

Note du Bureau Stratégique pour encourager les IG et les MM à s'impliquer dans les projets pilotes maladies chroniques (*sauce Maggy*).

Pierre DRIELSMA - mars 2016

Données historiques

Historiquement les MM ont pratiqué le maintien à domicile¹ et par ailleurs du fait que la majorité d'entre elles étaient installées en milieu ouvrier et populaire, elles suivaient de nombreux patients souffrant de **pathologies chroniques** : silicose, BPCO, diabète, insuffisance cardiaque, polyarthrose invalidante, séquelles de trauma professionnels ou routier, cancer au décours, Le développement plus récent des MM les confronte de plus en plus à des pathologies psycho-sociales : assuétudes, psychiatrie lourde, dépression, désinsertion sociale... L'éducation pour la santé, la prévention et la promotion de la santé sont des chevaux de bataille affirmés de la FMM et des MM. En tous cas les MM disposent d'une expertise certaines en maladie chronique ne fusse que sur le plan du **repérage des populations** malades², il leur est donc facile de définir une **population cible** et de lui adresser des messages pertinents ce qui rentre pleinement dans les projets de la ministre.

Considérations stratégiques

Stratégiquement, les MM sont en croissance régulière, mais elles restent minoritaires presque partout, même si dans certaines communes elles sont devenues incontournables pour rencontrer la demande soins globale. En tant qu'experts en soins chroniques, elles ne peuvent rester au bord du chemin. Si les projets pilotes se cassent la gueule, elles doivent se casser la gueule avec tout le monde. Par ailleurs la participation à ces projets permettra de se confronter à nos partenaires des deux lignes. Ce qui ne peut qu'être bénéfique aux développements ultérieurs. De plus la logique des projets du cabinet correspond à un vieux défi posé aux maisons médicales : ce qu'on appelle la **capitation intégrée** ou encore **fundholding**. De quoi s'agit-il ? L'idée est de donner une somme fixe (un forfait à la capitation comme le ff actuel en MM, mais pour l'ensemble des soins et pas seulement les soins de première ligne. En Angleterre, le *fundholding* (la somme globale) était confiée aux soins de santé primaire (d'abord des centres de santé, plus souvent des *Primary care trust* : des coalitions de soins primaires)³. Jean Hermesse, SG des mutualités chrétiennes nous a proposé à plusieurs reprises un *fundholding* du médicament (recevoir l'enveloppe médicament et payer les médicaments avec cela. il n'y a jamais eu de majorité au groupe FF ni au CA de la FD pour se lancer dans une pareille aventure ... ce que personnellement je regrette).

Réactions du terrain

Les réactions des MM exprimées via les intergroupes sont pour le moins mitigées, plusieurs problèmes apparaissent et souvent assez différents suivant la zone de soins (district ou zone de SISD).

Obstacles et opportunités

Les IG pensent qu'ils vont devoir tout faire, et demandent des **moyens supplémentaires**. Manifestement, certains IG estiment qu'il y a peu de force de travail et/ou de volonté des équipes de s'impliquer.

Un autre problème mis en avant serait causé par les différents existants entre les modèles de soins à domicile : certains modèles occuperaient des positions de force inexpugnables qui rendraient la cohabitation et les collaborations difficiles : par ex certains SISD seraient aux mains des coordinations mutualistes et les MG n'y seraient pas bienvenus. Enfin en d'autres lieux les hôpitaux se feraient une concurrence sauvage qui nuirait à une collaboration globale, etc...

¹ Un lit familial BVS GERM

² Prévalence diabète

³ In 2005 the Government announced that the number of strategic health authorities and primary care trusts would be reduced, the latter by about 50 per cent. The result is that, as of 1 October 2006, there were 152 PCTs (reduced from 303) in England, with an average population of just under 330,000 per trust. After these changes, about 70 per cent of PCTs were coterminous with local authorities having social service responsibilities, which facilitated joint planning.^[3] Providing responsibilities were gradually removed from PCTs under the [Transforming Community Services](#) initiative.

On 12 July 2010, [Andrew Lansley](#) unveiled a new health [white paper](#) (which eventually became law as the [Health and Social Care Act 2012](#))^[4] describing significant structural changes to the NHS under the Conservative and Liberal Democrat [coalition government](#). Among the [changes announced](#), PCTs were to be abolished by 2013 with new GP-led commissioning consortia, [clinical commissioning groups](#), taking on the responsibilities they formerly held.^[5] The public health aspects of PCT business would become the responsibility of local councils. Facilities owned by PCTs would transfer to [NHS Property Services](#). Strategic health authorities would also be abolished under these plans. Following widespread criticism of the plans, on 4 April 2011, the Government announced a "pause" in the progress of the Health and Social Care Bill to allow the government to "listen, reflect and improve" the proposals.^[6]

The Health and Social Care Act 2012 received Royal Assent on 27 March 2012^[4] and PCTs were formally abolished on 31 March 2013. Some of their staff were transferred to [Commissioning Support Units](#), some to local authorities, some to [clinical commissioning groups](#), some to NHS England and some were made redundant.

Un autre obstacle qui me paraît important c'est l'implication des MM dans des projets *psychiatriques/assuétudes/précarités*. Non que ces thématiques soient inintéressantes ou secondaires, mais elles ne représentent pas le cœur du projet des pouvoirs publics. Au surplus elles fixent les MM sur un terrain où on les attend. Ce qui arrangera nos adversaires et où concurrents qui se réserveront les *choses sérieuses*, les pathologies organiques.

Le **tableau** ci-dessous est issu d'une discussion à la FMM sur les projets maladie chronique avec les représentants des IG. Nous avons annexés réponses ou remarques en *italique bleu*.

OPPORTUNITES	MENACES
Structurer le système de santé au départ du terrain <i>En fait c'est un c'est avant tout une structuration financière qui cherche à réaliser des économies</i>	Se faire 'comprimer' par des grosses structures (hôpitaux) vs notre faiblesse numérique. <i>le problème avec les hôpitaux, c'est plutôt le partage du gâteau d'éventuels bénéfices. Raison pour laquelle j'avais proposé un arbitrage externe</i>
Articulation 1 ^{ère} ligne/2 ^{ème} ligne ; <i>en fait d'intégration de la 2^e ligne l'articulation peut consister à supprimer intégralement l'intervention de la 2^e ligne pour certains problèmes. C'est plutôt de l'échelonnement que de l'articulation.</i>	Modèle qui serait inadapté (si construit sans nous). <i>Mais comme nous pouvons entrer ???</i>
Obligation d'accepter tout partenaire qui le souhaiterait dans les consortiums <i>C'est une garantie a minima</i>	Démarche peut être vite chronophage <i>tout nouvel investissement est chronophage, mais ne pas participer est plus dangereux c'est peut-être la mise sur le côté à terme</i>
Augmentation de l'ancrage des MM au niveau local. <i>ok</i>	Imposition d'un modèle plus 'néerlandophone' de l'organisation du système (plus top->down) <i>La technique est libre mais il peut s'agir du libre renard dans le libre poulailler</i>
Rôle des Intergroupes dans la pièce <i>Les IG pourraient animer, organiser, échéancer</i>	Quid de l'influence du résultat des prochaines élections fédérales ? (si pas d'alternance) <i>Si pas d'alternance ça continue comme ça, si alternance on peut espérer plus de concertation (cf poste de garde)</i>
Fonction de vitrine du travail des MM's <i>ok</i>	Perte de spécificité des MM's qui seraient diluées dans les autres pratiques de groupe. <i>Pourquoi ? patients et traitants identifiés !</i>
Approche globale de la santé + possibilité de mutualisation <i>ok</i>	Dissolution du concept de l'intégration des soins dans une sorte de méga-structure. <i>Pas forcément, la méga structure va dire qui fait quoi et répartir le pognon sans plus</i>
Échelonnement <i>possible ; pas sûr</i>	Aucune garantie financière ; <i>pour la répartition d'un éventuel bénéfice</i>
Repenser <u>notre</u> propre organisation/mode de financement. <i>Pourquoi pas mais ce n'est pas le point central</i>	Oubli de la place du patient (ne fût-ce que dans le débat de ce jour....) <i>autoflagellation, quand on soigne le patient il est bien là ; le client d'un resto doit-il être présent dans la cuisine ???</i>
Renforcement des liens entre les MM's et les services d'aide à domicile. <i>Possible sans plus. Les contradictions ne disparaîtront pas</i>	Mode de financement inadapté (trop peu prospectif...) <i>seule une bonne capitation est prospective</i>
Créativité permise <i>ok</i>	Risque d'un réel agenda caché <i>toujours possible</i>
Nécessité d'aller vers un modèle 'générique' de la prise en charge des pathologie chronique (donc quelle qu'elle soit...) <i>ok</i>	Fragmentation par pathologie ; <i>non c'est le contraire qui est prévu ; voir <u>case à gauche</u></i>

Attitudes pratiques

Nous persistons à penser que malgré le fait que les MM soient de petits Poucet, elles doivent jouer dans la cour des grands en particulier en raison du fait que le modèle qu'elles représentent est celui qui est actuellement défendu internationalement pour les soins primaires chroniques (*primary care medical home/PCMH*). Comme tout cela a été organisé précipitamment, il ne faut pas craindre d'éventuel échec. Ce n'est qu'une étape dans un long et chaotique processus de réforme. Il nous faut juste **garder le cap** et répondre **présent**. Si des projets voient le jour et que des MM y participent, il sera toujours temps pour la FD de dégager des forces pour soutenir nos éclaireurs.⁴ Pour conclure pas de crainte inutile, on avance sans espoir et on n'est jamais déçu. Tout ce qui pourra arriver c'est du plus.

Communication efficace entre les MM , les IG et la FD centrale

Par contre, à court terme, il faut améliorer la communication entre les équipes, les IG et la fédé de façon à pouvoir être plus réactif quand des informations nouvelles nous parviendront. Tout le pilotage de nos interventions et de nos participations gagnera à être réalisé dans les délais les plus courts.

Pour le BS Pierre DRIELSMA

⁴ Veuillez excuser ces métaphores militaires, mais le stratège c'est le général (στρατο : troupes, αγω mener)