

Entretien du jeudi 12 mai 2011 avec le

Docteur Jacques Battistoni,

Secrétaire général de MG France

Pouvez-vous dresser un premier bilan de votre fonctionnement avec l'ARS?

C'est encore tôt : le premier anniversaire des ARS a eu lieu il y a un mois.

Des ARS, je connais surtout la mienne mais les situations ne sont pas très différentes entre elles. Un an c'est très court, c'est le temps de la mise en place, c'est le début de l'appropriation des dossiers par le personnel.

J'ai beaucoup moins de relations qu'il y a un an avec les ARS du fait de mes responsabilités syndicales qui m'occupent quasi exclusivement. J'ai par contre des relations en tant que professionnel de santé de terrain. L'association des professionnels de santé de ma commune, dont je suis vice-président, a contractualisé avec l'ARS pour expérimenter de nouveaux modes de rémunération (NMR).

A cette occasion j'ai constaté la nécessité pour les ARS d'une mise en route forcément longue, et les difficultés liées à la structure elle-même. En effet, l'ARS regroupe des personnels issus de l'Assurance Maladie à travers les URCAM, mais aussi de la fusion des DRASS et des DDASS. Mettre tout ce monde là ensemble, ces personnels de statut différents n'est pas facile ; ils n'ont pas le même mode de fonctionnement, pas les mêmes habitudes de travail ... On a regroupé au sein de directions des personnes de compétences variées, venant d'horizons différents, il n'est pas facile de travailler ensemble. Certaines personnes doivent gérer des dossiers qu'elles ne connaissaient pas du tout. J'ai l'impression que ce rôle d'expertise que l'ARS veut et doit exercer est parfois difficile à tenir pour elle, du fait de la relative inexpérience de certains personnels. On considère souvent l'ARS comme une personne morale détentrice de savoir et d'autorité, mais l'ARS c'est d'abord et avant tout les individus qui la composent. De là naissent vite des dissonances et des ratés dans la communication de l'institution.

C'est plutôt un problème de fonctionnement interne?

Oui, bien sûr. La question qui se pose est celle de la marge d'autonomie des personnels. Il faut qu'ils apprennent à travailler ensemble, et qu'ils déterminent leurs marges de manœuvre afin d'acquiescer de l'autonomie sans s'écarter des lignes de conduite de l'institution.

La loi HPST a donné aux ARS des missions très nombreuses et obligatoires. Une partie du travail est la mise en place des SROS¹, dans des domaines très divers. Il y a de commissions différentes, beaucoup de réunions. On est moins dans l'opérationnalité, pour l'instant, ce sont des réunions répétées. Je suis un peu dubitatif sur tout ça. Le cadrage qui a été imposé aux directeurs leur demande de faire des SROS par pathologies, avec un certain calendrier, à une certaine échéance, tout à la fois, en même temps. C'est difficile et je ne sais pas si ce qui va aboutir sera pertinent et utile.

Un des objectifs de l'ARS est de coordonner la médecine de ville, la médecine hospitalière et le secteur médico-social. Constatez-vous un réel progrès à ce niveau ?

C'est un objectif ambitieux, on n'en est qu'au constat de ce qui existe, aux déclarations d'intention. On va être dans des grandes lignes, pas vraiment dans du concret. On va parler de « il faudrait plus d'HAD, il faudrait faciliter la sortie des patients de l'hôpital,...».

Ce seront les initiatives des professionnels du terrain, dans le cadre hospitalier ou ambulatoire qui permettront de faire des choses, plutôt que quelque chose qui vienne d'en haut. C'est une espèce de démocratie sanitaire.

Le SROS, le plan régional d'organisation des soins ... Comment se situent les généralistes par rapport à toutes ces instances?

Alors que je suis un observateur attentif de la situation, je ne sais pas trop ce qu'ils font, je vois qu'il y a beaucoup de réunions... Le médecin généraliste de base, je ne sais même pas s'il est informé de tout ça.

¹ SROS : Schémas régionaux d'organisation des soins.

La représentation des médecins libéraux, en particulier des généralistes dans ces différents SROS, se fait par l'intermédiaire de l'URPS-Médecins². Les médecins représentants sont eux-mêmes surchargés de missions et de travail et passent leur temps à siéger dans des SROS.

Cela reste assez éloigné du terrain en quelque sorte ?

Il y a ce qui vient d'en haut, le programme régional de santé, les SROS par pathologies et ce qui se fait sur le terrain, ce qui est plus concret.

En ce qui concerne la médecine générale, ce qui se fait le plus sur le terrain, c'est le schéma régional d'organisation des soins de premier recours. Cela s'articule avec les ARS, bien entendu.

Ce n'est pas nouveau. Ce mouvement d'organisation de l'offre de soins de premier recours qui regroupe les médecins, les infirmiers, les kinésithérapeutes, les pharmaciens, les orthophonistes, les dentistes, les sages-femmes, ... n'a pas attendu les ARS pour se mettre en place. Il a maintenant les ARS pour interlocuteurs.

Les professionnels de santé ont des besoins et ont envie de faire des choses, plutôt qu'elles ne soient imposées. Une planification qui « vient du haut » n'est pas souhaitable.

Votre syndicat est, bien sûr, une force de proposition par rapport à l'ARS mais dans quelle direction plus particulièrement?

Une de nos préoccupations principales est l'organisation du système de santé. Notre syndicat propose un système de santé organisé avec différents niveaux d'intervention identifiés : premier, second et troisième recours. MG France travaille à l'organisation des soins de premier recours. Nous sommes souvent à l'initiative de beaucoup de projets de terrain. Alors que nos élus ne sont pas souvent majoritaires dans les URPS, dans quasiment toutes les régions de France, des militants de MG France sont engagés dans des projets.

Pour ma part, je travaille au sein de l'Association des professionnels de santé de ma commune, qui est un pôle de santé pluri professionnel.

² [URPS-Médecins](#) : Union régionale des professionnels de santé Médecins libéraux de Haute-Normandie

La notion de territoires de santé, est-ce quelque chose d'important pour les médecins ?

C'est fondamental. Les médecins qui ont réfléchi depuis quelques années à l'organisation des soins de premier recours se sont penchés sur la notion de territoire de santé. Préalablement à la loi HPST, nous avons commencé à rencontrer des géographes.

Quand on parle de l'organisation des soins de premier recours, notamment, on réfléchit à la notion de territoire réunifié. C'est le premier échelon, on définit le territoire sur lequel on va intervenir.

Les territoires varient en fonction des initiatives locales. Ils correspondent généralement, pour nous, médecins généralistes, à une subdivision d'un secteur de garde.

Le département où je travaille, le Calvados, est divisé en 8 secteurs de garde avec, à l'intérieur de ces secteurs, des pôles de santé libéraux et ambulatoires. Ca se constitue en fonction du bassin de vie, en général. J'ai passé beaucoup de temps à cette mise en place dans ma région.

C'est parfois très simple du fait de l'historique, parce que les gens se connaissent, ont des habitudes de travail... Parfois, c'est compliqué. Je me souviens, il y a un an et demi, avoir participé au constat que le regroupement proposé ne convenait pas.

Il s'agit de mutualiser les moyens pour travailler mieux, de s'entraider en se remplaçant, en coordonnant le travail entre professionnels. Parfois, on a mal défini les choses. Un territoire comprenait trois communes équidistantes, mais cela ne convenait pas. Ce n'est pas toujours la géographie qui prime mais les habitudes de travail...

On a travaillé sur le recours aux patientèles, sur des schémas, des cartographies à partir des recours des patients de l'assurance maladie... C'est un travail difficile.

Les territoires sont de dimensions différentes. Il y a les territoires au sens de l'ARS qui sont très étendus. Puis, à l'intérieur, il y a différents territoires, des bassins de vie, qui sont des unités territoriales sur lesquelles les regroupements des professionnels exercent.

En ce qui me concerne, le territoire choisi correspond à celui de notre commune, qui correspond à un grand quartier; une part importante revient à l'initiative des professionnels.

Les ARS ont-elles consulté les professionnels pour définir les territoires de santé ?

Les ARS ont consulté les professionnels pour définir les territoires de santé. Selon leur terminologie, ce sont des grands territoires. Ce qui a été retenu finalement ce sont les départements.

Si on prend pour exemple le département de l'Orne, le chef-lieu est Alençon, qui est une commune en limite de région. Le bassin de vie débordait sur une autre région. Il peut y avoir des problèmes entre les ARS si le territoire se situe sur deux régions différentes.

Ces grands territoires de santé ne sont pas une question déterminante. Les ARS avaient besoin de définir les territoires de santé pour définir les délégations territoriales.

Quelle est votre position par rapport à la répartition des professionnels de santé ?

La proposition de notre syndicat est la création d'un forfait médecin traitant avec une part de la rémunération liée à la patientèle et pas seulement à l'acte, et une part modulée, en fonction de la zone géographique si nécessaire.

Cette proposition n'est pas encore retenue. Pour l'instant, les négociations sont au point mort.

Je ne crois qu'aux mesures incitatives, les autres mesures ne donnent pas de résultats. Les mesures coercitives sont inutiles, éloignées de l'exercice libéral. Elles aggravent l'hémorragie des professionnels !

Par rapport à la création d'un forfait médecin traitant, qu'en pensent les médecins généralistes, dans l'ensemble ?

C'est quelque chose à populariser. C'est une petite révolution. L'idée de rémunération forfaitaire pour des actes non rétribués a fait son chemin dans la profession, elle est de plus en plus partagée. Il n'y a plus d'opposition majeure là-dessus.

Il y a deux conditions, il faut des mesures plus incitatives : on n'aura des médecins libéraux que dans le cadre d'un exercice rénové, regroupé, pluri professionnel. Ce qui

est important, c'est ce mouvement de terrain pour mettre en place de nouvelles modalités d'exercice qui permettent, par exemple, à une jeune femme de 30 ans, qui a deux enfants, de résider dans la ville préfecture et travailler deux ou trois jours par semaine à 40 km. Penser qu'elle pourra s'intégrer dans les contraintes actuelles des médecins, être isolée, avec des astreintes, des horaires à rallonge ... est illusoire.

On ne pourra maintenir une offre de soins que si cette offre est organisée.

On est dans une course de vitesse, un mouvement rapide de baisse du nombre de médecins libéraux généralistes qui risque de s'accélérer et de l'autre côté une nécessité d'organisation.

Ce problème est-il pris en compte par les ARS, est-ce une de leurs préoccupations ?

Oui, parmi les préoccupations des ARS, il y a les soins ambulatoires. L'ARS ne peut rien sans les professionnels de terrain. Elle peut proposer des conditions favorables, être facilitante, utile en tant que personne ressource. Mais leurs personnes ressources, pour l'instant, sont encore bien inexpérimentées.

L'ARS comme interlocuteur unique est-il un avantage ?

Oui. Il y trois ou quatre ans, quand on a commencé à avoir une politique régionale en Basse-Normandie, tout le monde voulait s'en occuper. Il y avait beaucoup d'interlocuteurs : le conseil général, le conseil régional, l'Etat, l'URCAM,

C'était la cacophonie, chacun y allait de ses petites mesures. Le conseil général, par exemple, prenait conscience de la gravité du problème, voulait agir et mettait en place des mesures sans coordination. Ce n'était pas cohérent et pas efficace.

C'est très variable, cela dépend des régions. Elles sont plus ou moins avancées dans la définition d'une politique d'aide et d'accompagnement de l'organisation et de la structuration des soins de premier recours. Ma région est très avancée parce qu'elle y travaillé au préalable.

Il faudrait comparer les différentes régions.

En conclusion, au delà de l'ARS, rien ne peut se faire sans les professionnels de santé ? Le problème crucial de l'hémorragie des médecins généralistes libéraux est-il à régler de façon prioritaire ?

Les ARS sont inquiètes. Dans un discours récent, le Président de la République a évoqué la nécessité de mettre en place et de favoriser les regroupements de professionnels, mais aussi de valoriser la médecine générale notamment par la formation. Tout commence par la formation initiale à la Faculté de Médecine : les professeurs titulaires de spécialités sont 50 fois plus nombreux que les titulaires en médecine générale !