



Soins de santé primaire et ARS : les craintes des médecins généralistes

**Comment les médecins
généralistes
perçoivent-ils la création
des ARS? Quelles sont
leurs attentes
et leurs craintes?
Point de vue du président
de MG-France.**

L'importance de la réponse de soins de santé primaire (terminologie de l'OMS), dite réponse de premier recours (loi HPST), ou de proximité dans la terminologie politique récente, émerge peu à peu, avec lenteur, dans une relative inefficacité du fait des résistances multiples. Mais enfin quelques responsables commencent à comprendre que c'est le point de faiblesse principal de notre système de santé.

Peut-être s'agit-il même d'un point de faiblesse qui sera à terme mortel pour un système de santé en faillite financière qui est en train de commettre une ultime erreur : ne pas mettre le « paquet » sur la réorganisation d'une réponse de proximité susceptible d'assumer les soins primaires, et ainsi permettre une bonne utilisation du reste du système, au premier rang duquel l'hôpital qui coule et croule dans des missions qui ne sont pas les siennes, et dans un véritable détournement d'usage que lui impose la désorganisation globale du système de santé français.

La réorientation des soins vers la médecine générale nécessite... des médecins généralistes. Mais à force d'entendre dire que les soins primaires pourraient se passer des médecins généralistes, ceux-ci se posent des questions, et parfois quittent la profession, épuisés ou découragés. Pendant ce temps, nos jeunes confrères et confrères regardent et attendent de savoir comment et où ils pourraient exercer sereinement ce métier difficile, exigeant mais passionnant!

L'ARS outil? Oui mais...

L'ARS réunit dans ses mains des compétences qui devraient, théoriquement, aider

à construire des réponses adaptées aux besoins de santé de la population. Mais elle manque des outils nécessaires pour adapter et construire cette réponse auprès de la population et des acteurs de terrain, là où sera réellement jugée son action.

– Elle ne dispose pas des données de santé ambulatoire, mais des données de liquidation de l'assurance maladie, dont les limites pour gérer notre système de santé sont peu connues par les responsables.

– Elle a peu de données sur l'offre de santé de proximité : le zonage de proximité fait par les missions régionales de santé pour définir les zones « désertiques » a montré ses limites, car construit sans tenir compte ni du temps de travail ni de l'âge des médecins généralistes.

Comment, dans ces conditions de mauvaise visibilité, améliorer la réponse aux besoins de santé de proximité? Une solution pourrait être de donner aux acteurs locaux un rôle de régulateurs dans l'adaptation besoin-réponse.

Un exemple : pour le maintien à domicile des personnes âgées, nous avons besoin d'organiser le volet soin en liaison avec le volet social (logement, accès à différents services comme les repas...). Pour cela, il nous faut anticiper sur la perte d'autonomie, donc faire un bilan de ce risque, organiser et coordonner la réponse aux besoins de santé et d'accompagnement lorsque cette perte d'autonomie survient. Or, aujourd'hui, les acteurs de proximité ne sont pas les organisateurs de cette préparation logistique, ils n'en sont pas les gestionnaires, et ne connaissent finalement pas les ressources quand elles existent. Ces ressources sont en plus rarement adaptées aux différents niveaux d'urgence avec des délais

Claude Leicher

Président du syndicat MG-France

de réactions qui peuvent aller de la prise en charge immédiate d'une décompensation à l'organisation programmée d'une entrée en structure collective.

Il faut donc organiser une continuité de service auprès de la population en donnant aux acteurs de terrain une unité d'action médico-sociale. C'est au niveau de la mise en œuvre de terrain que le décloisonnement doit se faire; la coordination des soins doit se concrétiser par une véritable coordination médico-sociale de proximité. Les ARS ont-elles conscience de cet aspect et ont-elles les moyens de le mettre en œuvre?

Proposition : les ARS devraient déléguer aux acteurs de proximité un rôle mixte, organisateur et gestionnaire de l'ensemble de la réponse médico-sociale, en désignant en leur sein un coordonnateur «logisticien», lui-même acteur de terrain.

L'ARS : un risque ?

L'ARS a-t-elle la vocation et aura-t-elle la capacité de permettre les adaptations et les souplesses dont le monde libéral de proximité a l'habitude et le besoin? Créer des outils comme les maisons médicales de garde, les maisons de santé pluridisciplinaires n'a été possible que grâce à une certaine autonomie et une capacité d'initiative. Les gestionnaires des ARS ont-ils la capacité structurelle de favoriser et d'aider les initiatives? Leurs premières décisions nous concernant (application du décret Ehpad, inadapté sur bien des points...) montrent qu'ils ont d'abord (et avant tout?) un rôle d'application de la réglementation décidée au niveau national et un rôle de mise en œuvre de mesures budgétaires. Leur «marge de manœuvre» théorique est en fait très encadrée.

Deux exemples :

- Le dossier de la permanence des soins : avec un budget fixé par le ministère de la Santé, chaque ARS doit organiser la permanence des soins sur tout le territoire. Or une organisation existe : qu'en sera-t-il de l'avis des acteurs de terrain qui ont souvent proposé eux-mêmes des modes d'organisation, maison médicale de garde, régulation libérale des appels, territoires d'intervention? Où sera le lieu de discussion?

- La construction de territoires de proximité : quelle dimension? Pas seulement leur taille, mais aussi leur type : pour nous, la patientèle «médecin traitant» est notre «territoire fonctionnel» de travail, et le territoire géographique qui a un sens est celui du secteur de permanence des soins. Et pour l'ARS, si aucun de ces deux territoires n'est retenu, comment allons-nous organiser notre activité?

Proposition : introduire une culture de la souplesse et de l'adaptation, et d'écoute des acteurs dans leur zone de proximité.

Les insuffisances de la réforme : les ARS ont-elles les moyens de leurs ambitions ?

Les ARS seront d'abord des structures d'exécution, dans la continuité des structures qu'elles ont absorbées. Elles devront, faute d'étouffer le secteur libéral, inventer une culture de la souplesse et de l'adaptation. Mais elles buteront rapidement sur la peur qu'ont eu les concepteurs : la peur de l'autonomie et de la responsabilité dans la gestion financière du risque maladie. Cantonnées dans la gestion de quelques fonds, leur capacité de créativité retentira immédiatement sur la créativité de terrain, qu'elles ne peuvent que contingenter voire étouffer.

Proposition : aller au bout de la réforme, en donnant capacité à gérer le risque pour la partie soins primaires.

Sur quels sujets l'ARS peut-elle aider à construire ? Le premier : l'équipe libérale de santé de proximité

Pour construire la réponse aux soins primaires, de premier recours, de proximité, il faudra valoriser le travail en équipe et considérer les acteurs de premier recours comme structurellement prioritaires dans l'organisation du système de santé. Les autres acteurs doivent structurer leur fonctionnement en intégrant cette priorité. *A contrario*, les acteurs de premier recours doivent participer à une interface d'organisation systématique assurant la continuité et la fluidité du parcours de santé. Les ARS ont là le moyen de la réussite ou de l'échec dans la construction d'un système de santé, construction cette fois «à l'endroit», c'est-à-dire en commençant par le socle.

Valoriser le travail de coopération, cela signifie organiser des complémentarités dans le respect des compétences, et en ayant conscience des volumes de population en jeu. Les infirmières prennent en charge 8 % de la population, la plus lourde en demande de soins, les personnes âgées dépendantes, population en augmentation. Nous allons manquer d'infirmières si le maintien à domicile reste un objectif. Les médecins généralistes prennent en charge 95 % de la population, ils ont besoin d'embaucher des secrétaires véritables «assistantes» de leurs cabinets, pour organiser mieux leur temps de travail et se décharger de tout le considérable travail administratif. Il faut arrêter de fantasmer sur «les nouveaux métiers» de la

santé : nous avons en fait besoin de compétences en logistique, mais assumées sous la responsabilité des acteurs qui les mettront ensuite en œuvre. Nos secrétaires sont aussi nos assistantes-logisticiennes : encore faut-il avoir des moyens pour les embaucher.

Une fois cette étape réalisée, nous devons développer avec l'aide des ARS une politique d'interfaces :

- interface traitant-correspondant, pour organiser en ville un parcours de soins débarassé des verrous actuels (délais de rendez-vous, tarifs pris en charges) ;

- interface ville-hôpital pour organiser l'entrée à l'hôpital (régulation, maisons médicales de garde à côté des urgences), la sortie de l'hôpital (organiser le retour, réalisation des prescriptions de sortie par le médecin traitant AVEC une lettre qui accompagne la sortie!) et peut-être un jour donner un avis pendant le séjour?

Un peu de prospective ?

Dans leur cadre réglementaire, les ARS pourront-elles entendre les propositions créatives des acteurs territoriaux? Des initiatives comme les maisons médicales de garde, les maisons pluridisciplinaires et pôles de santé libéraux, nous en avons d'autres dans nos projets professionnels de terrain. La liaison structurelle ARS-territoire leur permettra-t-elle d'être entendues?

Tout système opérationnel doit décliner son programme, mais en même temps laisser se développer des initiatives, les examiner, les valider. Notre espace territorial peut être habité par cet esprit d'initiative libre, mais se mettre à la tâche dans un environnement réglementaire non opérationnel au regard de nos critères de souplesse d'initiative et n'est pas motivant et surtout pas efficace. Un dossier FIQSV qui nous met dans une instabilité financière à chaque échéance, à chaque revalidation, est impossible. Les ARS ne risquent-elles pas de couler sous le poids de leur propre lourdeur?

A contrario, la mise en cohérence des structures régionales est un progrès. Mais l'absence de données de santé ambulatoires est un handicap majeur; il montrera rapidement la limite de l'adaptation au terrain d'une véritable politique de santé publique qui doit être d'abord attachée à l'accès aux soins et à la lutte contre les inégalités sociales de santé. Comment décrire les actions à mener sans que celles-ci soient appuyées sur des données de santé à un niveau tel que les actions soient pertinentes? 🌱