

## PACTE DE REFONDATION DES URGENCES TABLE RONDE SERVICE D'ACCES AUX SOINS 8 octobre 2019

En France la médecine libérale représente le premier offreur de soins du pays : mais qui le sait ? Et est-ce que cette donnée est réellement intégrée dans les politiques de santé ?

A elle seule la médecine générale libérale réalise 280 millions d'actes par an (de l'ordre de 920 000/jour ouvré), quand dans le même temps les services d'urgences en réalisent 21 millions (57 500/J). Les calculs réalisés tant à l'échelon national que régional ou local sont concordants : redistribuer l'ensemble des patients stables classés CCMU 1 et 2 accueillis dans les services d'urgences sur la médecine générale libérale reviendrait à demander à chaque médecin généraliste libéral d'augmenter son activité quotidienne d'un acte par jour au maximum!

Cela permettrait à nos confrères urgentistes, dont nous tenons à saluer le professionnalisme et le dévouement, d'accueillir dans de meilleures conditions les patients dont l'état nécessite pleinement le recours au plateau technique hospitalier.

Les situations de crise dans les services d'urgence se succèdent au fil des années et bénéficient actuellement d'une forte médiatisation. Cependant, force est de constater que pour les médecins libéraux le diagnostic reste le même quand à notre système de soins français, à savoir :

- *Un manque de disponibilité médicale*, conséquence d'une crise démographique professionnelle. Toutefois, il est à noter que cette crise touche tous les secteurs : libéral, hospitalier, médecine du travail, PMI, etc... Ce manque de disponibilité est encore plus criant pour les demandes de soins non programmées (lumbago, mal de gorge, entorse, fièvre, etc.), les plannings de consultations des médecins étant de plus en plus remplis à l'avance par les soins programmés.
- *Une désorganisation manifeste du système de soins*, dans le sens où une part de plus en plus importante des demandes de soins ne s'oriente plus spontanément, ou n'est plus orientée par le système lui-même, vers l'effecteur de soins le plus adapté à sa situation.
- *L'absence d'un mode d'emploi clair pour la population* pour solliciter le système de soins dans le cadre d'une demande de soins non programmée et l'absence de toute campagne nationale d'information digne de ce nom, c'est-à-dire utilisant au minimum les moyens audiovisuels. On ne peut que regretter l'absence de décision politique sur la question (prise au sens large) des numéros d'appels nationaux d'urgence.
- *Une saturation de plus en plus importante du corps médical* par des tâches administratives chronophages, inutiles, inadaptées, redondantes qui amputent d'autant la disponibilité des praticiens pour l'écoute et le soin.
- *Des services d'urgences qui sont devenus les plaques tournantes des organisations internes des hôpitaux*. Ils gèrent notamment une grande part des admissions hospitalières, ce qui ne fait pas parti stricto sensu de leurs missions.
- Enfin, lorsqu'on observe notre système de soins dans sa globalité, le challenge pour les finances publiques n'est pas de trouver de nouveaux financements pour dépenser plus, mais de dépenser mieux en réorganisant *la ventilation des enveloppes financières vers les effecteurs les plus pertinents pour chaque typologie de demande de soins*.

MG France fait des propositions pragmatiques et opérationnelles à court et moyen termes, permettant d'agir sur les problématiques de fond et donc dans la durée, et sans surcoût global dans la mesure où des transferts de financements seraient réellement opérés entre le secteur hospitalier et le secteur libéral.

## **1. De la réorganisation du secteur libéral ..... à la transformation des comportements des patients**

Le fil conducteur doit être une démarche « gagnant-gagnant » :

- ⇒ Gagnant pour la population : par une garantie de réponse aux DSNP, dans le cadre d'un système de soins organisé.
- ⇒ Gagnant pour les médecins libéraux : par une amélioration de leurs conditions d'exercice, ..... et de l'attractivité de la médecine libérale.

### **Rebattre les cartes de l'organisation des soins en médecine de ville**

Les médecins libéraux sont encore à ce jour sensés organiser une continuité des soins de journée 64 heures par semaine (du lundi au vendredi de 8h à 20h et le samedi matin de 8h à 12h). Ce différentiel par rapport au standard des 35 heures hebdomadaires du monde salarié n'est plus acceptable.

*MG France porte la revendication de passer de 64 heures à 50 heures hebdomadaires.* Cela implique une redéfinition des horaires de la PDSA dans le code de la santé publique. La PDSA devrait alors débiter à 18 heures les soirs de semaine et inclure le samedi matin.

### **Organiser un intérêt à agir pour les médecins libéraux,**

Si au cours des années 80's et 90's la libre concurrence entre cabinets médicaux libéraux a de fait organisé la réponse aux demandes de soins non programmées, l'état actuel de la démographie professionnelle fait que ce mécanisme de régulation n'est plus opérationnel. La surcharge d'activité des cabinets libéraux a conduit progressivement à une réduction des disponibilités pour les DSNP.

*Il est nécessaire aujourd'hui de créer une incitation forte en direction des libéraux à réorganiser leurs agendas pour réintroduire de la disponibilité pour les DSNP, et ceci dans le cadre d'un modèle économique libéral bien compris.*

En médecine libérale le fait d'accepter de bloquer sur une journée des plages de RDV réservées aux DSNP de la même journée représente un effort d'organisation et une prise de risque économique (le risque que ces plages restent vacantes). Le risque économique doit être amorti par un dispositif de type indemnité d'astreinte, et l'effort d'organisation doit être valorisé par une majoration d'acte pour les médecins qui intègrent une organisation collective (CPTS ou organisation concertée) et mettent à disposition de cette organisation des créneaux horaires réservés aux DSNP pour pallier à l'indisponibilité du médecin traitant.

*Dans les territoires où l'offre de soins en médecine générale est insuffisante, nous pourrions envisager de mobiliser les médecins remplaçants (7000 en médecine générale) en dehors des périodes de vacances pour renforcer l'offre de soins et notamment la réponse aux DSNP.*

### **Fédérer les médecins libéraux dans une organisation collective territoriale**

Le monde salarié a fixé la durée du temps de travail hebdomadaire à 35 heures.

La solution à ces problématiques passe donc obligatoirement par *une organisation collective des médecins libéraux à l'échelle d'un territoire de façon à répartir les contraintes organisationnelles des 64 heures hebdomadaires.* Cette organisation collective nécessite un pilotage par le collectif des professionnels ainsi que des « outils supports » adaptés à chaque organisation locale. On peut entre autres citer : du secrétariat téléphonique mutualisé ou des outils de planning en ligne partagés.

Les CPTS offrent un cadre adapté à ces organisations territoriales sous réserve bien sûr que le pilotage soit assuré par les libéraux. *L'ACI qui concerne les CPTS apporte des premiers éléments mais une adaptation rapide du dispositif est nécessaire, si on ne veut pas que cela constitue un facteur bloquant pour les initiatives libérales territoriales.*

### **Les DSNP doivent être régulées**

Le flux de DSNP est hétérogène. Les réponses adaptées peuvent relever d'un conseil médical, d'une téléconsultation, d'un examen médical dans la journée, ou sous 24 à 72 heures, ou de la nécessité évidente du recours rapide à un plateau technique.

Si l'on veut rompre avec le principe que les premiers à appeler seront les premiers servis tout en saturant rapidement l'offre de soins disponibles sur les DSNP, il est nécessaire de *hiérarchiser ces demandes*. Si le premier niveau de réponse de la médecine libérale qui est celui du secrétariat téléphonique permet un premier tri pour les situations simples, une régulation médicale de la demande devient nécessaire sur les situations plus complexes.

*Il est donc devenu nécessaire d'étendre à la journée le service de régulation médicale libérale des appels.*

*Cette régulation médicale libérale doit être portée par les organisations territoriales, dont les CPTS, et articulée de façon étroite avec les organisations territoriales mises en place par les CPTS.* Le fait que les médecins régulateurs libéraux soient des médecins qui gardent parallèlement un exercice de cabinet est le gage indispensable d'efficacité. Mais ceci implique également que *le principe d'une régulation délocalisée en cabinet ou MSP soit partout possible* afin de permettre aux médecins régulateurs libéraux de se relayer facilement sur des plages de régulation courtes et de ne pas désorganiser par ailleurs lourdement leur activité de consultation. Cette régulation libérale doit être *interconnectée avec le centre 15 du territoire.*

Il est grand temps d'*instaurer enfin pour les patients qui « se présentent debout » dans les services d'urgences un intérêt à contacter préalablement l'organisation libérale mise en place dans le cadre des DSNP*, qui régulera la demande de soins et organisera la réponse la plus adaptée à la situation du patient. Ceci est un point clé pour traiter correctement la question de l'amont des services d'urgences.

Il est en effet parfaitement incohérent que le différentiel de remboursement des actes réalisés en médecine de ville en dehors du parcours de soins disparaisse dès que l'on franchit la porte d'un service d'urgences.

Ce dispositif doit être complété par des *protocoles de réadressage vers le secteur libéral des patients se présentant spontanément dans les services d'urgences et relevant des CCMU 1 et 2*. Ce sont les CPTS qui intégreront cette offre de services aux services d'urgences.

La *téléconsultation* trouvera sûrement sa place au sein des organisations libérales prenant en charge les DSNP en tant que solution pertinente adaptée à certaines situations, notamment lorsqu'un professionnel de santé est déjà auprès du patient.

Enfin, dans le cadre d'un appel régulé, après évaluation par le médecin régulateur, *le transport du patient vers le médecin effecteur libéral doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge par l'assurance maladie* de façon à rationaliser la consommation des disponibilités médicales.

### **Sensibiliser et informer la population quant à des règles claires de bonne utilisation du système de soins dans le cadre des DSNP**

*Des campagnes nationales régulières et utilisant les moyens audiovisuels sont indispensables.*

La première règle doit être de contacter son médecin traitant. Dans les situations d'indisponibilités de celui-ci, de rerouter l'appel vers l'organisation collective mise en place par la CPTS du territoire.

Dans les situations où cette première règle serait mise en défaut (patient sans MT, patient de passage, touriste étranger, dysfonctionnement ou saturation de l'organisation mise en place par la CPTS), le patient doit pouvoir avoir recours au numéro d'appel national et européen dédié aux DSNP, le 116-117.

Le 116-117 doit en premier lieu orienter les appels vers les organisations territoriales mises en place par les CPTS au sein desquelles sont gérées l'interconnexion avec la régulation libérale et avec la régulation C15, mais prévoir également des dispositifs de gestion des débordements d'appels tant en termes de décroché que de régulation.

**L'ensemble du dispositif constitue un modèle de SAS tel que la Ministre l'appelle de ses vœux, libéral, performant et respectueux du parcours de soins.**

## 2. Mieux articuler les soins de premiers recours et de second recours

A partir de ce premier niveau d'organisation qui concerne en premier lieu la médecine générale, il sera nécessaire de compléter le dispositif par des *dispositions permettant un recours facilité des médecins généralistes aux examens de radiologies, aux examens spécialisés et aux consultations spécialisées de deuxième recours* avec un accès privilégié à leurs agendas de SNP.

La encore les CPTS auront un rôle majeur à jouer.

## 3. Autres mesures concernant les services d'urgences

### **Les services d'urgences doivent être déchargés des admissions hospitalières organisées par la médecine libérale et ayant reçu l'aval d'un médecin du service hospitalier concerné**

Les admissions hospitalières cadrées par la médecine libérale en concertation avec le service hospitalier concerné doivent pouvoir être réalisées sur le *mode d'entrée directe dans le service avec un bilan initial défini à l'occasion de cette concertation*. Cela contribuera également significativement à régler la problématique de l'amont des services d'urgences.

### **Les médecins libéraux prennent acte de la volonté de la Ministre de réformer le mode de financement des services d'urgences, en le déconnectant largement du critère essentiel de nombre de passages annuels**

Cette réforme est essentielle si l'on veut concilier les intérêts à agir des secteurs hospitaliers et de la médecine de ville, indispensable dans le cadre d'une politique de gestion du juste coût des soins.

C'est aussi organiser un accès direct pour les effecteurs de la PDSA et de la continuité des soins aux plateaux hospitaliers publics ou privé, notamment pour les bilans biologiques et de radiologie ...

## **Contacts**

**Jacques Battistoni** – Président – [president@mg-france.fr](mailto:president@mg-france.fr) – 06 62 61 09 99

**Roland Rabeyrin** – Chargé de mission PDSA et DSNP au sein du Comité Directeur – [r.rabeyrin@medsyn.fr](mailto:r.rabeyrin@medsyn.fr) - 06 71 08 42 43