

L'organisation des soins libéraux en Ile-de-France : le point de vue de l'ARS

Mardi 16 mars 2010
7h-9h

Intervenant : Claude EVIN, Responsable préfigurateur de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France

Modérateur : Bruno SILBERMAN, Président de l'URML Ile-de-France

* * *

Bruno SILBERMAN remercie M. Claude Evin pour sa venue et rappelle que l'ARS entrera en fonction au 1^{er} avril 2010.

I. L'organisation des soins en Ile-de-France

Le fonctionnement de l'ARS

Claude EVIN indique que la période de préfiguration de l'ARS a permis de prévoir son fonctionnement et d'organiser ses services. Ce travail a été conduit avec les partenaires concernés. Désormais Etat, Assurance-maladie, ARH et URCAM seront rassemblés dans **un seul établissement public**. Différentes consultations préalables ont été conduites. A partir du 1^{er} avril, l'ARS aura pleine compétence sur le champ défini par la loi.

L'activité libérale est un maillon essentiel du système de santé. Elle rassemble 60 000 professionnels en Ile-de-France, dont 23 000 médecins. L'Ile-de-France représente la moitié des remboursements de l'Assurance-maladie. Les médecins libéraux entretiennent des liens permanents avec les différents professionnels de santé et avec les établissements médico-sociaux. Ils sont donc des interlocuteurs clés du système de santé.

L'ARS doit relever un défi paradoxal. Elle doit d'un côté proposer des réponses à des missions précises selon une organisation adaptée (autorisation d'équipements lourds par exemple), et en même temps privilégier un fonctionnement transversal du système de santé, aujourd'hui excessivement cloisonné. Dans ce cadre, Marie-Renée Babel, Directrice générale adjointe, sera la garante de la démarche transversale de l'Agence. Elle pilotera la préparation du Plan régional de santé prévu pour fin 2011, la gestion du risque avec l'Assurance maladie et animera les délégations territoriales de l'ARS dans chaque département (cf. organigramme www.sante-iledefrance.fr et sur notre site le diaporama qui l'accompagne).

L'ARS s'appuiera également sur deux directions très importantes. Tout d'abord, la Direction de la Santé publique assurera les missions de veille et de sécurité sanitaire. Une plate-forme régionale sera mise en place. Le pôle Promotion de la santé pilotera les actions de prévention. Ensuite, la Direction de l'offre des soins et médico-sociale traitera à la fois du milieu ambulatoire et des établissements de santé. L'Agence comptera en outre trois directions d'appui : la Direction de la stratégie, la Direction de la communication et la Direction des ressources humaines.

L'action de l'ARS poursuivra trois objectifs importants. Tout d'abord, si le niveau global de la santé en Ile-de-France est bon, il existe à l'intérieur du territoire de grandes disparités qu'il convient de réduire. Ensuite, l'amélioration de la qualité de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale passe par la permanence des soins et la complémentarité des filières. Enfin, l'Agence veillera à une meilleure efficacité des dépenses publiques.

Le périmètre d'action de l'ARS est donc très large et il englobe des sujets auparavant confiés à des organismes spécifiques : veille, prévention, organisation des soins, médico-social, sujets transverses... C'est là l'occasion de développer de nouvelles synergies avec les autorités administratives, les élus, les professionnels, les usagers et les associations. Le dispositif de gouvernance assure la concertation avec les acteurs locaux, dont les professionnels libéraux, au sein de la conférence régionale de santé, structure qui, malgré ses limites, reste indispensable pour lutter contre l'atomisation des acteurs. Le mécanisme conventionnel au niveau national perdure, avec une incidence sur l'organisation de l'offre de soins.

Le Schéma régional d'organisation des soins (SROS), élément constitutif du projet régional de santé, est l'un des outils grâce auxquels l'ARS coordonnera l'offre de soins. Il s'élargit désormais aux soins ambulatoires et sera non opposable. Le SROS identifiera les besoins et les territoires déficitaires ou fragiles en matière d'offre de soins. Il sera incitatif pour permettre des partenariats et des mécanismes d'aide à l'installation des jeunes professionnels de santé. Les maisons de santé ne sont pas la réponse unique au problème de l'offre de soins en ambulatoire : l'ARS fera « du cousu main », conservant les solutions qui ont fait leurs preuves.

Le SROS cherchera aussi à réduire les inégalités économiques en termes d'accès et d'offres de soins. Enfin, en termes organisationnels, le SROS favorisera la coopération entre professionnels.

Plusieurs outils permettront à l'ARS de structurer et d'organiser l'offre de soins. Elle pourra notamment opérer des transferts d'activité et régulera les protocoles de coopération. L'Agence pourra également contractualiser avec les acteurs, sans toutefois se substituer aux partenaires conventionnels nationaux. Des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), qui ne concernaient auparavant que les établissements, pourront désormais être conclus individuellement avec les professionnels de santé et avec les réseaux, et seront financés par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins de ville (FIQCS) ou les Missions d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation (MIGAC), aux niveaux national ou régional.

Concernant l'offre de soins libéraux, les trois priorités de l'ARS seront la permanence des soins (un décret est en préparation), la poursuite de ce qu'a fait l'URCAM en matière de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et les réseaux de santé (100 bénéficient d'un financement FIQCS en 2010).

II. Discussion

Le Dr Bruno SILBERMAN propose d'organiser le débat en trois parties (cf. diaporama du programme) qui sont les relations des libéraux et de l'URML/URPS avec l'ARS, l'accès aux soins et les trois grandes priorités affichées par l'ARS (PDS libérale et urgences hospitalières, Tarifs et accès aux soins, contractualisation entre l'ARS et la médecine libérale), et enfin pérennité des financements des nouveaux modes organisationnels.

Première partie :

Selon Bruno SILBERMAN, l'URML s'inquiète de ce que l'ARS ne limite l'implication des médecins libéraux qu'aux activités de premiers recours dans le secteur ambulatoire alors que la moitié des médecins libéraux franciliens sont des spécialistes et qu'une large partie d'entre eux exercent dans des établissements privés. De plus l'URML aujourd'hui (et l'URPS demain) a aussi des missions dans les domaines de la prévention, de la sécurité ou des systèmes d'information. Elle devra donc bien être associée à l'ensemble des actions de l'Agence.

Claude EVIN assure que le Comité exécutif sera le garant de la transversalité de l'action de l'ARS. Les médecins libéraux posséderont, pour chaque sujet, des référents dédiés.

Bernard HUYNH, élu URML, s'interroge sur la mise en place d'un comité de pilotage du SROS incluant les médecins libéraux.

Marie-Laure ALBY, élue URML, s'interroge sur les marges de manœuvre de l'ARS en matière de répartition des financements entre l'ambulatoire, les établissements, le médico-social...

Un participant constate que plusieurs décrets n'ont toujours pas paru. Sous quel délai l'ARS sera-t-elle opérationnelle ?

Hervé SEGALEN s'interroge sur l'implication des représentants des usagers dans le système qualité. Sur cette question, l'AP-HP a mis en place un dispositif très satisfaisant. L'ARS s'inspirera-t-elle de ce dispositif ?

Claude EVIN assure que les décrets manquants seront publiés avant le 1^{er} avril. En revanche, la désignation des nouveaux référents au sein de l'ARS pour le suivi des dossiers se fera au fur et à mesure. De manière générale, l'action de l'ARS s'inscrira dans la continuité des actions actuelles, dont il ne s'agit que de réviser le mode de pilotage. Désormais, les parties prenantes travailleront au sein d'un établissement public unique. Ce nouveau cadre sera progressivement mis en place.

Par ailleurs, la loi HPST n'a pas modifié, à ce stade, les modalités de financement. Le PLFSS, l'ONDAM, perdurent. Là encore, ce sujet sera progressivement traité par la législation, mais sans doute une nouvelle « fongibilité » sera mise en place en écho au nouveau pilotage intégré régional. Ces marges de manœuvre seront indispensables.

Concernant les relations avec les fédérations, le pilotage du SROS n'est pas encore défini. Les acteurs seront néanmoins associés à cette démarche. Le socle du Projet régional de santé sera quant à lui défini pour la fin de l'année 2011. Il s'agira, entre-temps, de redéfinir les territoires et de préparer les différents schémas.

Bruno SILBERMAN s'interroge sur les comités de pilotage départementaux. Par le passé les médecins libéraux ont toujours été exclus de leurs bureaux et n'ont pu que partiellement participer à la multitude de réunions et sous-réunions dans les territoires engendrées par ce processus dit de « *démocratie sanitaire* » peu compatible avec le temps disponible d'un médecin libéral. Le modèle, pour être efficient, devra permettre leur participation.

Claude EVIN affirme que par définition, s'agissant de l'ARS dont le champ de responsabilité s'est étendu, pour les SROS les professionnels libéraux seront davantage associés. Les modalités de cette participation devront effectivement être précisées avec soin.

Deuxième partie :

Claude EVIN se félicite qu'un travail ait été engagé sur les problèmes d'accès aux soins et des pratiques tarifaires par l'URCAM et l'URML sous la forme d'un observatoire régional des soins. Il souhaite que cet observatoire perdure car en faisant de la transparence ensemble, ARS et médecins libéraux feront œuvre utile.

Bruno SILBERMAN précise que ce projet d'observatoire n'a de sens que s'il s'agit bien d'observer communément s'il existe par territoire, pour un acte donné, voire pour une spécialité médicale, une difficulté globale par rapport à l'offre disponible d'accès en soins en relation avec la pratique de compléments tarifaires.

Marie-Laure ALBY insiste sur l'importance de la question de l'accès aux droits des patients (carte Vitale, CMU, AME...). Les médecins libéraux peuvent détecter les incidents et ensuite favoriser leur résolution.

Bernard ELGHOZI, co-président de la commission accès aux soins de l'URML, se félicite que l'Observatoire régional de soins soit bien maintenu. Il ajoute que l'accès à l'information est aussi essentiel.

Bruno SILBERMAN s'interroge sur les modalités de définition des actions prioritaires. Va-t-on s'interroger sur l'ensemble des territoires ou se limiter aux zones de précarité ?

Claude EVIN convient de l'importance de l'accès aux droits, que tous les patients devront pouvoir faire valoir. De manière générale, le Comité exécutif gardera le souci constant de ses relations avec les partenaires et s'interrogera à chaque fois que sera identifiée une zone à risque dans les 4 à 5 ans qui viennent, compte tenu des prévisions démographiques.

Un représentant du Conseil régional d'Ile-de-France s'enquiert du financement des SAMI.

Bruno SILBERMAN rappelle que dans la région la PDS libérale est bien organisée dans chaque département avec des modalités différentes mais adaptées. Trop souvent des points fixes de gardes sont jugés hâtivement « trop chers » car trop peu fréquentés du fait d'une absence de recours par les patients insuffisamment informés, soit par une orientation non coordonnée entre urgences hospitalières et libérales.

Jean-Paul HAMON, élu URML, présente l'étude de coordination (PDS libérale et urgences hospitalières) menée en ce moment par l'URML et rappelle que pour garantir la permanence des soins, il faudra investir beaucoup dans certaines zones déficitaires. Il souhaite que cela ne soit pas remis en question pour de simples raisons économiques. Y aura-t-il un Objectif régional des dépenses d'assurance maladie à négocier avec les libéraux ?

Concernant les SAMI, l'Agence poursuivra un objectif de résultat. La permanence des soins devra être assurée aussi rapidement que possible sur le territoire. Dans ce cadre, les éléments satisfaisants seront conservés, ceux défaillants seront révisés. Il conviendra de privilégier les solutions pragmatiques les mieux adaptées au terrain. Claude Evin se félicite de la possibilité d'une démarche d'observation commune engagée avec la FHF sur le recours aux urgences hospitalières et libérales. Le traitement de la question de la permanence des soins doit bien impliquer à la fois les établissements et les professionnels libéraux, selon des modalités à définir au niveau local. Il conviendra de privilégier la simplicité.

D'une manière générale, améliorer la coordination est sûrement un objectif. La mission de l'ARS est avant tout de faciliter et d'accompagner. L'ARS devra contribuer à développer les partenariats. Les collectivités territoriales sont d'ores et déjà très attachées à la présence des professionnels de santé. Les dispositifs incitatifs qu'elles mettent en place ne sont toutefois pas toujours adaptés. Les

bonnes volontés existent : l'Agence veillera à ce qu'elles se focalisent sur des solutions pérennes.

Bruno SILBERMAN juge que l'ARS devra veiller à l'adhésion des médecins aux projets portés par les directeurs de CME des établissements de santé privés.

Claude EVIN sera attentif à ce que les établissements labellisés assurent effectivement les missions publiques qui leur seront confiées.

Bruno SILBERMAN s'interroge, pour aborder la dernière partie du débat, sur la pérennité des financements pour les réseaux et d'une manière générale pour les projets menés par les libéraux en matière de nouveaux modes d'exercice (recours à la télémedecine, maisons pluridisciplinaires). L'expérience du FIQCS jusqu'à présent en a fixé les limites.

Claude EVIN rappelle que les financements sont définis chaque année en fonction du budget voté par le Parlement. Ils sont donc naturellement incertains. Il conviendra effectivement de développer les dispositifs pluriannuels. Tous devront s'engager dans le travail collectif d'évaluation des actions conduites : c'est là le meilleur moyen de garantir la pérennité des financements.

Jean-Alain CACAULT estime que l'attractivité de la profession libérale est mise en péril et interroge M. Claude Evin sur sa vision du médecin libéral.

Jean-Marc MOLLARD, du réseau Ensemble, incite au développement du mode de financement pluri-thématique.

Le Dr Frédéric PRUDHOMME, Secrétaire général de l'URML, interroge M. Evin sur la problématique du décloisonnement ville-hôpital par les systèmes d'information.

Pour Claude EVIN, tout médecin libéral intervient dans le cadre d'une mission de service public. Son activité mêle sa responsabilité individuelle avec une démarche d'ensemble de la société. Ce positionnement très stratégique est naturellement exposé à certaines tensions. L'ARS devra proposer une organisation plus attractive, privilégiant le fonctionnement collectif. Elle ne pourra toutefois pas lever toutes les difficultés financières et de nouveaux outils devront être élaborés.

Enfin, la Direction de la stratégie de l'Agence attachera une attention particulière aux systèmes d'information. Il s'agit là d'un enjeu fondamental de la mise en place effective de la complémentarité ville-hôpital.

Bruno SILBERMAN conclut les débats à 9h00 afin que chacun puisse démarrer sa journée de travail et donne rendez-vous à l'ensemble des acteurs de santé franciliens pour le prochain Café Réseaux de l'URML qui se tiendra le matin mardi 13 avril 2010 de 7h00 à 9h00 sur le thème « Les nouveaux modes de rémunération et de contractualisation pour l'exercice libéral » avec l'intervention de Mme Marie-Renée Babel, Directrice de la CPAM de Paris et future Directrice générale adjointe de l'ARS.