

Propositions de l'Ordre des médecins dans le cadre du Ségur de la santé

La crise sanitaire sans précédent à laquelle nous venons de faire face a fait émerger, partout sur le territoire, de nombreuses initiatives d'organisation de prise en charge des patients. Elle a permis d'alléger très rapidement les pesanteurs obérant habituellement la coopération entre l'hôpital et la ville, entre les secteurs public et privé, et entre les différentes professions de santé ré-ouvrant ainsi des potentialités admirables que l'on croyait révolues.

Les conditions d'exercice à l'œuvre durant l'épidémie ne pourront être transposées en l'état à l'avenir. Elles devront cependant inspirer les orientations futures d'un système dont l'Ordre dénonce, depuis la grande consultation de 2015, à laquelle avaient contribué plus de 30 000 médecins, les lourdeurs administratives qui se répercutent directement sur l'exercice professionnel comme sur le parcours de soins des patients.

L'Ordre des médecins, qui a été l'un des premiers à alerter sur la lente dégradation de notre système de santé, tient à réaffirmer l'urgence de mettre en œuvre une véritable réforme associée à des nouveaux moyens et à une forte médicalisation de leur affectation.

A ce titre, une médicalisation d'un ONDAM « pluriannuel » en forte progression est indispensable. Concernant l'activité, le « tout T2A » ne doit plus être la règle. Il faut innover, en introduisant notamment la notion de Dotation populationnelle, seule capable de traduire les besoins des citoyens et de leur environnement. C'est un des moyens de financer la qualité par la proximité.

Le Ségur de la santé, dont l'Ordre salue le principe, doit impérativement réussir à insuffler un espoir nouveau chez les soignants et les patients. L'attente de l'ensemble des acteurs du système de santé, et en premier lieu des médecins, était déjà forte ; elle est plus brûlante encore après la crise sanitaire que nous avons traversée collectivement. Elle nous rappelle que la Santé doit « marcher sur ses deux pieds », le public et le libéral.

L'Ordre entend dès lors, comme il n'a eu de cesse de le faire depuis 2015, contribuer par ses propositions émises dans le cadre du Ségur de la santé à faire émerger un système de santé véritablement équitable et novateur, fondé sur les territoires et leurs besoins, sur une démocratie sanitaire renouvelée, et sur une plus grande coopération entre tous les acteurs qui font vivre le bien commun qu'est notre système du « prendre soin », auquel l'ensemble de nos concitoyens ont témoigné leur attachement et leur reconnaissance durant cette crise.

L'Ordre des médecins entend par ailleurs participer pleinement aux futurs groupes de mise en œuvre des mesures du Ségur de la Santé.

Vers un nouveau pacte territorial de la santé

Depuis 2015, l'Ordre des médecins fait des propositions pour que l'organisation des soins soit pensée à partir des territoires. C'est au plus près de la population, à l'échelle de ce que l'Ordre avait nommé le Bassin de proximité de santé en 2016, que doivent être définis les besoins de celle-ci, et les moyens et l'organisation les plus pertinents pour y répondre.

L'Ordre propose aujourd'hui :

- **De donner la compétence santé aux communautés de communes, en soutien du rôle central des professionnels de santé de proximité** : il s'agit de l'échelon administratif le plus pertinent pour organiser le territoire de santé imaginé par l'Ordre, dans l'analyse des enjeux populationnels comme des moyens disponibles.
- **De créer au sein des communautés de communes des Conseils territoriaux de santé**, organisant et coordonnant les acteurs de santé locaux, quelle que soit leur configuration (MSP, CPTS, exercices regroupés, hôpital de proximité, etc.), et évaluant leur action.
 - Ces conseils territoriaux devront inclure l'ensemble des acteurs médicaux et sociaux, les établissements de santé publics et privés, aux côtés des élus politiques et des représentants de l'Etat ; à ce titre les conseils départementaux et régionaux de l'Ordre des médecins doivent être largement mis à contribution.
 - Ils devront également consacrer le rôle des patients dans notre système de santé, en leur donnant, comme aux professionnels de santé et aux élus locaux, une voix délibérative.
 - Ils pourront proposer des contrats de coopérations entre acteurs pour mettre en œuvre les objectifs territoriaux d'organisation des parcours de santé et d'accès aux soins.
- **De faire advenir ainsi une démocratie sanitaire de décision** : les acteurs représentés au sein des Conseils territoriaux de santé devront pouvoir prendre des décisions, pour mettre fin à une démocratie sanitaire réduite à la concertation.
 - Le président de la République a déclaré, dans son allocution télévisée du 14 juin : « *Tout ne peut pas être décidé si souvent à Paris.* » Cela doit devenir le cas pour la santé également, consacrant une réelle décentralisation de la politique de Santé.
 - Les communautés de communes et les Conseils territoriaux de santé devront permettre de faire advenir une véritable démocratie sanitaire (écoute et transversalité des professionnels, quels que soient leur lieu et leur mode d'exercice, sanitaires, sociaux et médico-sociaux et des représentations des usagers de santé, élus politiques, etc.)
- **D'étendre la démocratie sanitaire dans l'enceinte de l'hôpital** : l'hôpital ne saurait aller seul à l'encontre de cette plus grande ouverture à une véritable démocratie sanitaire – et ce d'autant que la crise est venue rappeler la capacité des médecins et de l'ensemble des professionnels de santé à s'y organiser avec une grande autonomie, dans l'intérêt des patients. Il est donc aujourd'hui nécessaire de :
 - Remédialiser la gouvernance « effective » au sein de l'hôpital ;
 - D'y simplifier la hiérarchie ;

- D’y assurer une meilleure participation des personnels comme des patients à la direction administrative ;
- D’y inclure des représentants de la médecine de ville, a fortiori dans le contexte de l’Ambulatoire ;
- De repenser la gradation des soins et des missions de chacun.

Vers un nouveau pacte entre l’hôpital, la ville et le secteur privé

L’une des fragilités principales de notre système de santé, évoquée par l’ensemble de ses acteurs, est le cloisonnement presque absolu entre l’hôpital et les autres secteurs de soin et le fonctionnement en silos. Cela complique inutilement l’exercice professionnel des médecins. Plus grave encore, cela complexifie le parcours de soins des patients, tant le cloisonnement est important en amont, pendant et en aval d’une éventuelle hospitalisation. Cela nuit gravement à la qualité, à la pertinence et au coût des soins.

Alors que les NTIC doivent permettre de renforcer la qualité du parcours de soins, la qualité des coopérations interprofessionnelles et la qualité des coopérations entre établissements, l’Ordre propose aujourd’hui :

- **De renforcer l’ouverture des GHT** : l’organisation des soins déployée au travers des GHT centrés uniquement sur le secteur public n’a pas pu faire ses preuves. De façon trop constante, les acteurs de santé libéraux et établissements privés ont été laissés en dehors des projets menés autour de ces GHT, menant à une vision parcellaire et à une organisation ne reposant pas sur l’ensemble de l’offre de soins disponible.
Il faut aujourd’hui ouvrir les GHT à l’ensemble du tissu de soins, afin qu’ils fédèrent tous les établissements hospitaliers publics et privés, les professionnels libéraux et les établissements médicaux sociaux, pour mieux fluidifier le parcours des patients.
 - Les CPTS, qui devraient à terme occuper une place majeure dans l’organisation des parcours de prise en charge, peuvent dans ce cadre devenir un partenaire naturel des GHT.
- **Réinvestir massivement pour le repérage des troubles mentaux et les filières de soins psychiatriques adultes et infanto-juvéniles coordonnées**, incluant notamment les soins de premier recours, les médecins scolaires, les établissements publics de santé mentale, les cliniques privées et les milieux associatifs.
- **De permettre en facilitant la mixité des exercices entre l’hôpital et les secteurs libéral ou privé**, largement regrettée par les plus anciens et fortement souhaitée notamment par les jeunes médecins et les étudiants, **tant ce partage des espaces professionnels permet un compagnonnage entre médecins de différents exercices et d’homogénéiser les pratiques autour du patient.**
 - Cette mixité impliquerait notamment de **renouer avec le statut de médecin attaché hospitalier**, dont la disparition a un peu plus renfermé l’hôpital sur lui-même : ces médecins apporteraient leurs compétences très diversifiées et souvent complémentaires de celles présentes à l’hôpital et généreraient pour les patients une activité proche de l’exercice de ville. Ce statut serait par ailleurs un creuset de formation médicale continue pour ces mêmes médecins, et leurs consultations

étaient des lieux de stage très recherchés par les étudiants lorsque ce statut existait encore ;

- Adapter les statuts afin de permettre un exercice des médecins libéraux à l'hôpital et, en miroir, assouplir celui des médecins hospitaliers afin que ceux-ci puissent eux aussi apporter leur contribution et connaître le monde libéral (par exemple dans le cadre des gardes de spécialité en établissement, d'utilisation partagée de plateaux techniques...).
 - Au-delà des médecins, nous proposons que cette évolution des statuts puisse s'étendre à d'autres professionnels de santé.
 - Admettre pour les jeunes médecins une « bi-appartenance » libéral-hôpital, permettant aux médecins installés d'avoir accès à l'hôpital et à ses plateaux techniques.
 - Cela favoriserait l'installation des jeunes médecins, et notamment des chirurgiens, dans les territoires.
 - A terme, une mutualisation des moyens humains pourrait permettre une présence à temps partiel de médecins libéraux à l'hôpital, notamment généralistes, en lien avec les structures d'exercice coordonné, dans les services de soins mais aussi dans les espaces d'organisation et les instances de pilotage.
 - En symétrie, des médecins hospitaliers pourraient intervenir à temps partiel dans les structures d'exercice coordonné, pour préparer les hospitalisations et les sorties, mais également pour concevoir en commun des dispositifs partagés ville-hôpital de soins et de prévention.
 - Cette communauté d'objectif doit se concrétiser par une valorisation centrée sur le parcours de soins, qui permette de reconnaître chacun dans son rôle au service du patient.
- **D'assurer l'interopérabilité des systèmes d'information entre la ville et l'hôpital**, mais également avec le secteur médico-social, afin d'assurer la qualité, la continuité et la sécurité du parcours de prise en charge du patient. Cette qualité et cette sécurité reposent en effet sur une identification à tout moment des acteurs de la prise en charge et sur le partage sans faille de l'information au sein de plateformes numériques communes.
 - **De généraliser définitivement l'usage du Dossier médical partagé qui doit devenir la règle.**
 - **De redynamiser les échanges entre médecin traitant et médecin hospitalier en cas de prise en charge hospitalière**, que ce soit au moment de l'admission, lors de prises de décisions importantes (RCP, par exemple) ou pour organiser la sortie de l'hôpital **ou éviter des réhospitalisations.**
 - Des téléconsultations de coordination doivent être mises en place à cette fin, y compris dans la nomenclature.
 - **Il est également nécessaire de refonder le pacte liant l'université à la médecine de ville** : le rôle trop souvent hospitalo-centré de l'université en termes de formation et de recherche doit davantage s'ouvrir sur le monde libéral et utiliser beaucoup plus largement les ressources de « la ville ».
 - **De revoir les urgences hospitalières** : devenues au fil du temps la porte d'entrée quasi-exclusive pour les hospitalisations pour de nombreuses pathologies, il est impératif d'en

redéfinir le rôle au sein de l'hôpital pour mettre fin à l'engorgement subi de nombreux services d'urgence. La recommandation, largement soutenue, a été que les urgences doivent revenir à leur mission initiale de prendre en charge les situations aiguës, qu'elles soient médicales ou chirurgicales, pour respecter le délai de prise en charge. Il faut donc :

- Recentrer les urgences sur leurs missions en réinventant l'accès direct dans les services ;
- Créer une interface médicale et médicosociale en amont des urgences par la création du rôle de dispatcheur médical :
 - Accessible par un numéro dédié aux médecins libéraux, ce dispatcheur faciliterait notamment l'admission directe du patient sans passage inutile aux urgences, la régulation des flux aux urgences, l'optimisation du parcours de soins aux urgences pour les patients dont la situation relèverait de ce service, etc.
- Permettre aux établissements accrédités d'accueillir les urgences en fonction de leur niveau de gravité : beaucoup d'établissements privés ou publics de proximité pourraient retrouver la place qu'ils avaient, évitant ainsi de surcharger les services d'urgence des grands hôpitaux et permettant de répartir sur l'ensemble des acteurs la charge de l'urgence.

Vers un nouveau pacte pour les médecins

- **Créer, pour favoriser cette refondation de la relation ville-hôpital, un baromètre du temps médical** : tâches administratives de plus en plus nombreuses et chronophages, obligations réglementaires diverses, activités de gestion du type comptabilité... la diminution du temps médical est trop souvent admise. Mais pour mieux la combattre, il convient de l'objectiver, de la mesurer et de la comprendre en détail.
En créant un baromètre annuel du temps médical, le ministère des Solidarités et de la Santé pourrait mieux saisir l'évolution des rythmes de travail et des modes d'organisation des médecins alors que l'évolution du système de santé bouscule leur quotidien. Ce baromètre pourrait s'appuyer sur des travaux déjà menés par la DREES. Charge au ministère, mais aussi aux professionnels, au regard des résultats de cette étude annuelle, de proposer des adaptations permettant de regagner du temps pour le soin.
- **Créer un financement spécifique dédié à la qualité de vie des soignants**. Il est évident que des questions aussi variées concernant les gardes d'enfants, le logement de proximité, sont des éléments essentiels de qualité de vie et donc de qualité d'exercice professionnel, mais aussi d'attractivité. Ce point est de plus en plus important pour les jeunes soignants, qui risquent de vider les exercices en grandes villes au profit d'exercices en villes moyennes et très peu au profit des exercices dans les zones de moindre densité médicale.
Il faut que cet aspect soit spécifiquement évalué, mesuré et compensé par des mesures financières spécifiques et « ciblées », concernant aussi bien les médecins de ville, que les médecins hospitaliers.
- **Harmoniser la couverture sociale des médecins pour faciliter des changements de mode d'exercice au cours d'une carrière** : au-delà du travail en commun voire des temps partagés à même de décloisonner la ville et l'hôpital, il serait positif d'harmoniser et d'articuler entre

les secteurs d'activité la couverture sociale de l'ensemble des médecins, afin de faciliter les changements de mode d'exercice au cours d'une carrière.

Cela permettrait aux médecins de remplir leur mission auprès des patients sous différentes formes, sans que la couverture sociale (congés maladie, droits à la retraite, etc.) puisse y apporter un frein. Cela pourrait notamment encourager l'installation en libéral dans les territoires, ne serait-ce que pour quelques années, avant un éventuel retour à l'exercice salarié.

- **Valoriser, tout au long de leur carrière, les acquis d'expérience et le développement professionnel continu des médecins par un mécanisme de recertification** : il reste primordial d'instaurer un mécanisme de recertification des médecins qui serait de plus un exercice de valorisation, permettant d'assurer le maintien des connaissances et la sécurité des usagers. Le nouveau système d'évolution des compétences faciliterait les passerelles vers d'autres spécialités ou d'autres missions, via une évolution de carrière accélérée pour les médecins salariés et hospitaliers ; les évolutions et changements de spécialité seraient rendus possibles grâce à la validation des acquis de l'expérience, qu'elle soit universitaire ou ordinale. Ce mécanisme de recertification pourrait par ailleurs permettre des évolutions de carrière et de rémunération pour les médecins libéraux, **et la reconnaissance de missions de coordination des prises en charge et d'organisation des parcours.**

Au-delà du Ségur, renforcer la prévention médicale

- **Revaloriser la médecine scolaire et le rôle des médecins de PMI** : outils clefs dans la prévention, la médecine scolaire et la médecine en PMI sont aujourd'hui en grande difficulté. La période de confinement, qui a vu les cabinets libéraux désertés par les enfants et les adolescents, a confirmé l'importance de ces exercices.
 - Il faut pour cela revaloriser le taux de vacation en médecine scolaire, pour mieux inciter les médecins à prendre part à cet outil de santé publique ;
 - La médecine scolaire, aujourd'hui sous la tutelle du ministère de l'Éducation nationale, devrait par ailleurs rejoindre le giron du ministère de la Santé, pour être mieux intégrée à notre système de santé.
- **Identifier et valoriser des missions de Santé publique assurées par les médecins, et en organiser la mise en œuvre dans des structures transversales ou d'exercice coordonné, en lien avec les médecins traitants** :
 - Dépistage des cancers ;
 - Vaccinations obligatoires et recommandées (Hépatite B, HPV/Papillomavirus) ;
 - Santé sexuelle ;
 - Prévention de l'obésité et de ses complications.