

DGOS


Direction générale de l'offre de soins

Politique et organisation
du premier recours



Préambule: la notion de soins de premier recours

- Les 3 fonctions du premier recours :
 1. **Entrée dans le système de soins** : diagnostic, orientation, traitement
 2. **Suivi** du patient et **coordination de son parcours**
 3. **Relais des politiques de santé publique** : prévention, dépistage, éducation thérapeutique, éducation à la santé



Des missions assurées en premier lieu par les professionnels dits « du premier recours » : en priorité, les médecins généralistes, les pharmaciens, les dentistes, les infirmiers, les kinésithérapeutes.

Toutefois, l'ensemble des professionnels de santé sont tenus d'assurer ces missions, qui n'incombent pas à une catégorie exclusive de praticiens.

Première partie

Les soins de premier recours

- les caractéristiques de l'organisation actuelle
- ses principales limites

L'organisation actuelle des soins de premier recours

- L'offre de premier recours est assurée essentiellement par les professionnels de santé libéraux
 - ✓ 61 200 médecins omnipraticiens libéraux
 - ✓ 57 800 infirmiers libéraux
 - ✓ 46 000 kinésithérapeutes libéraux
- Les centres de santé constituent une particularité (mais cette offre demeure marginale) : les professionnels de santé exerçant dans ces structures sont salariés.

L'organisation actuelle des soins de premier recours

- L'exercice libéral du médecin se caractérise par :

1 - *Le libre choix du lieu d'installation*

2 - *Le paiement à l'acte, comme principale source de rémunération*

- Le niveau et les modalités de rémunération définies dans le cadre d'une convention entre les représentants des médecins libéraux et l'assurance maladie
- Des modalités de rémunération qui évoluent : introduction de forfaits, du paiement à la performance

L'organisation actuelle des soins de premier recours

- **Le cadre d'exercice : le développement de la médecine de groupe**
 - Les professionnels de santé peuvent choisir d'exercer en cabinet isolé, en cabinet de groupe (avec un ou plusieurs confrères) ou encore au sein de maisons de santé (équipe pluri-professionnelle), ou de pôles de santé .
 - En France la médecine de groupe est encore peu développée comparativement à d'autres pays (même si le processus s'accélère), avec **54%** des médecins généralistes travaillant en groupe, contre 97% en Suède ou 92% au Royaume Uni.
 - Certains professionnels de santé optent pour le salariat en choisissant d'exercer en centres de santé.

Quelques repères :

- ~ 235 maisons de santé en fonctionnement (juin 2012), soit 2% de l'offre sanitaire
- ~ 1 600 centres de santé (dont 300 polyvalents), source SNIRAM – assurance maladie

Les principales limites de l'organisation actuelle

- Une inégale répartition des professionnels de santé

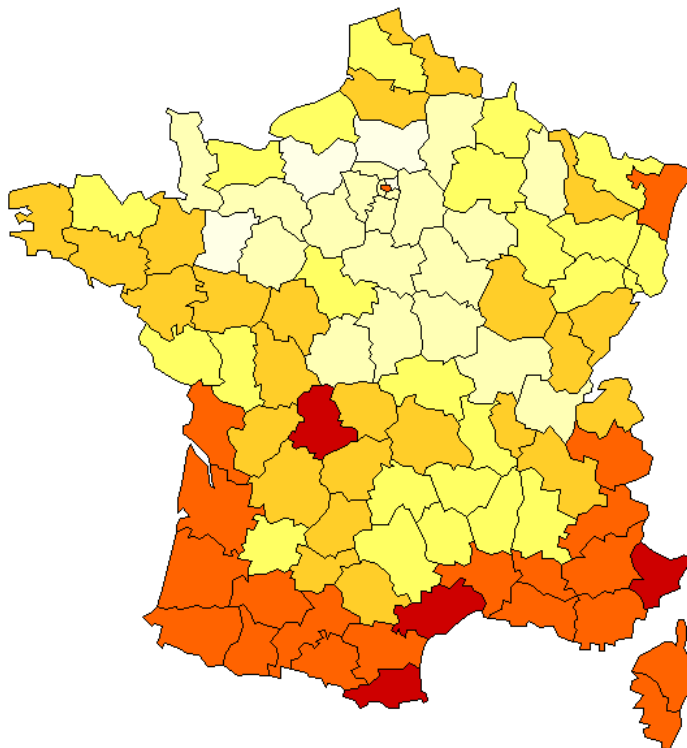
➔ en dépit d'une densité médicale relativement importante, une inégalité d'accès aux soins, qui résulte d'une inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire

- ✓ *Pour les médecins libéraux, la densité médicale régionale varie de 1 à 1,8 pour l'ensemble des médecins, et de 1 à 1,5 pour les seuls omnipraticiens*
- ✓ *Les disparités régionales de densité sont plus fortes concernant les professionnels de santé paramédicaux : rapport variant de 1 à 2,7 pour les masseurs-kinésithérapeutes et de 1 à 6 pour les infirmiers libéraux.*

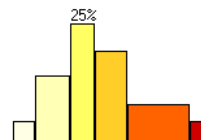
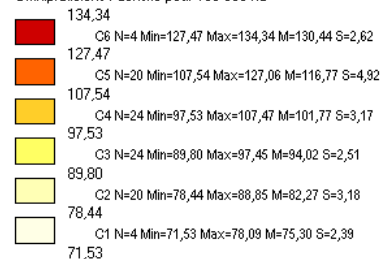
Quelques exemples...

Densité d'omnipraticiens libéraux au 31 décembre 2006

Source : SNIR-PS 2006



Omnipraticiens : densité pour 100 000 ha

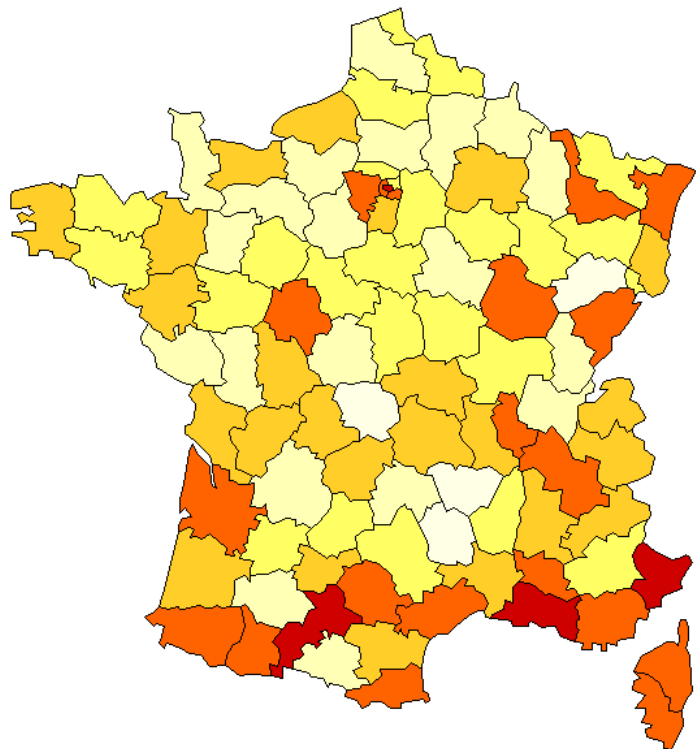


Fait avec Philcarto - <http://perso.club-internet.fr/philgeo> [discrétisation 'Q6']
CNAMTS/DSES/DEOS - Décembre 2007

Quelques exemples...

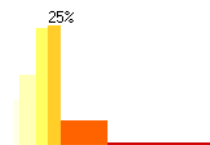
Densité de spécialistes libéraux au 31 décembre 2006

Source : SNIR-PS 2006



Spécialistes : densité pour 100 000 hab.

248,93	C6 N=4 Min=135,19 Max=248,93 M=170,66 S=45,61
135,19	C5 N=20 Min=84,71 Max=129,09 M=100,78 S=13,79
84,71	C4 N=24 Min=71,78 Max=83,39 M=77,03 S=3,68
71,78	C3 N=24 Min=58,57 Max=71,51 M=64,92 S=3,83
58,57	C2 N=20 Min=40,24 Max=57,86 M=49,83 S=4,71
40,24	C1 N=4 Min=34,61 Max=39,33 M=36,35 S=1,78
34,61	

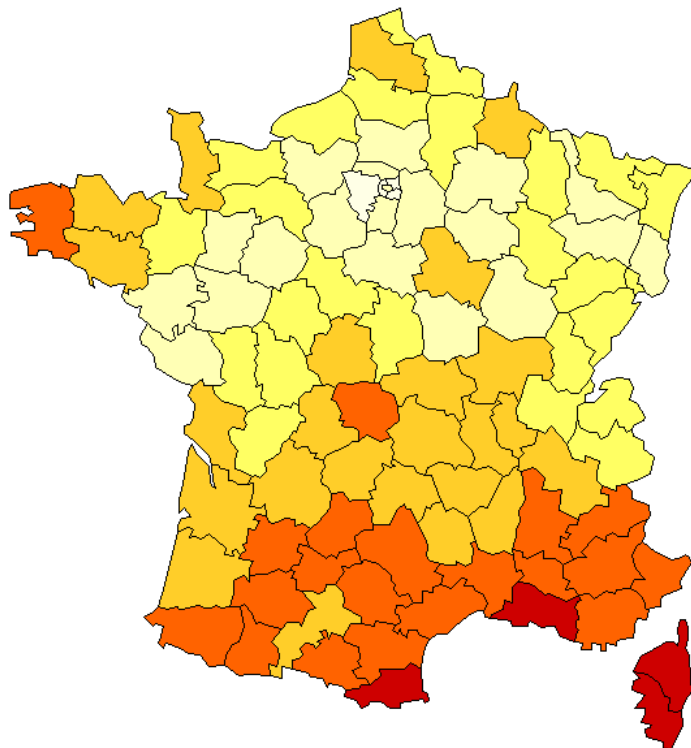


Fait avec Philcarto - <http://perso.club-internet.fr/philgeo> [discrétisation 'Q5']
CNAMTS/DSES/DEOS - Décembre 2007

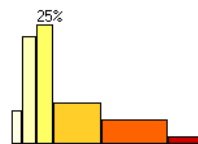
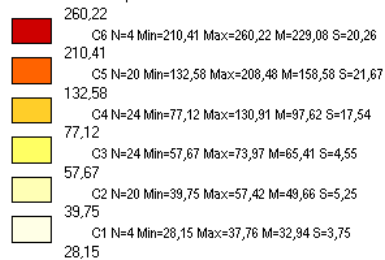
Quelques exemples...

Densité d'infirmiers libéraux au 31 décembre 2006

Source : SNIR-PS 2006



Infirmiers : densité pour 100 000 hab.



Fait avec Philcarto - <http://perso.club-internet.fr/philgeo> [discrétisation 'Q6']
CNAMTS/DSES/DEOS - Décembre 2007

Les principales limites de l'organisation actuelle

- **Un manque d'articulation entre les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social**
 - ✓ particulièrement important à certaines étapes de la prise en charge (entrée et sortie d'hospitalisation) et pour certains patients,
 - ✓ avec des conséquences en terme de coûts (examens réalisés en double ..), et de qualité de prise en charge (complications, réhospitalisations ..)

- **Un mode de rémunération, largement basé sur le paiement à l'acte, et peu adapté**

Les besoins des patients évoluent sous l'effet du développement des pathologies chroniques, les conditions d'exercice aussi (regroupement des professionnels de santé, renforcement de la coordination des prises en charges, nouvelles missions assurées par les praticiens ...), et rendent nécessaire une adaptation des modalités de rémunération.



Le paiement à l'acte n'incite pas les professionnels de santé à s'organiser différemment et à se coordonner, pour mieux répondre aux besoins des patients qui ont évolué (montée des pathologies chroniques et vieillissement de la population)

Deuxième partie

Les principaux axes de la politique actuelle concernant les soins de premier recours

- faire évoluer les conditions d'exercice, les modalités de rémunération
- améliorer l'accès aux soins

Les enjeux

- Faire évoluer en profondeur notre système de santé, pour faire face à la montée des pathologies chroniques et au vieillissement de notre société
 - ✉ L'enjeu va consister à organiser les soins autour du patient, en créant de véritables parcours de santé, et à impliquer davantage les patients dans la gestion de leur maladie:
 - ✉ en constituant des équipes de proximité autour du binôme médecin/infirmier
 - ✉ en assurant des actions de prévention et d'éducation thérapeutique,
 - ✉ en favorisant la coordination avec les hôpitaux et les structures médico-sociales .Elle va être favorisée par la mise en place d'une rémunération d'équipe (engagement 5 du pacte « territoire-santé »)
- Garantir l'accès aux soins, tant dans sa dimension financière que géographique

Le Pacte « Territoire-santé », décembre 2012

▪ Quel objectif ?

Garantir l'accès à des soins de proximité de qualité

▪ Quelle démarche ?

Ne pas recourir à la coercition pour améliorer l'accès aux soins (pas de contraintes pour les médecins libéraux) mais exploiter tous les leviers incitatifs :

- les politiques menées jusqu'à présent, isolées et ponctuelles, n'ont pas suffisamment mobilisé les acteurs concernés ;
- la coercition est injuste dans la mesure où elle pénaliserait les étudiants qui ont fait le choix de l'exercice libéral, et elle est inefficace, car elle peut être contournée.

Proposer des solutions à partir de l'identification des obstacles à l'installation des médecins

- **Quels territoires ?** Les zones dites « fragiles », où la densité médicale met en péril l'accès aux soins

Le Pacte « Territoire-santé », décembre 2012

▪ Quel contenu ?

12 engagements concrets, articulés autour de 3 grandes priorités

1/ changer la formation et à faciliter l'installation des jeunes médecins

2/ transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé par la généralisation du travail en équipe, le développement de la télémédecine, ou encore l'accélération du transfert de compétences

3/ promouvoir des investissements spécifiques pour les territoires isolés.

Une des forces du Pacte réside dans le fait que chaque mesure consolide les autres.

Il n'en reste pas moins que la mobilisation de tous (professionnels de santé, élus, patients, agences régionales ...) est aussi un facteur clef de la réussite de la démarche.