

Motion n°2

La transformation de la configuration actuelle du système de santé visant à renforcer le rôle de la première ligne tout en l'assujettissant à un encadrement planifié en fonction des besoins de santé tend à créer une tension majeure au sein de la profession médicale. Cette tension repose sur la progression de l'écart entre, d'une part, une médecine qui se concevrait comme gestionnaire de parcours de soins et des risques maladies d'une population territorialement identifiée et, d'autre part, une médecine attentive à la spécificité des problèmes posés par chaque personne et l'accompagnant au mieux dans sa recherche de solutions.

Cette explosion de la demande sociale fait peser sur la profession médicale et tout particulièrement la médecine générale de premier recours, une responsabilité qu'elle ne peut totalement assumer.

Il suffit de prendre l'exemple de la souffrance psychique qui touche 10 % de la population sans parler de la souffrance dite « professionnelle » qui est en train d'exploser.

NOTRE OPPOSITION

La Loi pose la question du partage des rôles entre ce qui relève de la prise en charge d'une clientèle et ce qui ressort d'une prise en charge populationnelle, d'un côté une approche centrée sur la demande exprimée par les patients, de l'autre une approche centrée sur les besoins d'une population.

Elle pose cette question à deux niveaux :

1. dans une organisation des soins hiérarchisée et graduée ;
2. dans l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération.

Cette tension entre demande et besoin contribue à créer chez les professionnels de santé une perte de repères et tout particulièrement chez les médecins spécialistes cliniciens.

Par exemple le rôle de « manager médical », de médecin de premier recours, et de médecins cliniciens – généralistes et spécialistes exclusifs - sont ils compatibles ?

Le premier ne devrait en théorie plus traiter que de la gestion d'un parcours de soins distribuant à ses collègues spécialistes la partition qu'ils doivent jouer (ce qui l'éloignerait des possibilités de négocier les ajustements en fonction de la complexité des problèmes posés) ; le second ne devrait plus traiter que des besoins de première ligne d'une population composée d'individus anonymes (ce qui l'écarterait de la rencontre entre une confiance et une conscience...). Nous ne voyons pas dans cette organisation la place des médecins généralistes qui travaillent en parité avec leurs correspondants. Une telle dichotomie entraînerait également inéluctablement la mise en place, à terme, de ressources financières fléchées en fonction des différents secteurs.

NOS PROPOSITIONS

L'UMESPE / CSMF rappelle que, de tout temps, les médecins spécialistes sont impliqués dans une prise en charge populationnelle et dans les soins de premier recours.

L'UMESPE / CSMF considère qu'il ne suffit pas de structurer des protocoles visant la standardisation des rôles des uns et des autres pour organiser les parcours de soins ; il faut y ajouter les ajustements mutuels négociés en fonction de résultats à atteindre dans un contexte local.

L'UMESPE / CSMF refuse cette césure entre premier et deuxième recours qui fixerait définitivement un modèle de travail standardisé aux conséquences imprévisibles et considère que l'organisation territoriale de l'offre de soins repose sur un dialogue entre professionnels de santé sur ce qu'il est possible de mettre en place autour de situations qui justifient des modalités de coopération/coordination renforcées.

L'UMESPE / CSMF considère que les futurs SROS ambulatoires non opposables doivent être mis en place dans le cadre d'une conception flexible et adaptée de l'articulation entre professionnels de santé autour de l'intérêt du patient avec un état des lieux où les URML, puis les futures URPS, devront jouer un rôle fondamental.