



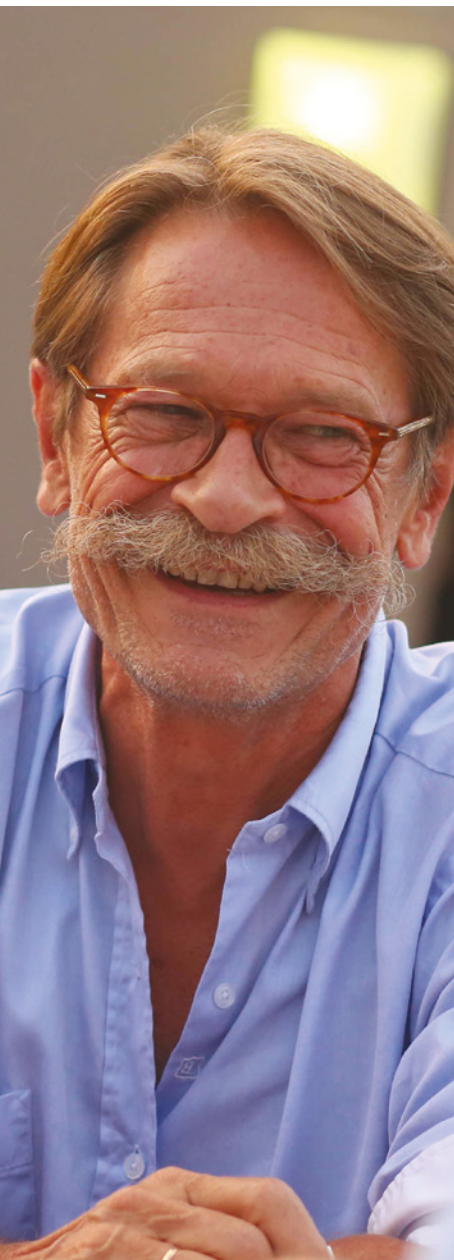
le syndicat de tous les spécialistes
en médecine générale

Projet politique 2018-2020

“*Au cœur du parcours de santé.*”



Notre projet politique pour l'avenir des spécialistes en médecine générale



Le vieillissement de la population, la volonté de moins recourir à l'hospitalisation, les contraintes budgétaires de l'État et les perspectives négatives de l'évolution de la démographie de la médecine générale, doivent amener les médecins libéraux spécialistes en médecine générale à se réorganiser rapidement et à modifier leurs pratiques afin de rester le professionnel de santé référent du parcours de santé du patient.

C'est ensemble et grâce à ces réorganisations à l'échelon de leur territoire, que les médecins généralistes pourront garantir à chaque français d'avoir un médecin traitant et de pouvoir répondre à leur demande de soins non programmés.

L'exercice coordonné devient incontournable pour un parcours de santé du patient optimisé, efficace et efficient. Le spécialiste en médecine générale doit être le chef d'orchestre de ce parcours où la prévention doit occuper une place majeure.

Aujourd'hui, l'optimisation du parcours, grâce aussi à l'utilisation de solutions technologiques innovantes, permet de mieux répondre aux évolutions démographiques, économiques et sociétales.

« Les Généralistes CSMF » a réécrit son projet politique afin de faire face aux enjeux de santé de demain, mais aussi afin de rendre la spécialité de médecine générale plus attractive auprès des jeunes médecins, ce qui est loin d'être le cas aujourd'hui.

Dr Luc Duquesnel
Président Les Généralistes CSMF



Les 7 grands axes de notre projet politique :

1. Le rôle du spécialiste en médecine générale p. 4
2. L'exercice libéral de la médecine générale p. 6
3. La formation des spécialistes en médecine générale p. 14
4. Les Médecins à Exercice Particulier p. 16
5. La rémunération du spécialiste en médecine générale libéral p. 18
6. Les relations avec les organismes payeurs p. 20
7. Quelles organisations représentatives pour les médecins ? p. 22

Annexe 1 : Parcours de soins p. 25

Annexe 2 : Organisation territoriale p. 30



1 • Le rôle du spécialiste en médecine générale

Le projet des « Généralistes CSMF » s'inscrit dans le cadre législatif définissant le rôle de chacun, dont le médecin traitant, dans le parcours de santé (annexe 1, page 25) ainsi que le cadre juridique de la nouvelle organisation territoriale issue de la Loi de modernisation de notre système de santé (annexe 2, page 30).

Le spécialiste en médecine générale / médecin traitant, de par sa formation, ses missions et sa disponibilité a vocation à être le professionnel de santé référent du parcours de santé, et donc du parcours de soins du patient dans le cadre d'une étroite coordination avec les autres professionnels de santé du 1^{er} recours, du 2^e et du 3^e recours qui interviennent chacun en fonction des compétences liées à sa profession ou à sa discipline.

Il a un rôle prépondérant à jouer dans la prévention, en coordination avec les autres professionnels de santé.

Son intervention contribue à la continuité ainsi qu'à la qualité des soins et des services apportés à la population.

Par ses fonctions de diagnostic, de conseil et d'orientation, le médecin traitant participe activement à la bonne utilisation du système de soins par ses patients avec le souci de délivrer des soins de qualité à la collectivité, à des coûts maîtrisés.

Une bonne coordination entre le spécialiste en médecine générale et les autres médecins spécialistes est un élément détermi-

nant pour une prise en charge performante (efficace et efficiente) des patients. Elle permet une meilleure prise en charge des soins non programmés et permet de diminuer le recours aux services d'urgence et à l'hospitalisation.

Les réorganisations territoriales ont vocation à faciliter cette coordination par la proximité qu'elles créent :

- Entre les professionnels de santé libéraux du 1^{er} recours : Maison de santé pluridisciplinaire (MSP), Equipe de soins primaires (ESP),
- Entre les professionnels de santé du 1^{er} et du 2^e recours et les autres acteurs au sein des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS),
- La présence des spécialistes du 2^e recours au sein des MSP est un facteur favorisant la coopération.

C'est au sein de chacune de ces réorganisations territoriales que les professionnels de santé pourront décider de :

- Protocoliser des prises en charge
- Tracer ces prises en charge
- Évaluer leurs actions
- Assurer des suivis populationnels
- Faciliter l'accès aux spécialistes du 2^e recours
- Assurer la continuité des soins et la prise en charge des soins non programmés.

De telles réorganisations territoriales nécessitent des financements dédiés dans le cadre d'un forfait structure.



23 mars 2017 : Défense des médecins généralistes de Romillé devant la CPAM de Rennes.

2 • L'exercice libéral de la médecine générale

Les médecins généralistes libéraux ont une responsabilité collective de s'organiser avec les autres acteurs de santé, à l'échelon territorial, pour répondre aux demandes de soins de la population et à la prise en charge de leur santé sur tout le territoire.

La liberté d'installation doit être préservée et s'accompagner d'un panel de mesures incitatives (y compris pour le cumul emploi retraite) dont la défiscalisation de certaines missions très contraignantes comme la Permanence de soins ambulatoire (PDSA).

2.1 • Faciliter l'accès à la vie professionnelle et à son exercice

2.1.1 L'accès à la vie professionnelle

L'entrée dans la vie professionnelle ne peut aujourd'hui se concevoir que de façon progressive et doit s'organiser pour déboucher sur des modalités d'exercice mixte évolutives pendant la vie professionnelle, pouvant combiner l'exercice salarié et l'exercice libéral, l'exercice en plusieurs sites, y compris en établissements d'hospitalisation. Le terme d'installation tel qu'il existait il y a quelques années, c'est-à-dire exercer toute sa vie professionnelle dans un même lieu et dans un même cadre, est certainement aujourd'hui dépassé eu égard aux évolutions sociétales.

a. Accéder progressivement à un exercice libéral

Créer et développer des statuts intermédiaires plus attractifs que le statut de remplaçant en simplifiant la réglementation au maximum : une simple déclaration au Conseil Départemental de l'Ordre devrait suffire.

Ces statuts intermédiaires sont :

- l'assistant libéral (ou le médecin adjoint) : il permet aux jeunes médecins de travailler en même temps que le médecin installé dont il est l'assistant. Il faut supprimer l'autorisation donnée par le Conseil de l'Ordre pour un temps déterminé.

- le collaborateur libéral : travaille en son propre nom, contrairement à l'assistant, mais reverse un pourcentage sur ses recettes, en général pourcentage fixe, qui correspond à sa participation aux charges communes du cabinet.

b. Développer l'exercice à temps partiel, de façon évolutive pendant sa vie professionnelle

Développer l'exercice partagé entre plusieurs modalités professionnelles (libéral, salarié) et donc plusieurs lieux d'exercice : cabinet de médecine libérale et structure hospitalière.

c. Permettre et développer le salariat entre les médecins

Il faut inventer un modèle économique viable qui permette à des médecins généralistes libéraux de salarier des médecins généralistes.

d. Mettre en place un chargé de mission dans chaque département

Pour un accueil unique des étudiants, développer l'information et accompagner les jeunes médecins. Ce chargé de mission pourrait être pris en charge par les ARS afin d'améliorer les installations dans les zones en difficulté.

e. Mettre en place un assistant d'aide à l'installation au sein des URPS médecins libéraux

Afin d'accompagner les démarches du médecin et faciliter la liaison avec l'ensemble des interlocuteurs des zones fragiles ou en déficit potentiel.

f. Mise en place dans chaque département d'un guichet unique à l'installation

Il permet au médecin de s'informer sur les démarches à remplir avant de s'installer et est le lieu unique pour effectuer toutes ces démarches administratives.

2.1.2 Vie professionnelle

Les mesures qui suivent doivent compléter les mesures conventionnelles d'aide à l'installation (contrats de transition, contrats de solidarité santé territoriale), les Contrats d'Engagement de Service Public (CESP), Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG) – Praticien territorial médical de remplacement (PTMR), et autres aides fiscales comme la défiscalisation de la PDSA.

a. L'installation dans les zones à offre de soins insuffisante doit être facilitée pour le médecin et pour sa famille

Il faut faciliter la recherche d'un travail pour le conjoint ou compagnon, recherche d'un logement, faciliter la scolarisation, le placement en crèche, etc. grâce à l'implication des collectivités locales.

La féminisation de la profession et les contraintes spécifiques liées à l'exercice libéral doivent inciter les collectivités territoriales à la mise en place de services facilitant la vie de tous les jours et donc indirectement la pratique libérale (crèche, etc.). Ces services n'ont pas vocation à n'être mis à disposition que des médecins libéraux mais doivent être conçus par les collectivités territoriales à l'échelon de territoires ruraux ou semi ruraux afin d'apporter

des services similaires à ceux que l'on peut rencontrer en milieu urbain.

b. Améliorer la protection en cas de maladie

Le délai de carence doit être ramené à 3 jours.

De plus, dans les zones déficitaires, le spécialiste en médecine générale doit avoir l'assurance d'être remplacé pendant un congé maladie. Un pool de remplaçants PTMR pourrait être constitué à l'échelon des départements pour effectuer prioritairement ces remplacements. En échange de cet engagement ils bénéficieraient d'un forfait annuel financé par le Conseil Départemental.

c. Favoriser partout le regroupement des spécialistes en médecine générale autour d'un projet de santé territorial

Le projet de santé doit être rédigé par les spécialistes en médecine générale avec les autres professionnels de santé du territoire.

Si les spécialistes en médecine générale veulent continuer, demain, à assurer les mêmes missions auprès de toute la population, leur démographie médicale leur impose de modifier leurs organisations professionnelles et leurs pratiques.

L'exercice coordonné a vocation à devenir un temps essentiel de leur pratique, tant avec les autres professionnels de santé du 1^{er} recours qu'avec les autres médecins spécialistes des 2^e et 3^e recours.

Ces regroupements peuvent être **physiques ou virtuels** tout en sachant que la proximité est un facteur aidant à l'exercice coordonné.

Ils peuvent prendre des formes différentes : **MSP monosite ou multisite, ESP, CPTS.**

Le statut juridique des MSP concernées par l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI), la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoire (SISA), doit être simplifié.

Ces regroupements de médecins élargis aux autres professionnels de santé doivent pouvoir contractualiser avec les ARS sur des objectifs territoriaux afin d'obtenir, si nécessaire, des financements leur permettant de remplir les missions qu'ils accomplissent. Les professionnels élaborent des protocoles de prise en charge des patients présentant des prises en charge complexes. Ces protocoles seront plus ou moins élaborés mais à minima ils devront répondre au besoin d'assurer la continuité des soins.

Les ESP doivent être la base du maillage territorial.

d. Participer avec les ARS au diagnostic territorial et à la conduite des actions

L'élaboration du diagnostic territorial ne prend son sens et ne peut devenir opérationnel s'il ne prend pas en compte la vision et l'avis des acteurs du territoire au premier rang desquels les médecins. Sa déclinaison résulte d'une construction partagée, qui doit tenir compte d'un existant mais aussi des dynamiques en cours.

Les spécialistes en médecine générale doivent être concertés dès l'origine et tout au long des travaux.

Les spécialistes en médecine générale doivent pouvoir :

- Participer aux diagnostics de territoire élaborés (ESP, CPTS, PTA) par les ARS,
- Proposer une évaluation qualitative, et éventuellement quantitative, des dispositifs mis en place,
- **Solliciter une aide méthodologique et un accompagnement de la part des URPS ML pour participer à ces deux actions.**

e. Organiser la continuité des soins à l'échelon d'un territoire

Mettre en place un emploi du temps garantissant la présence d'un nombre de médecins suffisant sur un territoire tout au long de la semaine pendant les heures de travail, en dehors des heures de PDSA.

Le samedi matin doit être intégré à la PDSA ainsi que la tranche horaire 19 h / 20 h du lundi au vendredi.

Organiser un système de gardes et astreintes répondant aux besoins de la population, et qui soit compatible avec une charge de contraintes acceptable pour les médecins.

f. Développer un maillage territorial

Il n'y aura pas en France un médecin par commune.

En favorisant des lieux de consultation médicale dans des zones isolées, et en fonction des besoins, avec passage d'un médecin une à plusieurs demi-journées par semaine, dans des lieux d'exercice regroupé (maisons de santé pluri professionnelles) ou dans des locaux municipaux ou autres avec indemnisation et prise en charge des frais de déplacement du médecin et des honoraires revalorisés.

Les ESP sont la base du maillage territorial où se retrouvent autour du spécialiste en médecine générale / médecin traitant les professionnels de santé du 1^{er} recours, acteurs incontournables et organisateurs d'une prise en charge globale du patient et de son parcours de santé.

Les ESP doivent mener une réflexion avec les autres médecins spécialistes et les autres acteurs de la santé du territoire **pour créer des CPTS** autour de protocoles de prise en charge des patients.



Tour de France 2015 : rencontre avec le Dr Isabelle Bossé, allergologue à La Rochelle.

Les URPS-ML doivent être étroitement associées à la définition des différentes zones relatives à la démographie des spécialistes en médecine générale libéraux. Ce zonage doit être mis à jour tous les deux ans. La perte de certaines aides incitatives par changement de zones doit se faire de façon progressive sur plusieurs années.

Le montant de l'enveloppe dédiée dans le cadre de la convention médicale doit être établi afin de répondre aux besoins de santé de la population.

g. S'engager dans la qualité des pratiques et la pertinence des soins

- Afin d'assurer le suivi de la santé d'une patientèle ou de la population d'un territoire, il est indispensable de **disposer de données de santé structurées**. Le recueil, la production et l'analyse de ces données de santé sont essentielles pour mener à bien les actions de prévention et de dépistage mais aussi pour la recherche en médecine générale et en soins primaires.

- **Élaborer des référentiels de prescription** (personnes âgées, etc.) serait utile aux prescripteurs s'ils sont intégrés aux logiciels médicaux,

- **La mise en œuvre de bonnes pratiques** pour chaque médecin libéral ou chaque groupe de professionnels incitant à atteindre des objectifs annuels de pertinence fixés de façon concertée avec la CPAM dans le cadre d'une méthodologie validée par l'UNCAM et les organisations professionnelles représentatives, mesures incitatives et non coercitives :

- consultation annuelle dédiée à l'analyse de l'ordonnance pour des patients poly pathologiques. Cette analyse ferait suite à l'envoi par le pharmacien d'un bilan de médication et de l'avis de l'infirmière sur l'observance.

- parcours de santé par une ESP, MSP ou CPTS.

h. Disposer d'un secrétariat, développer et favoriser la délégation de tâches en valorisant le travail du médecin

Aujourd'hui, encore trop de médecins généralistes n'ont même pas de secrétaire. Il faut développer un environnement favorable au médecin pour son exercice tel qu'un secrétariat, une prise de rendez-vous par Internet.

La délégation de tâches doit se faire dans le respect des décrets de compétence de chaque profession concernée.

Repenser la mobilisation des ressources humaines pour optimiser le temps médical doit permettre un transfert de certaines activités vers d'autres professions, dans une logique cependant d'exercice coordonné.

Ces nouveaux métiers doivent s'exercer **sous la responsabilité du médecin généraliste**, en analysant les impacts organisationnels et financiers de la délégation de tâches ou des pratiques avancées. Ils peuvent prendre différentes formes :

- **Un assistant médical** pour assurer certaines tâches assurées jusqu'ici par le médecin traitant au cours de sa consultation médicale (préparation à la consultation : poids, taille, TA, etc.), aide à la prise en charge des soins non programmés et à la réalisation d'examen complémentaires (ECG, EFR, FO, etc.)

- **Une infirmière de pratiques avancées** : prévention, ETP, saisie standardisée des ATCD permettant un suivi populationnel, perdu de vue, suivi de patients atteints de pathologies chroniques non compliquées à la demande du médecin traitant.

i. Mettre en place des CTA ou des PTA

Afin de faciliter la mise en place des parcours de santé des patients présentant des situations complexes, **les Coordinations Territoriales d'Appui (CTA) et les Plates formes territoriales d'Appui (PTA) sont des fonctions supports à l'exercice coordonné** (aide à la rédaction d'un Plan Personnalisé de Santé, etc.) afin de diminuer les tâches administratives des médecins généralistes.

Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) qui, par une population importante prise en charge et par un degré de maturité avancé de l'exercice coordonné mis en œuvre, disposent déjà d'un dispositif d'appui à cette coordination (CTA) doivent pouvoir le conserver. D'éventuelles PTA n'ont pas vocation à s'y substituer.

Des ESP et des CPTS, si leur projet de santé le justifie et si leur taille le permet, peuvent mettre en place leur propre CTA.

Les spécialistes en médecine générale doivent, avec les autres professionnels de santé libéraux, s'impliquer dans la création et/ou la gouvernance des PTA.

Les PTA doivent être a minima un dispositif d'appui mis à disposition des médecins généralistes pour faciliter la prise en charge des situations complexes de certains de leurs patients.

j. L'exercice coordonné mis en place dans les MSP, ESP, CPTS et PTA nécessite des outils de coordination

Messagerie de Santé Sécurisée (MSS) pour échanger entre les professionnels, Dossier Médical Partagé (DMP) pour mettre à disposition des documents sont indispensables. Les logiciels en cours d'élaboration dans différentes régions, pour rendre traçable cet exer-

cice coordonné autour d'un patient, doivent être intuitifs, ergonomiques et interopérables avec les logiciels métier des médecins généralistes. Dans le cas contraire, ils augmenteraient le temps de travail administratif et ne seraient donc pas utilisés par ces derniers.

k. Encourager l'exercice des médecins retraités

Un nombre important de médecins récemment retraités seraient prêts à continuer à exercer à temps partiel si les conditions étaient facilitées et simplifiées d'un point de vue administratif et s'ils n'étaient pas pénalisés au niveau de la CARMF. Il faut absolument et rapidement :

- Améliorer les avantages du cumul emploi-retraite en créant un « **forfait social** » pour les zones sous denses, forfait qui inclurait l'ensemble des cotisations (Assurance Maladie, Allocations Familiales, retraites, CSG, CRDS).

- **Supprimer la cotisation CARMF ou permettre d'acquiescer des points retraite supplémentaires.**

2.2 Arrivée de la télémédecine : vers la fin des déserts médicaux

Rien ne peut remplacer le colloque singulier et le dialogue direct entre un patient et son médecin qu'il a choisi librement, et qu'il rencontre dans son cabinet médical. Toutefois, l'arrivée des nouvelles technologies de communication permet de réduire les distances et le temps, y compris en matière de santé et d'accès aux soins.

Demain, les déserts médicaux seront uniquement dus à des déserts numériques. La disparition des déserts médicaux passe donc par la résolution de la fracture numérique que traverse notre pays.



Permettre à tous les Français, quel que soit leurs lieux d'habitation, d'accéder à des réseaux de communication numériques et d'avoir une couverture 4G / 5G / fibre optique est aujourd'hui indispensable y compris pour garantir l'accès aux soins pour tous et partout.

L'irruption de la télémédecine dans l'exercice médical quotidien va se décliner de multiples façons, mais elle doit garantir aux patients une prise en charge de proximité et de qualité. La téléconsultation et la téléexpertise sont deux modalités facilitant l'accès aux soins, et donc permettant de réduire notablement les délais de consultation tout en les priorisant.

La protocolisation de la télémédecine ne doit pas remettre en cause le rôle du médecin traitant dans le parcours de santé. Par exemple, l'article 36 dans la télésurveillance de l'insuffisance cardiaque n'est pas acceptable car il retire à ces médecins la responsabilité de la surveillance des indicateurs annonçant un risque de décompensation cardiaque.

2.2.1 La télésurveillance

La télésurveillance et l'utilisation des objets connectés permettront le maintien à domicile de patients âgés atteints de pathologies chroniques (exemple : insuffisance cardiaque) et diminueront le recours à l'hospitalisation en diminuant les épisodes de décompensation aiguë et en améliorant la qualité du suivi médical.

Il faut maintenant :

- **Mettre fin aux phases expérimentales et généraliser sur l'ensemble du territoire national** les expériences aujourd'hui menées ;

- **Replacer la télésurveillance et l'utilisation des objets connectés dans le cadre de la médecine de ville**, donc de la médecine libérale tant en médecine générale qu'en médecine spécialisée, en accompagnant son déploiement des moyens nécessaires tant juridiques que financiers ;

- **Remettre le financement de la télésurveillance dans le cadre conventionnel et garantir une rémunération pour les médecins concernés.**

2.2.2 La téléconsultation

La téléconsultation permet de réduire les distances entre un patient et un médecin. Grâce aux nouveaux modes de communication, un médecin peut prendre en charge un patient à distance, tant en médecine générale qu'en médecine spécialisée. Les exemples sont en train de se développer mais restent encore très marginaux.

Le développement de la téléconsultation, tant dans le cadre de la continuité des soins que de la permanence des soins, doit devenir une réalité dans les EHPAD et dans les zones sous-médicalisées, et permettra d'accéder facilement au médecin traitant de la personne âgée hébergée : le personnel soignant de l'EHPAD pourra solliciter le médecin traitant de la personne âgée hébergée et mettre cette dernière en contact visuel et sonore avec son médecin traitant. En facilitant l'échange, l'interrogatoire et l'orientation diagnostique, la téléconsultation doit être un facteur évitant un recours désordonné à une prise en charge hospitalière.

Dans le cadre d'un projet de santé territorial et en cas d'absence du médecin traitant, il doit être possible pour un médecin généraliste de réaliser cette téléconsultation s'il partage les mêmes dossiers médicaux.

Les médecins généralistes doivent être rémunérés à hauteur de la mission remplie.

2.2.3 La téléexpertise

La téléexpertise doit permettre de solliciter un médecin expert (qui peut être un médecin généraliste) dans le cadre d'une coordination ou d'une concertation pour des cas complexes ou des patients polyopathologiques. Ceci pourrait faciliter l'installation de jeunes médecins généralistes dans des zones fragiles, car ils auraient accès facilement à des médecins spécialistes. En effet, le déficit de médecins spécialistes dans ces zones est un élément dissuasif pour l'installation en médecine générale.

Le développement de cette téléexpertise doit se faire dans le cadre d'une rémunération de droit commun, discutée dans le cadre conventionnel. Cette rémunération doit concerner autant le médecin requérant que le médecin requis. Au-delà de la rémunération, les équipements nécessaires doivent être financés.

3 • La formation des spécialistes en médecine générale

3.1 La formation initiale

a. La découverte des différentes modalités d'exercice

- Maintenir une forme de numerus clausus et / ou une présélection à l'entrée à la faculté et l'adapter aux besoins de santé de la population. Les capacités de formation de chaque faculté doivent permettre de répondre aux besoins de formation.

- Rendre obligatoires des stages de découverte en cabinets de médecine libérale (Médecine générale et médecine spécialisée) dès le deuxième cycle, y compris dans les zones fragiles.

- Assurer partout au moins 12 mois de stage de troisième cycle en cabinet de médecine générale, en favorisant les zones déficitaires. Les Stages Ambulatoires en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) sont indispensables. Mise en place sur tout le territoire de la maquette de la médecine générale qui prévoit deux stages ambulatoires obligatoires en médecine générale.

- Lors du 3^e cycle, les Internes de Médecine Générale (IMG) doivent avoir la possibilité de faire 1 ou plusieurs stages (de durée plus courte) dans d'autres spécialités que la médecine générale en cabinets médicaux (pédiatrie, gynécologie, rhumatologie, dermatologie, etc.).

- Renforcer la dimension professionnalisante ambulatoire dans la formation primaire tant dans le 2^e et 3^e cycles et développement d'un enseignement à la faculté sur la connais-

sance de l'exercice libéral en y incluant des formations à la gestion de l'entreprise médicale libérale et au management d'équipe.

- Renforcer les formations pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires des formations de santé notamment dans le cadre de la médecine ambulatoire.

b. La suppression de l'ECN (Epreuves Classantes Nationales)

Pour éviter que la 6^e année (et parfois tout le second cycle) soit une année de baccalauréat et non une année de formation, il faut trouver un système alternatif de sélection sans que le choix de la spécialité se fasse par l'échec : contrôle continu, projet professionnel, suppression de l'ECN.

c. Créer des filières pour ceux qui abandonnent la filière médicale

De la même façon qu'aujourd'hui il existe des filières pour débiter les études médicales dès la 2^e ou la 3^e année pour des étudiants titulaires d'un autre diplôme, il faut créer des filières pour des étudiants voulant quitter la filière médicale et en tenir compte lorsque l'on définit le numerus clausus.

d. Augmenter le nombre de médecins généralistes, maîtres de stage universitaire, avec comme cible au moins un tiers d'entre eux maîtres de stage

- Favoriser l'accès à la maîtrise de stage universitaire en particulier en facilitant la formation d'enseignants, en améliorant l'indemnité, et en accompagnant cette fonction dans les zones déficitaires d'un avantage fiscal.

- Faire intervenir des médecins libéraux, généralistes et spécialistes, dans la formation théorique universitaire dès le 2^e cycle.

e. Tout stage hors de l'agglomération du siège de faculté ne doit rien coûter aux stagiaires

Cela s'impose dans les zones sous denses ou désertifiées.

Cela concerne : l'indemnité logement ou la mise à disposition d'un logement, le forfait frais de déplacement.

Ces mesures doivent s'appliquer pour tous les étudiants de **deuxième et troisième cycles**.

f. En troisième cycle

Renforcer les outils pédagogiques décentralisés pour limiter les déplacements et renforcer la mission pédagogique du terrain et développer les liens avec les hôpitaux publics, praticiens hospitaliers et médecins libéraux en développant le " e-learning ", la visioconférence dans le cadre des Départements universitaires de médecine libérale ou séminaire sur site.

3.2 La formation continue

a. Elle doit répondre aux besoins très concrets des médecins généralistes.

b. La formation continue du médecin généraliste de secteur 1 fait partie du contrat conventionnel qu'il a avec l'Assurance Maladie. **Cette dernière doit revenir à ses engagements financiers antérieurs.**

c. L'exercice coordonné au sein des équipes de soins primaires est le temps majeur du parcours de santé. Il faut donc **développer les formations pluri professionnelles** qui, pour le DPC, doivent être hors quota.

d. Le temps de la formation indemnisée doit être ramené à 40 heures par an, temps minimum nécessaire à une spécialité aussi complexe que la médecine générale.

3.3 L'évaluation de la pratique professionnelle

a. Les spécialistes en médecine générale doivent pouvoir évoluer dans leur carrière professionnelle à travers une évaluation et une reconnaissance de leurs compétences acquises sur le terrain aussi bien humaine que technique. C'est également une démarche qualité vis-à-vis de la population et des tutelles.

b. L'évaluation de la pratique professionnelle doit s'intégrer au parcours professionnel du médecin généraliste libéral en le valorisant. Elle pourrait par exemple permettre aux médecins de secteur 1 d'accéder à l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM).

c. Le Collège de Médecine Générale doit l'organiser et la mettre en œuvre. Le rôle du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) doit se limiter à son enregistrement.

3.4 La recherche en médecine générale et en soins primaires

La médecine générale est une discipline scientifique spécifique jeune et la recherche en médecine générale doit en être à la fois le moteur et le bénéficiaire.

Pour cela, **il est indispensable de disposer de données de santé structurées.**

Les travaux de recherche dans le champ des soins primaires servent entre autres à comprendre, prévoir ainsi qu'à renforcer l'enseignement de la médecine générale.

4 • Les Médecins à Exercice Particulier

« Les Généralistes CSMF » ne représentent pas seulement les spécialistes en médecine générale, mais l'ensemble des médecins généralistes, c'est-à-dire aussi les médecins à expertise particulière, dits MEP.

Qu'ils soient homéopathes, acupuncteurs, mésothérapeutes, médecins du sport, médecins ostéopathes, médecins thermaux, médecins nutritionnistes, médecins de montagne, ils sont des médecins généralistes.

Si bon nombre d'entre eux n'exercent pas de façon exclusive cette activité et peuvent ainsi être spécialistes en médecine générale, ce n'est pas le cas de tous et les évolutions des différentes conventions médicales sont très pénalisantes pour eux.

N'étant pas médecin traitant, ils ne perçoivent pas les rémunérations forfaitaires liées à ces missions. Or la part forfaitaire est de plus en plus importante dans la rémunération des spécialistes en médecine générale.

« Les Généralistes CSMF » considèrent que ces médecins à expertise particulière représente une vraie plus-value dans le parcours de santé des patients et **qu'ils doivent pouvoir bénéficier de cotations spécifiques pour leurs consultations** qui sont souvent longues et que le secteur 2 ne doit pas être, pour eux, le seul secteur économiquement viable.



Septembre 2015 : « Les Généralistes CSMF » vent debout contre la loi de santé de Marisol Touraine. Début du Tour de France.

5 • La rémunération du spécialiste en médecine générale libéral

Le niveau de rémunération doit être équivalent entre les différentes spécialités médicales sinon l'exercice salarié deviendra de plus en plus attractif par rapport à l'exercice libéral de la médecine générale.

Il faut aller vers une mixité des lieux et des modes d'exercice et donc aussi des modes de rémunération.

5.1 « Les Généralistes CSMF » restent attachés au paiement à l'acte et à une hiérarchisation en fonction de son contenu et de sa complexité.

5.2 Mais nous sommes ouverts à une expérimentation avec une évolution vers d'autres modes de rémunération : forfait à la pathologie, paiement à l'épisode de soins, au parcours de soins, missions collectives ou territoriales, pertinence et qualité.

Il faut expérimenter, dans le cadre du parcours ambulatoire, un forfait à la pathologie qui peut prendre différentes formes :

- Tout ou partie des actes peuvent être abandonnés en fonction du montant du forfait,
- Ce forfait peut, dans un premier temps, ne concerner que le médecin traitant,
- Dans un 2^e temps, ce forfait pourrait intéresser l'ensemble des professionnels de santé libéraux de l'équipe de soins primaires concernés par cette pathologie.
- Dans un 3^e temps, ce forfait pourrait aussi inclure la rémunération du médecin spécialiste de 2^e recours qu'il soit libéral ou hospitalier.

S'agissant d'une expérimentation, elle ne peut concerner que des spécialistes en médecine générale volontaires.

5.3 Forfait structure prenant mieux en compte les modalités de l'exercice.

La pertinence et la qualité des prises en charge dépendent beaucoup des organisations mises en place.

Le montant du forfait structure doit donc dépendre de l'existence ou pas :

- Du lieu d'installation en tenant compte du coût de l'immobilier,
- D'un secrétariat physique,
- D'un assistant médical,
- D'une IDE de pratique avancée.

Si la structure (MSP, ESP, CPTS, etc.) s'est engagée dans une prise en charge populationnelle de la santé des habitants d'un territoire, le montant du forfait structure doit tenir compte de cette mission.

Ces structures doivent avoir une visibilité financière pluriannuelle permettant aux praticiens d'envisager leurs investissements matériels ainsi qu'en ressources humaines et de s'investir dans des formations et sur leur projet d'avenir.

5.4 Financement de la coordination

L'exercice coordonné, à partir du moment où il est protocolisé et traçable (et donc évaluable), doit être rémunéré sous forme de forfait plutôt qu'à l'acte.

Ce doit être tout particulièrement le cas dans les situations complexes qui nécessitent un staff, l'écriture d'un PPS et son suivi...

5.5 Réévaluation du coût de la pratique dans les DOM TOM prenant en compte le surcoût des actes techniques sur ces territoires

Remarque :

Pour toutes les mesures ayant un impact financier visant à favoriser l'installation de jeunes médecins et celles concernant le cumul emploi retraite, on peut légitimement se poser la question : doivent-elles s'appliquer sur tout le territoire ou seulement sur les territoires en manque de spécialistes en médecine générale ?

Vu que nous serons amenés à gérer une pénurie de MG libéraux dans les 15 années à venir, ces mesures, si elles s'appliquaient sur tout le territoire, ne bénéficieraient pas d'abord aux territoires les plus attractifs qui manquent peu ou pas de MG (9 départements voient le nombre de MG libéraux augmenter) quitte à déstabiliser l'offre de soin existante par une offre pléthorique ?



« Les Généralistes CSMF » : là relève est là !

6 • Les relations avec les organismes payeurs

6.1 Dans le cadre conventionnel avec l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

« Les Généralistes CSMF » sont très attachés à l'existence d'une convention médicale nationale.

L'accès aux soins de premier recours ne doit pas entraîner une augmentation du reste à charge pour le patient dû à un désengagement de l'AMO car dans le cas contraire les patients s'orienteraient directement vers l'hôpital.

Dans le cadre des **négociations conventionnelles nationales**, il faut aller vers des **déclinaisons régionales décidées en national**. Des coefficients régionaux doivent être appliqués au forfait structure.

Concernant l'espace de liberté tarifaire, « **Les Généralistes CSMF** » sont favorables à l'**OPTAM pour tous**, y compris pour les secteurs 1, à condition de repasser par un mécanisme d'évaluation de la pratique professionnelle gérée par la profession, de suivre une formation continue, d'assurer la continuité des soins et de faire des visites, de participer à la PDSA.

Les modifications intervenues dans le financement de la protection sociale avec un report sur la CSG ne doivent pas avoir de répercussions immédiates et à venir pour les médecins généralistes de secteur 1.

Pour les MSP, l'ACI doit mieux prendre en compte les structures qui ont un degré de maturité élevé.

6.2 L'Assurance maladie complémentaire (AMC)

« **Les Généralistes CSMF** » sont opposés à des conventions individuelles avec l'AMC.

Comme par le passé pour d'autres professions de santé, cela ouvrirait la porte à des réseaux de soins qui verraient les médecins choisis par les AMC, des patients fortement incités à n'aller consulter que ces médecins et donc à exclure les autres. Ces réseaux une fois constitués imposent des tarifications à la baisse aux professionnels.

Tout accord conventionnel avec l'AMC impliquant les médecins généralistes doit donc se faire dans le cadre d'une **négociation nationale avec l'UNOCAM**.

L'AMC a vocation à investir les champs de la santé délaissés par l'AMO. Ainsi la prévention pourrait faire l'objet d'une convention nationale avec l'UNOCAM.

6.3 Financement FIR (Fonds d'Intervention Régional)

De nombreux territoires comportent des spécificités en termes de santé publique qui peuvent faire l'objet d'actions pour corriger certaines de ses spécificités. **Les contrats locaux de santé** signés entre une collectivité locale et l'ARS sont un lieu privilégié où **les ESP et CPTS doivent s'impliquer avec les autres acteurs du territoire.**

Les spécialistes en médecine générale doivent être informés par l'ARS des sujets environnementaux, participer aux réunions et être acteurs au-delà de la prise en charge, du recueil d'information permettant de saisir l'émergence de pathologies en rapport.

Les financements FIR doivent permettre de financer les MSP, ESP, CPTS, CTA et PTA pour les missions qu'elles remplissent après avoir contractualisé avec l'ARS.

Ces financements doivent aussi permettre de financer des **expérimentations inno-**

vantes menées par les médecins généralistes avec les autres professionnels de santé comme l'ont permis le PAERPA dans certaines régions et l'art.70 sur le parcours des personnes âgées ainsi que le financement de la recherche en médecine générale.



7 • Quelles organisations représentatives des médecins ?

Les syndicats représentatifs de médecins libéraux doivent rester les partenaires conventionnels exclusifs de l'Assurance Maladie (et de l'UNOCAM) pour la négociation de la convention médicale.

Ils doivent aussi être les interlocuteurs privilégiés du gouvernement pour toutes les mesures qui impactent la médecine libérale (loi, décret, expérimentation, etc.).

La présence des représentants des étudiants en médecine et des jeunes praticiens, en tant qu'observateurs, lors des négociations conventionnelles est un élément structurant pour le devenir de l'exercice libéral de la médecine générale.

La convention médicale et les textes législatifs et réglementaires doivent définir le cadre dans lequel des spécificités régionales peuvent être déclinées à partir des textes nationaux.

Dans le cadre de ces déclinaisons régionales, **les syndicats représentatifs doivent être les interlocuteurs privilégiés de l'assurance maladie dans le cadre des Commissions Paritaires Régionales (CPR).**

Les URPS Médecins Libéraux doivent être les interlocuteurs privilégiés des ARS.

Il doit en être de même pour l'Ordre des Médecins, que ce soit aux niveaux national, régional ou départemental.

Le financement des syndicats ne doit plus être autant dépendant de leur signature de la convention médicale.

C'est pourquoi une partie de leur financement pourrait provenir d'une cotisation obligatoire auprès des médecins libéraux, comme pour les URPS. La clé de répartition entre les différents syndicats représentatifs dépendrait de leur ancienneté, de leur nombre d'adhérents, de leur résultat aux élections, de leur implantation locale.



Les membres du Bureau en septembre 2017 à l'Université d'été de la CSMF (manque Jean-Daniel Gradeler).



ANNEXE 1

Parcours de soins

Le médecin traitant : la Loi

Article L162-5-3 (Loi de réforme de l'AM 2004 et Loi de santé) :

- Choix d'un Médecin traitant pour tous les assurés (+16 ans et maintenant enfants) : favoriser la coordination des soins.
- Le médecin traitant choisi peut être **généraliste ou spécialiste**. Il peut être **médecin hospitalier, médecin salarié** d'un centre de santé ou conjointement désigné lorsque les médecins exercent dans un cabinet de groupe.
- Il participe à la mise en place et à la gestion du Dossier médical partagé (DMP).
- Pénalisation des patients de + 16 ans lorsqu'ils n'ont pas choisi de médecin traitant ou consultent un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant.
- Pas de pénalisation en cas d'urgence ou d'éloignement.

Le médecin traitant de l'enfant

La Loi de santé met en place le médecin traitant de l'enfant et la Convention est chargée de sa mise en place :

- **veille** au bon développement de l'enfant ;
- **assure** le dépistage des troubles du développement, au cours, notamment, des examens obligatoires pris en charge à 100 % entre 0 et 6 ans : évolution de la croissance, du langage, de la motricité...
- **veille** à la bonne réalisation du calendrier vaccinal ;
- **soigne** les pathologies infantiles aiguës ou chroniques ;

- **conseille** les parents en matière d'allaitement, de nutrition, d'hygiène, de prévention des risques de la vie courante... ;

- **assure** un dépistage et une prévention adaptés aux divers âges : addictions ; surpoids ; infections sexuellement transmissibles ; contraception ; risque suicidaire, etc.

Missions du médecin traitant et du médecin correspondant

Article 15. Le Médecin traitant

Le médecin traitant **favorise la coordination avec les autres professionnels** et services participant aux soins de ses patients. Son intervention contribue à la continuité ainsi qu'à la qualité des soins et des services apportés à la population.

Par ses fonctions de **diagnostic, de conseil et d'orientation**, le médecin traitant participe activement à la bonne utilisation du système de soins par ses patients avec le souci de délivrer des soins de qualité à la collectivité, à des coûts maîtrisés.

Article 16. Le Médecin correspondant

Intervenant en coordination en lien avec le médecin traitant, **le médecin correspondant permet l'accès aux soins de second recours**.

Missions du médecin traitant

Assure le 1^{er} niveau de recours aux soins.

- contribue à l'offre de soins ambulatoire

- participe à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et au suivi des maladies ainsi qu'à l'éducation pour la santé de ses patients ;

- oriente le patient dans le parcours de soins coordonnés ;

- informe tout médecin correspondant des délais souhaitables de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient ;

- rédige le protocole de soins en tenant compte des propositions du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade ;

- favorise la coordination avec les autres professionnels et services participant à la prise en charge des patients notamment par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants qui peut être intégrée dans le DMP.

Missions du médecin correspondant

Intervient en coordination en lien avec le médecin traitant, le médecin correspondant permet l'accès aux soins de second recours.

- répondre aux sollicitations du médecin traitant et recevoir les patients adressés dans des délais compatibles avec leur état de santé ; il s'engage à tenir compte des informations médicales relatives au délai de prise en charge transmises par le médecin traitant ;

- intervenir en lien avec le médecin traitant sur le suivi du patient et l'élaboration du projet de soins, le cas échéant ;

- tenir informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de ses constatations et lui transmettre, dans les délais raisonnables, nécessaires à la continuité des soins et compatibles avec la situation médicale du patient, les éléments se rapportant aux séquences de soins sur lesquelles il intervient ;

- participer à la prévention et à l'éducation pour la santé.

Les différentes modalités du parcours de soins coordonnés prévues par la Convention

- **Médecin traitant vers médecin correspondant pour demande d'avis ponctuel article 16-2.**

Avis ponctuel donné par un médecin spécialiste à la demande explicite du médecin traitant. Le médecin correspondant, sollicité pour cet avis ponctuel de consultant, adresse au médecin traitant ses conclusions et propositions thérapeutiques. Il s'engage à ne pas donner au patient de soins continus et à laisser au médecin traitant la charge d'instaurer les prescriptions sauf urgence ou cas particuliers et d'en surveiller l'application.

- **Médecin traitant vers médecin correspondant pour soins itératifs**

Ces soins sont pratiqués selon :

- un plan de soins prédéfini en termes de contenu et de périodicité entre le médecin traitant et le médecin correspondant ;

- ou selon un protocole d'affection de longue durée.

Le patient accède aux médecins correspondants sans passage par le médecin traitant. Dans ce cadre, le médecin correspondant procède régulièrement à un retour d'informations vers le médecin traitant de son patient.

- **Médecin traitant vers médecin correspondant avec nécessité d'une séquence de soins impliquant un ou plusieurs intervenants :**

Cette séquence de soins est réalisée en concertation avec le médecin traitant. Le patient est alors orienté vers les médecins correspondants sans passage par le médecin traitant.

- **Médecin traitant vers médecin correspondant généraliste :**

Le médecin traitant peut conseiller une séquence de soins à son patient nécessitant l'intervention ponctuelle ou itérative (plan de soins) d'un médecin généraliste.

Accès spécifique à certaines spécialités - article 17 de la Convention

- Concerne **certaines spécialités** (gynécologues, ophtalmos, stomatos, psychiatres et neuropsychiatres) et **certaines actes seulement.**

- Consultation sans consultation préalable du médecin traitant tout en restant dans le parcours de soins.

- Ces médecins veillent à **tenir informé**, avec l'accord du patient, le médecin traitant de leurs constatations et lui transmettent, dans les délais raisonnables, nécessaires à la continuité des soins et compatibles avec la situation médicale du patient, les éléments objectifs utiles à la prise en charge du patient.

Soins de 1^{er} et 2^e recours

Article L1411-11 CSP : L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'ARS conformément au schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-2. Ces soins comprennent :

1° **La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi** des patients

2° **La dispensation et l'administration des médicaments**, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;

3° **L'orientation** dans le système de soins et le secteur médico-social ;

4° **L'éducation** pour la santé.

Les professionnels de santé, dont les médecins traitants, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

Article L1411-12 CSP : Les soins de 2^e recours, non couverts par l'offre de premier recours, sont organisés dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa de l'article L. 1411-11.

Missions du médecin généraliste de 1^{er} recours – L4130-1 CSP (créé par Loi HPST)

1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé ;

2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;

3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;

4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;

5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;

5° bis. Administrer et coordonner les soins visant à soulager la douleur. En cas de nécessité, le médecin traitant assure le lien avec les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur ;

6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;

7° Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;

8° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de 2^e ou 3^e cycles d'études médicales.

Missions du médecin spécialiste de 1^{er} ou de 2^e recours – L4130-2 CSP (créé par Loi de santé)

1° Compléter la prise en charge du patient par la réalisation d'une analyse diagnostique et thérapeutique d'expertise, la mise en œuvre du traitement approprié ainsi que le suivi des patients, selon des modalités propres aux compétences de chaque discipline ;

2° Contribuer à la prévention et à l'éducation pour la santé ;

3° Participer à la mission de service public de permanence des soins ;

4° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

Le médecin spécialiste de deuxième recours peut intervenir en tant que médecin correspondant, en lien avec le médecin généraliste, pour le suivi conjoint du patient et l'élaboration du projet de soins ;

Le médecin spécialiste du 1^{er} ou 2^e recours intervient en coopération avec les établissements de santé et contribue à la prévention des hospitalisations inutiles ou évitables.

ANNEXE 2

Cadre juridique de la nouvelle organisation territoriale

(Loi de modernisation de notre système de santé)

Les équipes de soins primaires

Article 64 Loi de santé – L1411-11-1 CSP

Composition :

- Ensemble de professions de santé,
- Constitué autour du spécialiste en médecine générale de 1^{er} recours,
- Choisisant d'assurer leurs activités de soins de 1^{er} recours sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent.
- Peut prendre la forme d'un **centre de santé** (CDS) ou d'une **maison de santé** (MSP).

Rôle :

- contribuer à la structuration des parcours de santé,
- meilleure coordination des acteurs,
- prévention, amélioration et protection de l'état de santé de la population,
- réduction des inégalités territoriales.

Instruction n°DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016

Projet de santé organisé autour de la patientèle (ex : prise en charge des personnes vulnérables, soins palliatifs à domicile...).

Projet commun à l'équipe : pré-requis à la contractualisation avec l'ARS.

Pas de statut juridique pré-établi :

- structures d'exercice coordonné (MSP ou CDS),

- formes de coopération plus légère. Dans ce cas, projet a minima : objet, membres, engagements sur les modalités de travail multi-pro.

- Peut comprendre ou non un projet immobilier,
- Peut être constitué sur un ou plusieurs sites.

Projet envoyé à l'ARS. Signature d'un contrat déclinant les engagements réciproques des acteurs.

Communauté professionnelle territoriale de santé

Article 65 Loi de santé – L1411-12 CSP

Composition large :

- professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou plusieurs équipes de soins primaires,
- d'acteurs assurant des soins de 1^{er} ou 2^e recours,
- d'acteurs médico-sociaux et sociaux

Les acteurs formalisent un projet de santé.

En l'absence d'initiative des professionnels de santé, l'ARS prend en concertation avec les URPS et les représentants des centres de santé, les initiatives nécessaires à leur constitution.

Rôle :

- meilleure coordination des actions,

- concourir à la structuration des parcours de santé et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.

Instruction n°DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016

- Projet organisé pour répondre à un besoin de santé sur un territoire et non uniquement à améliorer la réponse à la patientèle sur un territoire. Peut impliquer pour les professionnels de prendre part à des actions ou d'accueillir des patients, sortant de leur exercice ou de leur patientèle habituelle.

- Territoire de la CPTS plus large que celui de l'ESP.

- L'importance de la participation des acteurs aux CPTS est une garantie de crédibilité.

- Participation des ESP aux CPTS : facteur majeur de succès.

- Pas de forme juridique imposée pour l'élaboration du projet de santé. Transmis à l'ARS dans le but d'une contractualisation.

Plateformes Territoriales d'Appui (PTA)

L6327-1 et L6327-2 CSP (art 74 loi de santé)

Fonctions d'appui : L'ARS organise des **fonctions d'appui** à la prise en charge des patients relevant de **parcours de santé complexes avec un objectif de soutien aux professionnels**. Concertation avec les représentants des professionnels de santé et les usagers.

- Recours aux fonctions d'appui déclenché par le médecin traitant ou un médecin en lien avec ce dernier.

- Peuvent être mises en œuvre par une CPTS ou une ESP.

PTA coordination parcours de santé complexes : constituée par l'ARS par convention avec un ou plusieurs acteurs du système de

santé pour la mise en œuvre des fonctions d'appui. Participation possible des établissements HAD. La priorité est donnée aux initiatives des professionnels de santé de ville, et ESP / CPTS lorsqu'elles existent.

Décret n°2016-919 du 4 juillet 2016 / Instruction n°DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016

Si les acteurs (CPTS/ESP) sont à l'initiative du projet de PTA, elles élaborent le projet, désignent l'opérateur et assurent le suivi des actions. Dans le cas contraire, leur participation est recherchée par l'ARS.

Bénéfice pour CPTS / ESP des services offerts par la PTA :

- Information et orientation des professionnels vers les ressources ;

- Appui à l'organisation des parcours complexes ;

- Soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.

En résumé :

- Trois entités de nature différentes issues de la Loi de santé, mais complémentaires et pouvant contractualiser avec l'ARS : ESP, CPTS, PTA.

- Les ESP et CPTS s'intègrent dans une démarche globale de la loi de santé destinée à faire évoluer l'offre en santé au service des parcours, de la qualité et de la sécurité des prises en charge sur un territoire.

- Les PRS et les GHT devront tenir compte et intégrer les ESP et CPTS chaque fois que nécessaire.

- Les ARS sont présentées comme des accompagnateurs et facilitateurs de projets.

Les GÉNÉRALISTES

CSMF



le syndicat de tous les spécialistes
en médecine générale

Les Généralistes CSMF

79, rue de Tocqueville
75017 Paris

Tél. 01 43 18 88 30

Fax : 01 43 18 88 31

Email : lesgeneralistes@csmf.org

Site Internet : lesgeneralistes-csmf.fr

 @LesGeneCSMF

 /LesGeneralistesCSMF/