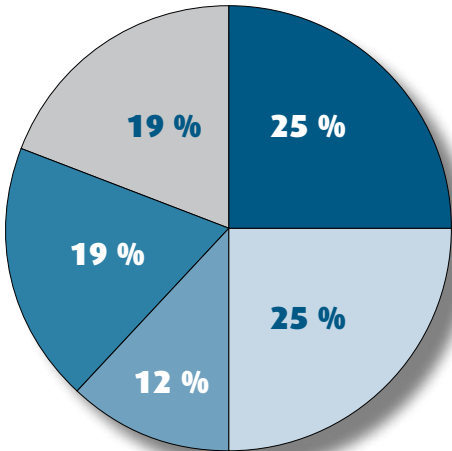


Selon le dernier recensement UNCAM en juillet 2012, la France compte :
1 672 centres,
593 médicaux et polyvalents,
572 dentaires,
507 infirmiers

- Centres de santé médicaux et polyvalents
- Centres de santé dentaires
- Centres de soins infirmiers

12

Qui sont les gestionnaires ?



- Groupements mutualistes
- Associations loi 1901
- Communes
- Congrégations
- CPAM

Équilibrer les comptes un défi

La Mutualité est responsable de 460 centres dentaires ; 48 laboratoires de prothèse mutualistes alimentent ces centres. Les centres médicaux et infirmiers sont moins nombreux car ils sont très difficiles à équilibrer financièrement. On les retrouve surtout en zone rurale.

La Mutualité a travaillé sur le modèle économique afin de trouver des solutions de bonne et saine gestion des centres. Elle a notamment constitué un réseau d'achat.

Les atouts du centre de santé

Ils sont nombreux. C'est une offre alternative qui se situe entre la médecine de ville et l'hôpital :

- Pour le patient, il s'agit d'un espace ouvert à tous, d'une structure de proximité, il s'y fait de la qualité.
- Pour les professionnels de santé : le centre de santé favorise le travail d'équipe, il offre un plateau technique performant, on peut mieux équilibrer sa vie personnelle et sa vie professionnelle. Libéré des tâches administratives et annexes, on se recentre sur son cœur de métier.
- Pour les mutuelles, elles savent mieux « où va leur argent », elle savent ce qu'on offre à la population en termes de soins de santé.

Le centre de santé peut être une réponse face aux « déserts médicaux ». Il est donc impératif de trouver un modèle économique qui permettrait de développer cette offre.

Les centres de santé en quelques chiffres

- 625 millions d'euros pour assurance maladie en 2011 soit 1,4 % des dépenses ambulatoires
- 1,9 millions de patients ont fréquenté au moins une fois un centre de santé
- 10 % des patients sont bénéficiaires CMU

La religion du livre

Le législateur a séparé les trois activités des mutuelles. La complémentaire santé a été classée dans le code de la mutualité dans une rubrique nommée le LIVRE II. Les services de soins qu'on appelait autrefois les œuvres (2 600 établissements, qui peuvent être des centres de santé, des EPHAD, des établissements hospitaliers comme l'Institut mutualité Montsouris, des institutions pour la petite enfance...) appartiennent au LIVRE III. Enfin l'activité plus « politique » (représentation du mouvement, prévention, communication, formation des militants) est assurée par le LIVRE I. Ces 3 livres doivent être étanches financièrement les uns par rapport aux autres. Cela signifie que les centres de santé doivent avoir des comptes équilibrés car aucune cotisation du « livre II », ne peut aller pallier les déficits du « livre III ». La mutualité représente 38 millions de personnes protégées, elle dégage un chiffre d'affaires de 19,6 milliards au titre du livre II et 2,7 milliards pour le livre III (activité sanitaire médico-sociale). Elle représente 76 000 salariés.



Les centres de santé, une idée ancienne un projet d'avenir



Richard LOPEZ,
Président de la Fédération Nationale
des Centres de Santé

Le premier centre de santé remonte à Théophraste Renaudot. On sait qu'il a inventé la presse, mais il est aussi à l'origine de la première ANPE (le bureau des adresses). Dans cette même structure il soignait ses patients, faisant payer les riches et non les pauvres. Et c'était déjà une équipe médicale qui prenait en charge la population. On retrouve tous les éléments qui sont à la base du centre de santé : l'autorisation par la puissance publique (ordonnance de Louis XIII), la dimension sociale, la prise en charge collective des patients.

Ce premier centre de santé répond comme

ceux qui sont créés de nos jours à un besoin de la population. Pourquoi ? La médecine a toujours été principalement libérale. Il n'y avait pas d'organisme de socialisation des dépenses de santé. Le malade devait donc payer la totalité des frais. Seulement voilà, sur le territoire une partie de la population n'était pas solvable. Donc il n'y avait pas de médecins partout. La répartition de l'offre de soins était très inégale. Des congrégations, des collectivités locales, des organismes mutualistes ont mis en place au fil du temps et surtout à partir du XIX^e siècle, une offre de soin sur ces territoires désertés par la médecine libérale. Ces organismes proposaient un accès à la santé gratuit ou de coût modéré. Où trouvait-on ces organismes ? Comme ils avaient la vocation de répondre aux déserts médicaux ils se sont développés soit dans des zones très rurales soit dans des zones ouvrières, et en tout état de cause sur des sites où peu de personnes disposaient de moyens de faire face aux dépenses de santé.

Les choses changent au XX^e siècle et notamment au lendemain de la Première Guerre mondiale. La situation se radicalise. D'un côté on voit se profiler les premières lois de protection sociale, de l'autre la médecine s'organise. Une divergence de lecture se met en place. Est-ce le médecin qui gère seul la prise en charge de son patient et demande le paiement direct sur

un montant librement négocié ? Ou bien faut-il une organisation pour socialiser les dépenses de santé ? Cela a été l'origine de la création du syndicalisme médical : il s'affrontait à ces lois sociales qui portaient déjà en leur sein la volonté de créer un système de « médecin traitant » et une réponse collective médicale avec l'instauration d'une « filière de soins ».

Cette organisation a entraîné un affrontement entre deux orientations de la médecine, la médecine salariée dans des structures pratiquant avec une approche sociale et éthique et une médecine libérale.

Ainsi donc il y a 100 ans, les divergences entre les deux approches étaient radicales. Mais peu à peu les points de vue convergent. Les professionnels de santé se rendent compte qu'il ne peut y avoir une bonne prise en charge sans tenir compte de la situation économique dans laquelle se trouve la population. Progressivement cette pratique d'équipe s'est imposée comme étant un élément fondateur, répondant à l'aspiration des professionnels de santé à exercer différemment que dans un colloque singulier. La pratique d'équipe conforte la prise en charge et rassure le praticien.

Ainsi, les centres de santé ont-ils complètement modifié l'organisation des soins, laissant une place active à la population dans la prise en charge de sa propre santé. Dans les centres de santé, les patients participent de plus en plus à la réflexion sur l'organisation de la structure, sur l'éducation thérapeutique...

Comment ces centres, qui répondent à la fois aux aspirations des professionnels

Théophraste Renaudot (1586-1653). Journaliste, médecin et philanthrope français. Il est le fondateur de la publicité et de la presse française. Il rédige un traité sur la condition des pauvres, qui lui vaut d'obtenir temporairement le titre de « médecin ordinaire » du roi. Vers 1628 ou 1629, il ouvre le bureau d'adresses (recueil d'offres et demandes d'emplois, afin d'apporter un remède à la pauvreté et au vagabondage). Il y installe également un dispensaire, payant pour les aisés et gratuit pour les pauvres. Il y accueille des conférences hebdomadaires d'abord médicales, puis ouvertes à des sujets variés. Enfin Louis XIII l'autorise le 27 mars 1637 à ouvrir un mont de piété qu'il transforme en salle des ventes. Il a donné son nom au prix « Renaudot ».

et des patients peuvent-ils être équilibrés économiquement ? C'est là le défi. Nous devons y travailler tous ensemble, maisons de santé, centres de santé, assurance maladie, puissance publique... car on ne peut pas plaquer le modèle libéral qui correspondait à un modèle particulier. Le modèle économique est à construire. On ne doit avoir aucun tabou face à ce qui représente une perspective nouvelle d'une stratégie nationale de santé.

Discussions croisées

Sur la difficulté de faire venir des médecins pratiquant dans les centres de santé au colloque de ce jour.

Danielle Pozza, directrice d'un centre :

“ C'est tout simple, nous n'avons pas les moyens de financer leur présence ici. Quand ils sont là, ils ne travaillent pas pour le centre. Or c'est sur eux que repose l'équilibre économique de la structure. Les médecins libéraux ne sont pas là non plus, pour la même raison. ”

Sur les difficultés des centres de santé à équilibrer leurs comptes

Dr Charles Descours, sénateur honoraire de l'Isère, président pendant une dizaine d'années des centres de santé de Grenoble :

“ Ces centres, qui ne sont pas mutualistes, fêtent leur quarantième anniversaire. Ils ont été largement subventionnés par les municipalités successives. Mais ces dernières ont de plus en plus de mal à soutenir financièrement leur fonctionnement. Cette situation de tension économique épuise les médecins. Il y a des praticiens qui quittent les centres car ils sont fatigués d'attendre qu'arrivent les subventions pour pouvoir être payés. Autrefois les centres proposaient de la radiologie. Cela a été supprimé car il aurait fallu renouveler le matériel. Or, la mairie de Grenoble n'a jamais voulu racheter du matériel radiologique moderne : c'était trop cher. Malgré tout, les centres subsistent, les infirmières sont très dévouées dans ces quartiers très difficiles. C'est vraiment très dur pour les professionnels de santé qui y exercent. ”

16

Sur le centre de santé, modèle d'avenir, Alain Beaupin :

“ Richard Lopez citait Théophraste Renaudot, il se trouve que je lisais dans le métro l'« Histoire de la médecine » de Jean Charles Sournia. Lui aussi parle de Théophraste Renaudot : « Grand innovateur, il développe les consultations gratuites pour les pauvres. En ne se comportant pas comme un médecin traditionnel son action menace les bases de la société médiévale, il meurt dans la misère et la plupart de ses œuvres ne lui survivront pas. » Cette conclusion ne nous amène-t-elle pas à nous interroger sur la pérennité de ce type d'expérience ? ”

Richard Lopez :

“ Dans notre financement, le système est structurellement déficitaire. Lorsque les organisations syndicales libérales négocient leurs tarifs avec l'assurance maladie, elles le font sur la base de leur modèle économique. Vingt-trois euros pour une consultation de médecine générale, les libéraux disent que c'est insuffisant, néanmoins c'est calculé en fonction de leur mode de pratique qui n'intègre pas la pratique d'équipe, la dimension sociale, le tiers payant, les organisations collectives d'exercice pluriprofessionnel. Il est évident que cette rémunération est inadaptée à nos structures collectives. Nos amis de la Mutualité donnent l'illusion qu'en faisant un peu plus d'actes dentaires, un peu moins de soins infirmiers, on peut s'en sortir et équilibrer un centre de santé. On nous « fait croire » que cela peut marcher. Mais en réalité, les centres de santé courent en permanence après la moindre subvention, ils sont structurellement déficitaires. Ce qu'il faut, c'est repenser l'ensemble de l'organisation du système de distribution des soins en ambulatoire. Est-ce qu'on veut rapiécer un système et organiser un nouveau système avec les tissus de l'ancien ou bien refondre le système de financement de l'ensemble de l'ambulatoire ? ”

Thierry Pattou :

“ Souvent on me dit : « comment un établissement comme le tien qui reçoit un monde fou peut-il être déficitaire ? » Prenons l'exemple d'un médecin généraliste, qui prend trois patients par heure. Il génère 69 euros/h de chiffre d'affaires. On imagine bien qu'il coûte beaucoup plus que cela si on intègre, le salaire brut, les congés payés, les formations, les charges induites (secrétariat, informatique...). Un second exemple tout aussi éclairant. 80 000 passages au centre de santé ce sont donc 80 000 feuilles de soin. Nous avons 5 personnes qui tous les jours gèrent le tiers payant. Elles ne font que cela du matin au soir ; elles courent après les 2,6 euros payés par erreur au patient et non au centre de santé. Ce sont des charges incompressibles. L'univers dans lequel nous vivons n'est pas sain. Mais que faire ? Fermer ? Non. On se débrouille. ”

Alain Coulomb :

“ Il y a sans doute des efforts à faire en matière de gestion. Prenons l'exemple du tiers-payant. Dans l'étude que nous avons faite sur les centres de santé parisiens, le coût de gestion du tiers-payant varie de 1 à 4 en fonction du centre de santé. ”

Maisons et Pôles de santé : du concept à la mise en œuvre

Dr Pierre de HAAS, Président de l'Association des Maisons de Santé pluridisciplinaires
Dr Josselin LE BEL, Médecin Généraliste Pôle de santé Ramey – Paris 18^e

La maison de santé, est-ce une alternative aux centres de santé défaillants ?

Les maisons de santé sont des structures pluriprofessionnelles constituées de professionnels médicaux (en général libéraux), auxiliaires médicaux ou pharmaciens. La pratique se fait dans le cadre d'un exercice coordonné, et sous les auspices de l'ARS avec laquelle la maison de santé signe un contrat pluriannuel. Introduites dans le code de la santé publique en 2007 (loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007), les maisons de santé sont en essor. En janvier 2012, 235 maisons étaient en fonctionnement et environ 450 maisons en projet, regroupant 2 650 professionnels, dont 750 médecins. Elles sont le plus souvent situées en milieu rural (à 80 %). Ce modèle est-il substituable ou complémentaire aux centres de santé dont l'équilibre semble précaire ?

Une maison de santé, au pied de la Butte, l'exemple du centre RAMEY, par Josselin le Bel, coordonnateur du pôle santé Paris 18^e Nord

« Nous sommes au carrefour de plusieurs quartiers, Montmartre, la Goutte d'or, un quartier plus au Nord avec une problématique proche de celui de la Goutte d'or et enfin les environs de la mairie du XVIII^e qui est un quartier plus « installé » avec des jeunes couples. Sur cette zone on observe une pénurie importante en généralistes secteur I, et plus encore

une pénurie en infirmières libérales. Récemment un centre de santé associatif a ouvert à la Goutte d'Or.

L'histoire du pôle

En 2008, nous avons créé la première association de support du pôle de santé (association DSPR, association pour le

développement du pôle de santé Ramey). L'association a reçu un financement FIQCS, (ancêtre du FIR) en 2009 pour aider à la structuration du pôle. Nous avons bénéficié de la première expérimentation MMR en 2011. En 2012 le pôle de santé s'est élargi, ce qui lui a permis d'accueillir plus de professionnels. Enfin en 2013, nous avons créé notre SISA (société interprofessionnelle de soins ambulatoires), qui aujourd'hui « porte » le pôle de santé Paris 18^e Nord.

Les équipes

Elles sont établies sur plusieurs sites. Le site historique RAMEY, regroupe 3 médecins généralistes associés, 3 collaborateurs, des internes et des externes. À 300 mètres, le site HERMEL rassemble 4 médecins généralistes et des étudiants. Enfin 5 généralistes en exercice isolé ont intégré le projet. Au total aujourd'hui le pôle compte 15 généralistes, 3 cardiologues dont un en secteur I, 3 pédiatres, 3 psychiatres, un pédopsychiatre, et des psychologues, car la santé mentale est une des problématiques portée par le pôle de santé. Une podologue, 7 infirmières regroupées en 3 cabinets et 8 pharmacies d'officine ont joué le jeu avec nous. Les pharmacies sont notamment engagées dans un programme de prévention et de dépistage de l'hypertension artérielle.

Le territoire et les partenaires

Nous sommes dans une dynamique de territoire de santé. Nous avons beau être très près du Sacré-Cœur, finalement peu de patients acceptent de descendre la butte car ce n'est pas leur zone de vie.

Nous avons beaucoup plus de patients qui viennent du quartier de la mairie du 18^e. Nous sommes répartis de manière assez homogène, en tenant compte de l'existence d'autres structures sur ce territoire. Le but est d'assurer la continuité des soins sur ce bassin. Il était donc indispensable d'être un lieu ressource pour accueillir des urgences de Robert Debré (pour la médecine pédiatrique) et de Bichat (pour la médecine adulte) mais aussi de Lariboisière. Nous sommes aussi partenaires du centre 15, du réseau Paris diabète, du réseau Paris nord-soins de supports, du réseau Paris périnatalité... Nous avons créé un lien avec le centre de santé Goutte d'or puisque nous sommes sur des limites de territoires et qu'ils offrent des services que nous ne traitons pas. De même pour le planning familial...

Les raisons du succès

Qu'est-ce qui fait que notre pôle de santé s'est développé en 5 ans ? Nous sommes ancrés sur le territoire, tant sur le plan des besoins en santé de la population, que parce que nous tenons compte des professionnels de santé déjà installés sur le secteur. La continuité et la permanence des soins sont essentiels pour que les patients adhèrent au projet. Nous avons mis en place un système d'information commun. L'objectif à terme serait que les 15 généralistes du pôle travaillent sur le même logiciel métier et partagent leurs dossiers médicaux. C'est possible. Ainsi, si un patient consulte un autre médecin du pôle, ou si ponctuellement on a besoin d'avoir un avis sur une pathologie aiguë dans le cadre de la continuité, il n'y aura

pas de rupture dans le suivi. Nous avons aussi un investissement universitaire fort, porté par les médecins généralistes et par les pharmaciens. Sur les 15 généralistes du pôle, 10 sont maîtres de stage universitaire et sur les 8 pharmacies, 4 accueillent des étudiants en pharmacie. En matière de formation continue commune, le pôle de santé a décidé de porter des thématiques de formation qui relèvent de notre spécificité, sur l'harmonisation et les bonnes pratiques au sein du pôle.

Continuité, accessibilité, permanence

Les 15 généralistes se sont organisés de façon à ce que toute demande de consultation urgente ait une réponse dans la journée. La continuité des soins est portée par le site Ramey (la consultation est ouverte de 8 heures jusqu'à 20 heures et le samedi jusqu'à 12 heures). Nous sommes à 70/75 patients par jour au moment des grands pics, avec une accessibilité pour les personnes handicapées. Un compte-rendu de consultation est réalisé à l'issue de la consultation de manière à ce qu'il n'y ait pas de rupture dans le suivi. Du côté de la permanence des soins, la structure est ouverte 7 jours sur 7. Une assistante sociale est hébergée à Ramey une fois par semaine.

Coordination et coopération

Nous avons une réunion trimestrielle sur les maladies cardio-vasculaires, la gériatrie et la santé mentale. Il nous restait un seul cardiologue en secteur I sur notre territoire, nous avons donc essayé de rationaliser l'accès au cardiologue :

Le pharmacien acteur de santé

La coopération entre le pôle et les pharmacies est actuellement centrée sur l'auto-mesure de la tension. En pratique, un médecin reçoit un patient avec une suspicion d'HTA. Soit, il lui prescrit un holter mais c'est non remboursé. Soit il lui demande d'aller en pharmacie faire une auto-mesure tensionnelle. Le généraliste pose l'indication d'auto-mesure, il imprime 3 feuilles, et explique au patient qu'il existe 8 pharmacies sur le territoire où l'acte est totalement gratuit. La fiche est faxée au médecin dans les 3 jours qui suivent l'auto-mesure. Le patient reprend ensuite un rendez-vous avec son médecin. L'organisation est bénéfique pour tous : le médecin gagne du temps, le pharmacien est renforcé dans son rôle de soignant, le patient est gagnant. Un programme médecin/pharmacien est en cours pour la substitution orale (méthadone, subutex). Beaucoup de patients ont ces problématiques-là sur le territoire.

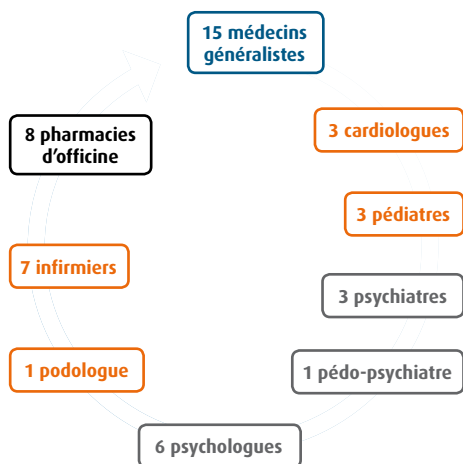
de façon trimestrielle on staffe sur les dossiers, les généralistes présentent chacun plusieurs dossiers pendant 2 à 3 heures et on identifie ceux qui ont besoin d'un avis cardiologique.

Pour la gériatrie, c'est le même principe mais notre partenaire est l'hôpital public (Bichat). Bretonneau nous a délégué un gériatre, on staffe également sur des dossiers.

Pour la santé mentale, de la même façon nous mettons autour d'une même table des généralistes, des psychiatres et des psychologues.

Le financement

Chacun des professionnels avait monté sa propre structure. Nous n'avons donc rien créé, il y avait des fonds propres. Nous avons par ailleurs reçu des subventions du Conseil général et de l'ARS pour lancer le projet. Aujourd'hui nous bénéficions de deux financements de fonctionnement, pour les rémunérations et pour la permanence de soins ambulatoires. Actuellement, on estime que 20 000 patients profitent d'un ou plusieurs services offerts par le pôle soit une aide qui correspond à 5 euros par patient et par an. »



Le pôle en 5 mots

A comme Azalée. Il s'agit d'un projet de coopération avec les infirmières. Le projet Azalée permettra d'extraire les données issues des consultations de ville. Ces données sont actuellement perdues, inexploitées. Avec un logiciel regroupé les professionnels pourraient avoir enfin des données de qualité.

C comme Cœur. Fin 2013 le projet AVECARD d'éducation thérapeutique se met en place, en partenariat avec le CREATIF et l'hôpital Lariboisière.
[http ://ghparis10.aphp.fr/centres-expert/centre-de-referance-deducation-des-antithrombotiques-dile-de-france-creatif/](http://ghparis10.aphp.fr/centres-expert/centre-de-referance-deducation-des-antithrombotiques-dile-de-france-creatif/)

D comme Diabète. Des séances d'éducation thérapeutique vont être menées en collaboration avec le réseau Paris diabète pour les diabétiques de type II.

L comme logiciel : l'objectif 2014 serait de travailler enfin sur un dossier médical commun. Les dossiers médicaux seraient également partagés par les infirmières. Actuellement un cabinet sur 3 est équipé de ce logiciel.

S comme SAHOS (syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil). On peut aujourd'hui rationaliser l'accès aux polygraphies du sommeil, faire un dépistage ambulatoire très rapide et fiable.

L'avis de l'expert



Dr Pierre de Haas, Président de la Fédération française des maisons et pôles de santé

22

Il faut transformer l'exercice isolé en exercice de groupe ; c'est devenu une évidence. La complexité du travail, les polyopathologies, l'accessibilité, le vieillissement des populations, la démographie médicale, font que les professionnels de santé ne peuvent plus travailler seuls. Comment favoriser l'exercice de groupe ?

Pierre-de Haas :

Un certain nombre d'items sont importants. Les deux principaux touchent aux systèmes d'information et à la protocolisation de l'exercice. Nous savons tous la réticence des professionnels de santé face aux nouveaux outils d'information. Si on compare le généraliste avec l'agriculteur le plus proche on voit combien les systèmes d'information ont du mal à pénétrer le monde médical. Nous sommes encore loin de voir les professionnels de santé suivre

leurs patients avec une tablette comme cela se fait dans beaucoup de professions. On a ouvert le champ des possibles avec la loi Fourcade de 2011 qui a permis le partage d'information dans l'équipe de soins primaires. Et aujourd'hui, on travaille avec l'ASIP. Nous disposons de deux et bientôt trois systèmes éditeurs capables de fournir des systèmes d'informations à des équipes de soins primaires.

Et sur la protocolisation ?

Nous avons fait un travail de fond avec la HAS. On peut créer des protocoles de soin en équipe. Ce sont des déclinaisons intelligentes des référentiels et des protocoles préexistants, qui étaient monoprofessionnels.

Systèmes d'information et protocolisation, ces deux éléments-là ont modifié le troisième : les rémunérations. De nouveaux modes de rémunération sont en cours d'expérimentation. Les choses bougent.

Centres de santé et exercice collectif libéral, où en sommes-nous aujourd'hui ?

On estime que quelque 600 centres de santé polymédicaux existent sur le territoire. Du côté libéral, nous avons dépassé les 400 maisons de santé. Dans mon département (Ain), 10 % des professionnels ont intégré une structure de soins de premiers recours. Au niveau national, le chiffre est moins élevé, il tourne autour de 5 %. Toutefois, compte tenu du nombre de projets en cours, nous allons largement dépasser les 10 % dans les deux ans qui arrivent. Mais quid des grandes villes ? Aujourd'hui, la moitié des maisons de santé libérales sont en zone rurale. Dans le monde rural, la situation est simple. On achète un terrain, on va voir le bâtisseur du coin qui construit une maison de santé. Dans certains cas, c'est la communauté de communes qui s'en occupe. Les grandes villes sont confrontées à deux problèmes. D'une part les soins primaires sont en très grande fragilité comme l'a montré l'étude réalisée par l'ARS et l'IRPS : beaucoup de cabinets

médicaux rencontrent de sérieuses difficultés. La majorité de ces cabinets a été créée dans les années 80/90, la démographie médicale baisse tandis que les charges restent assez élevées. Le second point est le coût de l'immobilier. L'immobilier à Paris ou dans le pays de Gex, mon département, ce n'est pas la même chose !

Quels seraient les besoins d'une ville comme Paris ?

À Paris il y aurait 1 600 médecins généralistes libéraux, une centaine de centres de santé, soit une densité de un généraliste pour 1 200 à 1 400 habitants. On est loin du désert médical. En revanche avec 1 250 infirmières seulement sur Paris, nous sommes là face à une démographie très très basse ! Alors quels sont les besoins en structures collectives ? Si on estime la taille moyenne d'une équipe de soins primaires à 4 ou 6 généralistes qu'on y ajoute 4 infirmières et 4 autres professionnels de santé, disons que pour couvrir Paris il faudrait 400 équipes de soins primaires. Mais 400 équipes qui se constituent dans les années qui viennent ce serait une prouesse. Quels sont les leviers pour aider à ces regroupements ? D'abord l'étude ARS/IRPS qui montre une vraie souffrance chez un grand nombre de professionnels de santé. D'autre part, l'arrivée d'une nouvelle génération de médecins, motivée pour le travail en équipe. Disons que sur ces 400 équipes espérées, si nous arrivions à en constituer 200 dans les 5 ans à venir, ce serait bien. Cela ferait 200 plateaux, à 150 m² par plateau, on arrive à 30 000 m². Et bien sûr il faut les dispatcher dans tous les arrondissements.

Est-ce possible compte tenu des contraintes immobilières évoquées précédemment ?

Du côté de la Fédération des maisons de santé nous essayons de motiver les gens par une analyse économique ; nous créons aussi des outils pour les accompagner. Du côté des centres de santé, on rencontre pareillement motivation et bonne volonté mais on est toujours confrontés à cette double problématique de la gestion et du coût de l'immobilier. Je le dis et je le répéterai aux politiques : une chose est absolument nécessaire si on veut faire avancer la situation. Il faut créer une société foncière immobilière sur la ville de Paris et en Île-de-France. Si nous ne sommes pas aidés par les politiques sur ce champ-là, rien ne pourra bouger. L'État s'est lancé autrefois dans de grands investissements, de grands projets. Quand il a fallu déplacer les Halles à Rungis on l'a fait, quand il a fallu réorganiser toute la logistique on a créé GARONOR. Pour tout ce qui est du transport fluvial, l'État et la ville s'en sont occupé. Aussi, si on veut une restructuration des soins primaires sur une grande ville comme Paris, il n'y a pas d'autre possibilité que de mettre sur pied une société foncière immobilière qui s'appuierait sur la caisse des dépôts et consignations.

Cela serait-il suffisant ?

Le deuxième élément ce sont les moyens financiers et l'extension de nouveaux moyens de rémunération comme mentionné dans la stratégie nationale de santé. Tous les efforts doivent être

En bref

5%

des professionnels de santé travaillent en équipe.

50%

sont en zone rurale.

1600

généralistes exercent à Paris soit 1 pour 1200 à 1400 personnes.

400

équipes collectives seraient nécessaires pour couvrir la capitale.

150

équipes en France bénéficient des nouveaux modes de rémunération, 150 autres devraient en profiter en 2014.

consacrés aux rémunérations d'équipe plutôt qu'aux rémunérations individuelles. Aujourd'hui, seules 150 équipes bénéficient de ces nouveaux modes de rémunération dont 27 en IDF. Cent cinquante nouvelles équipes vont en bénéficier en 2014, grâce au PLFSS.

Cette rémunération, à la Fédération, nous poussons pour qu'elle soit proportionnelle à une grille d'analyse de ce que produisent les professionnels en termes de services proposés à la population. Une équipe bien structurée avec un système d'information qui a coûté cher à mettre en place, qui partage l'information, qui permet une bonne permanence des soins, qui reste ouverte entre midi et deux heures, qui a une bonne continuité des dossiers doit être mieux rémunérée. Ces nouveaux modes de rémunération sont à la fois un élément qui amène à plus de justice car il rémunère une vraie prestation de service fournie par des équipes, mais c'est aussi une incitation à la modernisation. Nous le constatons avec l'étude menée par l'IRDS sur les 150 premiers sites : le fait d'allouer une dotation publique à des équipes tire vers le haut la qualité de ces équipes. L'étude IMS que citait Alain Coulomb va dans le même sens. En conclusion, nous avons des possibilités de faire bouger les professionnels, de les aider à s'organiser, mais face aux problématiques des grandes villes, on ne pourra le faire que si l'État, les ARS et la Ville interviennent.

Discussions

26

Marie-Laure Alby :

“ Certes il y a un problème immobilier, mais les jeunes professionnels, que sont-ils prêts à investir dans l'outil de travail ? Leur logique est de s'asseoir dans un fauteuil et de commencer à travailler, de faire de la coordination et de discuter sur des projets intéressants d'éducation thérapeutique etc... Mais sur la question de la gestion on est en panne car ce n'est pas dans leur logique. Ce sont des gens brillants, qui aiment la médecine générale, mais à aucun moment dans leur logiciel il n'y a la prise de risque de l'organisation d'un cabinet. ”

Josselin Le Bel :

“ Je suis enseignant en médecine générale. Je milite pour qu'aucun interne ne sorte de l'université Paris Diderot sans avoir entendu parler de nous. Quand les internes sont en stage chez un généraliste, ils voient un modèle isolé. Mais une fois qu'ils ont goûté à l'exercice en équipe, ils y adhèrent... Deux des internes passés dans mon centre sont porteurs d'un projet pour monter une structure à Paris. ”

Pierre de Haas :

“ Une objection est fréquemment formulée. On nous dit : vous allez avoir 10 à 20 % d'équipes structurées. Mais ensuite quand vous aurez épuisé

les leaders militants et motivés, qu'allez-vous faire ? Nous y avons réfléchi et nous sommes allés voir les pharmaciens qui ont monté des coopératives depuis longtemps. Nous sommes en train d'inventer les outils nécessaires, sans doute sur le modèle de la coopérative, pour aider les équipes à créer leur structure. ”

Pierre Houanon ARS IDF :

“ La réglementation permet aux maisons de santé en milieu rural d'être soutenues, de s'appuyer sur des fonds nationaux d'aide à l'investissement. Mais ça n'existe pas en milieu urbain. C'est le challenge pour les prochaines années : toutes ces structures (centres de santé en rénovation ou en création, maisons de santé en création, ou encore cabinets de groupe qui s'orienteraient vers une organisation pluridisciplinaire collective et coordonnée) doivent être soutenues dans le cadre d'un schéma régional d'investissement en santé. Pierre de Haas évoquait le nombre de médecins estimé en fonction du territoire, de la superficie et du nombre d'habitants. C'est juste mais il faudra prendre aussi en compte l'activité de ces médecins qui a beaucoup évolué récemment. Nous avons des gens qui travaillent un peu moins que la génération précédente et cela aggrave les problèmes de désertification. ”

Pierre de Haas :

“ On peut gagner en productivité. On estime que 40 % de l'activité du MG peut être déléguée. Les Anglais nous l'ont montré. L'augmentation de productivité est possible dans les structures mais le processus est bloqué par la rémunération à l'acte. D'où l'importance de modifier les modes de rémunération. ”

Josselin Le Bel :

“ Les différentes formes d'exercice collectif vont être conduites à se rapprocher. Je pense au centre de santé en Seine Saint-Denis, porté par Maxime Catrice et Didier Menard. Le fonctionnement est strictement le même que celui de notre pôle de santé... Notre seule différence c'est qu'il y a d'un côté des libéraux, de l'autre des salariés. Mais notre projet est le même. ”

Pierre de Haas :

“ Nous avons besoin d'équipes de soins primaires. De nouveaux modèles vont émerger. Un de mes collaborateurs vient de devenir associé. Je lui ai demandé : « Veux-tu être remplaçant, collaborateur, salarié ou libéral ? » Il a choisi l'exercice libéral... Il y aura demain des libéraux qui feront des vacations dans les centres de santé, j'en suis certain. Il faut rapprocher tous ces modes de fonctionnement, de management qui sont complètement différents. C'est insupportable de se regarder en chien de faïence, de se jalouser mutuellement... Avec Richard Bouton on joue beaucoup à ce jeu. Or nous faisons le même boulot ! Dans 5 ans nous ne ferons plus qu'une seule fédération, la « Fédération des soins primaires » ! ”

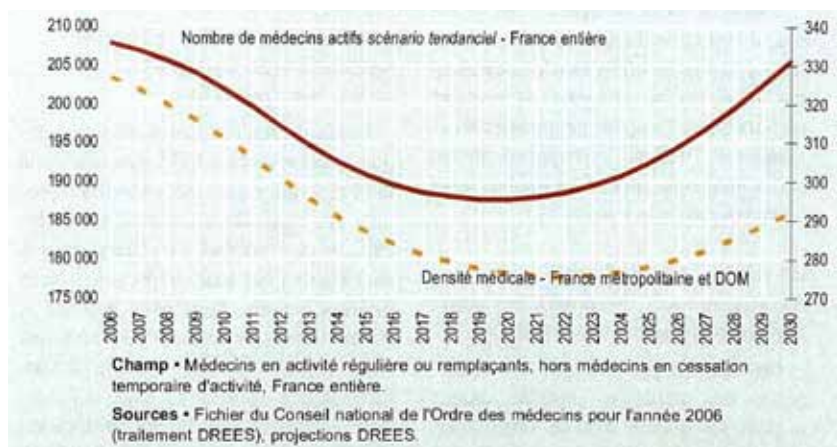
Alain Coulomb :

“ En résumé, nous considérons tous comme nécessaire une évolution vers l'exercice collectif pour remailler le tissu du premier recours aujourd'hui déchiré. Nous escomptons tous une convergence de facto et non pas statutaire entre les deux voies qui mènent au Seigneur les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé. Nous allons nécessairement assister à une sorte de mixité... Un problème particulier a été évoqué, celui des grandes villes et de la fragilité du tissu médical dans ces grandes villes. Ainsi dans les arrondissements nord-est de Paris (18^e, 19^e et 20^e) qui comptent 600 000 habitants, la démographie en médecins généralistes est inférieure à celle de la Picardie. Sur la question du coût de l'immobilier, on estime que l'argent à débloquer tournerait autour de 350 millions d'euros. C'est beaucoup. Mais de fait, c'est moins que la différence entre le coût de la grippe A et celui de la grippe B. Un dernier sujet important a été évoqué : la formation des jeunes à ce mode d'exercice qui reste encore relativement limitée à l'université malgré les efforts de Jean-Michel Chabot. Alors il ne s'agit pas de transformer les médecins en gestionnaires mais de permettre à certains d'entre eux de le devenir. ”

Structures d'exercice collectif et équilibre économique : Un modèle ? Des modèles ? Quel modèle ?

Dr Richard BOUTON, Consultant, ancien Président de MG France

Richard Bouton a toujours eu un train d'avance. Fondateur de MG France et président du syndicat pendant de longues années, il a lutté contre le *numerus clausus*, prédit le drame de la désertification médicale, anticipé les défis auxquels la médecine générale serait confrontée. Ses analyses se sont souvent révélées pertinentes. Mais également dérangeantes. On ne s'en étonnera pas : le « toubib en colère », devenu aujourd'hui consultant, s'est exprimé à la tribune avec la liberté de parole qu'on lui connaît, quitte parfois, à susciter quelques remous.



Nombre et densité de médecins an activité d'après le scénario tendanciel

Tout le monde connaît ce graphique de la DREES. La démographie médicale est en baisse continue depuis des décennies. En 2014-2015, elle va s'effondrer encore plus. Face à ce désastre, subitement tout le monde se met à parler de la « médecine d'équipe ». En parallèle qu'observe-t-on du côté des jeunes ? Six pour cent d'entre eux optent pour une installation en libéral. Ainsi ces structures d'exercice collectif semblent plébiscitées : on organise des colloques, les jeunes y sont, dit-on, favorables... Mais qu'est-ce que cela représente au juste ? 291 maisons ou pôles de santé selon le dernier rapport de l'IGAS, 410 centres médicaux ou polyvalents. C'est tout. Au total cela correspond à 0,5 % des dépenses ambulatoires. Pas plus. On dit que la révolution est en marche. Certes, mais la marche est lente.

Alors pourquoi cette médecine d'équipe ne se développe-t-elle pas puisqu'une véritable unanimité semble se dégager en faveur de ces nouveaux modes d'exercice ?

Tout simplement parce que cela ne fonctionne pas si bien que cela.

Les centres en déshérence...

Les centres de santé sont en équilibre économique précaire. Une foultitude de rapports le démontre : celui de l'IGAS (14 centres étudiés dont 9 en déficit), l'enquête REFERIS (30 centres en Île-de-France dont 25 en déficit) et l'Audit que nous avons mené avec Alain Coulomb (Richard Bouton consultants) sur 32 centres en Île-de-France et en Languedoc-Roussillon. Le total de l'échantillon représente 76 centres, ce qui est assez représentatif. Parmi les centres audités, 63 % sont en déficit. Pourquoi ? Lisez le rapport de l'IGAS, vous comprendrez : le

modèle économique n'est pas bon à cause des charges, notamment le tiers payant, obligatoire, systématique et sans seuil (même pour des actes infirmiers).

Certains centres s'en sortent ; mais à quel prix ? Même les centres équilibrés manquent de moyens pour investir, pour renouveler le personnel, le matériel...

Les maisons de santé, une situation juridique précaire

Pour les maisons de santé pluridisciplinaires le handicap est d'une autre nature : l'environnement juridique et conventionnel est inadapté et les relations avec les collectivités locales sont parfois délicates. Ces deux raisons entravent leur développement.

En quoi le cadre juridique est-il défavorable ? Chaque profession de santé est régie dans un cadre conventionnel spécifique qui n'a pas été conçu pour le travail en équipes pluriprofessionnelles, voire qui s'y oppose. Les SISA, récemment créées sont insuffisantes. Il faut compléter par une ou plusieurs SCM (société civile de moyens). C'est très compliqué sur le plan juridique.

Les relations avec les collectivités locales et territoriales : quand on parle de maison de santé, cela signifie que les collectivités locales et territoriales mettent la main au pot. C'est la confrontation de deux univers, d'un côté des collectivités locales de culture publique et administrative, de l'autre, des professionnels de santé de culture indépendante et libérale. Les relations ne sont pas toujours simples entre ces deux univers. Si la collectivité locale paye elle va avoir ses exigences : « on veut bien mettre 800 000 euros dans une maison de santé, mais on souhaite un médecin de garde 24h/24h ».

Enfin il faut éviter 3 écueils principaux pour créer une maison de santé :

- D'abord négocier un accord équilibré avec le bailleur. À savoir établir un montant pour le loyer en cohérence avec leurs anciennes charges car si cela coûte plus cher que leur ancien exercice, les praticiens ne viendront pas.

- Une fois cet accord trouvé on doit se poser la question de la solidarité en cas de départ d'un professionnel. Mettons que l'on ait regroupé 15 professionnels dans une SISA. La SISA va payer un certain loyer et le diviser entre les 15. Mais si un ou deux praticiens s'en vont, qui va payer ? Ceux qui restent ? Non. Pour que cela fonctionne, il faut que la commune se substitue aux partants...

- Une fois passés ces deux premiers handicaps il reste à faire les arbitrages intraprofessionnels. On établit les clefs de répartition des charges suivant les surfaces occupées par les cabinets. Mais cela ne suffit pas, il y a aussi les arbitrages entre professions : les infirmières ne veulent pas payer autant que les médecins, attendu que leurs revenus sont moindres. De même le kiné qui a besoin de 40 m² ne souhaite pas payer plus cher que le médecin dans son cabinet de 20 m²...

Ca, c'est la vraie vie ! Monter une maison de santé c'est difficile ! Mais parfois on y arrive. Regardons du côté des structures qui fonctionnent pour comprendre comment parvenir à des équilibres qui satisfont tout le monde.

Centre ou maison, comment choisir ? Pour ceux qui seraient tentés par l'aventure, il est bon de connaître les avantages et les inconvénients de chaque structure

Les 5 points forts de la maison de santé

- relation médecin malade
- rémunération
- frais de fonctionnement sous contrôle
- aide publique
- implication des professionnels de santé

Les 5 points forts du centre de santé

- accès aux soins
- qualité de l'accueil et du secrétariat
- création d'une offre de soins complémentaires
- intérêt pour le praticien : tout le matériel est fourni, le praticien n'a à se soucier de rien.
- la partie immobilière est entre les mains du gestionnaire.

Rappelons-nous que toutes ces structures ont suivi les traces de 2 pionniers...

Deux personnes ont marqué la médecine d'équipe. Du côté libéral William Junod, président du SNMG (Syndicat national des médecins de groupe, composante de la CMSF) et Jean-François Rey à Marseille à l'origine de la plupart des centres de santé du grand conseil de la mutualité.

INTÉRÊT POUR LES PATIENTS

	Maison de santé pluridisciplinaires	Centres de santé
Conditions d'accès aux soins	↓	↑
Continuité des soins	↑	↑
Travail en équipe	↑	↑
Qualité de l'accueil et du secrétariat	↓	↑
Qualité de la relation médecin/malade	↑	↓
Qualité des soins	↑	↑

INTÉRÊT POUR LES PRATICIENS

	Maison de santé pluridisciplinaires	Centres de santé
Conditions d'exercice	↓	↑
Plages d'exercice	↓	↑
Rémunération	↑	↓

EFFETS SUR LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE LOCALE

	Maison de santé pluridisciplinaires	Centres de santé
Maintien de l'offre de soins existante	↑	↓
Création d'une offre de soins supplémentaire	↓	↑
Attrait pour les jeunes praticiens	↓	↑

MODÈLE ÉCONOMIQUE

	Maison de santé pluridisciplinaires	Centres de santé
Frais de fonctionnement	↑	↓
Dépenses afférentes aux locaux	↓	↑
Équilibre financier général	↑	↓

DIFFICULTÉS À RÉSOUDRE POUR LA MISE EN PLACE

	Maison de santé pluridisciplinaires	Centres de santé
Environnement juridique	↓	↑
Aides publiques	↑	↓
Implication des acteurs publics	↑	↑
Implication des professionnels	↑	↓
Les arbitrages professionnels	↓	↑
Conception de la partie immobilière du projet	↓	↑

Faut-il encourager le développement de ces structures, comment ?

Table ronde avec la participation de :

- **Dr Jean-Martin COHEN SOLAL**, Délégué Général de la Mutualité Française
- **Claude EVIN**, Directeur de l'ARS Île-de-France
- **Philippe GEORGES**, Inspecteur Général des Affaires Sociales
- **Pr Guy VALLANCIEN**, Chirurgien, Professeur d'Urologie (Université Paris Descartes), spécialiste en cancérologie, consultant à l'Institut Montsouris.

32



Des centres en mauvaise santé :
ce que nous apprend le rapport de l'IGAS

Remis en juillet 2013 par Cécile Waquet et Philippe Georges, le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) fait une analyse poussée des blocages inhérents au développement des centres de santé. Bonne nouvelle, les mois d'enquête ont aussi permis de faire émerger des pistes de réforme. Le point avec Philippe Georges.

L'alignement, une impasse.

La situation actuelle : l'alignement sur la situation des médecins libéraux dont le mode de rémunération évolue par la mise en place d'un certain nombre de forfaits. Les maisons et les centres de santé ont eux aussi demandé des forfaits. Pour les rédacteurs du rapport, c'est une impasse car les forfaits négociés par les représentants des médecins libéraux avec l'assurance maladie ne prennent pas en compte les spécificités des centres de santé. Par ailleurs, ils ne s'appliquent pas de plein droit aux centres, ce qui conduit à une course poursuite avec un effet retard. La solution ? Le rapport propose un vrai bouleversement des règles : casser la règle implicite d'alignement sur la rémunération des professionnels libéraux.

L'impossible équilibre

L'autre enseignement de ce rapport : il n'y a aucune possibilité que les centres de santé atteignent l'équilibre financier. Certains y parviennent mais à quel prix ! Les ressources de l'Assurance maladie ne couvrent pas les dépenses, il faut un financement extérieur. Mais ce financement extérieur est de plus en plus contraint : les mutuelles ne peuvent plus financer les œuvres sociales, les associations qui gèrent les centres sont en difficulté et demain les communes seront probablement dans la même situation. Un certain nombre d'activités des centres sont non rémunérées, comme la gestion du tiers payant, l'accompagnement social, la santé publique et même l'exercice coordonné... À noter que les enquêteurs de l'IGAS ont

fait une découverte intéressante : il existe bien dans les textes la possibilité de rémunérer les centres dans leur dimension « exercice coordonné » avec une « option de coordination » mais cette option est très diversement utilisée.

La solution : agir sur les leviers d'action à l'intérieur des centres. « Cela a été une de nos bonnes surprises de constater que des efforts nombreux ont été engagés dans les centres pour mieux gérer les dépenses et les maîtriser » précise Philippe Georges. Le rapport fait la compilation des mesures, des boîtes à outils trouvées par chaque gestionnaire afin de mettre à la disposition du plus grand nombre les idées les plus intéressantes... « Nous ne faisons que reprendre des initiatives des uns et des autres ou le fruit des réflexions d'un certain nombre d'études menées par l'ARS IDF ou les cabinets études comme Richard Bouton consultant ». Si ce travail de compilation ne présente pas d'originalité, il est précieux et fournit des pistes d'action pragmatiques.

Le règne de l'opacité

On ne peut pas se reposer uniquement sur les efforts de gestion des centres. Il faut agir aussi au niveau macro économique, au niveau national. Les modes de financements sont opaques. « Mais dans l'opacité il n'y a pas de sous-entendu de suspicion, de fraude, souligne Philippe Georges. C'est opaque, on n'y voit pas clair. »

La solution : bâtir un système de financement qui reposerait sur trois types de rémunération. À côté du paiement à l'acte, il faut avancer dans la voie de

rémunération forfaitaire grâce notamment à trois modes de rémunération :

- Créer un forfait de gestion regroupée, ce qui correspondrait à l'option de coordination et simplifier les conditions d'octroi pour que ce soit quasi général pour l'ensemble des centres. Une seule condition serait requise pour bénéficier de ce forfait : respecter des règles de bonne gestion. Il pourrait y avoir une aide de l'ARS pour atteindre ce degré minimal de rémunération et de bonne gestion.

- Créer un forfait de coordination médicale et surtout bien identifier et définir ce qu'est la coopération médicale. « On se gargarise beaucoup de l'exercice coordonné, on a l'intuition qu'il est mieux d'avoir une équipe face à soi et de bénéficier d'une intelligence collective. Mais cette notion de coordination est peu documentée ; le financeur est pour l'heure frileux à rémunérer cette coordination faute de savoir précisément de quoi il retourne. Qu'est-ce que la « coordination » ? Si ça se limite à une machine à café et un quota contrôle de capsules, le coût n'ira pas chercher loin mais le bénéfice médical n'est pas avéré » résume Philippe Georges. Il faut avancer sur cette voie d'une meilleure définition de l'exercice coordonné pour la crédibiliser auprès des financeurs. Un travail important a été fait par la HAS avec ses matrices de maturité.

En résumé, que dit ce rapport ?

Dans un contexte où sont recherchées des formes d'exercice regroupé et coordonné de la médecine ambulatoire, ainsi que des réponses aux inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins, les centres de santé, qui offrent des soins ambulatoires pluriprofessionnels en secteur 1 et en tiers payant, méritent une attention particulière. Si leur efficacité médico-économique ne peut être prouvée, leur utilité sanitaire et sociale est réelle. Il importe alors d'analyser les causes de leur fragilité financière, ce qui conduit à proposer un nouveau modèle économique, reconnaissant aux centres de santé une rémunération forfaitaire en plus du paiement à l'acte, sous réserve d'efforts de gestion.

source :

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article322>

L'ensemble du rapport est consultable sur cette même adresse.

- le troisième niveau de rémunération porterait sur l'accompagnement social et la santé publique. Là encore, un gros travail de définition des contenus de ce type d'actions doit être réalisé. Pour certains centres, l'accompagnement social se limite à la gestion du tiers payant. Dans d'autres structures cela peut aller jusqu'à la présence d'une assistante sociale comme dans le pôle santé de Paris Nord. En santé publique, beaucoup de centres abandonnent toute activité dans ce domaine faute de financement ; d'autres travaillent à perte.

En conclusion : un gros travail de clarification est nécessaire.

Les représentants des centres pourraient proposer de bloquer la rémunération de l'acte pour eux-mêmes, de façon à laisser croître la part consacrée au forfait comme le suggère la note 73 du rapport. Car, rappelle Philippe Georges, chacun sait que l'essentiel d'un rapport est parfois dans ses notes de bas de page !

Claude EVIN, ARS Île-de-France

Je me retrouve tout à fait dans l'appréciation portée par Richard Bouton et notamment son analyse des difficultés rencontrées, du cadre juridique instable, de l'insuffisante protection apportée par le régime de la SISA, des relations parfois délicates avec les collectivités territoriales.

Notre préoccupation à l'ARS est d'assurer l'organisation d'une offre de soins de premier recours dans un territoire très divers. L'Île-de-France est en effet une région à la fois très urbaine et rurale puisqu'un département comme la Seine et Marne est, en surface, le plus grand département

rural de France ! Face à la montée des maladies chroniques, le développement d'équipes pluriprofessionnelles, organisant une réponse sur un temps long et intégrant dans sa prise en charge l'éducation thérapeutique, est une nécessité. D'autant que, nous l'avons vu, les jeunes professionnels y aspirent.

Mais notre système ne répond pas du tout à ces objectifs ! Alors comment assurer le changement ? **Tant qu'on continuera à se battre pour maintenir l'existant sans vouloir se projeter réellement dans l'avenir, nous n'avancerons pas.**

Sur la question des nouveaux modes de rémunération, la loi de financement, (art. 44 du nouveau code de la sécurité sociale) a été votée il y a un an. Depuis, rien n'a bougé. On pourrait aussi parler de la coopération entre les professionnels de santé et souligner **le nombre très limité de protocoles de coopération qui nous sont déposés.** Plusieurs en établissement de santé et très peu en libéral. Pourquoi ? Parce qu'on n'arrive pas à sortir d'un mode de fonctionnement très cloisonné, où chacun défend qui l'hôpital, qui le médecin généraliste conventionné. Le débat sur les urgences à l'Hôtel-Dieu est de même nature. Certains refusent d'accepter l'idée que le système des urgences doit se rénover car la réponse aux attentes de la population ne sera plus demain ce qu'elle fut il y a 3 ans, 5 ans ou 15 ans. La situation a changé, les aspirations se sont modifiées, la réponse du système de santé doit s'adapter. Le centre de consultation 24/24h répond à un vrai besoin de la population, beaucoup plus que ne le ferait un service d'urgence au centre de Paris.

Une fois ce cadre général évoqué, **quels éléments de réponse apporter ? Maison ou centre de santé, le statut juridique m'importe peu.** La question est : **quels sont les objectifs** auxquels nous voulons répondre ? Nous sommes confrontés à un problème de démographie, différent selon les territoires. Des équipes pluridisciplinaires sont une réponse à ce problème. Cela nécessitera des évolutions juridiques, comme le soulignait Philippe Georges. Il va falloir réussir à **combinaison harmonieusement différentes formes d'exercice.** Chacune avec ses spécificités, chacune avec ses fragilités. Ainsi, Richard Bouton soulignait pour les centres de santé, les limites de la SISA particulièrement manifestes lorsqu'un professionnel part... Le même problème se retrouve avec les cabinets de groupes. Avec l'URPS IDF dans le cadre d'une convention, nous avons contribué à financer un projet de recherche. L'URPS a répertorié les cabinets de groupe, (réunion dans un même local de 3 professionnels au minimum, dont un médecin). Sur l'Île-de-France, on compte 1 200 cabinets de groupe. Ces cabinets se sont développés à partir de la fin des années 70. Ils sont aujourd'hui confrontés à des départs à la retraite. Quand un praticien part, la structure elle-même peut disparaître. C'est un vrai sujet d'inquiétude, auquel nous n'avons pas de réponse aujourd'hui.

Que peut-on dire, en tant que représentant de l'ARS, face à cette organisation nationale qui échappe un peu aux compétences de l'agence ? Ce que Philippe Georges a dit sur les fragilités des centres de santé, je le partage.

Avec la fédération des centres de santé, nous avons travaillé sur une trentaine de centres à Paris et dans la petite couronne, en vue de trouver des pistes d'amélioration de leur modèle économique.

- Les **charges** de coordination, les charges de prévention, la gestion administrative du tiers payant, ce n'est certainement pas l'ARS qui peut apporter la réponse. Mais nous pouvons accompagner les centres et les aider à amender leur organisation interne. Nous avons commencé, nous allons poursuivre cette démarche.

- Il faut aussi se pencher sur la question des **systèmes d'information.** Et ce, pas seulement pour les centres de santé mais pour tous les modes d'exercices.

- Il est nécessaire de développer de nouveaux **modes de rémunération.** Cent cinquante modes de rémunération vont être lancés.

- Enfin, progressivement, il conviendra d'élaborer une sorte de **cahier des charges** pour permettre aux acteurs (professionnels, collectivités territoriales...), d'entrer dans un système de labellisation des structures qui serait un gage de qualité (accessibilité aux soins, permanence, suivi de tel ou tel protocole, etc.). Nous sommes en train d'élaborer un modèle de cahier des charges.

Pour l'ARS Île-de-France, la question des structures d'exercice collectif est déterminante : nous avons 220 centres de santé généralistes en Île-de-France et

plusieurs dizaines de centres dentaires soit au total environ 300 centres de santé et un peu plus de 25 maisons de santé pluriprofessionnelles auxquels s'ajoutent un certain nombre de projets de création. Nous sommes encore loin de répondre à l'ensemble des enjeux auxquels nous sommes confrontés pour l'offre de soins de premier recours en Île-de-France, et notamment dans la grande couronne.

Jean Martin Cohen Solal, délégué général de la Mutualité.

Les centres de santé, un mouvement historique, une réponse pertinente aux défis d'aujourd'hui.

Quand on parle des centres de santé, on ne sait pas si c'est un objectif passé ou un objet d'avenir. Mais c'est dans les racines qu'on construit l'avenir. Et comme le disait Jean Jaurès : c'est en coulant vers son embouchure que le fleuve peut rester fidèle à sa source.

Charles Descours vient d'évoquer les centres de Grenoble ; cela me rappelle notre jeunesse. Les gens de notre mouvance essayaient de se battre pour un mode d'exercice différent. Ce mode d'exercice est aujourd'hui reconnu et considéré **comme une réponse pertinente aux enjeux de la santé de demain.** Ainsi, si la Mutualité défend ces nouveaux modes d'exercice, ce n'est pas seulement parce que nous sommes gestionnaires de centres mais parce que nous pensons que c'est une réponse pertinente aux défis actuels. C'est là une vision pragmatique et non idéologique. Comme le disait Claude Evin, le centre de santé, n'est pas la seule

réponse. Mais une chose est claire : le mode libéral, seul dans son cabinet à Paris ou en province comme je l'ai fait autrefois, n'est plus la réponse adaptée aux enjeux de santé.

Les centres de santé de Grenoble, Saint-Nazaire, ou Evry n'ont pas fonctionné parce que leur modèle économique n'était pas pertinent. Si on veut la pérennité, il nous faut un modèle économique viable. En ce sens, le rapport de l'IGAS est une très bonne chose. Cela fait très longtemps que l'IGAS n'avait pas été sollicitée à ce sujet. Je tenais à souligner **l'excellence du travail réalisé par Philippe Georges et Cécile Waquet, qui montre les principaux blocages à lever :**

- Le tiers payant dont le coût est élevé pour les structures. Si l'on veut un développement du tiers payant, il est essentiel de lever ce blocage. L'intérêt du tiers payant, nous y croyons : cela facilite l'accès au soin et c'est un mode de fonctionnement plus moderne que d'envoyer la feuille de soin par carte vitale et dire au patient vous me payez puis vous serez remboursé. Mais veut-on vraiment le tiers payant ? Je me pose parfois la question. L'IGAS a rédigé son rapport en juillet, nous qui sommes un acteur majeur, nous n'avons jamais reçu ce rapport. Nous attendons depuis des mois une mise en œuvre concrète de ce travail de réflexion sur le tiers payant. Tous les rapports, et notamment le rapport Bouton/Coulomb, l'ont montré, ce tiers payant engendre des surcoûts intolérables.

- Les coûts fixes. Il faut une réflexion économique pour les maîtriser. Les centres

pourraient mettre en commun des moyens pour les prises de rendez-vous, les achats, la formation. Il faut réfléchir en termes « économiques ». Selon le Président Etienne Caniard, avoir un modèle économique viable est fondamental dans le monde mutualiste, car un déficit est toujours payé par quelqu'un d'autre. Alors comment construire ? Il faut travailler en permanence avec les professionnels de santé ; on ne fera pas les choses sans eux.

- Le lien ville/hôpital. Claude Evin le rappelait. Les centres de santé sont mieux placés que d'autres pour proposer des consultations avancées hospitalières. On peut faire travailler des équipes hospitalières dans des centres pour créer un vrai lien.

Les centres de santé appartiennent à l'histoire et sont un jalon de l'avenir. Richard Bouton racontait l'histoire des modes d'exercice différents, je me souviens de William Junod, promoteur de la médecine de groupe. **C'était un peu une révolution à l'époque. Cela devient aujourd'hui une évidence.**

Pr Guy Valencien, chef du département urologie à l'Institut mutualiste Montsouris, auteur de rapports sur la rémunération des chirurgiens et sur les maisons de santé.

Il y a 5 ans j'avais réuni une convention dont le thème était : de l'artisanat médical à l'industrie du soin. Nous en sommes toujours là. Il faut **passer de l'artisanat médical à l'industrialisation du soin.** Sinon, nous nous ferons doubler.

Il y a des acteurs qui n'attendent qu'une chose : prendre le relai. Nous pouvons discuter des modalités de rémunération, des modes juridiques, de tout ce qu'on veut... **Mais regardons les structures qui fonctionnent** : les 4 professions médicales qui gagnent le mieux leur vie sont les anesthésistes, les anapaths, les radiologues, les biologistes. Ils sont en majorité en secteur I. Quel est leur secret pour être rentable ? Ils délèguent à des collaborateurs (laborantins, manipulateurs, techniciens...). **Nous, nous préférons mourir que déléguer. C'est dramatique.** On laisse quelques bribes à des infirmiers... mais pas toujours dans de bonnes conditions. On peut organiser le système à partir de plateformes sanitaires ambulatoires de premier recours dans des villes de moyenne importance avec des extensions dans les villages où des professionnels de santé – pas forcément des médecins – iront pour assurer les prestations sanitaires.

Libérer du temps médical

On doit aussi réfléchir à des modes d'organisation internes différents : François Pelen s'est installé dans un cabinet de 300 m² près de la Madeleine, le quartier le plus cher de Paris. Son centre assure 250 rendez-vous par jour. C'est de l'industrie : 80 % des rendez-vous sont pris par internet, il n'y a donc qu'une seule secrétaire, les orthoptistes sont installés dans petits locaux qui précèdent le cabinet du médecin. Le patient a son rendez-vous en 48 heures alors qu'on met 6 mois à un an ailleurs. En moins de 20 minutes il est traité. Le tout se fait en

secteur I et c'est une affaire rentable. Les français sont prêts à ce système-là. Il faut le développer.

Le conseil de l'ordre les a attaqués. Comme Philippe Mouret lorsqu'en 1987 il a réalisé à Lyon la première coelioscopie au monde. Il a été considéré comme charlatan. Quand on dérange, on se fait lyncher. **Les pionniers dérangeant. François Pelen dérange car son message va à l'encontre de nos croyances. Dire qu'il faut industrialiser les soins n'est pas une pure provocation.** Bien sûr, l'art médical ne peut pas être rationalisé comme un process industriel. Néanmoins, **tant que nous resterons artisans, nous continuerons à nous plaindre de ne pas être assez payés, nous aurons des files d'attente, et nous dépenserons toujours plus pour la santé.**

Rationaliser sans perdre son âme

Les dépenses de santé ce sont chaque année **200 milliards d'euros**. Avec ces 200 milliards, on a de quoi tout réorganiser à condition qu'on en ait la volonté. Mais le corps médical est un des corps les plus enclins à batailler en interne, à se déchirer en luttes syndicales intestines. Il faudrait au contraire regrouper nos forces vives.

Que pourrait-il arriver sinon ? **D'autres opérateurs, dotés d'une vraie puissance financière pourraient prendre le relai. Je pense notamment aux constructeurs : 3 à 4 000 maisons de santé c'est 3 à 5 milliards d'euros.** Cela va intéresser Vinci ou Bouygues... Regardez les fonctions supports. Pourquoi faudrait-

il que nous ayons tous notre secrétaire, qu'on achète chacun de son côté son petit matériel de soins. Les centrales peuvent le faire ! Nous pouvons rationaliser les processus **sans perdre notre âme de médecin** entrepreneur et libéral... Seul notre logiciel mental nous en empêche. Résultat : on trotte dans un monde qui galope. Demain on va piétiner et ensuite on va s'arrêter.

Discussions

Sur le problème du financement de l'acte intellectuel et de l'acte technique ?

Marie-Laure Alby :

“ L'industrialisation des soins telle que développée au centre de la Madeleine ne résout pas le problème du financement de l'acte intellectuel. La délégation de tâche ne résoudra pas tout. ”

Guy Valencien :

“ Pour des spécialités très techniques, la consultation pourrait être peu honorée et dans d'autres spécialités, elle pourrait être beaucoup plus chère. On devrait négocier par branche. ”

Jean-Martin Cohen Solal :

“ Nous avons mené une réflexion à la Mutualité. Il faut différencier l'acte intellectuel et les moyens de faire cet acte. Un même acte n'engendre pas les mêmes coûts à Tulle, ou selon les arrondissements. Et pourtant l'acte intellectuel doit être rémunéré de la même façon. Je renvoie la balle à Claude Evin : on n'a pas donné assez de place aux ARS, qui devraient adapter la rémunération aux réalités territoriales. La réforme HPST n'est pas allée au bout de sa logique. Or une réforme arrêtée au milieu du gué ne marche pas. Hélas, en France on aime bien avoir les

deux fers au feu. Allons jusqu'au bout de la logique territoriale. ”

Claude Evin :

“ Il ya des contraintes institutionnelles dont il faut tenir compte, il y a également la position des organisations syndicales, qu'il ne m'appartient pas de contester. Par ailleurs, ce genre de réforme ne peut se faire que lorsqu'on a des marges financières. Or, nous n'en avons pas. Nous aspirons en tant qu'ARS à avoir la possibilité de contractualisation au niveau régional, dans le cadre national. Cette possibilité, nous ne l'avons pas. ”

Charles Descours :

“ Si on négocie sur un acte qui est le même à Tulle ou place de la Madeleine, mais pour lequel l'environnement économique n'est plus le même, on risque de remettre en cause la discussion conventionnelle nationale. Or la discussion conventionnelle nationale est le seul sujet sur lequel tous les syndicats médicaux -on en a 6 maintenant- sont d'accord. Si nous revenons là-dessus c'est un coup politique terrible et ensuite nous le paierons cher. On peut adopter une solution mixte : un cadre national, rassurant pour tous, mais qu'on pourrait adapter à la réalité. ”

Sur l'industrialisation de la médecine :

Philippe Georges :

“ Il y a des éléments d'industrialisation qu'on peut mettre en place, ainsi que des éléments de management. On peut mutualiser la prise de rendez-vous, on peut aussi mettre en place le partage des ressources et la répartition de ces ressources... Et notamment revoir la question des rémunérations. Aujourd'hui dans certains centres on a des professionnels de santé qui cumulent les salaires du libéral et les avantages des centres de santé.”

Guy Valencien :

“ Autrefois les voitures étaient construites à la main. Puis on a industrialisé le processus, c'est la voiture de Ford. Aujourd'hui, si vous visitez une usine, vous verrez que votre Clio n'est pas la même que celle du voisin. Il y a 200 000 modèles différents en fonction des options. L'industrie a su rationaliser et personnaliser tout à la fois. Il en est de même en médecine : c'est parce qu'on va industrialiser les process qu'on va gagner du temps d'écoute et du temps médical.”

Sur les freins et les peurs

Virginie Mamelle, élue à Rueil Malmaison en charge de la santé, du handicap et de la culture :

“ Pour fréquenter les libéraux, je dirais qu'ils ne sont pas tous des pionniers, dotés d'un tempérament intrépide,

voulant innover et se lancer dans de grandes aventures, mais ce que je ressens comme freins à l'entrée dans ces nouveaux modes de fonctionnement, c'est surtout une peur générale. Ce n'est pas une peur ciblée. Les libéraux ont peur de tout ce qui est institution, de ce qui est ÉTAT, de tout ce qui est collectif. Avant de faire quoi que ce soit de concret, il faut essayer de dédramatiser, de restaurer la confiance avec les collectivités territoriales et la fonction publique.”

Guy Valencien :

“ Il y a aussi la crainte de l'entreprise : la médecine libérale n'aime ni la tutelle ni l'entreprise. Avec Pierre de Haas nous donnons des cours sur les maisons de santé aux jeunes, nous leur parlons du statut d'entrepreneur. Dans les dix ans à venir, 25 000 médecins généralistes vont partir à la retraite et 28 000 jeunes vont entrer sur le marché. Il faut leur expliquer les évolutions du système de santé. Ils ont peur de la tutelle, ils redoutent de ne pas être libres de faire un certain nombre de tâches...”

Jean-Martin Cohen Solal :

“ Les médecins ont également peur de nous. Ils ont l'impression que la Mutualité leur en veut. Or, nous n'allons pas prendre la place des médecins. C'est un fantasme. Les mutuelles permettent l'accès au soin pour tous, elles ne peuvent pas travailler sans les médecins. On parle d'étatiser la médecine, ça n'a aucun sens, il faudrait rétablir un contrat de confiance...”

Alain Coulomb :

“ Cette peur ne concerne pas seulement les médecins libéraux. La grande peur c’est aussi entre les citoyens et l’État. ”

Henri Parent, Coopération santé :

“ Je voudrais réagir sur les 28 000 médecins qui sont la relève et à qui vous prêtez un futur universitaire, un esprit d’entreprise, la capacité à industrialiser leurs soins et encore un autre objectif : leur redonner confiance en l’État. Ce troisième sujet ce n’est pas l’université qui va y parvenir. Ce n’est pas elle qui peut redonner cette confiance. Il faut que l’État soit exemplaire en matière de gestion d’entreprise. Pour le médecin isolé, l’État en face de lui est un monstre qui engloutit des milliards de déficit année après année. Ce trou noir abyssal au bout de 30 ou 40 ans ne peut que créer une angoisse. ”

Sur le lien ville hôpital**Guy Valencien :**

“ Il faudrait une maison de santé dans chaque hôpital. Quand j’étais interne, nous avions à Necker la « consultation porte ». Ces consultations, on les a toutes fermées. Aujourd’hui, les urgentistes sont vent debout quand on leur dit qu’on pourrait faire venir des généralistes dans l’hôpital... En Province ce mouvement est pourtant en train de se faire. De belles expériences sont tentées. ”

Richard Bouton :

“ Il n’y a en effet plus de services de porte à l’hôpital. Or les soins primaires ce sont quand même avant tout les généralistes qui les portent. Alors que s’est il passé ? Nous étions quelques-uns à nous être éreintés pour faire entrer la médecine générale dans le code de la santé publique. Or les enseignants de médecine générale ont fait une erreur stratégique majeure : ils ont refusé que la médecine générale soit une discipline hospitalo-universitaire. Résultat, elle est sortie de l’hôpital. Que se passe-t-il désormais ? Les urgentistes remplissent le rôle des généralistes. Et qui forme les futurs généralistes en milieu hospitalier ? Cette situation absurde a des conséquences en nombre, notamment pour les soins primaires. ”

Sur le difficile équilibre des centres de santé

Marc Cohen, centre de santé de l’OSE (œuvre de secours aux enfants) à Paris.

“ J’aurais voulu plus d’informations sur les centres qui marchent. J’exerce ce métier depuis plus de 30 ans. C’est un métier difficile. Nous recevons de plus en plus d’internes dans notre centre, ils sont passionnés, ils veulent y travailler mais je n’ai pas la possibilité de leur offrir le salaire qu’ils recevraient à l’hôpital. ”

Alain Coulomb :

“ Comme on dit quand on n’a pas la réponse à la question, « c’est multifactoriel » : cela dépend des allocations de ressources, des rémunérations, de la coordination. En dernière analyse, je constate que la qualité du management est un élément clef. Dans notre étude, en changeant simplement le directeur du centre on a parfois pu changer l’équilibre du centre avec les mêmes employés, les mêmes équipes... Je ne dis pas que c’est la seule solution. Mais déjà, accepter l’idée qu’un centre de santé soit « managé », c’est faire preuve d’une grande audace intellectuelle...”

CONCLUSION

par Pierre-André Gandon,
secrétaire général
de Coopération Santé

Qu’avons nous appris ce matin ?

- 1/ Il y a urgence de mettre en œuvre une véritable politique de création sur l’ensemble des territoires de structures collectives de premier recours pour pouvoir rendre aux services d’urgence leur véritable vocation.
- 2/ Les conflits idéologiques entre médecine salariée et médecine libérale s’estompent face aux réalités économiques et à l’évolution des techniques de diagnostic. Centres de santé, maisons de santé mêmes objectifs, pourquoi ne pas imaginer une seule organisation pour les représenter vis à vis des pouvoirs publics.
- 3/ L’exercice solitaire de l’acte médical n’enthousiasme plus les jeunes praticiens qui recherchent en priorité un exercice en commun privilégiant un support confraternel, un rapport de confiance avec un patient éclairé, des conditions de travail permettant d’harmoniser vie professionnelle et vie privée, tout en offrant au patient un service de garde 6 jours sur 7.
- 4/ Devons-nous croire à un avenir meilleur pour tous, patients et professionnels de santé ? OUI, si coopérer ensemble devient une réalité.

Merci à tous pour votre présence et votre participation.

“ Soigner mieux, dépenser mieux ». C’est le slogan choisi par Alain Coulomb président de Coopération Santé, pour résumer l’objectif de la rencontre. « Faire mieux avec les mêmes moyens est assurément la démarche fondatrice de Coopération Santé. Il ne s’agit pas de faire appel à de nouveaux acteurs, mais de créer du « lien » entre tous les acteurs, pour que ceux-ci se connaissent mieux, travaillent mieux ensemble. ”

Alain Coulomb, Président de Coopération Santé



Coopération Santé

Association loi 1901

COOPÉRATION SANTÉ

BP 2 – 34150 GIGNAC

tél : 04 67 57 98 98

cooperation-sante@orange.fr

www.cooperation-sante.fr