



CONSEIL REGIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS DES PAYS DE LA LOIRE

CINQ PROPOSITIONS RELATIVES AU PREMIER RECOURS SUR LES TERRITOIRES DE SANTE

1. Les politiques publiques conduites sur la Région doivent disposer des moyens pour inciter aux regroupements des professionnels de santé :

- ♦ En incitant, par des financements structurels dédiés, les médecins en activité à se regrouper. Le DG ARS doit disposer de la possibilité et de moyens budgétaires pour contractualiser avec les praticiens pour les inciter à construire un projet médical de regroupement sur un territoire de santé. Cette politique doit être conduite en lien étroit avec l'URPS, les conseils départementaux de l'Ordre, et les collectivités locales chacun pour ce qui les concerne et qui relève de leurs compétences. Les initiatives personnelles doivent être aidées, valorisées, l'existant doit être renforcé. Les Comités d'accompagnement territoriaux des soins de premier recours devraient avoir leur rôle élargi au second recours.
- ♦ Cette politique structurelle doit être accompagnée de financements fonctionnels afin que le temps administratif et gestionnaire de la structure de regroupement (maison ou pôle) soit organisé et aidé afin de préserver du temps purement médical et médico-social.

2. Les politiques publiques doivent organiser plus activement l'équipement du territoire :

- ♦ pour faciliter l'accès des patients aux structures de regroupement des professionnels de santé,
- ♦ pour déployer des infrastructures de communications électroniques entre ces structures de premier recours et l'offre de soins distante, qu'elle soit libérale ou hospitalière, afin de faciliter un usage appliqué de la télémédecine aux réalités concrètes médicales et médico-sociales des territoires de santé. Le déploiement de la fibre optique et l'interconnexion des structures existantes avec les réseaux sont un pilier de développement.

3. La formation médicale initiale des médecins, comme d'ailleurs celle des autres professions de santé appelées aux coopérations, doit mettre en relation précoce et continue les étudiants en « immersion » dans la pratique ambulatoire des soins et des prises en charge.

- ♦ Les maîtres de stage en médecine de premier recours doivent avoir un statut universitaire reconnu, pérenne, évalué et valorisé.
- ♦ Le cursus universitaire doit intégrer une formation à la pluridisciplinarité, au médico social, à la préparation à l'installation.
- ♦ Un dispositif similaire doit être exploré pour les formations dans les spécialités d'organes ou d'appareil. La région pourrait se proposer d'être une zone d'expérimentations concrètes sur ce point, en raison de sa bonne dotation en établissements publics et privés qui maillent le territoire.
- ♦ Le CROM et les CDOM considèrent que l'attrait pour la médecine de premier recours suppose que le second recours spécialisé soit également présent sur les territoires de proximité, soit en installations regroupées soit par les moyens de la télémédecine.

4. D'autres modes de rémunérations doivent être associées à la rémunération à l'acte,

- ♦ en particulier dans le suivi de pathologies chroniques,
- ♦ dans la prévention,
- ♦ dans l'éducation à la santé des populations prises en charges,
- ♦ dans les coopérations entre les professionnels de santé ...

5. Les technologies de l'information et de la communication doivent être fortement soutenues :

- ♦ dossiers partagés,
- ♦ communications électroniques par messageries,
- ♦ télémédecine dans les situations pragmatiques de premier recours.
- ♦ Le CROM et les CDOM soutiennent que la mobilité professionnelle et les échanges interprofessionnels des données personnelles de santé des patients doivent être facilitées, par tout moyen d'usage concret, qui préserve les informations à caractère secret.