



Territoires et offre de soins de premiers recours

Février 2009

Objectifs et méthodologie de l'étude

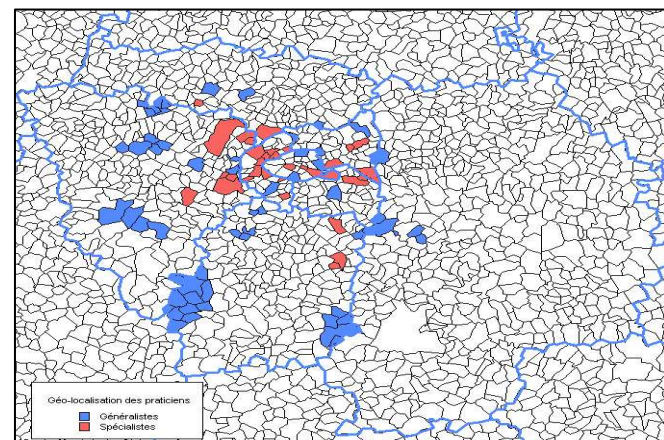
- Un des objectifs principaux de la mission était de générer une « **photographie des pratiques** » et un état des lieux de la place des soins de premiers recours dans la pratique des médecins franciliens.
- La **collégialité** généralistes/spécialistes a été retenue ainsi que la diversité territoriale et sociologique de l'Ile de France
- **Deux enquêtes** ont été menées simultanément

une enquête qualitative: entretiens semi-directifs

- 4 territoires-types d'exercice ont été intégrés dans la démarche de constitution des échantillons
 - Paris intra muros : le 10^{ème} arrondissement
 - Zones périurbaines de la petite couronne à forte densité
 - Zones suburbaines : communes de l'Essonne, des Yvelines et de Seine et Marne
 - Zones rurales : toutes les communes multipolarisées de Seine et Marne ont été sélectionnées, ainsi que leurs villes les plus proches (Mottereau-Fault-Yonne, Provins, Nemours)
- Au total, 34 entretiens téléphoniques de 33 minutes en moyenne ont été réalisés

Une enquête quantitative en ligne sur Internet

- 78 questionnaires ont été remplis par des médecins franciliens sur Internet



	Généralistes	Spécialistes	Total
Paris	26,3%	33,3%	29,4%
Proche banlieue	26,3%	26,7%	26,5%
Suburbain	26,3%	33,3%	29,4%
Rural	21,1%	6,7%	14,7%
Total	100%	100%	100%

	Médecin généraliste	Médecin spécialiste	Total	Effectifs
Paris	44,4	55,6	100	9
Proche banlieue	21,9	78,1	100	32
Grande banlieue	62,5	37,5	100	32
hors IdF	75	25	100	4
Total	44,2	55,8	100	77

Revue du contexte international

- Les soins de premiers recours, soins de santé primaires ou encore *primary care* du Royaume Uni, de la Suisse, de la Finlande, de la Suède, du Canada ainsi que des Etats Unis ont été étudiés.
 - **Modèle communautaire** : le médecin est inclus dans une structure pluriprofessionnelle qui fournit des soins et services de santé (promotion, prévention, curatif) et sociaux à une population définie tels qu'en Finlande ou en Suède.
 - **Modèle professionnel** : le médecin, pivot de l'organisation des soins, fournit des services à une clientèle. Dans certains cas, l'inscription de la clientèle auprès du médecin ou du groupe lui confère des missions de coordination, de prévention et de promotion de la santé (Pays-Bas, Royaume-Uni, Québec Ontario).

Des pistes d'actions envisagées dans le cadre des EGOS sont aussi à prendre en considération dans un contexte où la régulation du système de santé est appelée à évoluer prochainement avec la mise en place des Agences Régionales de Santé :

- Planification territoriale
- Regroupements des professionnels de santé
- Incitations économiques
- Formation initiale et continue
- Orientation communautaire et technocratique en recherche de contrôlabilité (efficience)

Cette revue de la littérature a permis de mettre en exergue des projets et approches connus ou émergents :

- « accountability »
- Pay for performance
- Non payment for non performance
- Surclassification des actes et des épisodes (RBRVS)
- Transfert de la responsabilité économique
- Facilitation de l'organisation « entrepreneuriale »
- Éclatement et transfert de tâches sur un modèle collaboratif

- L'*EuroHealth Consumer Index* du *Health Consumer Powerhouse* qui déclassa la **France au 10^{ème} rang** des pays européens avance que « *Malgré la délivrance de soins de haut niveau, la France accuse un sérieux **retard dans l'informatisation** de son système de santé* ». Or comme le souligne le rapport 2008, « *l'informatique est un moyen très efficace pour baisser les coûts en matière de santé* ».
- Le parcours de soins coordonné mis en place par les autorités françaises pour répondre au vagabondage médical est selon le rapport « *probablement une mauvaise voie, qui s'avère ne pas fonctionner comme le démontrent les **délais d'attente** (pour certains soins) qui deviennent trop longs en France* ».

Des résultats

- **Hypothèses** => Les réponses aux soins de premières intentions différent, suivant un continuum entre les territoires fortement dotés en praticiens libéraux tels que Paris et la petite couronne et les zones plus éloignées.
 - ↳ Les 2 études ont infirmé cette hypothèse : absence de dichotomie entre « milieu urbain » et « milieu rural ».
 - ↳ Un consensus apparait au contraire pour l'ensemble des praticiens ayant participé à l'étude.

Les praticiens qui ont accepté de répondre à l'enquête considèrent exercer dans des « zones privilégiées »

- **Toutefois** : 1- Le taux de refus de répondre à l'enquête par téléphone s'élève à plus de 55 % en zone rurale en raison du manque de temps des médecins.
2 - Une part significative de praticiens refuse systématiquement de répondre à des enquêtes.

La question de la définition des Soins de Premières intentions

1 → Sur le rôle du **GÉNÉRALISTE** dans les soins de première intention, un consensus apparait entre généralistes et spécialistes



Répondre aux troubles ressentis par les patients en gérant les premières urgences mais aussi les troubles bénins

2 → Sur le rôle du **SPÉCIALISTE** dans les soins de 1^{ère} intention, des différences d'opinions entre généralistes et spécialistes :



Pour les GÉNÉRALISTES

- Avec la notion de parcours coordonné institué par la sécurité sociale, les spécialistes sont maintenant consultés en second recours.
- Ils prennent la suite des généralistes pour des diagnostics ou des traitements lorsque les généralistes ne peuvent prendre en charge des pathologies spécifiques (56,5% des réponses).



Pour les SPÉCIALISTES

- Les spécialistes estiment qu'un soins de 1^{er} intention pour eux reste de répondre aux troubles ressentis des patients.
- Néanmoins, les spécialistes se disent être considérés comme « second recours » et devoir prendre la suite des généralistes quand ces derniers doutent de leur diagnostic ou en cas de pathologies spécifiques

Les obstacles à la qualité de service : Principaux éléments mentionnés

■ Les relations avec l'hôpital

→ Les **problèmes de communication et de coordination** sont évoqués. Les médecins ayant besoin de place dans les centres hospitaliers ne peuvent recommander directement un patient. Ce dernier doit, en règle générale, passer par le service des urgences, démarche qui retarde sa prise en charge d'une part et « engorge inutilement le service ». D'autre part, selon la majorité des praticiens interrogés, les médecins libéraux regrettent de ne **pas recevoir de compte rendu**, ce qui représente pour eux une menace pour la qualité des soins. Peu de praticiens évoquent des difficultés dans la relation avec les établissements de santé privés.

■ Le poids ressenti de l'administratif

→ Les charges administratives entravent la qualité de service car elles sont « **chronophages** » et embolissent la pratique clinique.

→ Il n'est pas fait mention de la simplification des tâches administratives pour lesquelles **l'informatisation est paradoxalement souvent ressentie comme un poids supplémentaire**.

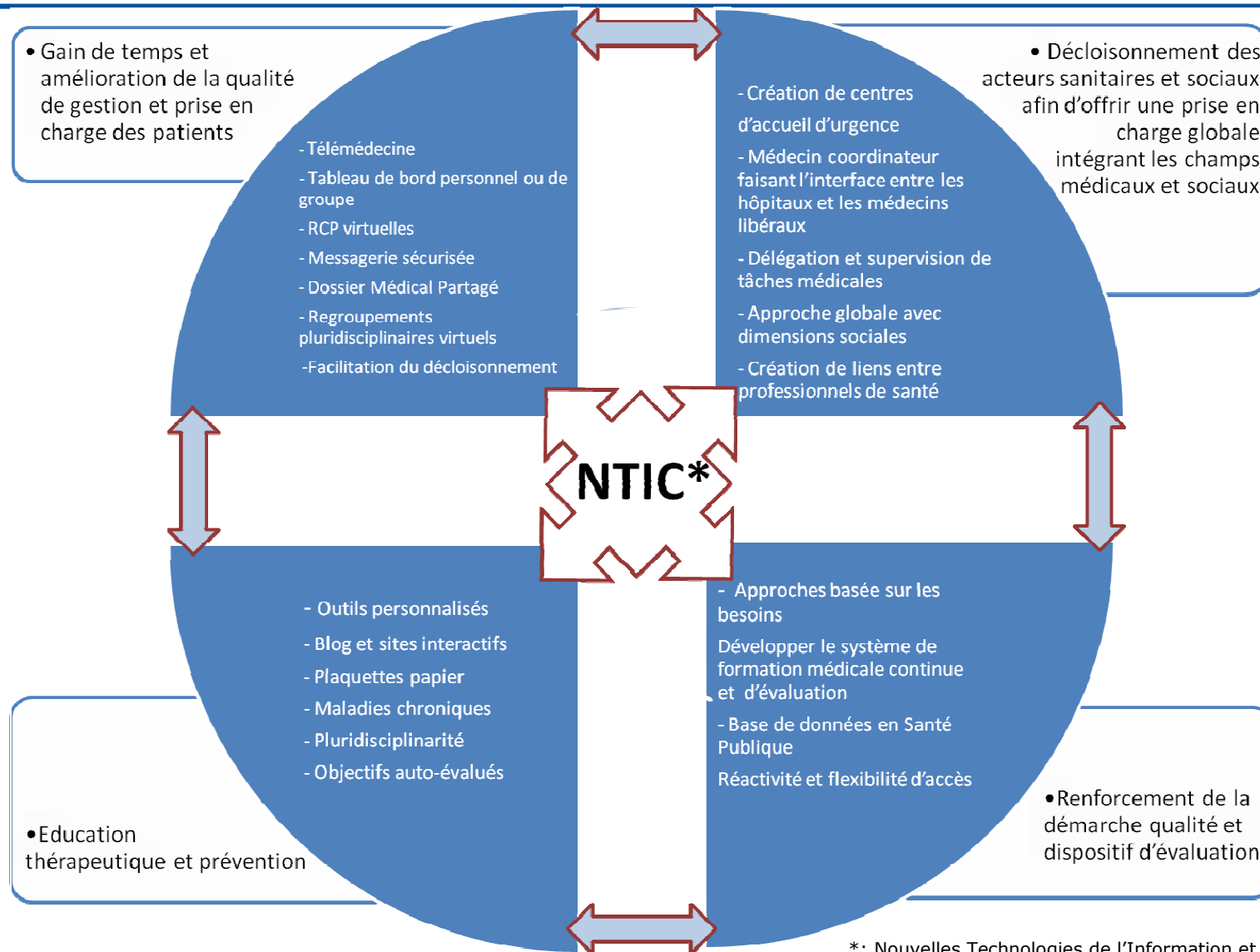
■ La baisse de la démographie médicale :

→ A l'exception des médecins remplaçants qui sont de plus en plus difficiles à trouver, très rares sont les médecins de l'échantillon qui disent pâtir actuellement du manque de confrères dans leur zone d'exercice. En revanche, les **inquiétudes sont manifestes pour l'avenir**. C'est pour les prochaines années que la baisse de la démographie apparaît comme un obstacle à la qualité aux yeux des praticiens de l'échantillon.

■ L'inadaptation du mode de rémunération

→ Le caractère inadapté du mode de rémunération est souligné de façon consensuelle, ce qui, d'après notre expérience apparaît comme un nouveau ressenti. La grande majorité des praticiens estiment que la tarification à l'acte **ne leur permet pas (plus) d'offrir une médecine de qualité**. Les praticiens interrogés soulignent que ce système de paiement encourage à pratiquer toujours plus d'actes afin de conserver ou d'augmenter leurs revenus, et ce, au détriment du temps effectivement accordé aux patients.

Une organisation des soins dynamique et systémique



*: Nouvelles Technologies de l'Information et des Communications

Recommandations en 4 volets autour d'une axe central : les NTIC

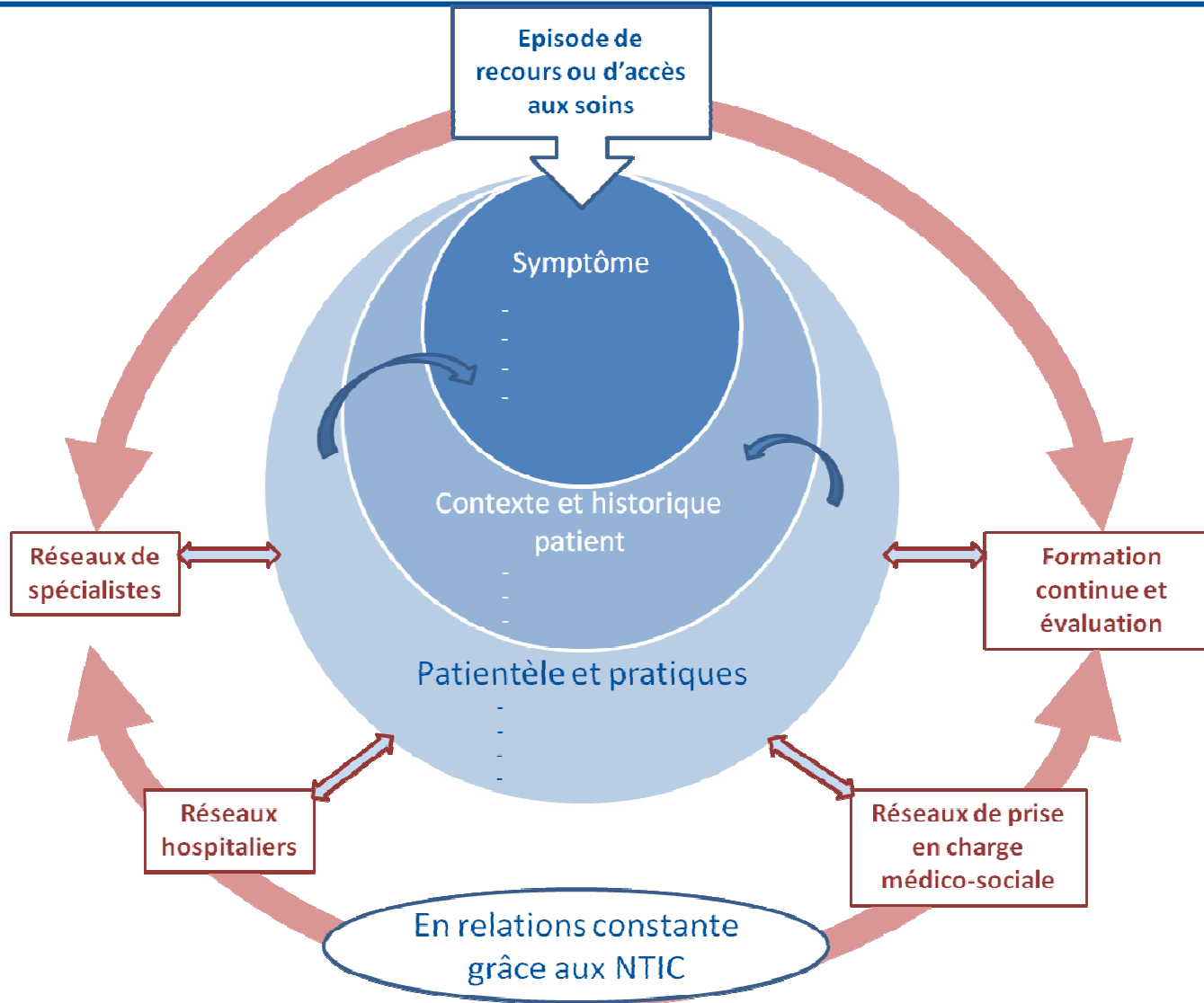
1. Les outils des **Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication** devront occuper une place centrale et incontournable dans la **recherche de l'efficacité** pour le suivi des patients, aussi bien dans la prise en charge globale que dans les soins de premiers recours. La volonté politique de développer la télémédecine date de plusieurs années « *les schémas régionaux d'organisation sanitaire intègrent la télémédecine. Chaque schéma définit les modes opérationnels pour répondre aux exigences de la santé publique et de l'accès aux soins* »¹.
 - Cette dimension reste incontestablement **encore largement à faire adopter dans les pratiques**. L'expérimentation de tableaux de bord auto-définis personnalisés est envisageable.
2. La réduction des files d'attente dans les services d'urgence des hôpitaux, repose notamment sur une meilleure organisation du tri des patients à leur arrivée. Ce rôle de **coordination et d'orientation directe des patients dans la trajectoire de soins hospitaliers** pourrait être occupé par les médecins libéraux comme c'est le cas aux Etats Unis avec les « **hospitalistes** ». Ainsi, cela pourrait permettre d'avoir des délais de prise en charge plus courts et aussi d'éviter les redondances d'examen.
 - De telles orientations reposent sur une logique de **décloisonnement des relations entre professionnels et établissement de santé**, aussi bien des médecins généralistes et spécialistes de ville que des hospitaliers. Il s'agit, en outre, de **développer et de structurer les interactions et coopérations entre praticiens**. Ces collaborations permettent une prise en charge globale multidimensionnelle et pluridisciplinaire des patients atteints de pathologies aiguës, chroniques ou les personnes âgées, avec des interfaces aussi bien sanitaires que sociales.

1: l'article Article 33 de la Loi 2004-810 du 13 août 2004

Recommandations en 4 volets autour d'une axe central : les NTIC (suite)

- Il s'agira entre autres de faciliter le regroupement des médecins notamment en créant des **pôles de santé libéraux à la fois opérationnels et virtuels**. Par le biais de la télémédecine, du transfert d'informations par des messageries sécurisées (ARDOC), et à l'aide du dossier Médical Partagé Informatisé, la prise en charge pluridisciplinaire des patients et la continuité des soins pourrait gagner en efficacité, en sécurité, en fiabilité et en réactivité.
3. Une **délégation des tâches médicales**, aux infirmières, kinésithérapeutes et aide soignantes en libéral doit être développée. Une redéfinition des tâches de chaque acteur du système de soin doit en outre aboutir à une meilleure organisation. L'efficacité de la coopération médecins-infirmières apparaît comme une piste importante. Ces résultats positifs sont retrouvés dans la littérature internationale traitant de l'efficacité des interventions organisationnelles du même type c'est-à-dire associant à la fois le travail en équipe et une forme de « **case management de proximité** ». Une **organisation en « micro-systèmes »** est une réponse adaptée.
4. La **formalisation de l'éducation thérapeutique globale** et de la **prévention** sur un territoire d'exercice, pour l'ensemble des patients et des médecins, permettrait une adéquation entre les orientations et objectifs des PRSP, les besoins de la population et les **objectifs des futures ARS** avec une approche d'engagement personnel des modes d'incitation et un pilotage par le (les) praticiens. Mais cela ne saurait être possible sans un **renforcement de la formation des praticiens dans le cadre d'une démarche qualité**.

Proposition d'une nouvelles approche systémique à partir de la nature des besoins et de la demande



Un processus de prise en charge adapté aux besoins des patients

- Le parcours de soins et le concept de première et seconde intention ont besoin d'être élargis. On peut réfléchir à cette reformulation autour de trois dimensions interdépendantes au sein d'un nouveau modèle.
- 1. L'offre de soins et sa hiérarchisation ne doivent pas être les seuls déterminants de l'accès aux soins de premiers recours. Ce sont **d'abord les besoins et la nature des symptômes ou de l'acte** qui doivent au contraire définir la porte d'entrée adaptée dans le système de soins.
- 2. Un autre déterminant important dans la notion et l'organisation des soins de premiers recours est le **contexte de prise en charge et/ou l'histoire du patient**. La prise en charge ne sera pas la même s'il s'agit d'un premier contact avec le système de soins ou si le patient souffre d'une pathologie chronique connue avec une information de qualité disponible. Cette décision pourrait nécessairement affecter l'organisation des recours à l'offre de soins.
- 3. Enfin, la prise en charge des soins de premiers recours pourrait être déterminée **au niveau des praticiens eux-mêmes : la notion de profil de pratique** doit être prise en compte. Certains médecins sont plus orientés vers un traitement en première intention, d'autres s'inscrivent naturellement selon leur pratique dans une logique de second recours. Cette organisation plus souple pourrait reposer sur une responsabilité et des engagements accrus pour les praticiens eux-mêmes. Un troisième profil concernant aussi bien les généralistes que les spécialistes, peut rassembler des praticiens favorables à une prise en charge mixte, aussi bien en premier qu'en second recours.

Au travers de ces 3 considérations clefs, le modèle français doit éviter le piège d'une approche technocratique et rigide pour faire le choix d'une logique de santé publique centrée sur les besoins et les attentes des patients dans un contexte de responsabilité des acteurs