



Fil Santé # 3

La fabrique des politiques de santé

AVRIL 2018

NUMERO SPECIAL

Les folles journées des Maisons de santé (MSP), à Nantes, les 9-10 mars dernier

A l'occasion de ses X^{èmes} journées, la [Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé](#) (FFMPS) a réuni un millier de personnes à Nantes. Nouveau venu dans le paysage des soins de premier recours, le moins que l'on puisse dire est que la FFMPS s'affirme comme un interlocuteur de premier plan des pouvoirs publics ! Révolution ou continuité ?

L'émergence de cette nouvelle organisation prend sa place dans une histoire très ancienne. A la fin du 19^è siècle la profession médicale s'est organisée autour de la méfiance vis-à-vis des assurances sociales naissantes, pour défendre son monopole du soin et son intérêt économique. De ce mouvement est née en 1927 la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), toujours active 90 ans plus tard, défendant avec ardeur, depuis l'origine, le statut libéral. Le système conventionnel que l'on connaît aujourd'hui est né en 1971 pour l'ensemble des professions de santé. Au sein de la CSMF, l'émergence du syndicat MG France (1986), revendiquant une identité professionnelle des médecins de premier recours face à une organisation dominée par les spécialistes, une légitimité universitaire et un statut spécifique dans les négociations avec les caisses avait déjà bouleversé le paysage de la représentation.

Aujourd'hui, la FFMPS se charge de promouvoir, non plus un statut ou une identité professionnelle, mais des pratiques collaboratives entre les différentes professions de santé, auxquelles aspirent de nombreux jeunes praticiens par souci de confort personnel autant que d'efficacité professionnelle. Ce nouveau venu dans un paysage de la représentation déjà très encombré va-t-il contribuer à redéfinir les règles du jeu ? L'intégration progressive des différentes professions du premier recours dans le même creuset est-elle susceptible de remettre en cause le fonctionnement du système conventionnel, soumis aux logiques de négociation propres à chaque profession ?

L'association « [La santé à voix haute](#) », toute à son objectif de débattre des politiques de santé, a voulu en savoir plus. Elle s'est donc rendue aux Journées de la FFMPS dans l'intention de cerner l'ampleur du phénomène « maisons de santé »... et n'a pas été déçue. Ce numéro spécial se fait l'écho de nos constats.



2

MSP : pari gagné ?

Pascal Gendry, généraliste en Mayenne, préside la Fédération française des maisons de santé depuis 2016. Retour d'expérience après un congrès particulièrement effervescent....

Quel bilan pour ces X^{èmes} journées des MSP ?

Pendant ces deux journées, on a beaucoup parlé qualité, innovation, protocoles de coopération... Beaucoup d'ateliers également sur les thématiques de prévention, d'implication des usagers. C'était un grand cru, je crois, avec une ambiance détendue et conviviale... Des gens qui avaient envie de se retrouver, comme dans n'importe quel congrès bien sûr, mais avaient aussi le sentiment qu'une mutation de l'organisation des soins de premier recours est en cours.

Pari gagné pour les MSP ?

Oui, je crois que les fondamentaux sont en place. Ainsi, le fonctionnement en équipe, ça c'est acquis. La notion de coordination, les outils ou les moyens pour y arriver sont évidemment encore variables d'une équipe à l'autre. La question du système d'information est un point de vigilance. De manière générale, dans beaucoup de MSP, le système d'information partagé est encore sous utilisé. Même dans les logiciels labellisés, il y a des failles. Cela fait partie des urgences sur lesquelles nous devons nous pencher. Un point crucial également est celui de la place des « leaders », car il y a pas mal de MSP qui fonctionnent

avec leur leader ancestral. Il va falloir organiser une rotation pour que le système perdure.

Seulement la moitié des équipes ont signé l'accord conventionnel (ACI), qui représente pourtant une aide financière non négligeable !

Il y a pas mal de réticences dans certaines équipes qui ont un rapport compliqué avec les institutions, et avec l'assurance maladie en particulier. Certaines équipes n'ont pas de moyens pour se coordonner et ont du mal à élaborer leur projet de santé, donc elles ne sont pas en mesure de signer l'accord. Il faut sortir de ce cercle vicieux. Sur le terrain il y a également des oppositions syndicales. Les professionnels craignent parfois de s'engager, estimant qu'ils ne sont pas en mesure d'atteindre les indicateurs d'objectifs. Ils se privent de moyens. C'est compliqué la première année quand vous remplissez les dossiers. Après ça roule. Le processus n'est pas encore rodé, l'ACI ayant été signé il y a moins d'un an.

Le mouvement de création des MSP semble s'essouffler, avec un recul du nombre de nouveaux entrants ?

Les chiffres qui ont été présentés lors du congrès posent en effet question. Mais j'ai l'impression qu'il y a une certaine confusion dans les décomptes effectués par les ARS, dans le cadre des MSP multi-sites par exemple. Concrètement, on n'y voit pas très clair. Il faut améliorer la cartographie des MSP, et la Fédération va se saisir de cette question.

Les ateliers ont mis en évidence, lors du congrès, l'extrême diversité en matière d'accompagnement des MSP.

Effectivement, c'est ce que nous font remonter les fédérations régionales. Dans les Pays de la Loire et en Auvergne-Rhône-Alpes, les deux ARS s'appuient sur leur fédération régionale qui joue un rôle central d'accompagnement. Dans d'autres régions, les fédérations ne reçoivent aucun soutien. Certaines ARS veulent garder directement la main sur ces questions, d'autres s'appuient sur les Unions régionales de professionnels de santé libéraux médecins, ou sur des consultants privés. Cela dépend également du niveau de maturité de la fédération régionale qui peut se sentir plus ou moins apte à porter cet accompagnement. De manière générale, les ARS sont libres de leur organisation et de choisir le ou les partenaires qu'elles considèrent comme les plus efficaces.

Pour accompagner le démarrage des MSP, cette diversité des approches est peut-être nécessaire. En revanche, en routine, la mutualisation des actions relève de la responsabilité d'une fédération. Prenons l'exemple des coordinateurs qui sont isolés dans leur fonction et ont absolument besoin de se retrouver pour échanger sur leurs pratiques. Ce n'est pas le rôle d'une URPS ou d'un consultant d'organiser ces échanges, c'est celui organisation interprofessionnelle.

Un atelier, consacré aux structures de coordination a mis en évidence une certaine confusion en matière de structures d'appui pour organiser le parcours de soins.

Effectivement, l'arrivée des MSP bouleverse le paysage de la coordination au plan local. Par définition, une MSP est une structure de coordination. C'est sa vocation, en interne bien sûr, pour la prise en charge des patients mais également, en externe, avec les autres partenaires. Or, sur le terrain, tout le monde fait des staffs : la MSP, le CLIC ou la MAIA, la PTA (plate-forme territoriale d'appui)¹.... Dans son cahier des charges, une MSP doit travailler avec les intervenants de son territoire. Le schéma territorial repose sur plusieurs équipes de soins primaires qui se coordonnent avec les autres structures. Là où il y a des MSP qui organisent des staffs, on n'a pas besoin d'une MAIA. Par ailleurs, les ARS ne sont pas les seules à agir dans ce domaine. Il faut tenir compte également des Conseils départementaux et de certaines communes qui financent des structures de coordination comme les CLIC.

L'organisation territoriale des soins est un des cinq chantiers ouverts par le gouvernement en matière de transformation du système de santé. Quel rôle va jouer la FFMPs dans les négociations qui s'annoncent ?

Je n'imagine pas que nous ne soyons pas partie prenante de cette réflexion. Concrètement, la loi a installé deux formes de regroupement des professionnels, en général à des échelles géographiques différentes : les CPTS pour le libéral, et les Groupements hospitaliers de territoire (GHT) pour le secteur hospitalier. Le CPTS, c'est un endroit de gouvernance, dans lequel on doit négocier. Dans cette organisation, les professionnels de santé libéraux, isolés, n'ont aucun pouvoir. L'exercice regroupé permet d'être un interlocuteur du conseil départemental, du secteur hospitalier, des EHPAD... mais nécessite de structurer notre représentation au sein des territoires.

Mais le libéral, rassemblé au sein d'un ou plusieurs CPTS, ne pèse pas lourd face à l'organisation hospitalière, qui est beaucoup mieux structurée ?

Bien sûr ! Il va falloir renforcer l'organisation collective des soins primaires pour faire poids face à l'organisation hospitalière.

Les transformations envisagées positionnent la Fédération des maisons de santé comme interlocuteur principal du premier recours, ce qui bouscule le paysage syndical.

Sur le terrain, l'exercice coordonné n'est pas majoritaire et nous ne pouvons prétendre incarner l'ensemble de l'offre de soins de premier recours. Le risque, c'est que l'on soit « mis à toutes les sauces », comme l'a souligné François-Xavier Schweyer, dans sa conclusion, à Nantes. Il nous a mis en garde par rapport au risque de boulimie ! Organiser les maisons de santé, concevoir les outils, coordonner les MSP entre elles à l'échelle des territoires, au sein des Communautés professionnelles, négocier avec les EHPAD, le secteur hospitalier... Nous avons parfaitement conscience de ce risque. On ne peut pas être partout.

Du côté syndical, il y a plein de leaders qui exercent en MSP. Ils savent tous, même ceux qui n'y sont pas favorables, que l'exercice coordonné sera demain l'exercice dominant, les jeunes professionnels étant très favorables à cette forme d'exercice. Oui, c'est vrai, notre arrivée bouleverse le jeu syndical... C'est une période hyper intéressante. Il se passe des choses ! Si les discours sont suivis d'actes, on a envie d'y croire. Nous sommes en train de vivre, peut-être, un véritable virage ambulatoire, avec toute l'ambiguïté qui existe autour de ce terme. Quand la Fédération parle de virage ambulatoire, elle ne parle pas des patients qui, pour une prothèse de hanche, sortent de la clinique pour rentrer chez eux, au bout de deux jours. Pour nous, le virage ambulatoire, c'est faire que les soins de ville reprennent toute la place qu'ils devraient avoir, avec les moyens nécessaires, pour éviter des hospitalisations inutiles, pour améliorer les performances et l'efficacité du système de santé et pour promouvoir le « juste soin ».

¹Le budget annuel alloué aux MSP/centres de santé pour la coordination pluriprofessionnelle est de l'ordre de 40 millions d'euros en 2017, 30 millions au titre de l'assurance maladie (ACI) et 10 millions à travers le Fonds d'intervention régional (FIR) des ARS. En comparaison, les ARS ont alloué en 2016 aux autres structures de coordination près de 300 millions d'euros : réseaux de santé (150 millions), MAIA (85 M), équipes mobiles gériatriques (89 M)...

Pourquoi ont-ils/elles rejoint une MSP ?

Alexia, Vincent, Delphine, Kawtar et Béatrice ont accepté de répondre à nos questions, lors du congrès des Maisons de santé à Nantes, témoignant en général d'un grand enthousiasme pour ce nouveau mode d'organisation. Toutes nos excuses aux centaines d'infirmiers, chirurgiens-dentistes, kinésithérapeutes ou généralistes que nous n'avons pas interviewés et qui avaient pourtant tant de choses à dire. Au hasard des rencontres...

Alexia Ministrot :

Coordinatrice
Font-Romeu (Pyrénées-Orientales)



► Je suis coordinatrice d'une MSP multi-site à Font-Romeu, en zone de montage, en poste depuis octobre sur un temps partiel. Avant, j'étais enseignante en activités physiques adaptées. J'ai fait un stage dans une maison de santé. L'exercice pluripro, c'est quelque chose qui m'a toujours tenu à cœur. C'est super enrichissant. Je m'éclate... Le choc des cultures, je ne l'ai pas trop ressenti. Au départ les discours des différents acteurs impliqués dans le projet de la MSP n'étaient peut-être pas identiques concernant l'exercice en MSP. Maintenant nous avançons tous ensemble, professionnels de santé, usagers, institutions et collectivités pour améliorer le parcours de soins de proximité des habitants du territoire.

Vincent Magdelena,

Médecin généraliste
L'Île Bouchard (Indre-et-Loire)

► Je fais partie d'une MSP qui rassemble 25 professionnels de santé répartis sur plusieurs sites. Nous l'avons créée il y a cinq ans. On a suivi tout le chemin des nouveaux modes de rémunération, puis de la SISA et maintenant de l'ACI. J'étais moteur du projet.

J'exerçais seul à l'Île Bouchard et je voyais le tissu de santé qui se délitait. La réflexion a été engagée il y a dix ans maintenant, avec l'idée de fédérer les professionnels de santé. Professionnellement, j'avais envie de passer à autre chose. Dans une première étape, j'ai été gérant du Pôle santé. Il y a deux ans, nous avons embauché une coordinatrice.



Moi, ça me passionne, parce que c'est une autre façon de travailler en pluripro. La désertification médicale a eu le mérite de créer une dynamique pour que les gens apprennent à travailler ensemble. D'une difficulté, on est en train de choisir quelque chose de pérenne... Le temps passé, bien sûr, ça a été énorme au départ. Mais, avec la coordinatrice, ça change tout. Maintenant, on s'organise pour créer une Communauté professionnelle de territoire, autour de trois maisons de santé et des professionnels de santé qui ne sont pas en MSP. On a maintenant une coordination des professionnels de santé qui

couvre un bassin de 75 000 habitants. Le choc des cultures ? Je trouve qu'en réalité, il n'y en a pas. On travaillait déjà ensemble. La grande chance du rural c'est que les professionnels de santé se connaissent entre eux. Ça marche, sauf si, au point de départ on n'a pas bien communiqué et qu'on se trouve tout de suite en situation de conflit. Maintenant, on a une coordinatrice et cela nous change la vie car elle nous permet de mener à bien nos projets. L'ACI, c'est un plus qui nous apporte énormément d'alternatives pour pouvoir avancer. C'est très chronophage, mais, moi, j'y trouve mon compte.

Delphine Franck,

Diététicienne-nutritionniste,
Bartenheim (68)



► Je suis diététicienne nutritionniste depuis 2007 et aussi bénévole active auprès de notre association nationale à Paris, pour travailler sur la reconnaissance de notre profession. J'exerce en MSP à Bartenheim, et j'ai

un cabinet libéral dans une autre commune. Mon but, en MSP est de travailler au sein d'une équipe et de construire ensemble des projets de santé pour la population. La difficulté sur le terrain, c'est de coordonner les projets, notamment en ce qui concerne ma profession puisque nos actes ne sont pas remboursés par l'assurance maladie. La volonté de travailler ensemble, elle est là. Trouver les moyens sur le territoire c'est un peu plus compliqué.

Je n'ai pas particulièrement ressenti le « choc des cultures ». Le travail entre professionnels de santé de plusieurs générations n'est pas évident, mais ne me semble pas impossible non plus. Tous n'ont pas la même perception de la différence entre la santé et le soin. Il s'agit de construire ensemble un exercice coordonné, et les projets à venir vont nous y aider !

Kawtar Gouasmi

Médecin généraliste,
Font-Romeu



► Je suis médecin généraliste remplaçante dans la MSP dans laquelle j'ai fait mon stage d'internat. Et je suis bien contente que le Département de médecine générale de l'université ait pris des internes pour les affecter en zone de montagne. J'y suis pourtant allée à reculons, en pleurant le premier jour, parce que je n'avais pas choisi mon lieu de stage. Au final, je suis revenue en courant. J'ai adoré la pratique en montagne, parce qu'elle est vaste et valorisante pour la profession.

J'ai fait une partie de mes études à Strasbourg puis à Montpellier. Lors de mon stage, les trois praticiens avaient une pratique différente, avec, chacun, une surspécialité. J'ai appris des trois avec des manières différentes de bosser. Maintenant, j'ai ma propre pratique dans une zone sous-dense, de montagne. C'est un peu particu-

lier : Pendant la saison, on travaille beaucoup. Mais, en intersaison...

Béatrice Allard-Coualan

Médecin généraliste,
Présidente de la Fédération bretonne des maisons de santé

► J'ai eu une vie professionnelle un peu atypique. Je me suis installée il y a une dizaine d'années. C'était ma première installation. On a créé un pôle pluridisciplinaire de santé à l'époque qui a répondu à l'appel d'offres en matière d'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. Nous avons mis en place un programme d'éducation thérapeutique.



Puis j'ai dirigé l'URPS des médecins libéraux. Pendant ces trois années, je me suis alors impliquée dans l'accompagnement et la création d'outils pour favoriser le développement des maisons de santé.

Je suis ensuite revenue à la médecine générale, à Pleumeleuc, à 40 kms de Rennes, un territoire dans lequel il n'y avait pas d'exercice coordonné entre les professionnels. Le territoire de Brocéliande était toutefois riche de nombreuses dynamiques sur lesquelles nous sommes appuyés pour construire notre projet interprofessionnel. C'est un territoire qui a maintenant une grosse dynamique en termes d'exercice coordonné, avec plusieurs pôles de santé, deux hôpitaux locaux, des établissements médico-sociaux et ainsi un ensemble de ressources qui collaborent dans l'esprit d'une Communauté professionnelle de territoire. On n'a pas rédigé de projet de santé mais ce qui compte c'est la dynamique créée sur le territoire.

Je suis complètement convaincue de l'intérêt de l'exercice coordonné. C'est dans mon ADN. Comment passer de 1 000 à 2 000 MSP en France ??? Sur le terrain, il y a plein

de dynamiques qui sont en place. Je crois qu'on va parvenir à mobiliser une partie importante des professionnels de santé libéraux en exercice dans les années à venir et que le modèle va s'étendre. Parce que ça répond à la fois aux besoins de la population et aux attentes des jeunes confrères.

Pour moi, la maison de santé ce n'est pas de la réunionite. Ce sont des temps choisis en équipe pour faire progresser son projet. Donc le formalisme n'est pas complet. Pas besoin de 15 réunions par mois pour faire avancer un projet. Il faut avoir les bonnes méthodes, les bons outils et trouver l'accompagnant si nécessaire.

Dans la fédération, on a des facilitateurs qui, depuis plus de 10 ans maintenant, accompagnent le développement des MSP.

Café Santé # 8

Pas assez de médecins ?

Mardi 10 avril, 19 h.

Café du Coin de l'Angle, Nantes

La France n'a jamais eu autant de médecins : 225 000 au 1^{er} janvier 2017, un effectif en progression de 25 000 depuis 2001. Et pourtant il devient difficile d'avoir un rendez-vous chez un généraliste, de consulter un ophtalmologiste ou de bénéficier d'un examen d'imagerie. La multiplication des maladies chroniques, le vieillissement de la population, accentuent en effet les tensions sur l'offre de soins. D'un autre côté, les indicateurs de santé évoluent plutôt favorablement sur le long terme, avec des baisses de mortalité très significatives (cancer, suicide...).

Manque de médecins, vraiment ?

Venez en discuter lors du prochain Café Santé # 8 qui se tiendra le 10 avril prochain, à Nantes, à 19 heures, au Café du coin de l'angle, 11 rue Meuris, Tramway Gare maritime. Entrée libre.

Quel impact dans les territoires ?

Le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie (Nicolas Revel) et la directrice générale de l'offre de soins (Cécile Courrèges) ont mis en avant, lors du congrès, la place essentielle du premier recours dans l'organisation du système de santé. Simple propos de congrès ou véritable virage ambulatoire ?

Depuis 60 ans (1958), le système de santé français est organisé autour du système hospitalier et universitaire qui en est l'épicentre. La médecine d'aujourd'hui est le fruit de cette réforme qui a permis à notre pays de se doter d'infrastructures hospitalières et universitaires capables de relever les nombreux défis sanitaires auxquels notre société est confrontée. Cependant, dans ce modèle, la médecine générale avait peu de place. La reconnaissance de la médecine générale comme spécialité médicale (2004) puis la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST-2009), ont fait bouger le balancier. L'organisation des soins de premier recours est devenue progressivement un axe majeur des politiques d'organisation du système de soins. Parallèlement, un nouveau mode d'organisation a vu le jour, l'exercice coordonné, au sein des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) associant des médecins libéraux. A une échelle géographique plus vaste, des Communautés professionnelles de territoire (CPT) sont constituées entre les différentes MSP et les autres acteurs du premier recours.

Les temps changent

Les professionnels de santé de premier recours sont donc devenus incontournables et les responsables sanitaires (Haute autorité de santé, Direction générale de l'offre de soins, Direction générale de la CNAM...) étaient « presque » tous présents au congrès de Nantes. La ministre de la santé, Mme Agnès Buzyn était cependant absente, et c'est Nicolas Revel,



Deux farouches défenseurs des MSP : le directeur général de la CNAM et le président du syndicat CSMF des généralistes, le Dr Luc Duquesnel, généraliste en Mayenne.

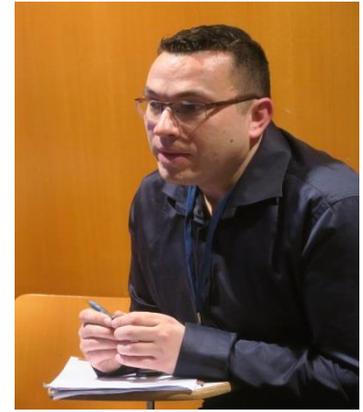
directeur général de la CNAM, qui a porté le message politique lors du congrès.

François-Xavier Schweyer, enseignant de sociologie à l'EHESP (Ecole des hautes études en santé publique), a témoigné dans sa conclusion d'une autre mutation repérée par les lunettes du sociologue. Depuis la loi HPST, les relations entre les professionnels de santé libéraux (ou du moins une partie d'entre eux) et les institutions se sont profondément transformées.

Pendant les années 1980, le système conventionnel ressemblait à un véritable champ de bataille, dans lequel tous les coups étaient permis, entre syndicats bien sûr, mais aussi entre les syndicats et l'assurance maladie, l'arrivée d'un nouveau syndicat (MG France) ayant bouleversé les règles de la

représentation syndicale. Le directeur général de la CNAM parle dorénavant d'instaurer un partenariat avec les professionnels de santé libéraux. Ceux-ci, à travers les projets de MSP mais aussi les soutiens qu'ils reçoivent des Agences régionales de santé en matière de cercles qualité, d'actions de prévention... sont en relation directe avec les autorités sanitaires, dans un face à face dont la teneur a profondément changé de nature.

D'autres signes témoignent de ce changement d'époque. Les questions de prévention font partie du cahier des charges des MSP, dont le projet n'est pas sans lien avec un modèle historique pendant longtemps très contesté, voire combattu, celui des centres de santé.



Les jeunes générations font le choix de l'exercice coordonné.

Reportage
La santé à voix haute ©.

7

Le « modèle » des MSP est-il susceptible de devenir majoritaire ?

L'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) signé le 21 avril 2017 est une étape décisive dans ce processus de recomposition de l'offre de soins de premier recours. Mais, comme l'ont montré les ateliers, le système n'est pas encore rodé, aussi bien du côté des professionnels que des institutions.

Comme le souligne Pascal Gendry, des résistances existent sur le terrain, avec un certain nombre de professionnels de santé libéraux qui ne veulent pas que leur activité soit « encadrée » par l'assurance maladie. Historiquement, en France, le syndicalisme médical s'est construit contre l'assurance maladie et ces stigmates sont loin d'être effacés.

Face aux difficultés de la démographie médicale, toutes les institutions volent au chevet des soins de premier recours, avec un volontarisme de certaines collectivités territoriales parfois voué à l'échec, quand ces questions sont abordées essentiellement sous l'angle immobilier. La belle photo de famille ci-dessus, prise lors du congrès, avec un stand commun, pour la

région des Pays de la Loire, de l'ARS, du Conseil régional, et de l'Assurance maladie montre que la coopération entre les différentes institutions peut fonctionner. Mais la situation est extrêmement diverse selon les régions et cette convergence n'est pas forcément représentative de la situation sur le terrain. Il n'y a pas que les MSP qui constituent un réseau relativement hétérogène.

Du côté de l'assurance maladie, un référent ACI a été nommé dans chaque CPAM pour faciliter les liens avec les professionnels de terrain auquel on peut facilement accéder.

Dans les ARS, le soutien apporté aux Fédérations régionales est extrêmement divers.

La ministre de la santé vient de lancer (voir ci-dessous) un nouveau chantier visant à repenser l'organisation du territoire. La FFMPS est aujourd'hui confrontée à un véritable défi. Quelle stratégie mettre en œuvre pour passer d'un mode d'organisation qui touche entre 10 et 15 % des généralistes ou des infirmiers libéraux (beau-

coup plus dans certains départements) à une forme d'organisation majoritaire. Dans la mesure où l'exercice pluriprofessionnel coordonné n'est pas majoritaire, il est difficile pour la Fédération française des maisons de santé de parler au nom de l'ensemble des professionnels de santé de premier recours !

FIL SANTE

FIL SANTE est une publication de l'association [LA SANTE A VOIX HAUTE](http://www.lasanteavoixhaute.fr), créée en 2016, à Nantes. Ont contribué à ce numéro : Pr Jean-Paul Canevet, Dr Daniel Coutant, Anne Le Pennec, François Tuffreau. Le reportage photographique et les interviews ont été réalisés par F. Tuffreau, directeur de publication.

Reportage La santé à voix haute ©.

Fil santé vous intéresse ? Connectez-vous sur notre site internet, pour recevoir notre publication par courrier électronique.

Repenser l'organisation des territoires ?

Lors de leur Conférence de presse du 9 mars dernier, le premier ministre et la ministre de la santé ont annoncé conjointement cinq grands chantiers de transformation du système de santé qui vont être engagés dans les mois à venir dont celui relatif à l'**organisation territoriale des soins**. Pour chacun de ces chantiers, un ou plusieurs pilotes ont été nommés avec un calendrier de mise en œuvre. Trois mois seulement après avoir publié la Stratégie nationale de santé (décembre 2017), les cabinets ministériels sont donc repartis à l'ouvrage pour éteindre l'incendie qui couve dans les EHPAD et les structures hospitalières. Car le temps presse, avec un secteur hospitalier sous pression, soumis depuis quatre ans à une baisse de ses tarifs et qui ne semble plus en mesure de répondre aux besoins de soins de la population dans des conditions satisfaisantes.

Aux commandes du chantier relatif à l'organisation territoriale, deux responsables d'ARS, Pierre PRIBILE (Bourgogne-Franche-Comté), et Norbert NABET, (Provence-Alpes-Côte d'Azur), qui doivent rapidement rencontrer les parties prenantes et effectuer d'ici l'été des propositions. Difficile pour les pilotes de ce vaste chantier de ne pas prendre en compte les interrogations relatives à la coordination des soins et à la gouvernance du territoire.

En matière de **coordination des soins**, le statu quo ne semble plus possible. D'un côté, un budget de 40 millions d'euros pour organiser la coordination des soins dans les territoires au sein des MSP et des centres de santé (aides au démarrage et fonctionnement). De l'autre plus de 300 millions d'euros pour les structures de coordination de tous types : réseaux de santé, équipes mobiles de soins gériatriques, Maia, Clic... La disproportion des moyens est évidente. Un chantier qui, comme on l'a vu (interview de Pascal Gendry) mobilise également les Conseils départementaux qui partagent, avec les ARS, la conduite des politiques

gérontologiques au plan local. Autre interlocuteur incontournable, la Caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA) qui porte au plan national le réseau des MAIA.

En ce qui concerne la **gouvernance**, deux modes de coordination institutionnelle ont été institués pour les professionnels du secteur hospitalier d'une part (Groupement hospitalier de territoire-GHT), et pour le secteur libéral d'autre part (Communautés professionnelles de territoires - CPT). Même si ces deux instances n'ont pas exactement les mêmes missions, et si elles ne sont pas organisées au sein des mêmes territoires, elles partagent bien des préoccupations communes notamment en matière de coopération interprofessionnelle. Fin 2017, 135 GHT étaient constitués au plan national, afin de mutualiser certaines fonctions support des établissements publics de santé, autour d'un projet de santé du territoire. La dynamique est moins avancée pour le secteur libéral au sein des CPTS, celui-ci n'ayant pas la même capacité de mobilisation que le secteur hospitalier.

Qui va porter demain l'organisation des soins à l'échelle des territoires ? Les CPTS, les GHT, l'ARS... en tenant compte également d'une évolution des modes de financement des différents acteurs. La tarification à l'activité (T2A) des établissements de santé doit en effet être remplacée par un nouveau système de financement des parcours de soins.

Affirmer la place essentielle de l'organisation des soins de premier recours est une chose. Faut-il encore en tirer toutes les conséquences dans l'organisation territoriale des soins !

GLOSSAIRE

ACI : accord conventionnel interprofessionnel signé le 20 avril 2017 entre les organisations professionnelles et l'assurance maladie qui permet l'obtention d'un forfait d'équipe pour l'exercice pluri-professionnel. Début 2018, plus de la moitié des MSP ont signé cet accord. Les MSP qui intègrent ce dispositif s'engagent sur un certain nombre de critères socles et optionnels (garantir un accès aux soins pour certaines plages horaires, travailler en équipe, utiliser un système d'information labellisé...) Selon l'Assurance-maladie, une MSP composée de 13 professionnels de santé et disposant d'une patientèle de 4 000 personnes, qui atteindrait l'ensemble des engagements, obtiendrait un forfait annuel de 73 500 euros.

CLIC (centre local d'information et de coordination) : instance de coordination pour la prise en charge des personnes âgées rassemblant des services d'aides, des travailleurs sociaux. Les CLIC sont principalement financés par les conseils départementaux.

Communauté professionnelle de territoire (CPTS) : rassemble des professionnels de santé assurant des soins de premier ou de deuxième recours, des EHPAD, des établissements de santé pour organiser la coopération des acteurs sur un territoire donné.

Equipe mobile gériatrique : équipes hospitalières intervenant auprès des patients âgés, des CLIC et des réseaux de santé « personnes âgées » pour leur apporter un avis spécialisé (préparation de sortie par exemple).

Groupement hospitalier de territoire (GHT) : regroupe des établissements publics de santé autour d'un projet de santé, à l'échelle d'un territoire de santé.

MAIA : méthode de coordination pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes soutenue par la Caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA), les ARS, les conseils départementaux...

Plate-forme territoriale d'appui (PTA) : outil de coordination en appui des professionnels de santé libéraux pour la coordination des cas complexes.

Staff : terme anglais utilisé dans le secteur du soin pour désigner, de manière générale, une rencontre entre personnels de santé, autour de cas cliniques. Dans le cas présent, ce terme désigne des réunions organisées par des professionnels de santé pour organiser la prise en charge de cas complexes. Aujourd'hui, ces « staff » peuvent être organisés par des MSP mais aussi des CLIC, des MAIA, des PTA, des équipes mobiles gériatriques...