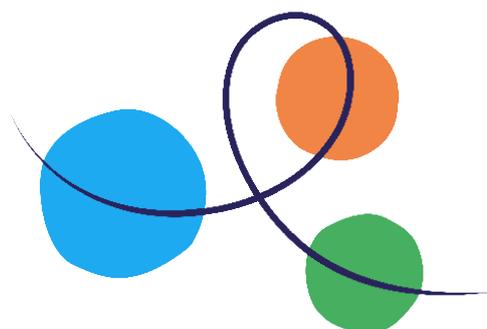


**FAIRE ÉVOLUER L'ORGANISATION
DES SOINS PRIMAIRES EN FRANCE**

**LES 9 PROPOSITIONS
D'AVECSANTÉ**



AVECSANTÉ
AVENIR DES ÉQUIPES COORDONNÉES

LES 9 PROPOSITIONS D'AVECSANTÉ

POUR FAIRE ÉVOLUER L'ORGANISATION DES SOINS PRIMAIRES EN FRANCE

Dans un contexte alarmant et continu de crise du système de santé, l'accès aux soins des Français ne cesse de se dégrader tant en territoires ruraux que urbains.

Une restructuration profonde et clarifiée de l'organisation des soins primaires en France est essentielle pour un meilleur accès aux soins partout et pour tous. Elle ne peut plus se contenter de l'enchaînement de mesures « pansement » toujours plus nombreuses. Le rapport du HCAAM « Organisation des soins de proximité : améliorer l'accès de tous à des soins de qualité »¹ est une base sur laquelle nous devons nous appuyer.

Les 9 propositions suivantes d'AVECsanté visent à clarifier les évolutions à mettre en place de façon urgente en termes d'organisation des soins primaires en France pour permettre un meilleur accès aux soins des Français grâce au travail en équipe pluriprofessionnelle de professionnels de santé libéraux.

Les MSP sont la pierre angulaire du travail d'équipe et d'un accès aux soins de qualité et de proximité.



1 CLARIFIER LES OBJECTIFS DES EFFECTEURS DE SOINS
ET DES NON EFFECTEURS DE SOINS DANS LES TERRITOIRES

TRANSITION DE L'EXERCICE ISOLÉ VERS L'EXERCICE
EN ÉQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE ET STRUCTURÉE

2

3 FAIRE DE LA MSP L'UNITÉ DE BASE
DE L'ACCÈS AUX SOINS DE PROXIMITÉ

UN MODÈLE DE FINANCEMENT À REVOIR
VERS DAVANTAGE DE RÉMUNÉRATION D'ÉQUIPE EN MSP

4

5 DES ASSISTANTS MÉDICAUX PARTAGÉS
ET DES INFIRMIERS D'ÉQUIPE EN MSP

RECONNAISSANCE MÉTIER DU COORDINATEUR EN MSP

6

7 VERS UNE PLUS GRANDE IMPLICATION DES USAGERS EN MSP

FAIRE DE LA MSP UN LIEU PRIVILÉGIÉ
ET RECONNU DE PRÉVENTION DE PROXIMITÉ

8

9 RECHERCHE EN SOINS PRIMAIRES



1 CLARIFIER LES OBJECTIFS DES EFFECTEURS DE SOINS ET DES NON EFFECTEURS DE SOINS DANS LES TERRITOIRES

MSP, CDS, ESP, CPTS, DAC, ... Les dispositifs, outils, programmes mis en place les quinze dernières années, issus du principe de « responsabilité publique d'organiser les soins de premiers recours » (loi HPST 2009)², sont « restés dispersés » et ont conduit à rendre l'organisation des soins primaires illisible tant pour l'utilisateur que pour les professionnels de santé eux-mêmes²⁻³.

Dans l'application des lois, il est urgent de clarifier et de structurer l'organisation des soins primaires dans les politiques publiques.

Deux niveaux de structuration ont déjà été proposés⁴ :

- **Les effecteurs de soins** : MSP, CDS, ESP à la condition que l'ESP soit une marche transitoire vers l'exercice en équipe pluriprofessionnelle de type MSP ;
- **Les organisateurs territoriaux contribuant à une meilleure coordination des actions en santé** : les missions des CPTS doivent être clarifiées afin de ne plus chevaucher les missions des effecteurs de soins ; la mission des DAC doit se concentrer sur l'appui à la coordination des parcours complexes dans le territoire.

2 TRANSITION DE L'EXERCICE ISOLÉ VERS L'EXERCICE EN ÉQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE ET STRUCTURÉE

Il est urgent que le travail en équipe des professionnels de santé (médicaux, paramédicaux) devienne la norme et que l'on avance vers la notion d'équipe traitante.

Le système conventionnel des professions de santé est à bout de souffle ; l'exercice en équipe est prisé par la jeune génération de médecins généralistes⁵ et plus largement par de nombreux professionnels de santé⁶.

La MSP est la structure où professionnels de santé, appuyés par un coordinateur et du personnel administratif, travaillent en équipe au service de l'utilisateur, de son parcours de soins et au plus près de son lieu de vie.

L'organisation d'équipe en MSP est notamment basée sur un projet de santé partagé par tous les professionnels de santé.

La capacité à s'organiser en équipe est le moteur de l'adaptation, de l'innovation que produisent les MSP avec pour objectifs communs : un meilleur accès aux soins, l'assurance de la qualité et de la continuité des soins sur leur territoire⁷.



3

FAIRE DE LA MSP L'UNITÉ DE BASE DE L'ACCÈS AUX SOINS DE PROXIMITÉ

Chaque français doit pouvoir avoir accès à une équipe pluriprofessionnelle de proximité structurée et coordonnée sur son territoire.

Faire de la MSP l'unité de base de l'accès aux soins de proximité nécessite :

- Un renforcement juridique des SISA⁸ notamment quant aux statuts des gérants et possibilité de salariat ;
- Un renforcement des moyens alloués aux MSP à la hauteur des besoins de fonctionnement de ces structures de soins par le biais de financements plus ambitieux (lieu d'accès aux soins, à la prévention, accueil, coordinateur et autres fonctions indispensables à l'équipe, ...) ;
- Que la MSP devienne un lieu de stage reconnu comme tel. Un stage en MSP doit être permis à tous les étudiants en santé à minima une fois dans leur cursus de formation et lors de la 4^{ème} année d'internat de médecine générale. Ce stage doit être pluriprofessionnel. Il aura pour vocation de sensibiliser / former les étudiants en santé à la logique de travail en équipe au-delà de son apport en pratique clinique.

4

UN MODÈLE DE FINANCEMENT À REVOIR VERS DAVANTAGE DE RÉMUNÉRATION D'ÉQUIPE EN MSP

Repenser le système conventionnel des professions de santé nécessite de faire évoluer la logique de rémunération à l'acte monoprofessionnel vers davantage de rémunération d'équipe.

En MSP, l'objectif global vise une rémunération mixte des professionnels de santé de l'équipe :

- Paiement à l'acte pour les soins courants ;
- Paiements forfaitaires mono-professionnels et/ou pluriprofessionnels, pour des parcours ou des pathologies chroniques ;
- Rémunération d'équipe de type ROSP d'équipe basée sur des indicateurs de qualité et sur des objectifs médico-économiques telle que portée par le modèle IPEP (art.51).

De plus, l'ACI MSP doit évoluer vers :

- Une base de calcul incluant la patientèle pluriprofessionnelle « file active d'équipe » contrairement à la base « patient médecin traitant » actuelle ;
- Un renforcement de moyens notamment pour le recrutement de fonctions incontournables d'équipe (assistants médicaux partagés entre plusieurs médecins, infirmières d'équipe) ; pour les actions/programmes portés par l'équipe MSP contribuant à la qualité, à la pertinence et à la continuité des soins.



5 DES ASSISTANTS MÉDICAUX PARTAGÉS ET DES INFIRMIERS D'ÉQUIPE EN MSP

Au plus vite, le travail d'équipe en MSP nécessite l'arrivée de nouvelles fonctions de type :

- **Assistants médicaux** partagés contractualisant leurs missions avec plusieurs médecins généralistes de l'équipe ;
- **Infirmières d'équipe** aux missions de santé publique (prévention et ETP⁹), coordination de parcours patient, et participant en partie aux SNP¹⁰ dans le cadre de protocoles médecins-infirmiers ;
- Mais aussi médiateurs en santé, professeur d'APA¹¹, TIM¹² ou encore travailleurs sociaux.

A terme, la restructuration des soins primaires sous l'égide de l'équipe pluriprofessionnelle nécessite donc la contractualisation de professionnels pour l'équipe au-delà du binôme médecin-assistant médical.

6 RECONNAISSANCE MÉTIER DU COORDINATEUR EN MSP

Le métier de coordinateur en MSP, indispensable au bon fonctionnement d'une équipe MSP, doit être reconnu.

Un référentiel d'activité du coordinateur¹⁵ en MSP, issu d'expériences de terrain, a été conçu par AVECsanté en partenariat avec l'EHESP¹³ et la DGOS¹⁴.

Base pour la reconnaissance métier de cette fonction, il est aussi essentiel aux équipes MSP dans l'élaboration de la fiche de poste de leur coordinateur. Également, d'autres outils ont été mis en place pour faciliter l'intégration du coordinateur dans les équipes MSP¹⁵.

Enfin, des moyens doivent être alloués pour intégrer un coordinateur dès le début du projet de MSP.

7 VERS UNE PLUS GRANDE IMPLICATION DES USAGERS EN MSP

De l'information au partenariat, l'engagement des usagers en MSP peut se faire de multiples façons et à divers degrés : statut patient expert ou à travers une participation aux programmes d'ETP, actions de prévention, identification des besoins en santé ou plus globalement à la vie de la MSP.

En partenariat avec la HAS¹⁶ et France Assos Santé, AVECsanté s'engage vers une plus grande implication des usagers en MSP⁴⁻¹⁷.

La protection des patients intervenant en MSP est essentielle et l'implication des usagers en MSP doit être renforcée pour promouvoir la qualité des soins, favoriser l'implantation de la MSP dans la vie de la cité et à rendre les usagers-habitants acteurs de leur propre santé.



8 FAIRE DE LA MSP UN LIEU PRIVILÉGIÉ ET RECONNU DE PRÉVENTION DE PROXIMITÉ

En intégrant des programmes de prévention, de dépistage, de suivi des maladies chroniques (pathologies cardiovasculaires, métaboliques, respiratoires, ...), d'éducation à la santé et de sensibilisation, les MSP sont des lieux privilégiés de prévention de proximité et doivent être reconnus comme tel.

Il est nécessaire d'encourager les MSP à développer les Rdv de prévention (notamment par l'arrivée d'infirmiers d'équipe en MSP) et à mettre en place des projets personnalisés de prévention (PPP) « en pluri-pro » au décours de ces rendez-vous.

Pour renforcer leur impact notamment en termes de santé publique et de santé communautaire, les MSP établissent des partenariats avec les acteurs locaux (collectivités, écoles, associations).

Les actions portées par les MSP doivent s'inscrire dans la feuille de route de décarbonation du système de santé¹⁸ et les démarches écoresponsables (notamment lutte contre le gaspillage de médicaments, pansements et matériel médical non utilisés¹⁹) doivent être encouragées.

9 RECHERCHE EN SOINS PRIMAIRES

Les MSP sont des lieux privilégiés pour la recherche en soins primaires que ce soit en termes de recherches-actions dont celles impliquant les usagers, recherche clinique, épidémiologique, organisationnelle, ou encore recherche consacrée aux modèles économiques.

Portée par AVEC santé, la capitalisation des expérimentations menées en MSP contribue à faciliter la structuration des soins primaires en France. Elle doit être soutenue.

Recherche en soins primaires et capitalisation contribuent à la démarche qualité des MSP. Dans cette perspective, l'apprentissage des équipes MSP aux processus d'évaluation des programmes et des actions menés est nécessaire.

A l'échelle nationale, la recherche en soins primaires doit se structurer à travers la création d'une véritable entité de recherche en soins primaires aux valeurs pluriprofessionnelles.



LE MOUVEMENT AVECSANTÉ

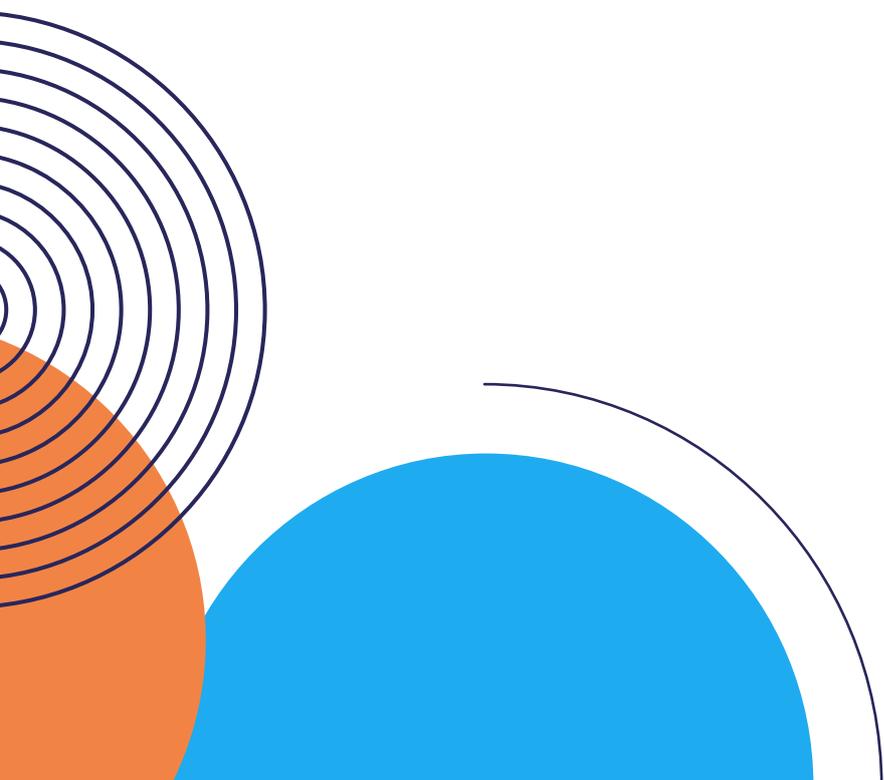
AVECsanté, acteur des soins primaires en France, est un mouvement associatif présent sur tout le territoire grâce à ses 14 fédérations régionales qui répondent, de façon agile, aux besoins croissants de santé de la population et à ceux des professionnels de santé.

Depuis 2008, AVECsanté se donne l'objectif de développer l'exercice coordonné en équipe pluriprofessionnelle à travers les MSP (Maisons de Santé Pluriprofessionnelles). Les MSP, grâce à l'exercice en équipe de professionnels de santé qui les composent (médicaux, paramédicaux, coordinateur et fonctions administratives), sont une des clefs de la restructuration nécessaire des soins primaires en France et d'un meilleur accès aux soins tant en territoires ruraux que urbains.

Le développement de partenariats est une des priorités d'AVECsanté. Ils permettent complémentarité et montée en compétence à 360° notamment avec l'Assurance maladie, la DGOS, France Assos Santé, la HAS, la MSA, l'EHESP, ...

Au 30 juin 2024, 2640 MSP²⁰ sont implantées en France, dont plus de 78%²¹ ont signé l'ACI²². En 2023, environ 40 000²³ professionnels de santé exercent en MSP.

Parmi l'ensemble des professionnels exerçant en MSP, on retrouve : 27% de médecins généralistes, 31% d'infirmiers, ou encore plus de 13% de masseurs-kinésithérapeutes.





CARTOGRAPHIE DES FÉDÉRATIONS RÉGIONALES DU MOUVEMENT AVEC SANTÉ



NOTES ET RÉFÉRENCES

¹ [Organisation des soins de proximité : garantir l'accès aux soins de tous à des soins de qualité](#), Rapport HCAAM, septembre 2022

² Organisation territoriale des soins de premiers recours, Rapport Cours des comptes, mai 2024

³ « L'accumulation de ces nouveaux dispositifs peu ou mal expliqués crée des 'anticorps', des réticences, voire des oppositions, qui freinent la mutation de l'exercice des soins primaires », D. Dépinoy, Concours pluripro, juillet 2024

⁴ Manifeste pour refonder les soins primaires, France Assos Santé-AVECsanté, 2021

⁵ « 40 % des médecins généralistes libéraux en MSP ont moins de 40 ans versus 11% pour les autres médecins généralistes libéraux », Rapport charges et produits pour 2021, Assurance Maladie

⁶ « En 2023, 40 000 professionnels de santé libéraux exerçaient en MSP », source CPN MSP CNAM, juin 2023

⁷ « En 2019, la file active des médecins généralistes en MSP est de 8% supérieure à celle des autres médecins généralistes libéraux », Rapport Charges et Produits pour 2021, Assurance Maladie

⁸ SISA : Société interprofessionnelle de soins ambulatoires

⁹ ETP : Education thérapeutique du patient

¹⁰ SNP : Soins non programmés

¹¹ APA : Activité physique adaptée

¹² TIM : Technicien de l'information médicale

¹³ EHESP : Ecole des hautes études en santé publique

¹⁴ DGOS : Direction générale de l'offre de soins

¹⁵ [Kit d'intégration du coordinateur en MSP](#), AVECsanté, juillet 2024

¹⁶ HAS : Haute Autorité de Santé

¹⁷ Engagement des usagers dans les maisons, centres et territoires de santé, HAS, juin 2023

¹⁸ [Feuille de route – Planification écologique du système de santé](#), ministère de la santé et prévention, mai 2023

¹⁹ Rapport charges et produits pour 2025, Assurance Maladie

²⁰ Source DGOS, au 30 juin 2024

²¹ Source CNAM-DGOS, au 30 juin 2024

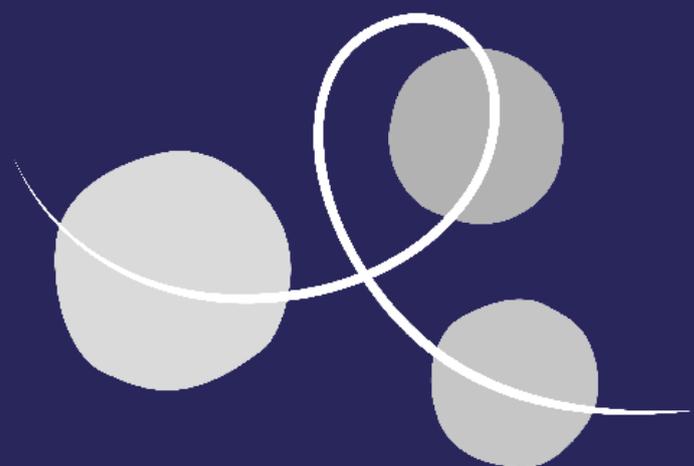
²² ACI : Accord cadre interprofessionnel

²³ Source CPN CNAM, 2023



**FAIRE ÉVOLUER L'ORGANISATION
DES SOINS PRIMAIRES EN FRANCE**

LES 9 PROPOSITIONS D'AVECSANTÉ



AVECSANTÉ
AVENIR DES ÉQUIPES COORDONNÉES

Propositions réalisées par AVECSANTÉ en août 2024

Contact : plaidoyer@avecsante.fr

AVECSANTÉ, 51 rue Saint-Georges, 75009 PARIS