



Pour l'avenir de la santé

DE LA GRANDE CONSULTATION AUX PROPOSITIONS
Conseil national de l'Ordre des médecins



04

UNE DÉMARCHE D'ENVERGURE POUR FAIRE BOUGER LES LIGNES

...Structuration de la démarche et principales étapes

07

À L'ÉCOUTE DES ACTEURS DE LA SANTÉ

...Synthèse des rencontres organisées avec plus de cinquante acteurs

23

LE SYSTÈME DE SANTÉ AUSCULTÉ PAR 35 000 MÉDECINS

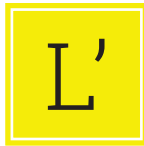
...Résultats de la Grande consultation des médecins et de l'enquête d'opinion réalisée auprès de 4 000 Français

35

LES PROPOSITIONS CONCRÈTES DE RÉFORMES, PORTÉES PAR L'ORDRE DES MÉDECINS

...Détails des propositions pour alimenter le débat public des prochaines années

« Redonner la parole aux médecins »



Ordre des médecins s'est donné l'ambition forte de faire entendre la voix de la profession dans le débat public en matière de santé.

C'était une nécessité. À bout de souffle, notre système de santé n'est plus en mesure d'apporter les réponses adaptées aux grands enjeux que soulève l'avenir de la santé. Nous n'avons pas d'autre choix aujourd'hui que de nous tourner vers l'avenir et de construire dès à présent le système de santé de demain.

Parce qu'il n'y aura pas de vraie réforme sans recréer d'abord les conditions du dialogue, nous avons lancé début septembre 2015 une Grande consultation. Pendant quatre mois, nous avons pris le temps de rencontrer l'ensemble des acteurs du système, institutionnels, médecins et patients, pour réfléchir sereinement à l'avenir, et enrichir le débat. La mobilisation de la profession autour de notre démarche,

avec plus de 35 000 participants, est sans précédent. Grâce à cette participation massive, nous disposons aujourd'hui d'une matière objective d'une grande richesse. Les enseignements en sont éloquentes. Nous avons entendu le cri d'alarme d'une profession qui appelle de ses vœux une profonde réforme de notre système de santé.

Les inquiétudes sont massives et partagées au sein de l'ensemble de la profession médicale, quels que soient les modes d'exercice, les territoires, ou les générations. Absence de cap dans le pilotage de l'organisation des soins, accroissement des contraintes et de la charge de travail dans tous les modes d'exercice, course à la rentabilité au détriment de la valorisation de la mission de service public, le médecin ne se reconnaît plus dans son métier.

Aujourd'hui, un tiers du temps de travail des médecins est absorbé par

des tâches administratives et des réunions. Cela est révélateur des dysfonctionnements de notre système de santé. Car le médecin veut soigner. C'est pour soigner qu'il a fait des études de médecine. Redonner aux médecins le temps médical est donc la première des priorités que doit porter toute réforme. La seconde priorité est de proposer une réforme partagée de l'organisation des soins. Et la clé d'une réforme partagée, c'est que le médecin soit un acteur central de cette évolution.

C'est le sens des propositions que nous formulons dans ce livre. Elles représentent l'aboutissement de notre démarche et de notre engagement pour la santé de tous. Un engagement que nous menons avec détermination bien sûr, mais surtout dans le souci de la concertation.

Ce livre blanc est un véritable programme pour la santé de demain. Nos propositions nombreuses et concrètes se fondent sur une approche globale de l'organisation des soins pour répondre aux attentes fortes de proximité, d'efficacité et de transversalité de l'ensemble des acteurs, à travers trois axes structurants :

- une simplification de la structuration territoriale des soins et la mise en place d'un pilotage sous le principe de la concertation avec l'ensemble des acteurs de santé locaux ;
- un décloisonnement des parcours professionnels pour renforcer la coordination du parcours de soin, la mobilité professionnelle et la mutualisation de la charge administrative ;
- une professionnalisation et une régionalisation de la formation des médecins.

Par ce programme, nous pourrions mettre en place une organisation territoriale des soins plus efficace, un parcours de soins coopératif répondant aux besoins de tous,



et un système de formation adapté aux besoins des territoires.

Nous avons une ambition en 2016 : contribuer à redonner à la santé la place qu'elle mérite dans le débat public. Il est essentiel que la réforme du système de santé soit l'une des priorités du débat politique dans la perspective des élections présidentielles de 2017.

J'espère que ce livre participera à la prise de conscience de l'urgence à construire un avenir pour notre système de santé.

Dr Patrick Bouet,
Président du Conseil national
de l'Ordre des médecins

Une démarche d'envergure

pour faire
bouger
les lignes

Depuis plusieurs mois, l'Ordre des médecins multiplie les initiatives pour décrypter au mieux le fonctionnement actuel du système de santé, affiner sa vision d'un avenir souhaitable et proposer des pistes de réforme, en lien avec sa raison d'être : réaffirmer les valeurs de la profession, tout en continuant à assumer sa mission au service des médecins et dans l'intérêt des patients.

Il s'agit d'une démarche volontariste, qui a nécessité une très forte implication de l'Ordre des médecins. Cette démarche d'une envergure exceptionnelle repose sur quatre piliers :

PLUS D'INFOS :
lagrandeconsultation.medecin.fr



1

TREIZE RENDEZ-VOUS ONT ÉTÉ PROPOSÉS AUX PRINCIPAUX ACTEURS DU SYSTÈME DE SANTÉ, entre septembre et décembre 2015 au siège du Conseil national de l'Ordre des médecins.

Des temps consacrés à l'écoute des positions, réflexions et propositions d'une cinquantaine de représentants d'institutions, d'organismes, de syndicats et d'associations. Ces rencontres ont permis d'échanger avec les organismes et acteurs institutionnels, les associations d'usagers, les ordres professionnels, les représentants de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, des établissements hospitaliers, les représentants de l'aide médicale urgente, de l'exercice médical en établissement de santé, de l'exercice libéral, des jeunes médecins, de la formation en université et de la formation continue.

2

SEIZE GRANDS DÉBATS AVEC LES MÉDECINS DE MÉTROPOLÉ ET D'OUTRE-MER ONT ÉTÉ ORGANISÉS dans toutes les régions, entre août et décembre 2015.

À chaque fois, entre 50 et 200 participants ont échangé sur l'organisation des soins, l'organisation territoriale, la place du médecin dans le parcours de soins et la formation professionnelle. Un solide matériau a ainsi été collecté pour poser un diagnostic partagé et envisager des réponses appropriées. Les débats se sont déroulés dans les régions Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine, Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes, Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne et Normandie, Pays-de-la-Loire, Île-de-France, Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées, Paca et Corse, Centre-Val de Loire, Nord-Pas-de-Calais-Picardie, Réunion, Mayotte, Guadeloupe, Guyane et Martinique.

3

UNE GRANDE CONSULTATION EN LIGNE AUPRÈS DE L'ENSEMBLE DE LA PROFESSION A ÉTÉ RÉALISÉE, en octobre et novembre 2015, sur un site dédié (lagrandeconsultation.medecin.fr). Une consultation inédite par sa forme, son ampleur et son ambition. À l'arrivée, une mobilisation sans précédent, avec près de 35 000 médecins participants, de tous âges, de toutes régions, des territoires ruraux comme à forte densité, avec des modes d'exercice très divers. Les médecins ont pris le temps de répondre à un questionnaire détaillé et précis sur le quotidien de leur exercice, leur perception du système de santé et leurs attentes pour demain. Les résultats sont riches d'enseignements pour faire bouger les lignes, à partir de la compréhension fine de la réalité vécue par nos confrères, de leurs enjeux et de leurs attentes.

4

UN SONDAGE AUPRÈS DU GRAND PUBLIC A ÉTÉ EFFECTUÉ fin novembre 2015, auprès de 4060 individus représentatifs de la population française.

L'objectif de cette étude est de mettre en miroir les perceptions et les attentes des Français en matière de soins, avec celles exprimées par les médecins dans le cadre de la Grande consultation en ligne. Un outil essentiel pour analyser au mieux la relation médecin-patient, véritable socle du système de santé.

Cette démarche méthodique, dense, complète et très ambitieuse est retracée de manière synthétique dans ce livre blanc.

Elle était indispensable pour permettre à l'Ordre des médecins d'élaborer des propositions représentatives, réalistes et opérationnelles. Des propositions que ce livre blanc entend porter au cœur du débat public et des projets politiques pour les prochaines années, afin d'engager la réforme profonde et durable du système de santé attendue par tous.





À L'ÉCOUTE
DES ACTEURS
DE LA SANTÉ



Une cinquantaine d'acteurs du système de santé rencontrés

LES REPRÉSENTANTS DES USAGERS ET DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

_Claire Compagnon, présidente de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam)
_Bernadette Devictor, présidente de la Conférence nationale de santé
_Pierre-Marie Lebrun, secrétaire général adjoint de l'Union nationale des associations familiales (Unaf)
_Annie Podeur, secrétaire générale du Conseil économique, social et environnemental (Cese)
_Gérard Raymond, président de l'Association française des diabétiques (AFD)

LES REPRÉSENTANTS DES ORGANISMES ET INSTITUTIONS

_Pr Agnès Buzyn, présidente de l'Institut national du cancer (INCa)
_Adeline Hazan, Contrôleure générale des lieux de privation de liberté
_Pr Jean-Luc Harousseau, président de la Haute autorité de santé (HAS)
_Dr Dominique Martin, directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)
_Jacques Toubon, Défenseur des droits

LES ACTEURS DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE ET COMPLÉMENTAIRE

_Pr Anne-Claude Crémieux, médecin-conseil national de la Mutualité sociale agricole (MSA)
_Jean-Martin Cohen-Solal, délégué général de la Fédération nationale de la Mutualité française

_Nicolas Gombault, directeur général du Sou médical (groupe MACSF)
_Pierre Michel, délégué général de la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) et **Véronique Cazals**, directrice santé
_Philippe Ulmann, directeur de l'offre de soins de la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts)

LES REPRÉSENTANTS DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

_Antoine Dubout, président de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (Fehap)
_Lamine Gharbi, président de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)
_Élisabeth Hubert, présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)
_Dr Nicole Smolski, présidente d'Avenir Hospitalier
_Frédéric Valletoux, président de la Fédération hospitalière de France (FHF)

LES ACTEURS DE L'AIDE MÉDICALE URGENTE

_Dr François Braun, président du Samu-Urgences de France (Samu)
_Dr Jacques Fribourg, secrétaire général du Syndicat national des urgentistes de l'hospitalisation privée (SNUHP)
_Dr Patrick Hertgen, vice-président de la Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France (FNSPF)
_Dr Pierre-Henry Juan, président de SOS Médecins-France
_Dr Patrick Pelloux,

président de l'Association des médecins urgentistes de France (Amuf)

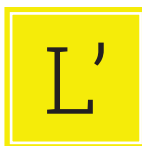
LES REPRÉSENTANTS DES DIFFÉRENTS MODES D'EXERCICE

_Dr Philippe Cuq, président de l'Union des chirurgiens de France (UCDF) / Le Bloc
_Alain Jacob, délégué général de l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers (INPH)
_Dr Jacques-Olivier Dauberton, président du Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants (ReAGJIR)
_Dr Émilie Frelat, présidente du Syndicat national des jeunes médecins généralistes (SNJMG)
_Dr Jean-Paul Hamon, président de la Fédération des médecins de France (FMF)
_Dr Éric Henry, président du Syndicat des médecins libéraux (SML)
_Dr Claude Leicher, président de MG France
_Dr Jérôme Marty, président de l'Union Française pour une Médecine libre (UFML)
_Pr Guy Moulin, président de la Conférence nationale des présidents de CME (Commissions médicales d'établissements) de CHU (Centres hospitaliers universitaires)
_Dr Christian Müller, président de la Conférence nationale des présidents des CME des CHS (Centres hospitaliers spécialisés)
_Dr Jérôme Vert, président du Syndicat des anesthésistes libéraux (AAL) / le Bloc

LES ACTEURS DE LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE
_Pr Dominique Bertrand, conseiller médical du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG)
_Dr Philippe Bonet, président de l'Union nationale des associations de formation

médicale et d'évaluation continues (Unaformec)
_Baptiste Boukebous, président de l'Intersyndicat national des internes (Isni)
_Gauthier Chantrel, vice-président de l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG)
_Pr Olivier Goëau-Brissonnière, président de la Fédération des sociétés médicales (FSM)
_Amélie Hemeret, vice-présidente générale de l'Association nationale des étudiants en médecine de France (Anemf) et **Maxime Rifad**, vice-président perspectives professionnelles
_Julien Lenglet, président de l'Intersyndicat national des chefs de clinique assistants (ISNCCA)
_Pr Dominique Perrotin, doyen de la Faculté de médecine de Tours (ancien président de la Conférence des doyens)
_Pr Jean-Pierre Vinel, président de la Conférence des doyens des facultés de médecine
_Pr Serge Uzan, vice-président santé de la Faculté de médecine Pierre et Marie Curie
_Dr Monique Weber, directeur général de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC)

LES REPRÉSENTANTS DES ORDRES PROFESSIONNELS
_Isabelle Adenot, présidente de l'Ordre des pharmaciens
_Didier Borniche, président de l'Ordre des infirmiers
_Gilbert Bouteille, président de l'Ordre des chirurgiens-dentistes
_Marie-Josée Keller, présidente de l'Ordre des sages-femmes
_Pascale Mathieu, présidente de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes
_Éric Prou, président de l'Ordre des pédicures-podologues



Ordre des médecins a sollicité les principaux acteurs du système de santé, au cours de treize rendez-vous entre septembre et décembre 2015, afin de connaître précisément leurs analyses de la situation, leurs positionnements et leurs propositions.

Un exercice d'écoute attentive, qui a permis de recueillir le point de vue des organes de gouvernance du système de santé, de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, des associations d'usagers, des établissements hospitaliers, des ordres professionnels, des représentants des différents modes d'exercice médical et des organismes de formation (voir la liste ci-contre). Autant de séquences riches et fructueuses, qui ont permis à l'Ordre des médecins de compléter son diagnostic et de préciser ses propositions. Huit thèmes majeurs ont émergé : l'accès aux soins, la gouvernance et le financement, la coordination territoriale, le parcours de soins, les relations médecins-patients, les modes et modalités d'exercice, les parcours et perspectives de carrière, la formation initiale.

— Accès aux soins

Les **difficultés d'accès aux soins sont avérées**, en particulier pour les populations les plus démunies et pour celles qui se situent dans des régions sous-médicalisées. « *Les taux de non-recours à la CMU et à l'ACS atteignent respectivement 28 et 70 %, une situation qui provoque souvent un renoncement aux soins* », souligne Jacques Toubon, le Défenseur des droits. En outre, **la présence des médecins sur le territoire est très inégalement répartie**. Les incitations conventionnelles mises en place par l'Assurance maladie obligatoire n'ont pas été suffisantes pour faire réellement bouger les lignes. Pour Jean-Paul Hamon, président de la Fédération des médecins de France, « *Paris intra-muros va aussi devenir un désert pour les généralistes de secteur 1* », car les charges sont devenues trop importantes ».

Les dépassements d'honoraires peuvent aussi entraver l'accès aux soins, estime Claire Compagnon. La présidente de l'Oniam note, en particulier, « *une augmentation du nombre de professionnels et de jeunes médecins pour lesquels c'est une évidence, à l'hôpital public, de pratiquer des dépassements. Un mouvement de fond inquiétant* ». Des dépassements parfois favorisés par les organismes complémentaires, selon Annie Podeur, secrétaire générale du Cese, pour qui « *il serait plus logique de revaloriser certains actes, quitte à ce que les complémentaires financent une partie du surcoût* ». Toutefois, assure Philippe Ulmann, directeur de l'offre de soins de la Cnamts, « *la mise en œuvre de l'avenant n° 8 en 2012, notamment avec le dispositif de contrat d'accès aux soins (CAS), a permis d'inverser la tendance avec une baisse des taux de dépassements d'honoraires depuis 2013. Le CAS a été adopté par un tiers des médecins en secteur 2 ; il doit être pérennisé et étendu* ». Jean-Martin Cohen-Solal, délégué général de la Mutualité française, considère que « *les contrats responsables permettent d'éviter l'inflation des dépassements d'honoraires* ». Alors que Pierre Michel, son homologue à la FFSA, estime qu'ils peuvent « *conduire à un rationnement des soins dès lors que les règles nationales ne tiennent compte ni des territoires dans lesquels les médecins sont implantés ni de leur spécialité* ». Concernant les tarifs



Secteur 1 : regroupe les médecins pratiquant les tarifs définis par l'Assurance maladie (par exemple, 23 euros la consultation chez un généraliste)



Contrat d'accès aux soins : contrat triennal pour les médecins de secteur 2 (honoraires libres), comportant des allègements de charges en contrepartie d'une limitation des dépassements d'honoraires



Contrats responsables : les complémentaires santé doivent prendre en charge au moins deux actes de prévention, plafonner les remboursements d'optique et les dépassements d'honoraires (sauf exception), en échange de taxes réduites



Accidents iatrogènes :
occasionnés par le
traitement médical

excessifs voire **les refus de soins**, Jacques Toubon rappelle qu'une convention de partenariat signée avec l'Ordre des médecins en 2012 facilite le traitement des dossiers dont son institution est saisie. Mais le Défenseur des droits regrette que le projet de loi Santé n'ait pas renforcé les droits des victimes de refus de soins, en aménageant la charge de la preuve en faveur des victimes, conformément à la recommandation du rapport remis au Premier ministre en avril 2014 par son prédécesseur, Dominique Baudis.

Enfin, **la forte disparité des prescriptions de médicaments** génère une inégalité de traitement, expose le Dr Dominique Martin, directeur général de l'ANSM : « *Il y a trop de prescriptions hors AMM (autorisation de mise*

sur le marché) et hors ATU (autorisation temporaire d'utilisation), un excès qui serait à l'origine de la moitié des accidents iatrogènes », selon une étude canadienne. C'est le cas pour les benzodiazépines, la dompéridone ou encore le valproate. » D'une manière générale, « les prescriptions de médicaments en France sont excessives et le coût des produits innovants est exorbitant », juge le Pr Jean-Luc Harousseau. Le président de la HAS suggère « d'augmenter le nombre d'équipes académiques en économie de la santé pour enseigner la culture de l'efficience. »

Les difficultés d'accès aux soins concernent plus particulièrement les populations démunies.

— Gouvernance et financement

Quelle doit être **la place de l'Assurance maladie obligatoire et des complémentaires** ? Qui doit financer quoi ? N'assiste-t-on pas à un désengagement de la Sécurité sociale au profit des complémentaires ? Autant de questions qui nécessitent un grand débat, selon Bernadette Devictor. « *Pourquoi les mutuelles seraient-elles prescriptrices de parcours de soins ?* », s'interroge la présidente de la Conférence nationale de santé. « *L'usager ne souhaite pas que le parcours de soins soit établi par la HAS ou par les mutuelles complémentaires, il attend de son médecin qu'il exerce son jugement.* »

Philippe Ulmann, pour la Cnamts, assure que « *contrairement aux idées reçues, la part de l'Assurance maladie obligatoire dans le remboursement des soins n'a pas diminué depuis 10 ans. Elle continue à couvrir les risques de l'ensemble de la population* ». Pour Pierre Michel, de la FFSA, « *la place respective de l'Assurance maladie obligatoire et des complémentaires ne devrait pas être un abcès de fixation. Toutes les familles complémentaires contribuent à l'amélioration du système, elles revendiquent simplement de ne pas être un payeur aveugle derrière l'Assurance maladie obligatoire.* »

De son côté, Annie Podeur, du Cese, regrette la **centralisation toujours très forte du système de santé** et relève notamment que « *le fonctionnement des Agences régionales de santé (ARS) n'est pas déconcentré*

tré, tel que le prévoyait pourtant la loi HPST». Elle suggère de passer d'un Ondam à un Ordam (régional). Le syndicat de médecins UFML considère que les ARS ont donné beaucoup de pouvoirs à l'hôpital public au détriment de l'hospitalisation privée. Son président, Jérôme Marty, réclame que soignants et patients pèsent pour moitié dans les décisions de santé et propose de « créer un conseil de la médecine libérale qui, une à deux fois par an, regrouperait l'Ordre des médecins, les URPS, les syndicats et la FHP, pour imposer la feuille de route de la médecine libérale et constituer un vrai contre-pouvoir face aux ARS ». Pour son homologue Eric Henry, du SML, « les URPS étaient avant des organes techniques. Elles doivent devenir plus politiques au sens régional et relayer les projets libéraux auprès des ARS pour obtenir des financements ». Philippe Cuq, président de l'UCDF/Le Bloc, se dit pour sa part « très inquiet de l'évolution observée dans les établissements de santé, et de la détérioration des relations entre les médecins qui y exercent et les groupes qui en sont propriétaires. Divers éléments constatés montrent de graves atteintes à l'indépendance des médecins ».

Autre dysfonctionnement dans la gouvernance et le financement, **le fossé entre le sanitaire et le médico-social**. Pour Antoine Dubout, président de la Fehap, « il faut réformer le financement pour éviter les ruptures de prise en charge dans le parcours sanitaire et médico-social du patient. Mais l'État est en plein conflit d'intérêts puisqu'il finance le système tout en étant exploitant, ce qui génère de nombreux problèmes. » La Fehap estime aussi que « l'attribution de la présidence des conseils de surveillance des hôpitaux publics aux maires les pousse à faire fonctionner leurs réseaux pour maintenir en activité certains établissements en difficulté, sans assumer les déficits d'exploitation. » La FHF est en désaccord : « Qu'ils président ou non le conseil de surveillance, les maires garderont toujours le pouvoir d'influence qui leur est reproché. En outre, les élus peuvent avoir d'autres perspectives que la défense de l'emploi à très court terme », répond son président, Frédéric Valletoux.

Le système de santé actuel est organisé autour de l'hôpital et de la prise en charge des pathologies aiguës.

Plus globalement, si le système de santé actuel est inadapté, c'est qu'il a été organisé autour de l'hôpital, pour prendre en charge les pathologies aiguës. Or « **les besoins de prise en charge des pathologies chroniques** sont de plus en plus importants, aussi bien en amont dans la prévention qu'en aval avec le suivi, impliquant davantage les médecins traitants et les autres professionnels libéraux », explique Philippe Ulmann, de la Cnamts. Une opinion que partage Jean-Martin Cohen-Solal de la Mutualité française, qui souligne que « le nombre d'établissements de santé est bien plus important en France qu'à l'étranger, de même que le ratio médecins/infirmières et le ratio médecins spécialistes/médecins généralistes ». Pierre Michel, pour la FFSA, déplore les **difficultés de régulation financière** : « La recherche de l'équilibre financier annoncée en 2004 s'est avérée infructueuse sur le long terme et le **DMP** a été un échec, tant médical que financier. »



Ondam: objectif national des dépenses d'Assurance maladie, fixé annuellement



DMP: dossier médical personnel du patient, informatisé, accessible aux professionnels de santé

— Coordination territoriale

L'inégale répartition territoriale des médecins est mise en avant par tous les acteurs. « *Les médecins et leurs représentants ne doivent pas oublier qu'ils sont prescripteurs de dépenses publiques et que cette situation leur donne une responsabilité particulière* », estime Nicolas Gombault, directeur général du Sou Médical (groupe MACSF). Pour Philippe Ulmann de la Cnamts, « *on peut se demander si les médecins finiront par s'engager dans la régulation géographique du conventionnement, alors que la plupart des professions de santé s'y sont engagées (ou vont le faire), avec en miroir des aides à l'installation en zone déficitaire. De toutes les façons, cela ne pourrait se faire qu'à l'issue d'un accord de toutes les parties et dès lors qu'il y aurait un support législatif, ce qui n'est pas le cas à ce jour* ». Pour Eric Henry du SML, « *de nombreux médecins, notamment seniors, sont prêts à devenir mobiles régulièrement pour aller travailler dans les zones sous-dotées, permettant à de jeunes consœurs et confrères d'assurer la continuité de leur cabinet senior* ».

Les problèmes de répartition territoriale des médecins rejaillissent sur l'ensemble des professions de santé, alors que deux défis majeurs montent en puissance, selon l'Ordre national des infirmiers : les maladies chroniques et le vieillissement de la population. « *Nous devons faire un **état des lieux des besoins de santé** pour chaque périmètre territorial donné et une étude sur l'offre actuelle* », préconise son président, Didier Borniche. « *Cette étude pourrait être réalisée dans le cadre d'une concertation entre les ordres professionnels* ».

Une idée approuvée par son homologue chez les pharmaciens, Isabelle Adenot, qui suggère de « *commencer par une étude ciblée sur un bassin de vie* », et par son homologue chez les chirurgiens-dentistes, Gilbert Bouteille, « *favorable à une meilleure globalisation de l'offre de soins, car les autres professions médicales et paramédicales ne vont pas s'installer là où il n'y a pas de médecin* ». « *Il est indispensable de prendre en compte les données démographiques et géographiques et la présence de plateaux techniques, le code de déontologie de la profession est précis sur ce point* », assure Eric Prou, à la tête de l'Ordre des pédicures-podologues. « *Les ouvertures de cabinets secondaires sont importantes : on en compte 2 400 sur les 13 700 cabinets existants* ».

La coordination des acteurs est un enjeu majeur face aux maladies chroniques et au vieillissement de la population.

Pour renforcer la coopération territoriale entre les établissements cette fois, le gouvernement mise sur les nouveaux **Groupements hospitaliers de territoire** (GHT) : « *L'idée n'est pas de fusionner administrativement des sites, ce qui est lourd et complexe, mais d'avoir un projet médical commun* », explique Jean-Martin Cohen-Solal pour la Mutualité Française. « *On ne pourra qu'adhérer si les GHT sont portés* ».



Groupement hospitalier de territoire : regroupement obligatoire des établissements publics d'un territoire donné depuis janvier 2016, autour d'un projet médical partagé

par un projet médical plutôt que sur des ressorts administratifs », juge Alain Jacob, délégué général de l'INPH. « Pour les praticiens hospitaliers, cela peut permettre de s'intéresser à autre chose que ce qui se passe dans sa seule structure et dans son exercice médical spécifique ».

Pour le Dr Christian Müller, président de la Conférence nationale des présidents de CME de CHS, « les acteurs de la psychiatrie doivent pouvoir approfondir leurs actions de partenariat, avec le champ sanitaire (CHU, CHG...) mais aussi avec le champ médico-social et social. La loi de modernisation autorisera les CME à déterminer l'outil le plus pertinent, en lien avec les directions d'établissements ». S'il juge que les notions (contenues dans le projet de loi Santé) de diagnostic territorial, de contrat territorial ou de communautés psychiatriques de territoires vont dans le bon sens, il estime « nécessaire que soit maintenue la territorialisation spécifique que représente

Pour renforcer la coopération territoriale entre les établissements le gouvernement mise sur les GHT.

le secteur, à un moment où les États-Unis et la Chine sont intéressés par ce modèle ». Le Pr Guy Moulin, son alter ego pour les CHU, estime pour sa part que « les CHU sont les oubliés de la loi Touraine et de la réforme territoriale. Ils doivent être obligatoirement associés aux GHT, notamment sur les activités de recherche et de formation, pour éviter une bunkérisation territoriale avec une concurrence entre de gros hôpitaux pivots et les CHU. » Même inquiétude de la FHP sur sa participation aux GHT. « Pour l'heure, excepté la co-utilisation du plateau technique en imagerie médicale, les coopérations public-privé ne marchent pas bien », affirme Lamine Gharbi, son président. Alain Jacob, de l'INPH, ajoute que les multi-sites n'ont pas fonctionné : « Ne faudrait-il pas plutôt développer des systèmes d'information communicants ? » Le SML défend pour sa part la création de plateformes d'appui, comme en Franche-Comté (Arespa), avec des moyens et services conséquents, une coordination des acteurs du soin et des possibilités accrues de maintien des patients à domicile. En outre, argumente son président, Éric Henry, « la création de plateformes d'appels territoriales permettra à des médecins libéraux dédiés de pratiquer certaines consultations par téléphone. Les économies générées seraient reportées sur une prise en charge physique valorisante des pathologies lourdes. »

Pour Claude Leicher, président de MG France, « **le réseau de soins de proximité doit être organisé autour du généraliste**, qui est le point de convergence et l'interface des autres professionnels : les spécialistes, les hôpitaux, la médecine scolaire, la PMI, la médecine du travail... ». Pour illustrer les convergences envisageables entre les acteurs, Anne-Claude Crémieux, médecin-conseil national de la MSA mentionne l'expérimentation Pays de santé, en Dordogne : « Une cadre de santé est allée au-devant des acteurs, médecins, patients, professionnels de santé pour connaître leurs attentes, faciliter l'éducation thérapeutique et diététique des patients ». Frédéric Valletoux, pour la FHF, cite la maison de santé universitaire de Fontainebleau qui, dans l'enceinte de l'hôpital, a réussi à faire travailler ensemble l'hôpital et les médecins libéraux.



LA RÉGULATION DES URGENCES

« Le recours aux services d'urgence est très élevé en France, en raison d'une démographie médicale déclinante et de l'absence de coordination entre les nombreux acteurs », relève le Dr Patrick Pelloux, président de l'Amuf. Quand la France dénombre 240 recours aux services d'urgence par an pour 1 000 habitants, l'Allemagne n'en compte que 70, illustre le Dr François Braun, son homologue du Samu : « Outre-Rhin, le premier recours est organisé dans le cadre de cabinets de groupe qui proposent certaines prestations techniques, comme de l'imagerie médicale. » Prolongeant le même constat, le Dr Patrick Hertgen, vice-président de la Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France, souligne que « plus de 90 % des interventions des secours aux victimes en 2014, au nombre de 3,4 millions, ne nécessitaient pas de prise en charge préhospitalière médicalisée ni même para-médicalisée ». Mais le Dr Pierre-Henry Juan, président de SOS Médecins-France, relève aussi que « les médecins de ville sont de plus en plus accaparés par des missions préventives et que les associations de SOS Médecins sont venues sur le premier recours pour combler un manque ». « La concurrence organisée par les financeurs a généré un gaspillage et une désorganisation des effecteurs », regrette le Dr Jacques Fribourg, secrétaire général du Snuhp, même s'il loue l'efficacité du système de santé français. Il estime que l'heure doit être à la collaboration entre structures. Le Samu note d'ailleurs que la coopération entre Samu-Centres 15 et les permanences de soins ambulatoires fonctionne bien.



Multi-sites : exercice médical libéral en des lieux multiples



Effecteurs : médecin qui effectue une garde dans le cadre de la permanence des soins



Permanence des soins ambulatoires : continuité de l'accès à un avis médical (hors urgences) aux heures habituelles de fermeture des cabinets médicaux (soirs, week-ends et jours fériés)



Colloque singulier : relation particulière entre le médecin et son patient protégée par le secret médical



Prado : programme d'accompagnement au retour à domicile par une sage-femme après un accouchement, proposé par l'Assurance maladie



LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES CANCÉREUSES

« Le problème de l'égal accès aux soins est patent pour les pathologies cancéreuses, regrette le Pr Agnès Buzyn, présidente de l'INCa, avec « un délai moyen de 21 jours pour un diagnostic IRM, variable du simple au triple selon les régions, contre, parfois, un délai d'un jour pour une IRM du genou. Il est urgent de mieux organiser la filière de radiologie ». Elle déplore par ailleurs « un parcours de soins hétérogène, qui dépend notamment de l'entrée dans la filière et de l'implication du médecin traitant. En outre, les recommandations et référentiels ne sont pas toujours respectés par les médecins, avec des impacts importants sur la qualité de vie des malades ». Selon la présidente de l'INCa, « il faut accentuer la concertation pluridisciplinaire, gage de qualité des soins et qui participe à la formation continue des praticiens, même si c'est difficile compte tenu de la démographie médicale et de la surcharge de travail des établissements ».

Pour moins solliciter les hôpitaux, vers lesquels les patients s'orientent de plus en plus, notamment par le biais des urgences, la FHF plaide pour **une permanence des soins ambulatoires** **obligatoire**. Élisabeth Hubert, présidente de la Fnehad, regrette quant à elle « que l'on ne s'appuie pas sur le savoir-faire des établissements d'hospitalisation à domicile en matière d'évaluation et de coordination des soins pour développer plus largement l'ambulatoire ». De son côté, Lamine Gharbi de la FHP déplore que « les patients soient dirigés vers les urgences hospitalières et que les médecins de l'hospitalisation privée soient pénalisés du fait de l'exclusion des cliniques du service public hospitalier au motif de la pratique des compléments d'honoraires. »

— Parcours de soins

« Les usagers sont trop souvent livrés à eux-mêmes, pour l'accès à un médecin, pour le choix entre un généraliste ou un spécialiste, ou encore dans la recherche d'un établissement de soins », regrette Bernadette Devictor, de la Conférence nationale de santé. Selon Annie Podeur, du Cese, « le médecin traitant a souvent tendance à orienter son patient vers un confrère qu'il est le seul à connaître, pas toujours vers un spécialiste compétent qui va prendre en charge sa pathologie de manière satisfaisante. Raison pour laquelle il faut encourager le patient à solliciter un double avis. » La notion de « colloque singulier » lui semble dépassée, au regard de l'intérêt d'une équipe médicale pluridisciplinaire pour le diagnostic et le traitement de pathologies complexes et d'une équipe pluriprofessionnelle pour la dispensation des soins.

L'Unaf pointe également **les parcours de soins hors-circuit**. Pierre-Marie Lebrun, son secrétaire général adjoint, relève que les enquêtes auprès de 17 000 patients du Ciss Nord-Pas-de-Calais, dont il est président, ont fait ressortir « de nombreuses démarches de premier recours, avant toute consultation médicale : automédication, sollicitation d'intervenants ayant des pratiques particulières (coupeurs de feu, rebouteux...), renseignements auprès de l'infirmière scolaire et auprès du pharmacien, voire recours aux urgences lorsqu'il n'y a pas de médecin sur le territoire. »

L'absence de coordination entre l'hôpital et la médecine de ville génère aussi de sévères dysfonctionnements dans le parcours de soins. « Comment accepter que 60 % des médecins traitants ne sachent pas que leurs patients ont été hospitalisés et que 75 % d'entre eux ne sachent pas qu'ils sont sortis de l'hôpital ? », s'interroge Véronique Cazals de la FFSA. Résultat, selon Claire Compagnon, de l'Oniam : « Rien n'est fait, par exemple, pour la prise en charge de la douleur d'un malade opéré qui rentre chez lui ». Même si « l'accompagnement à domicile après une maternité via le Prado est un vrai progrès pour les patientes et les sages-femmes », indique Marie-Josée Keller, présidente de l'Ordre national des sages-femmes. A contrario, « cet accompagnement a considérablement réduit les consultations de rééducation périnéale chez les masseurs-kinésithérapeutes, en raison d'une orientation quasi systématique vers des sages-femmes », constate Pascale Mathieu, la présidente de leur Ordre.

— Relations médecins-patients

Le rôle du médecin à l'égard du patient nécessite d'être repensé, estiment de nombreux acteurs du système de santé. « *Recueil et priorisation des informations, éducation à la santé avant l'éducation thérapeutique, partenariat avec les usagers selon des modes plus respectueux des droits des patients, pour sortir d'un fonctionnement médical qui semble être resté figé dans le temps* », explique Bernadette Devictor, de la Conférence nationale de santé. Pour le Pr Harousseau de la HAS, « *les malades sont demandeurs de nouveaux rapports avec leurs praticiens, ce qui doit pousser au développement de la décision partagée, sur le modèle anglo-saxon, car la France est en retard dans ce domaine.* »

Un avis partagé par Gérard Raymond, qui préconise de **renforcer l'accompagnement des patients et de rechercher leur adhésion**. « *Le médecin n'a plus en face de lui un malade, mais une personne, qu'il doit davantage écouter et comprendre* », assure le président de l'Association française des diabétiques. Jacques Toubon invite lui aussi les professionnels de santé à informer davantage les patients et leur famille, tout en pointant la lourdeur de leur charge de travail et en préconisant une meilleure valorisation des médecins traitants, qui se situent au premier niveau de prise en charge.

« *Une meilleure information des patients est de toute façon rendue indispensable par le développement de la chirurgie ambulatoire, afin d'assurer une totale sécurité des soins* », insiste Nicolas Gombault du Sou médical-MACSF. Tandis que la présidente de l'INCa souligne l'importance de « *l'éducation thérapeutique des patients atteints d'un cancer, en matière d'observance des traitements et de reconnaissance de signes d'alerte. Un bon moyen aussi d'éviter que les intéressés se tournent vers des pratiques déviantes (médecines alternatives)* ».

« **Le médecin est perçu comme un prescripteur et non comme un préventeur** », affirme Pierre-Marie Lebrun de l'Unaf, sur la base des enquêtes menées par l'Observatoire des familles de l'Unaf. « *La place du médecin dans ce domaine est essentielle mais pas assez enseignée, ni exercée, ni valorisée* », abonde Annie Podeur. « *Ce ne doit pas être l'exclusivité de la médecine du travail ou de la médecine scolaire.* » Le Pr Buzyn, de l'INCa, ajoute qu'il s'agit d'un « *enjeu majeur pour le système de santé, puisqu'on estime que près de 40 % des cancers pourraient être évités. Or certaines campagnes médiatiques sont inaudibles par la population tant elles sont nombreuses, ce qui suppose une forte mobilisation des médecins pour les relayer.* » Enfin, une prévention médicale accrue pourrait permettre de freiner l'inflation des appels d'urgence.

— Modes et modalités d'exercice

De nombreux acteurs exhortent à une nouvelle donne concernant les modes d'exercice médical. « *La médecine individualisée est en fin de vie,*



SOINS ET PRIVATION DE LIBERTÉ

« *Certaines consultations de détenus se déroulent avec des menottes ou des entraves, en présence des surveillants pénitentiaires, souvent à la demande des médecins, ce qui amène certains détenus à renoncer aux soins* », déplore Adeline Hazan, Contrôleure générale des lieux de privation de liberté. « *Les médecins s'inquiètent de la mise en cause de leur responsabilité en cas d'incident, or elle ne sera pas engagée s'ils ont respecté la classification de la dangerosité des détenus.* » Par ailleurs, « *les écarts de pratiques dans les hôpitaux psychiatriques sont importants* », relève-t-elle. D'abord du fait de l'absence de registre des mises sous contention physique ou à l'isolement. Ensuite en raison des notifications souvent imprécises des médecins (« *isolement ou contraintes si besoin* »), qui laissent les infirmiers décider seuls. Enfin, les psychiatres agissent très différemment d'un établissement à l'autre voire d'un service à l'autre en matière de maintien des liens familiaux, d'accès à Internet ou d'usage du téléphone portable. « *Ce qui doit amener une réflexion sur les prérogatives des chefs d'établissements* », suggère Adeline Hazan.

il faut développer une médecine de groupe, physique ou virtuelle », assure Gérard Raymond, de l'AFD. « Le coût de la non-observance et l'évolution actuelle des technologies imposent une révolution de l'exercice médical en cours et une évolution très forte du lien entre les professionnels », abonde Claire Compagnon, de l'Oniam.

« Il faut **faire évoluer le métier, qui est embolisé par des tâches administratives** de toutes sortes et qui ne laisse plus assez de place aux soins », plaide Émilie Frelat, présidente du SNJMG. Bernadette Devictor, de la Conférence nationale de santé, préconise « le remplacement du modèle libéral individuel par des cabinets coopératifs avec une mutualisation des tâches administratives et une meilleure répartition des créneaux horaires. Cela permettrait une coopération avec les établissements de soins et une responsabilité partagée des professionnels de santé au regard de la prise en charge des patients. » Et s'étonne de « la frilosité de certains médecins sur la problématique de la délégation de tâches, qui ne conduit pas à une perte de prérogatives, mais à une revalorisation du rôle du médecin ». Une position

De nombreux acteurs exhortent à une nouvelle donne en ce qui concerne les modes d'exercice médical.

que partagent la Mutualité française et la MSA, cette dernière faisant remarquer, par la voix du Dr Anne-Claude Crémieux, que « la décharge des tâches administratives a été un puissant facteur de réussite dans certaines expérimentations de coordination voire de regroupements des professionnels de santé ».

Jean-Paul Hamon, président de la FMF, reconnaît que la délégation des tâches pourrait être organisée plus largement, « à condition que les médecins soient dans le même établissement et puissent travailler avec deux salariés et demi comme leurs collègues européens ». La fédération nationale des sapeurs-pompiers indique que la position commune avec le Samu, arrêtée en juin 2015, considère que l'infirmier est l'intermédiaire entre le secouriste et le médecin. « Mais la pratique et l'organisation du recours à l'infirmier doit être protocolisée par les médecins », rappelle son vice-président, Patrick Hertgen. Nicolas Gombault, pour le Sou médical-MACSF, déplore que **les transferts de compétences** des médecins vers d'autres professionnels de santé prévus dans la loi HPST n'aient pas donné les résultats escomptés. Il appelle à « alléger les contraintes de toutes sortes qui pèsent sur les médecins généralistes et à favoriser **les maisons de santé pluridisciplinaires**, même si on peut s'interroger sur l'interventionnisme de l'État dans leur organisation ».

Pascale Mathieu, de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, déplore « les situations de concurrence déloyale créées par les maisons de santé à l'égard des kinés déjà installés ». Même constat pour les sages-femmes libérales : « Elles peuvent perdre près de 30 % de leur chiffre d'affaires, lorsqu'une maison médicale voit le jour à proximité », affirme Marie-Josée Keller, la présidente de l'Ordre ; « la possibilité d'intégrer une maison de santé permettrait une meilleure régulation, alors que le nombre d'installations en libéral a fortement progressé ». A contrario, Didier Borniche, de l'Ordre des infirmiers, n'a pas eu « de remontées

défavorables » et cite l'exemple gagnant-gagnant des coopérations entre professionnels de santé au Canada. « *Le développement des maisons de santé est trop lent* », regrette Annie Podeur, du Cese. « *Quand il n'y a pas d'offre de soins libérale, il faut accepter de soutenir la création d'un centre de santé avec des médecins salariés, pour garantir l'accès à des soins ambulatoires de proximité.* »

« *Les jeunes médecins ne souhaitent pas forcément du tout-paiement à l'acte, mais veulent une **diversification des modes de rémunération*** », atteste le Dr Émilie Frelat, du SNJMG, qui regrette que les médecins généralistes ne puissent pas coter un certain nombre d'actes comme le font les autres spécialités. De son côté, le Dr Jacques-Olivier Dauberton, président de ReAGJIR, préconise de « *mieux intégrer les remplaçants et de valoriser le statut peu connu de collaborateur libéral.* »

Pour la FMF, Jean-Paul Hamon propose d'attribuer un « **forfait structure** », pour « *travailler avec un secrétariat et des outils informatiques communicants, afin d'assurer la coordination et la continuité des soins, quelle que soit la spécialité clinique. En s'appuyant sur la messagerie **Apicrypt**, déjà utilisée par plus de 45 000 médecins. Le partage d'un résumé de dossier avec une communauté de médecins assure la coordination des soins et donne l'habitude de travailler ensemble* ». Claude Leicher, de MG France, est favorable à la mise en œuvre d'une messagerie sécurisée. Très sceptique sur l'avenir du DMP, il considère, en matière de **partage de l'information des données de santé**, que « *le dossier professionnel du médecin, carrefour du recueil des données du patient, pourrait être la source dans laquelle les différents professionnels de santé pourraient venir puiser les données utiles avec l'autorisation du patient.* »

Enfin, l'augmentation sensible du **tarif de la consultation** reste une revendication forte de tous les syndicats de médecins libéraux. « *Nos responsabilités sont de plus en plus grandes, nous sommes la seule profession qui doit financer des travaux d'accessibilité pour les personnes handicapées sur nos fonds propres. Or, nos tarifs restent bloqués par le gouvernement, et nous ne pouvons pas multiplier le nombre d'actes pour faire face à la dépense* », affirme Jérôme Marty, de l'UFML. « *Sans revalorisation forte, les médecins libéraux seront de plus en plus dissuadés de s'installer.* »



Apicrypt : première messagerie médicale sécurisée

— Parcours et perspectives de carrières

« *Toute la question est de savoir comment **rendre le métier attractif autrement qu'à l'hôpital*** », juge Baptiste Boukebous, président de l'Isni. « *Les internes aspirent de plus en plus à un exercice mixte. L'exercice mixte permet d'intégrer une équipe de taille critique, propice à la formation continue, tout en ayant les garanties d'une protection sociale optimisée.* » Pour Bernadette Devictor, présidente de la Conférence nationale de santé, il faut « *rompre avec la dichotomie entre les médecins qui exercent à l'hôpital et ceux qui exercent en ville. Cette concurrence est dommageable aux usagers et aux médecins.* » Pour offrir de nouvelles perspectives aux jeunes médecins, notamment en milieu rural, « *il faudrait favoriser leur*



DPC : obligation annuelle de formation continue pour les professionnels de santé

intégration dans des maisons de santé pluridisciplinaires et pouvoir leur proposer des activités d'enseignement et de recherche », suggère le Pr Anne-Claude Crémieux, de la MSA. Pour Gauthier Chantrel, vice-président de l'ISNAR-IMG, « l'accueil de chefs de clinique assistants dans les maisons de santé valoriserait les formations ambulatoires. Des formations spécifiques à l'installation en libéral permettraient aussi de lever certains freins et réticences ».

Mais **la question de l'attractivité de la carrière se pose aussi dans les établissements hospitaliers**, selon le Pr Moulin, représentant les CME de CHU : « On fait poireauter des jeunes dans des postes des praticiens contractuels, qui finissent, à bout de patience, par quitter l'hôpital. C'est à eux qu'il faut s'intéresser et non aux praticiens hospitaliers arrivés au dernier échelon. » Lamine Gharbi, de la FHP, a le sentiment que « les médecins sont souvent désabusés, alors que rien ne peut se faire sans eux. Il faut revaloriser leur rôle. »

Si tous les acteurs du système de santé insistent sur le rôle de la formation continue dans les évolutions de carrières, ils divergent beaucoup sur les modalités souhaitables. « Les premières années du Développement professionnel continu (DPC) permettent de dresser un bilan positif, compte tenu du niveau d'engagement croissant des médecins depuis 2013 », assure Monique Weber, directeur général de l'OG-DPC. « L'intégration de l'évaluation des pratiques professionnelles permet de savoir ce que le médecin doit améliorer et, dans la lignée des préconisations de l'Igas, ce dispositif devra notamment être renforcé pour préserver la qualité des programmes. »

Pour le Pr Dominique Bertrand, conseiller médical du CNG, « le DPC peut être problématique en cas d'exercice partiel de la spécialité. Il est justifié qu'un médecin puisse orienter son DPC, en fonction de ses choix actuels ou pour l'avenir. C'est-à-dire qu'un changement d'orientation professionnelle pourrait être pris en compte par l'obligation de DPC. Il faut parvenir à ne pas segmenter l'accès aux formations, en fonction des conditions d'exercice des médecins. »

« Le DPC doit améliorer la situation individuelle des médecins, être très proche de la re-certification, être en adéquation avec un plan de carrière (qui reste à inventer pour les médecins libéraux), estime le Dr Philippe Bonet, président de l'Unaformec. Mais la France ne fait-elle pas fausse route, en encadrant la formation continue de l'ensemble de la profession ? Les Anglo-Saxons ne se concentrent que sur les 5 % de médecins dits déviants et laisse toute marge de manœuvre aux 95 % restants ». « Au Canada, 98 % des médecins font spontanément leur DPC et le financent », abonde le Pr Olivier Goëau-Brissonnière de la FSM, qui préconise « un dispositif souple et pérenne avec des modalités communes aux deux modes d'exercices, les conseils de spécialités définissant un parcours individuel retracé par le professionnel dans un portfolio qui lui serait propre. Ce dossier personnel pourrait être initié durant les




La formation continue joue un rôle prépondérant dans les évolutions de carrières des professionnels de santé.

études médicales, dès le début du 3^e cycle, en accord avec l'université ».

Le syndicat SML est, quant à lui, très critique sur le DPC et sur les modalités d'e-learning : « Il faut que les médecins puissent encore sortir de leurs cabinets et rencontrer leurs pairs, pour lutter contre le burn-out », expose le Dr Éric Henry. Claude Leicher, pour MG France, souhaite que le DPC soit « sorti des mains de l'administration française ».

— Formation initiale

La nécessité d'éducation des patients et de concertation passe par une meilleure formation des médecins, considère Claire Compagnon, de l'Oniam. « Les systèmes de santé qui fonctionnent bien aujourd'hui, par exemple en Australie ou dans certains pays du Nord de l'Europe, ont fait évoluer leur formation médicale. » Les grilles de formation sont élaborées par les hospitalo-universitaires, relève Annie Podeur, du Cese : « Elles privilégient la médecine d'organe plutôt que la prévention et l'éducation à la santé ». Pour Gérard Raymond, de l'AFD, « la formation doit davantage mettre l'accent sur l'accompagnement des patients et sur les capacités d'empathie ». La formation initiale est effectivement inadaptée, selon le Dr Jacques-Olivier Dauberton, de ReAGJIR : « Dix ans d'études sont nécessaires pour valider le diplôme de médecine générale et, une fois que l'on s'installe, on a l'impression de ne pas exercer le métier pour lequel on a été formé. Il faut rapprocher la formation du réel et davantage évoquer le contact avec le patient et le rôle du médecin dans la société. »

L'association de jeunes généralistes estime notamment que la **Paces**  et l'**ECN**  sont en complet décalage avec l'exercice du médecin. Mais pour Amélie Hemeret, vice-présidente générale de l'Anemf, « il est trop tôt pour faire un bilan de la Paces, qui n'a que trois ans d'existence ». Le Pr Jean-Pierre Vinel, président de la Conférence des doyens, préconise « un concours de 1^{er} année révisé, élargi à des enseignements généraux de santé publique ou d'éthique notamment, avec une vocation pédagogique plus marquée, afin d'ouvrir de nombreux débouchés, et d'offrir d'autres perspectives que la médecine aux étudiants en difficulté ». Par ailleurs, Amélie Hemeret de l'Anemf déplore le gâchis humain engendré par le **numerus clausus**  et son contournement avec les flux européens et les inscriptions de certains étudiants hors de France. Pour Émilie Frelat, du SNJMG, « ce système sélectionne les étudiants sur leurs seules capacités à fournir un travail conséquent, sans prendre en considération la fibre émotionnelle et sociale de l'individu ». « Il est impératif d'avoir une déclinaison régionale des capacités de formation et de raisonner par filière », ajoute le Pr Serge Uzan, vice-président santé de la faculté Pierre et Marie Curie. Dans le reste de l'Europe, « il n'y a pas de numerus clausus, ce sont les capacités de formations des universités qui sont déterminantes », insiste le Pr Dominique Perrotin, doyen de la faculté de Tours, qui plaide pour un système équivalent en France.

Par ailleurs, « il faudrait réduire la **durée des études** des 1^{er} et 2^e cycles et allonger le 3^e cycle », selon le Pr Uzan, car « la dernière année avant l'ECN est exclusivement consacrée aux révisions ». L'Isni demande un examen en français préalable à l'ECN, obligatoire pour tous les candidats étrangers. D'autres plaident pour une note éliminatoire à l'ECN, qui permettrait



Paces : première année commune aux études de santé (médecine, dentaire, pharmacie, sages-femmes)



ECN : épreuves classantes nationales, examen de fin de second cycle (ancien concours de l'internat)



Numerus clausus : nombre d'étudiants (fixé par le gouvernement) admis à passer en 2^e année d'études médicales, pour chaque université

d'écarter les étudiants qui ne sont pas au niveau. Le Pr Vinel rappelle que la conférence des doyens souhaite une note éliminatoire à 7 et souligne que pour l'heure, « *l'ECN ne prend pas en compte le niveau de formation ni la maîtrise de la langue française* ». Pour le Dr Emilie Frelat, du SNJMG, « *le système de la note éliminatoire ne changerait rien au fait que les derniers postes choisis sont ceux de médecine générale* ».

Autre difficulté liée au nombre élevé d'étudiants en France : « *les stages cliniques perdent de leur intérêt et la formation clinique à la française, saluée à l'étranger, est en danger* », assure le Pr Perrotin. Maxime Rifad, de l'Anemf, indique que les externes sont en surnombre par rapport à l'équipe qui peut les prendre en charge et suggère d'organiser les stages en deux parties : six semaines à l'hôpital et six semaines en ambulatoire. Pour Jean-Paul Hamon, de la FMF, « *il faut faire en sorte que tous les étudiants, généralistes*

Un nombre élevé d'étudiants en médecine peut nuire à la qualité de la formation dispensée.

*ou spécialistes, aient un **stage obligatoire en libéral** d'un an dont les six derniers mois en situation de responsabilité. Pour que les médecins aient les moyens de les accueillir correctement, il faut transférer une partie de l'argent consacré aux stages hospitaliers vers la médecine de ville.* » Elisabeth Hubert, pour la Fnehad, regrette qu'on n'enseigne pas aux jeunes médecins que « *la médecine n'est pas uniquement hospitalière et qu'elle peut être libérale, salariée, qu'il peut s'agir d'une médecine de soins comme d'une médecine de prévention...* » Elle suggère que la dernière année d'internat puisse être consacrée à un exercice en autonomie dans des zones sous-médicalisées de la région.

Gauthier Chantrel, de l'ISNAR-IMG, pense que « *le développement de stages en ambulatoire, des campagnes d'information pour mieux faire connaître la médecine générale et un assouplissement des conditions pour être maître de stage pourraient être bénéfiques aux internes de médecine générale* ». De son côté, Claude Leicher, de MG France, réclame « *une meilleure rémunération pour les maîtres de stage, une 4^e année de médecine générale et davantage d'enseignants sur cette spécialité* ». Le Dr Pelloux de l'Amuf déplore que « *certains professeurs dissuadent les internes en médecine générale d'effectuer des stages dans des services d'urgence* ». Idem pour le Dr Juan, qui pointe « *l'opposition de nombreux départements de médecine générale à la réalisation de stages dans les structures de SOS-Médecins* ». Le Pr Perrotin estime « *nécessaire que les internes aient au moins trois semestres de stages avec plusieurs médecins généralistes* ».

LES ATTENTES À L'ÉGARD DE L'ORDRE DES MÉDECINS

« L'Ordre des médecins a un rôle majeur à jouer dans le cadre de la formation initiale pour enseigner la déontologie, un thème essentiel, porté trop tardivement devant les étudiants », estime ReAGJIR. Cet enseignement de la déontologie pourrait faire l'objet d'une « réflexion partagée entre les ordres professionnels », selon l'Ordre des pharmaciens. Pour les urgentistes de l'Amuf, « l'Ordre doit rappeler les principes de bienveillance, de confraternité et d'humanité à tous les moments de l'activité médicale et donner aux médecins des éléments de langage pour leur permettre de mieux faire face aux exigences des patients. » Le Samu attend de l'Ordre qu'il promeuve la coordination des différents acteurs du système de santé, avec des plateformes de régulation médicale. Avec une posture de fédérateur, selon les urgentistes du SNUHP, et de contre-pouvoir à l'égard des ARS. La fédération nationale des sapeurs-pompiers de France considère, quant à elle, que « l'Ordre des médecins pourrait favoriser le développement de la télémédecine et encadrer des réponses paramédicales dans les zones ne disposant plus d'effecteurs médicaux. » L'Ordre des médecins pourrait aussi jouer un rôle de filtre, selon la MACSF, car « l'irruption d'offres de santé privées sur Internet est de nature à creuser davantage la fracture sociale. » Plus globalement, la FHF souhaite que l'Ordre soit « audacieux dans les thèmes abordés en se gardant de tout corporatisme », la FHP estime qu'il doit « redonner confiance et envie de s'impliquer aux médecins » et la Fnehad insiste sur la nécessité de « donner une image plus moderne de la pratique médicale, sans chercher à faire plaisir aux générations qui partent ».

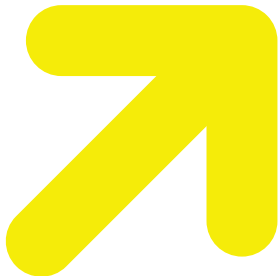






LE SYSTÈME DE SANTÉ
AUSCULTÉ PAR
35 000 MÉDECINS





« **Plus de 35 000 médecins ont participé à l'enquête en ligne** de la Grande consultation de l'Ordre des médecins entre mi-octobre et mi-novembre 2015. C'est une mobilisation massive et sans précédent qui montre que cette enquête a su fédérer une profession pourtant diverse dans ses modes d'exercice et dispersée dans les territoires.

La matière récoltée est d'une infinie richesse et apporte une très bonne compréhension de la réalité vécue et des enjeux de la profession. La très forte participation permet en effet une lecture des résultats très détaillée, auprès de sous-populations précises comme, par exemple, la médecine scolaire, les hospitaliers du privé, les médecins-conseils de l'Assurance maladie ou encore les médecins remplaçants. De la même manière, il est possible d'identifier les attentes et problématiques spécifiques rencontrées en fonction des modes d'exercice et de la région d'installation, que ce soit en exercice seul, en groupe mono-disciplinaire, en groupe avec d'autres professions de santé, ou encore pour les médecins exerçant à temps partiel.

Le premier enseignement de cette consultation, voire la grande surprise, c'est l'homogénéité du constat exprimé par les médecins, quels que soient leur appartenance socio-démographique, leur spécialité ou leur mode d'exercice... Fierté d'appartenance mais contraintes fortes dans l'exercice au quotidien, volonté de faire évoluer le système de santé pour retrouver le temps du soin... ce chapitre reprend les grandes lignes du diagnostic unanime dressé par la profession.

L'ensemble des résultats, mis à disposition par le Cnom, permettra de nourrir une approche fine et complète de chacune des spécificités et attentes des médecins pour répondre aux nombreux défis qui se posent à cette belle profession qui joue un rôle si particulier dans la vie de chacun. »

BERNARD SANANES,
Président de l'Institut Elabe



Cette enquête hors normes fait ressortir un profond attachement des médecins à leur métier, mais un **très grand malaise** sur leurs conditions d'exercice et sur leur rôle dans la société, ainsi que de fortes inquiétudes pour l'avenir. Elle révèle aussi **une puissante volonté de changement**, bien loin du cliché d'une profession corporatiste qui serait avant tout partisane du *statu quo*. Pour les médecins, le changement passe d'abord et surtout par des actions permettant d'**augmenter le temps de soins**.



À l'automne 2015, l'ensemble de la profession a été convié par l'Ordre des médecins à participer à une vaste consultation en ligne, organisée par l'Institut Elabe.

Durant deux mois, en octobre et novembre, **plus de 35 000 médecins** ont fait connaître leur point de vue, dont plus de 30 000 qui ont répondu à un questionnaire d'une vingtaine de minutes. Des médecins libéraux ou salariés, des praticiens hospitaliers, des médecins scolaires, des médecins du travail, de toutes les régions métropolitaines et ultramarines. Cette participation exceptionnelle a permis de préciser, de manière fine et détaillée, leur perception du système de santé, le diagnostic porté sur leur métier et leurs souhaits d'évolution. Des enseignements qui sont mis en regard des appréciations et attentes des Français, interrogés en novembre 2015 dans le cadre d'un sondage d'opinion.

Autant d'éléments clés illustrés à l'envi par les témoignages des médecins, recueillis dans le cadre de la Grande consultation en ligne et au cours des seize rencontres organisées dans toutes les régions.

89 % des médecins
sont fiers d'appartenir à leur profession (dont 50 % très fiers)

Le premier enseignement de la Grande consultation en ligne sonne comme une confirmation : les médecins éprouvent un fort attachement à leur métier. « *On a beaucoup de problèmes mais on est fiers de notre métier* », estime ainsi un médecin de Dole. Un métier toujours vu comme une vocation, exercé à l'issue de longues études, et qui nécessite une grande implication personnelle.

Autre constat marquant : les médecins se disent majoritairement satisfaits (61 %) de leur situation professionnelle en général, et

plus particulièrement en ce qui concerne leur sécurité au travail et leur organisation.

Mais ils déplorent la dévalorisation de leur métier et sont 91 % à considérer que leur mission de service public est mal reconnue. Et lorsqu'ils évoquent dans le détail leurs conditions d'exercice, les médecins se montrent critiques. Un malaise qu'ils expriment à des degrés divers, sous des formes multiples, mais qui fait malheureusement consensus.

57 % des médecins déplorent la lourdeur de leur charge de travail

Dans leurs réponses au questionnaire en ligne, nombreux sont les médecins qui évoquent le poids de leur vie professionnelle, au détriment de leur vie privée. « J'ai fait un burn-out après onze ans de garde », relate ainsi une femme médecin de Marseille, tandis qu'un de ses confrères des Bouches-du-Rhône ayant exercé à l'étranger met en avant la fuite de médecins, « qui se plaignent de la qualité de vie et des difficultés administratives », vers des terres plus accueillantes.



« J'exerce mon métier avec passion : si c'était à refaire, je le referais quand même ! »

UN MÉDECIN DE FORT-DE-FRANCE

Quel que soit leur mode d'exercice, les médecins s'interrogent sur leur rapport au travail. Les jeunes générations en particulier tiennent à « soigner » leur qualité de vie. « Nos consultations sont de plus en plus longues, on est fatigués, certains sont au bord du burn-out », constate un médecin de Lyon.

La charge de travail est colossale, « quasi infaisable », selon un médecin généraliste du Gosier, en Guadeloupe : « Le métier a changé du tout au tout. On essaie de nous imposer une obligation de résultat. »

Avec force témoignages à l'appui, la quasi-totalité des médecins interrogés mettent cette situation sur le compte du trop-plein de contraintes, qui allongent leur temps de travail et réduisent leur temps médical.

97 % des médecins estiment subir trop de contraintes réglementaires, économiques et administratives

« Une partie de l'épuisement professionnel vient du fait qu'on est formés pour faire du médical alors que dans notre exercice, on est phagocytés par des tâches non médicales », déplore un médecin de Marseille. « C'est quand même extraordinaire qu'on fasse dix à douze ans d'études pour qu'au

final une partie de nos actions ne soit pas un travail de médecin », ajoute le même.

« Ce qui nous pèse beaucoup depuis vingt ans, c'est le temps administratif qui a doublé, avec notamment le renouvellement des certifications de tutelle, les bons de transport, les formulaires divers... », détaille un médecin de Dole. Un confrère du Jura complète : « Je ne compte pas mes heures, on est bouffés par l'administratif. Ça m'est arrivé de commencer à 9 heures ma journée, avec une première consultation à 10 h 45 seulement. Tout ce qui précédait était de l'administratif. J'ai la chance d'avoir une secrétaire, je ne vois pas comment c'est faisable autrement, car on est écrasés par la paperasse. Il y a des patients qu'on ne peut pas prendre, on fait tout ce qu'on peut, mais les gens ne se rendent pas compte de tout ce qu'on fait. »

Ces contraintes sont dénoncées par tous les médecins, quels que soient leur spécialité ou leur mode d'exercice. « Je pense que les hôpitaux sont noyés d'activités qui ne sont pas les leurs, qui leur prennent du temps et qui ne servent à rien », estime ainsi un praticien marseillais. Quand un de ses confrères déplore l'évolution de son travail, qui « ressemble de plus en plus à celui d'une assistante sociale » et se demande si les maisons de santé pluridisciplinaires ne



« D'année en année, c'est de plus en plus difficile, **avec un malaise qui est énorme et parfois des suicides.** »

UN MÉDECIN DE MARSEILLE

devraient pas embaucher à l'avenir des assistantes sociales.

De très nombreux professionnels déplorent aussi les relations avec les caisses d'assurance maladie, à l'instar de ce médecin de Lyon, qui évoque « *un harcèlement des caisses, qui nous demandent des protocoles, des renouvellements de documents qu'il faut refaire en permanence. Ce n'est pas du temps médical. Nous devons aussi prendre en charge plus d'enfants, car il y a moins de médecins scolaires.* »

Les médecins libéraux montrent également du doigt les contraintes de mise aux normes pour l'accueil de patients handicapés. « *Pourquoi tous les cabinets devraient s'équiper ? Ça va encore coûter très cher et décourager encore plus les médecins* », s'interroge ce médecin exerçant en Franche-Comté. Tandis qu'un de ses homologues des Bouches-du-Rhône estime que « *90 % de la profession n'est pas en règle* » et indique que « *plusieurs confrères menacent de déplaquer* ».

Un chirurgien hospitalier de Guadeloupe souligne aussi la place très importante prise par l'informatique dans l'activité médicale, la jugeant à la fois « *chronophage et démoralisante* ».

Autant de témoignages qui dessinent un métier contraint,

de plus en plus perçu comme un carcan et qui s'est dévalorisé. À tel point que les trois quarts des médecins expriment leur inquiétude pour l'avenir.

97 % des Français estiment que leur relation avec leur médecin traitant est bonne. Mais pour 46 % d'entre eux, elle tend à se détériorer

L'enquête d'opinion réalisée par Elabe auprès des Français confirme la relation de confiance très forte entre les Français et leur médecin traitant : près de 90 % de taux de satisfaction pour l'accueil, la qualité de l'information, la qualité des soins ou encore la préservation du secret médical ; plus de 80 % d'opinions positives pour la disponibilité d'écoute, le temps d'examen, le prix de la consultation ou encore l'indépendance. Avec des patients qui demandent d'abord à leur médecin, lorsqu'ils

ont une question liée à leur santé, avant de se tourner vers leurs proches, les forums et sites Internet, leur pharmacien ou un établissement hospitalier.

Pour autant, une forte proportion de Français ressent une détérioration de la situation depuis dix ans, 66 % estimant notamment que la parole du médecin est de plus en plus remise en cause par les patients. « *Nous sommes censés détenir le savoir, mais nous nous retrouvons avec beaucoup de pathologies fonctionnelles, que nous ne savons pas forcément prendre en charge, faute de formation adaptée* », explique un médecin nîmois. « *Les patients sont de plus en plus paumés, ils ont tendance à aller vers des thérapies alternatives ou finissent par atterrir chez le chirurgien.* »

Près 60 % des patients considèrent également que les médecins deviennent de plus en plus de simples prestataires de services. « *J'ai eu le cas récemment d'un patient qui a insulté ma secrétaire, parce que je ne pouvais pas voir son enfant, alors que j'avais un patient avec une douleur thoracique dans mon cabinet* », relate un médecin généraliste de Dole. « *Je suis installé depuis près de dix ans et je travaille 4 jours par semaine pour des raisons personnelles* », témoigne un médecin du Gard. « *Que dire aux patients que je suis*



« Il y a un décalage **entre le métier rêvé et le métier exercé.** »

UN MÉDECIN DE TOULOUSE



« Le temps administratif ronge le temps médical. »

UN MÉDECIN DE NANCY

obligé de refuser ? Ils engueulent ma secrétaire, en lui disant qu'ils n'ont plus qu'à mourir. »

Autre reproche, plus profond, adressé aux médecins par deux tiers des Français : ils ne consacrent plus assez de temps aux soins depuis dix ans. Une critique très largement partagée par les principaux intéressés, comme ce psychiatre de Dole : *« Le nombre de burn-out explose et nous sommes de moins en moins nombreux. Moins on a de temps, plus on prescrit des psychotropes, au détriment de la psychothérapie. »*

Un confrère du Languedoc ajoute que *« la valeur ajoutée d'un médecin réside dans son acte médical, mais aussi dans le temps passé à la prévention. Sinon, les patients vont devenir des surconsommateurs »*.

74 % sont inquiets pour l'avenir de la profession

« J'ai eu des difficultés à m'installer, puisque j'ai mis environ dix ans, et j'ai choisi un exercice en groupe, car c'était plus facile. Mais dix ans après je déchant, car plusieurs de mes associés s'en vont et qu'on se retrouve à payer une charge énorme qui met en péril mon cabinet. » Une position qui n'est pas isolée, puisque seulement 35 % des médecins interrogés par Elabe dans le cadre de la Grande consulta-

tion sont satisfaits et optimistes quant à leur avenir personnel. Certains allant même jusqu'à envisager de ne plus exercer, comme ce médecin de Lille : *« Aujourd'hui, si on m'offrait une reconversion, j'accepterais. »*

Peur de la disparition de la médecine *« telle qu'elle a toujours existé »*, peur d'une *« médecine sans médecin »*, grande incertitude sur l'évolution du métier... les marques d'inquiétude sont multiples et touchent aussi bien les praticiens hospitaliers que les libéraux, les médecins expérimentés que les nouveaux installés.

Un jeune généraliste marseillais effectuant des remplacements avoue qu'il hésite à s'installer : *« Le diktat économique pèse sur les médecins. J'ai l'impression que ceux que je remplace ont de plus en plus de pression des caisses d'assurance maladie. »*

Last but not least, 46 % des médecins interrogés dans le cadre de la Grande consultation se disent insatisfaits de leurs possibilités d'évolution de carrière (contre 40 % satisfaits et 14 % sans opinion). Résultat : si l'attachement à la profession reste puissant, en dépit des contraintes exprimées, le métier semble de moins en moins attractif.

Seulement 53 % des médecins encourageraient une jeune personne de leur entourage à devenir médecin

Le constat de la perte d'attractivité du métier est largement partagé par les Français : 66 % des sondés sont d'accord pour dire que les jeunes générations n'ont plus envie de devenir médecin. Ce n'est pas faute d'avoir alerté, pointe un professionnel de Nancy : *« Nous sommes des lanceurs d'alerte depuis des dizaines d'années. La situation devient de moins en moins tenable et de moins en moins de jeunes veulent s'installer. »*

Un confrère Rennais affirme, lui, que les *« jeunes médecins qui sortent de la faculté de médecine préfèrent pratiquer à l'hôpital plutôt que de rentrer dans le système de médecine générale »*.



« L'art médical représente désormais 30 % de notre travail, contre 70 % dévolus aux contraintes administratives. »

UN MÉDECIN DE RENNES

qu'on leur propose ». Ajoutant : « Il y a cinq ans, j'étais encore serein et fier d'être un artisan, dans un pays qui avait la meilleure médecine au monde et maintenant je suis inquiet et en colère. »

« Comment encourager les jeunes à venir travailler en zone semi-rurale, si l'on décourage ceux qui sont déjà présents par des tracasseries administratives, et notamment des contrôles tatillons sur les arrêts de travail », ajoute un médecin de Toulouse.

Les craintes exprimées par les médecins sur l'avenir de leur profession s'étendent en fait à l'ensemble du système de santé, puisque 8 médecins sur 10 affichent leur pessimisme, à l'unisson avec leur patientèle (7 Français sur 10 partageant cette vision).

86 % des médecins sont pessimistes quant à l'avenir du système de santé

Certes, les médecins assurent très majoritairement que le système de santé est de qualité, performant, efficace, mais une minorité estime que l'organisation de l'offre de soins est adaptée. L'organisation et le fonctionnement du système hospitalier ne sont jugés satisfaisants que par 25 % des médecins ayant participé à la Grande consultation. Une proportion qui tombe à 20 % pour la médecine du travail et à 11 % pour l'organisation et le fonctionnement de la médecine scolaire.

En fait, le niveau de satisfaction à l'égard du système de santé est très variable, selon le point de vue que l'on adopte, médecin ou patient. Près de 8 médecins sur 10 jugent le système satisfaisant pour les patients, une proportion que l'on retrouve chez les



« Ce qui me pose problème, c'est le manque de visibilité dans notre profession. »

UN MÉDECIN DE NÎMES

patients eux-mêmes. Mais seulement 3 médecins sur 10 l'estiment satisfaisant pour leur profession. Le système se révèle donc profondément inadapté à l'égard de ses principaux acteurs.

« Il y a beaucoup de désarroi chez les médecins hospitaliers, souvent insérés dans des structures pesantes », témoigne un médecin de Pessac, en Gironde. Un anesthésiste hospitalier parisien relate les pressions exercées par les directeurs d'établissement hospitalier pour intensifier l'activité et la rentabilité de l'exercice de la médecine, des pressions qui ont, selon lui, « un impact sur la qualité de service et qui peuvent remettre en cause l'indépendance professionnelle ».

Un médecin hospitalier de Rennes déplore la place prépondérante prise par les directeurs d'établissements : « Nous avons de moins en moins de temps pour les

patients et nous nous retrouvons parfois en opposition en ce qui concerne la prescription médicale ». Pour un praticien de Cayenne, « les prérogatives des commissions médicales d'établissement sont insuffisantes ».

82 % des médecins estiment que le système de santé se détériore depuis dix ans

Le système de santé est perçu par la profession comme étant en fin de cycle, 8 médecins sur 10 assurant qu'il se dégrade. Un avis partagé par 6 Français sur 10. Tant le système de santé que l'avenir de la protection sociale paraissent compromis.

Pour les médecins, la généralisation du tiers payant est souvent considérée comme la goutte d'eau qui fait déborder le vase... Un médecin de Guyane craint « des difficultés de recouvrement



« De nombreux jeunes temporisent, avant de décider de s'installer en libéral. »

UN JEUNE GÉNÉRALISTE DE PARIS

toires sont aussi jugées par les médecins comme un gros point noir du système de santé. Sans que les perspectives d'évolution soient réjouissantes. « *Le nombre de médecins généralistes s'écroule dans le Tarn et le Gers ; j'ai 48 ans, et sur mon territoire, je suis le plus jeune médecin* », s'alarme un libéral. « *Je lance un SOS sur la permanence des soins* », avertit un médecin nîmois. « *Nous manquons de volontaires, nos tableaux de permanence comportent de nombreux trous et les médecins non volontaires n'acceptent pas toujours la participation de remplaçants.* »

Conséquence de cette inégale répartition territoriale des médecins et de cette permanence des soins aléatoire, « *tout déborde sur les urgences* », constate un médecin urgentiste de Gosier. « *Malgré des tonnes d'ingéniosité de nos services, on ne répond pas aux besoins de la population. L'hospitalo-centrisme a vraiment ses limites.* » Selon le sondage effectué par Elabe auprès de 4 060 Français, 46 % d'entre eux déclarent avoir déjà dû renoncer à des soins, en raison des délais pour obtenir une consultation. « *Je travaille dans une zone sinistrée en psychiatrie, il y a au moins trois mois d'attente* », confirme un médecin de Lille.

d'honoraires avec les petites mutuelles et des charges supplémentaires pour les médecins ». Tandis qu'une généraliste lilloise, qui rejette le tiers payant et parle de harcèlement de la sécurité sociale et du gouvernement, va jusqu'à dire : « *Aujourd'hui, si on m'offrait une reconversion, je l'accepterais. J'ai toujours aimé mon métier, mais là, je suis écoeurée* ».

De nombreux médecins dénoncent également une logique de rentabilité financière de plus en plus prégnante, notamment dans les établissements de santé. « *Je suis pris entre mon hôpital qui me demande de multiplier les actes, et la Sécu qui me demande d'économiser. C'est complètement aberrant* », estime ainsi un praticien de Seine-et-Marne.

La désertification médicale et les difficultés récurrentes dans la permanence des soins ambula-

Une consœur de Fort-de-France constate « *une très mauvaise communication et coordination entre la ville et l'hôpital, générant une grande perte de temps* ».

93 % des médecins jugent insatisfaisant le pilotage de la santé par les pouvoirs publics

Les critiques des médecins sont le plus souvent dirigées vers les instances de régulation, les Agences régionales de santé (ARS) en particulier, vers l'assurance maladie obligatoire et vers les complémentaires. « *Les ARS ont une évolution autoritaire avec des démarches coercitives, humiliantes et vexatoires* », se plaint un médecin de Haute-Garonne. « *On a des obstacles dans mon hôpital avec l'administration, on est victimes de l'ARS qui change d'avis comme de chemise* », peste un confrère de Meurthe-et-Moselle. « *Le pouvoir est détenu par les statisticiens* ».

« *Tous les gouvernements veulent être normatifs avec les professions de santé, c'est un danger* », renchérit un confrère lorrain. Le manque d'écoute du ministère de la Santé est aussi fréquemment épinglé. « *Ce qui nous dérange, c'est l'indifférence du gouvernement, qui déshumanise, c'est ce qu'il a de pire* », insiste un médecin de Pessac. Une majorité de Français (53 %) estime d'ailleurs que la santé n'est pas une priorité des pouvoirs publics, selon le sondage d'Elabe.

« *Nous, médecins salariés, nous sommes maintenant recrutés par des entreprises du CAC 40*



« Comment le système va-t-il s'effondrer ? **Je ne sais pas, mais c'est sûr que cela va arriver.** »

UN MÉDECIN D'ORLÉANS

et par la CPAM... pour des actions de soin », déplore un professionnel d'Orléans. « L'indépendance n'est pas facile à mettre en application dans ce type de structures, car on est en face d'une machine administrative bien huilée au point que le turn-over est impressionnant. Nous sommes soumis à trop d'administration, pour ne pas dire d'abus de pouvoir. »

Une ancienne médecin libérale met en cause le poids de l'assurance maladie dans la fermeture de son cabinet : « J'ai claqué la porte de mon cabinet suite à des oukases qui venaient de l'Assurance maladie qui m'ont laissé à penser que nous, médecins, n'étions pas reconnus avec notre indépendance d'esprit. »

**Seulement 21 %
des médecins sont satisfaits
de la répartition des rôles
entre l'Assurance maladie
et les complémentaires**

La loi Santé, adoptée fin 2015, se retrouve particulièrement dans le viseur des médecins. « La loi Santé, c'est un État surpuissant, des règles très contraignantes et l'intrusion des complémentaires. J'envisage, étant en fin de carrière, de dévisser ma plaque et de faire autre chose », se désole un médecin marseillais. « Le but final des



« Le tiers payant risque de générer des difficultés de recouvrement d'honoraires avec les petites mutuelles. »

UN MÉDECIN DE CAYENNE

gouvernements n'est-il pas d'abandonner la Sécurité sociale et de laisser les mutuelles reprendre le flambeau ? » s'interroge un généraliste.

Pour un de ses confrères du Rhône, la loi Santé est une privatisation : « On est en train de vendre les professionnels de santé et les patients aux mutuelles. » Un sentiment largement répandu dans la communauté médicale, et exprimé maintes fois dans le cadre de la Grande consultation et des rencontres régionales entre les médecins et l'Ordre.

« Je ne comprends pas pourquoi les organismes privés viennent s'insérer dans le système de remboursement », déplore ainsi un médecin de Dole. « C'est inquiétant au regard du partage des informations de santé. Qu'est-ce qui les empêchera, demain, d'adapter les cotisa-

tions en fonction des symptômes et de dicter leur vision aux médecins ? »

Autre témoignage convergent, d'un collègue du même territoire : « Allons-nous devenir des pions, des carrossiers, au service des mutuelles ? Les pouvoirs publics vont-ils s'orienter vers la conservation du système de sécurité sociale ou se vendre aux mutuelles ? » Un confrère francilien relève que « les médecins sont de plus en plus labellisés par les complémentaires santé » et pronostique que « le libre choix du médecin par le patient et la confiance réciproque vont exploser ».

**95 % des médecins
veulent adapter ou réformer
le système de santé**

Loin de souhaiter que rien ne bouge, les médecins préconisent des changements de manière quasi unanime. Ils sont 56 % à plaider pour une adaptation, moyennant certains aménagements, et 39 % à réclamer une réforme en profondeur, selon les résultats de la Grande consultation. Soit un total de 95 % favorables à des mutations, les médecins rejoignant ainsi leurs patients, partisans à 87 % d'une transformation.

Si de nombreux médecins se disent désabusés, la plupart ne



« Le ministre de la Défense défend les militaires, la ministre de la Santé casse du médecin du matin au soir. »

UN MÉDECIN DE DOLE



« Je crains le désengagement progressif de l'État **au profit des mutuelles et ses conséquences sur l'indépendance du médecin...** »

UN MÉDECIN DE GOSIER

baissent pas pour autant les bras. Exemples de verbatim recueillis dans le cadre de la Grande consultation : « *j'espère un sursaut* », « *ça peut pas aller plus mal, alors cherchons des solutions* », « *les idées existent, en avant* ». Un médecin de l'île de la Réunion insiste sur la « *nécessité de revaloriser le métier de médecin, de redorer son image dans la société et de rétablir la cohésion de la profession pour y parvenir* ».

En dépit des critiques formulées à l'encontre des pouvoirs publics (cf. ci-dessus), une large majorité de médecins (61 %) jugent que la mutation du système de santé ne doit pas remettre en cause le pilotage par l'État et les pouvoirs publics, alors qu'ils ne sont que 20 % à souhaiter une plus grande ouverture aux acteurs privés.

Toutefois, la plupart d'entre eux estiment ne pas avoir suffisamment de prérogatives par rapport aux instances de régulation, un sentiment que les nombreux témoignages rapportés plus haut ont largement mis en évidence. Ainsi, 83 % des médecins interrogés se disent favorables au partage de l'autorité des ARS avec les professionnels libéraux et hospitaliers dans la gestion territoriale des soins.

92 % des médecins veulent rééquilibrer leurs relations avec l'Assurance maladie et les pouvoirs publics

Au plan de la gouvernance nationale et territoriale, près de 8 médecins sur 10 plaident pour une association des organisations professionnelles de médecins. Les médecins hospitaliers en particulier jugent prioritaire d'être associés à la gouvernance des nouveaux Groupements hospitaliers de territoire (GHT).

La Grande consultation démontre aussi un fort attachement des médecins et de l'ensemble de la population à la proximité des soins. Une majori-

té de médecins (59 %) estiment qu'il faut la privilégier dans l'organisation du système de santé, plutôt que de promouvoir le niveau technique des équipements (27 %), ce qui pourrait conduire à la fermeture d'établissements en contrepartie de matériels plus performants. Idem chez les patients : 57 % veulent un système qui investit dans des établissements plus nombreux et plus proches de leur domicile, même s'ils ne disposent pas de tous les équipements.

Pour lutter contre la désertification médicale, les deux tiers des médecins refusent l'instauration de contraintes d'installation. Si certains évoquent la possibilité d'améliorer les incitations, une partie d'entre eux en soulignent les limites et incriminent l'absence de politique d'aménagement du territoire, avec notamment de nombreuses fermetures de services et de commerces dans certaines localités. « *Pour faire revenir les médecins, il faut faire revivre les territoires !* » fait ainsi remarquer un médecin de Toulouse. « *Il n'y a pas de déserts médicaux, il y a des déserts globaux* », abonde un confrère de Dole.



« La profession doit retrouver son unité, **pour définir sa vision du système de santé et la faire prévaloir auprès des politiques.** »

UN GÉNÉRALISTE DE PESSAC



« Il faut conserver notre liberté d'installation, tout en améliorant la permanence des soins ambulatoires. »

UN MÉDECIN DE LILLE

D'autres préconisent de s'appuyer sur les nouvelles technologies pour pallier les dysfonctionnements territoriaux et désengorger les consultations auprès des spécialistes. « La télé-médecine est très peu coûteuse, elle permet de réorienter les patients de façon positive, notamment pour les CHU, et donne plus de responsabilités aux médecins en régions », argumente un chirurgien orthopédiste de Marseille.

Au total, 85 % des médecins jugent important de structurer le parcours de soins entre la médecine de ville et l'hôpital.

79 % des médecins souhaitent des passerelles entre spécialités et des coopérations fortes entre la ville et l'hôpital

« Je suis prête à aller plus loin dans la coopération, dans le partage de compétences », assure un médecin salarié du Rhône. « Je souhaiterais qu'on puisse regrouper les projets des jeunes médecins, pour qu'on puisse en discuter. » Un de ses confrères indique qu'il va « créer une association pour mettre en relation les médecins entre eux, ce qui

permettra aussi de trouver plus facilement des remplaçants. »

Un médecin lyonnais exprime le souhait de « travailler en groupe pour avoir des plages de formation médicale, pas forcément en soirée mais dans la journée, pour pouvoir faire de la recherche médicale, pour avoir de la formation continue avec éventuellement des spécialistes. »

Pour de nombreux médecins, l'avenir est à l'interdisciplinarité : « les médecins sont actuellement confrontés à une explosion du nombre de maladies chroniques, de plus en plus compliquées à gérer », observe un médecin de Toulouse. « D'un autre côté, ils continuent à pratiquer un grand nombre d'actes anodins pour lesquels ils sont surqualifiés. Il faudrait constituer des équipes de

soins primaires et d'autres pour des soins de second niveau ». Coopérer, oui, mais sans imposer de modèle unique, insiste un médecin de Mamoudzou (Mayotte) : « Il faut favoriser le regroupement en pôles de santé pour les libéraux, mais l'exercice salarié en dispensaire est un modèle apprécié et efficace à Mayotte, tant sur le plan fonctionnel que de la rémunération des médecins. »

Un généraliste remplaçant, qui va bientôt s'installer, mentionne une autre piste d'évolution, via la formation à la dermoscopie qu'il suit. « Ce n'est pas de la délégation de tâches, c'est de la superposition des compétences. Les dermatologues du coin m'ont identifié et coopèrent davantage avec moi, car ils savent que je suis de plus en plus compétent sur le sujet. » Un chirurgien parisien, praticien hospitalier et installé en libéral, évoque le rapprochement nécessaire des acteurs de santé du territoire et émet l'idée d'un « nouveau système conventionnel entre l'hôpital et la médecine de ville, qui favorise une pratique mixte. »

98 % des médecins veulent retrouver le temps du soin !

Au-delà de la gouvernance et de l'organisation du système de santé, les médecins jugent important



« J'aimerais pouvoir travailler en groupe pour avoir des plages de formation médicale. »

UN GÉNÉRALISTE DE LYON



« Il faut réduire la pesanteur administrative **au profit du temps médical.** »

UN MÉDECIN DE LA RÉUNION

de récupérer du temps pour prendre en charge les patients, à la quasi-unanimité (98 %), près de 86 % estimant même qu'il s'agit d'une priorité. Tous considèrent qu'il s'agit d'une urgence, avec de multiples témoignages en ce sens. « *Je veux retrouver mon temps de médecin, je n'ai pas été formé pour faire de la compta* », estime un professionnel à Orléans. « *Nous devons retrouver notre place de soignant et d'écoute* », plaide un confrère du Jura. « *On arrive à un emprisonnement administratif. Nous demandons à pouvoir faire notre métier de médecin* », renchérit un médecin marseillais

Une certitude, pour les patients : l'évolution du système de santé passe en priorité par les médecins. C'est à eux que l'ensemble des Français font le plus confiance pour engager des évolutions, devant les hôpitaux publics et les pharmaciens, suivis par les associations de patients.

86 % des Français font confiance aux médecins pour faire évoluer le système de santé dans l'intérêt des patients

Et les médecins eux-mêmes ? À qui font-ils confiance pour faire évoluer le système de santé ? Dans le cadre des seize rencontres

régionales organisées à l'automne 2015, ils ont interpellé l'Ordre des médecins à de très nombreuses reprises pour l'inciter à être plus présent dans le débat public, à porter plus fort la parole de tous les médecins, à être force de propositions et à peser davantage.

Des sollicitations auxquelles l'Ordre est bien décidé à répondre, en émettant une série de propositions ambitieuses, dans le prolongement de toute la démarche entamée depuis l'été 2015 et retracée dans ce livre blanc.



CONSULTATION MÉDECINS

Consultation en ligne ouverte à tous les médecins inscrits au tableau de l'Ordre des médecins, menée du 12 octobre au 22 novembre 2015 sur le site lagrandeconsultation.medicin.fr (accès sécurisé par renseignement du numéro RPPS et date de naissance), réalisée pour

l'Ordre des médecins par l'institut Elabe. Plus de 35 000 médecins ont participé, permettant de disposer d'un échantillon de taille conséquente dont la structure correspond à celle de la population cible des médecins en France (activité, spécialisation, mode et région d'exercice).



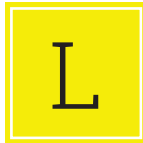
SONDAGE GRAND PUBLIC

Sondage en ligne réalisé du 20 au 27 novembre 2015 auprès de 4 060 individus représentatifs des Français âgés de 18 ans et plus (méthode des quotas sur le sexe, l'âge et la catégorie socioprofessionnelle de l'individu, après stratification géographique). Parmi eux, 95 % ont consulté un médecin (traitant, autre libéral, hospitalier, scolaire...) au cours des 12 derniers mois.



LES PROPOSITIONS
CONCRÈTES
DE RÉFORMES
PORTÉES
PAR L'ORDRE
DES MÉDECINS





Le constat est sévère, mais il est unanimement partagé :

depuis plusieurs décennies, les réformes du système de santé ont été tantôt incomplètes, tantôt partiellement mises en œuvre, souvent d'une prodigieuse complexité... et jamais à la hauteur des enjeux.

En résultent **de nombreux dysfonctionnements**, dommageables pour les patients, les médecins et autres professionnels de santé, et pour l'efficacité globale du système :

- la gouvernance ne permet pas d'appliquer le principe de démocratie sanitaire,
- le système de santé, hyperadministré, ne tient pas compte des réalités territoriales,
- l'organisation des soins ne valorise pas le rôle et les missions des médecins sur les territoires, quel que soit leur mode d'exercice,
- les règles de fonctionnement placent le plus souvent les médecins dans une activité, sans ouvrir la voie à une mixité des modes d'exercice et à des passerelles,
- le système de formation initiale ne met pas en adéquation les compétences acquises et les besoins des territoires, en raison notamment d'une sélection des étudiants et d'une régulation des spécialités inadaptées.

Il nous faut aujourd'hui débloquer ces puissants verrous, en mettant sur pied une réforme à la fois ambitieuse et profonde, mais aussi réaliste et opérationnelle. Une réforme construite par les professionnels et les usagers, en concertation avec les acteurs de la gouvernance. Sans risque de « confiscation » par des financeurs qui, s'ils sont légitimes dans l'exécution, ne le sont en aucun cas dans la conception et l'élaboration.

Les médecins doivent être la cheville ouvrière des futures réformes.

Les Français le souhaitent indiscutablement, puisque 86 % d'entre eux nous font confiance pour faire évoluer le système de santé dans l'intérêt

des patients. Les médecins eux-mêmes, alors qu'on les considère souvent comme des individualistes, réclament une réponse collective et mandatent l'Ordre des médecins pour la porter.

Pour l'Ordre, il ne s'agit pas de défendre des intérêts catégoriels, mais d'être le point de rassemblement des valeurs et attentes des professionnels. À l'issue d'une démarche structurée et particulièrement dense, nous proposons **dix pistes d'actions majeures**, articulées autour de trois grandes priorités : une structuration territoriale simplifiée et efficiente, avec une gouvernance réellement partagée, un exercice médical profondément revisité, une formation initiale et continue améliorée.

Notre approche a été guidée par plusieurs grands principes :

- une garantie d'indépendance pour la profession médicale,
- un système de santé basé sur le principe de solidarité,
- un rôle de financeur pour l'Assurance maladie, mais pas d'organisateur,
- la préservation du libre choix dans le parcours de soins du patient,
- le maintien de la régulation de la pratique médicale et le refus de la marchandisation de la médecine,
- la garantie de la protection des données personnelles de santé,
- la simplification administrative territoriale.

Ces propositions ne sont pas celles d'un Ordre des médecins qui aurait réfléchi en vase clos, elles sont le **fruit d'une vaste réflexion** engagée avec tous les acteurs du système de santé et de multiples rencontres avec les professionnels sur le terrain.

Ces propositions débordent très largement du cadre de la Grande conférence de la santé de février 2016, qui ne traite que d'une partie des problèmes. Elles visent surtout à **nourrir le débat public et les projets politiques** pour les prochaines échéances électorales, en vue d'aboutir enfin à la réforme tant attendue de notre système de santé.

– 1^{re} grande priorité :
**Simplifier l'organisation territoriale
 des soins avec une gouvernance partagée
 entre acteurs et usagers**

– 2^e grande priorité :
**Alléger et décloisonner l'exercice professionnel
 des médecins**

– 3^e grande priorité :
**Ouvrir et professionnaliser la formation
 des médecins**

– 1^{re} grande priorité :

Simplifier l'organisation territoriale des soins avec une gouvernance partagée entre acteurs et usagers

➤ PROPOSITION N° 1 :

METTRE EN PLACE UN ÉCHELON TERRITORIAL UNIQUE POUR AMÉLIORER LA COORDINATION DES SOINS

- 1-1 Regrouper les acteurs et moyens de santé au sein du Bassin de proximité santé sur le principe du volontariat
- 1-2 Assurer la coordination et l'efficacité des soins au sein du Bassin de proximité santé

➤ PROPOSITION N° 2 :

INSTAURER LA DÉMOCRATIE SANITAIRE À TOUS LES NIVEAUX TERRITORIAUX

- 2-1 Créer un comité de pilotage du Bassin de proximité santé pour guider l'action locale en fonction des besoins
- 2-2 Créer un comité d'effecteurs du Bassin de proximité santé pour assurer la coopération entre les acteurs
- 2-3 Créer un comité régional de pilotage des projets de santé territoriaux
- 2-4 Créer un comité stratégique national pour définir les grandes organisations du système de santé

➤ PROPOSITION N° 3 :

CRÉER UN PORTAIL D'INFORMATION UNIQUE ENTRE ACTEURS DE SANTÉ ET USAGERS AU NIVEAU DE CHAQUE BASSIN DE PROXIMITÉ SANTÉ



— Nos propositions dans le détail

➤ PROPOSITION N° 1 :

METTRE EN PLACE UN ÉCHELON TERRITORIAL UNIQUE POUR AMÉLIORER LA COORDINATION DES SOINS

L'offre de santé sur les territoires est aujourd'hui morcelée et déficiente.

Les dysfonctionnements de la permanence des soins ambulatoires, la coordination notoirement insuffisante entre la médecine de ville et les établissements hospitaliers ou encore l'empilement des instances territoriales, organisées en silos, sont autant d'obstacles à une bonne prise en charge des patients. On dénombre, en effet, aujourd'hui entre 4 et 6 possibilités de prises en charge, selon les bassins de vie, sans aucune transversalité. Et les regroupements des acteurs sont à géométrie variable : les Groupements hospitaliers de territoire (GHT) regroupent certains établissements de santé, les communautés de territoires mettent en réseau certains médecins, les bassins de vie associent les collectivités locales, et les services d'urgence sont inscrits dans des schémas de permanence des soins ambulatoires.

Pour sortir du millefeuille administratif actuel et rationaliser profondément l'organisation territoriale des soins, il est indispensable de définir un territoire d'action santé UNIQUE, le Bassin de proximité santé (le BPS).

Plus petite entité géographique, il devra disposer de la capacité d'autonomie de prise en charge ambulatoire de sa population, incluant soins, prévention, dépistage, éducation sanitaire, médico-social, prévention au travail et en milieu scolaire.

Le BPS devra comporter les moyens ambulatoires et d'hospitalisation sans plateau technique lourd, indifféremment publics et privés, permettant sa capacité d'autonomie de prise en charge ambulatoire. Les limites du BPS ne devraient pas être contraintes par les frontières administratives et/ou économiques.

I-I Regrouper les acteurs et moyens de santé au sein du Bassin de proximité santé sur le principe du volontariat

La recomposition autour des Bassins de proximité santé, devra se faire **à partir de l'existant (moyens et compétences) et sur la base du volontariat.**

Le Bassin de proximité santé doit comporter :

- des structures regroupées d'exercice, mono ou pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles, physiques ou virtuelles (MSP, maisons de santé pluridisciplinaires, ou pôles),
- sans pour autant exclure les cabinets isolés qui n'auraient pas d'emblée rejoint les regroupements,

- une ou plusieurs structures hospitalières de proximité (lorsqu'elles existent), publiques ou privées, mettant à disposition des moyens d'imagerie (y compris par télémedecine), des consultants de 1^{er} et 2^e recours (assurant également ou éventuellement une présence au sein des MSP et pôles), un plateau technique non sophistiqué (endoscopies, épreuves d'efforts, moyens d'anesthésie, chimiothérapies), des possibilités d'hospitalisations de jour et de courte durée sans plateau technique lourd.

Les pôles et/ou MSP au sein du BPS comportent :

- des médecins généralistes (susceptibles de consulter sur plusieurs sites, d'avoir une activité au sein des structures hospitalières du BPS),
- des médecins spécialistes de 1^{er} ou de 2^e recours (consultant sur plusieurs sites, ayant une activité au sein des structures hospitalières du BPS),
- d'autres professionnels médicaux et de santé (plusieurs sites d'activité éventuellement),
- des professionnels du médico-social (plusieurs sites d'activité éventuellement).

Ce nouvel échelon territorial aura pour objectif de faire émerger un projet global de santé au service de la population de chaque territoire, en utilisant toutes les ressources existantes et en simplifiant leur articulation, tout en répondant à des critères de proximité et d'efficience, en incluant la prévention et le médico-social aux côtés des soins, tant de premier que de second recours.

1-2 Assurer la coordination et l'efficience des soins au sein du Bassin de proximité santé

Le BPS coordonne les moyens et l'organisation entre les différents sites et a notamment pour mission d'assurer la coordination entre :

- les médecins de soins de premier recours, généralistes et autres spécialistes (salariés de centres de soins ou libéraux),
- les médecins de soins de second recours intervenant hors plateaux techniques hospitaliers (publics ou privés),
- les médecins intervenant sur les plateaux techniques hospitaliers (publics ou privés),
- les autres médecins et autres professionnels de santé.

Cette nouvelle approche doit aussi permettre d'éviter les hospitalisations superflues, les prolongations inutiles d'hospitalisations et les réhospitalisations par défaut d'organisation en aval.

L'évaluation du fonctionnement du BPS se fait de manière annuelle, en coopération entre les professionnels du BPS, les usagers et les élus.

Les BPS sont regroupés autour d'une structure hospitalière de recours, publique ou privée, fournissant l'ensemble des techniques de second recours et un plateau technique lourd avec un Service d'accueil des urgences.

➤ PROPOSITION N° 2 : **INSTAURER LA DÉMOCRATIE SANITAIRE À TOUS LES NIVEAUX TERRITORIAUX**

L'objectif est de garantir une véritable concertation et une co-construction, grâce à de nouveaux comités de pilotages locaux, régionaux et nationaux.

– AU NIVEAU DU BASSIN DE PROXIMITÉ SANTÉ

2-1 Créer un « comité de pilotage du Bassin de proximité santé » pour guider l'action locale en fonction des besoins

Ce comité regroupe les acteurs de santé, de l'enseignement et des collectivités aux côtés de l'ARS : l'Assurance maladie, les établissements publics et privés, les URPS, les ordres professionnels, les usagers, les collectivités territoriales et l'université. Ses missions :

- réaliser l'analyse des besoins,
- évaluer les fonctionnements et les dysfonctionnements,
- piloter les actions locales,
- garantir l'expertise territoriale en participant à la prise de décision sur tous les projets de territoire quel qu'en soit le demandeur,
- porter les projets de territoire.

2-2 Créer un « comité d'effecteurs du Bassin de proximité santé » pour assurer la coopération entre les acteurs

Ce comité regroupe tous les acteurs de santé du territoire aux côtés de l'ARS : établissements publics et privés, URPS, ordres professionnels, usagers. Il analyse le fonctionnement des coopérations transversales sur le périmètre du Bassin de proximité santé et des coopérations entre les effecteurs.

– AU NIVEAU RÉGIONAL

2-3 Créer un comité régional de pilotage des projets de santé territoriaux

Ce comité regroupe tous les acteurs santé du territoire (ARS, établissements publics et privés, URPS, ordres professionnels, usagers), aux côtés du DGARS.

Ce comité régional de pilotage a une double mission :

- délibérer sur l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de tous les projets santé des territoires (consultation nécessitant un avis favorable majoritaire),
- participer aux prises de décisions organisationnelles dans les territoires (consultation nécessitant un avis favorable majoritaire).

La création de ce comité implique de modifier les compétences des CRSA (Conférences régionales de santé et de l'autonomie), pour leur permettre de prendre en compte les avis des nouveaux comités de pilotage régionaux avant la formulation de leurs propres avis.

– AU NIVEAU NATIONAL

2-4 Créer un comité stratégique national pour définir les grandes organisations du système de santé

Ce comité regroupe tous les acteurs de santé (établissements publics et privés, syndicats de médecins, Union nationale des professions de santé, ordres professionnels, usagers), aux côtés du Directeur général de l'organisation des soins. Il a pour mission de statuer sur les règles de gouvernance du système de santé, notamment :

- place et rôle des Ordres professionnels,
- avenir du système de santé (solidarité vs système assurantiel privé),
- rôle de l'Assurance maladie (financeur chargé des liens conventionnels avec les acteurs vs organisateur du système de santé),
- grands enjeux thématiques.

En optimisant moyens et ressources, la nouvelle structuration territoriale renforcera l'organisation territoriale des soins aux niveaux suivants :

- l'organisation fonctionnelle,
- le parcours des professionnels,
- la continuité des soins et la permanence des soins ambulatoires,
- le parcours des patients,
- le suivi médico-social.

PROPOSITION N° 3 :

CRÉER UN PORTAIL D'INFORMATION UNIQUE ENTRE ACTEURS DE SANTÉ ET USAGERS AU NIVEAU DE CHAQUE BASSIN DE PROXIMITÉ SANTÉ

Les portails existants se situent sur le périmètre très vaste des régions et ne regroupent pas tous les acteurs (ils excluent notamment l'Ordre des médecins).

Ces nouveaux portails internet associeront les URPS, les conseils régionaux de l'Ordre des médecins et les ARS.

Leurs missions :

- identifier les besoins et attentes de la population,
- anticiper sur la formation de déserts médicaux,
- recenser les solutions territoriales d'organisation des soins (réseaux de soins) et les offres de soins,
- informer les acteurs de santé et l'ensemble de la population.

— Nos propositions dans le détail

7 PROPOSITION N° 4 : REDONNER DU TEMPS MÉDICAL AUX MÉDECINS

Dans toutes les réunions en région organisées par l'Ordre des médecins, les médecins ont fait part de leur **désarroi face à l'importance des tâches administratives** qui leur incombent. Ces tâches, auxquelles ils sont rarement préparés, empiètent sur leur temps médical et découragent parfois l'installation, notamment pour les jeunes médecins.

La Grande consultation a permis d'étayer ces témoignages par des chiffres qui ne souffrent aucune contestation. En effet, **97 % des médecins ayant répondu à la consultation en ligne ont estimé qu'ils subissaient trop de contraintes réglementaires, économiques et administratives**. La mise en œuvre annoncée du tiers-payant généralisé est à ce titre une source d'inquiétude supplémentaire pour les médecins.

Pour **98 % des médecins, retrouver du temps médical** est donc important – il s'agit même d'une priorité pour 86% d'entre eux.

Par ailleurs, les médecins, piliers du système de santé, souffrent d'un manque de reconnaissance de leur mission de service public. Pour 91 % d'entre eux, celle-ci est aujourd'hui mal reconnue.

4-1 Libérer la profession du poids administratif

Assurer aux médecins libéraux la mise à disposition d'une aide administrative et réduire le temps administratif des praticiens hospitaliers, des médecins scolaires et du travail, afin de recentrer l'activité de tous sur le soin et la prévention.

☒ Pour les professionnels regroupés dans les nouveaux Bassins de proximité santé (détaillés dans la proposition n°1) :

- l'aide administrative (proposée grâce à des financements notamment conventionnels) pourra remplir les missions suivantes : accueil, gestion des rendez-vous, gestion de l'accès au 2^e recours, gestion des entrées et sorties d'hospitalisation, liens avec le médico-social, l'Assurance maladie, les juges des tutelles et les mandataires. Cette aide administrative peut prendre des formes diverses : plateformes, assistance administrative, télésecrétariat, secrétariat mutualisé ;
- la structure et les moyens de ces Bassins de proximité santé (bénéficiant de financements publics) sont organisés par les professionnels partenaires, en fonction de leur statut (salariés, salariés mis à disposition par des établissements hospitaliers, libéraux). La structure de gestion peut être de type SISA, GCS ou GIE, permettant des financements extérieurs (collectivités territoriales, Assurance-maladie, ARS, etc.) ;

- un coordinateur professionnel ayant un mandat de deux ans assure la gestion administrative de la structure et la gestion du personnel.

☒ Pour les professionnels en exercice individuel, rattachés aux Bassins de proximité santé :

- ils sont dans le parcours de soins en fonction de la demande des patients ;
- ils participent à l'alimentation du dossier partagé et y accèdent à la demande des patients ;
- ils disposent du même accès à un très haut débit sécurisé ;
- ils reçoivent les aides nécessaires, du fait de leur conventionnement ; à la réduction du temps administratif.

☒ Pour les professionnels exerçant en établissement :

- les procédures administratives doivent être nettement allégées ;
- des personnels administratifs doivent être dédiés au temps administratif ;
- le temps médical des praticiens doit être mieux pensé, organisé et respecté, sans être phagocyté par les tâches administratives ;
- les temps de réunions doivent être rationalisés et réduits. La gouvernance des établissements ou pôles de santé doit privilégier le temps médical et organiser les temps de réunions *in situ*, plutôt que dans des lieux centralisés ou au siège des instances de régulation (l'ARS, par exemple) ;
- les personnels médicaux hospitaliers doivent être davantage associés à la gouvernance des établissements, grâce à de nouvelles prérogatives données aux Commissions médicales d'établissements. Les CME doivent être obligatoirement consultées sur tous les dossiers intéressant la bonne marche de l'établissement et avoir la capacité de s'auto-saisir.

4-2 Faciliter l'accès de la profession aux systèmes d'information

- ☒ Simplifier et homogénéiser les logiciels métiers ainsi que les systèmes d'information des établissements et promouvoir une messagerie sécurisée unique et interopérable, pour un meilleur partage de certaines informations entre professionnels de santé et une meilleure accessibilité des usagers à certaines informations. Il faut rompre avec la complexité du système actuel, mêlant l'Agence des systèmes d'information en matière de santé, le Dossier médical partagé et les messageries sécurisées, dont Apycript.
- ☒ Favoriser l'accès à un Très Haut Débit sécurisé de l'ensemble des professionnels de santé, c'est-à-dire assurer la couverture des zones non desservies pour permettre l'exercice des missions de service public.

➤ PROPOSITION N° 5 :

METTRE EN PLACE UN SYSTÈME SOCIAL PROTECTEUR ET UN MODE DE RÉMUNÉRATION VALORISANT POUR TOUS

De nombreux médecins font aujourd'hui le constat d'une difficile évolution de carrière dans la profession, due à une prise en compte du parcours professionnel trop limitée.

46 % des médecins sont insatisfaits de leurs possibilités d'évolution de carrière, et près d'un médecin sur cinq s'en dit très insatisfait, pour seulement 40 % de médecins satisfaits. Pour remédier à cette situation, **près de 8 médecins sur 10 se disent notamment favorables à la création de passerelles entre différentes spécialités.**

5-1 Instaurer une couverture sociale unique pour tous les médecins

Cette harmonisation doit se faire par voie législative, afin de supprimer les disparités existantes en termes de droits sociaux. Tous les modes d'activités doivent se retrouver avec les mêmes modalités d'acquisition de droits en matière de couverture maladie, maternité et retraite.

5-2 Préserver les droits sociaux des médecins lors d'un changement d'exercice

Les changements de mode d'exercice en cours de carrière ne doivent pas engendrer de pertes de droits pour les médecins concernés (ancienneté remise à zéro, nombre d'années insuffisant pour la retraite, droits aux indemnités journalières diminués). Il faut aménager des passerelles entre les modes d'exercice, permettant de préserver les droits sociaux déjà acquis.

5-3 Diversifier les modes de rémunération pour reconnaître la mission de santé publique des médecins, indépendamment de leur mode d'exercice

- ☒ **Pour les médecins libéraux** : une rémunération de la mission de santé publique doit être instaurée.
- ☒ **Pour les médecins salariés (hospitaliers, médecins scolaires, médecins du travail, et autres)** : une prime spécifique liée aux actions dans leur territoire doit être créée.

5-4 Réévaluer les rémunérations des médecins

- ☒ **Pour les médecins libéraux** : il faut ouvrir la voie à la diversification des rémunérations, en simplifiant notamment le paiement forfaitaire de certaines missions, et revaloriser le paiement à l'acte, figé depuis de longues années.
- ☒ **Pour les médecins salariés (hospitaliers, médecins scolaires, médecins du travail, et autres)** : les rémunérations en début de carrière doivent être revalorisées (notamment pour les premiers échelons des praticiens hospitaliers, comme le recommande le rapport Le Menn).

5-5 Reconnaître les acquis de l'expérience dans la rémunération des médecins

- ☒ **Pour les médecins libéraux** : chaque recertification déclenche la mise en place d'un bonus versé annuellement par l'Assurance maladie et basé sur le nombre d'actes réalisés.

- ☒ Pour les médecins salariés (hospitaliers, médecins scolaires, médecins du travail, et autres) : accélérer la progression de carrière à chaque phase de recertification.

➤ PROPOSITION N° 6 : PROMOUVOIR ET FACILITER LES COOPÉRATIONS INTER ET INTRA-PROFESSIONNELLES

Les médecins pensent très majoritairement que les coordinations entre professionnels doivent être améliorées. En premier lieu, les relations entre médecins de ville et établissements de santé sont, pour les médecins, primordiales pour le suivi du patient durant sa prise en charge. 79 % se montrent favorables à une coopération forte entre la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière, et, pour 85 % des médecins, il est important de structurer le parcours de soins entre la ville et l'hôpital.

Dans le cadre des soins programmés, il est capital de valoriser le médecin traitant, qui doit être le pivot du parcours des soins. Ce qui implique de recentrer l'hôpital sur ses missions d'excellence.

Pour les soins non programmés, il est important de traiter l'embouteillage des services d'urgence, qui doit être régulé par le 15 et par un rôle renforcé du médecin de ville, lequel doit avoir un accès direct aux différents services d'hospitalisation avec lesquels il travaille.

6-1 Permettre aux médecins d'améliorer la coordination des soins

- ☒ Mettre au point des protocoles de coopération entre le médecin et les autres professionnels de santé, fondés sur les besoins des praticiens ;
- ☒ Recentrer l'hôpital sur ses missions d'excellence en faisant du médecin traitant le pivot de la coordination entre professionnels ;
- ☒ Créer un numéro d'appel dans les différents services d'hospitalisation. Le médecin traitant doit pouvoir joindre directement un médecin hospitalier, en vue de l'hospitalisation d'un patient ou pour prendre de ses nouvelles après une hospitalisation. Il faut permettre l'accès direct des patients en hospitalisation après appel du médecin traitant, sans passage par les urgences ;
- ☒ Rendre obligatoire une messagerie sécurisée pour les médecins et les établissements de santé. Il est nécessaire de pouvoir partager rapidement les comptes-rendus et les résultats d'examen ;
- ☒ Développer la télémédecine. L'Ordre des médecins a détaillé une série de préconisations dans deux livres blancs publiés en septembre 2014 et janvier 2015.

6-2 Favoriser la mobilité entre la médecine de ville et l'hôpital

- ☒ Favoriser l'exercice des médecins libéraux à l'hôpital, en leur laissant utiliser les plateaux techniques et en leur donnant la possibilité d'effectuer des vacances,

- ☒ Permettre aux médecins hospitaliers d'assurer des remplacements dans leurs territoires.

6-3 Favoriser les rapprochements physiques ou virtuels des médecins libéraux et des autres professionnels de santé

- ☒ Impliquer les conseils départementaux et régionaux de l'Ordre des médecins pour faciliter les coopérations physiques ou virtuelles des médecins libéraux et des autres professionnels de santé, afin de créer une offre de soins coordonnée dans les territoires et de permettre un accès égal pour tous.

PROPOSITION N° 7 : SIMPLIFIER LES RELATIONS AVEC LES ORGANISMES GESTIONNAIRES

7-1 Désigner un interlocuteur unique pour les médecins et les usagers

En matière de financement, le système de santé doit demeurer solidaire, ce qui implique de conserver le rôle de l'assurance maladie obligatoire dans la prise en charge des soins, pour les patients comme pour les médecins. Les organismes complémentaires ne doivent en aucun cas se substituer à l'Assurance maladie obligatoire dans la gestion du système de santé. Il faut veiller, en outre, à conserver un système lisible et à ne pas multiplier les acteurs.

7-2 Supprimer le caractère obligatoire du tiers payant

Le tiers payant obligatoire est très largement rejeté par les médecins.

Si l'Ordre des médecins n'a pas d'opposition de principe à l'extension du tiers-payant, c'est à la double condition qu'il n'ait aucun caractère obligatoire et que les conditions de simplification et de mise en œuvre automatisée des remboursements sur la totalité des sommes soient réunies.

L'Ordre a proposé une expérimentation du tiers-payant pour les patients en affection longue durée (ALD), à l'instar de ce qui existe déjà pour les bénéficiaires de la CMU et de l'AME, lesquels sont pris en charge par un financeur unique, ce qui constitue un gage de simplification administrative.

– 3^e grande priorité :

Ouvrir et professionnaliser la formation des médecins

➤ PROPOSITION N° 8 : RÉFORMER LE NUMERUS CLAUSUS ET LA PACES POUR UNE MEILLEURE ADAPTATION AUX BESOINS DES TERRITOIRES

- 8-1 Fixer le *numerus clausus* en fonction des capacités de formation des universités et des besoins des territoires
- 8-2 Mettre en place un socle commun à toutes les professions de santé en première année
- 8-3 Créer un « portfolio » étudiant dès la deuxième année d'études
- 8-4 Accorder aux étudiants en médecine des équivalences vers d'autres filières universitaires sur le principe du système LMD (Licence, Maîtrise, Doctorat)

➤ PROPOSITION N° 9 : RÉGIONALISER LA FORMATION INITIALE ET RENFORCER LA PROFESSIONNALISATION DU DEUXIÈME CYCLE À L'INTERNAT

- 9-1 Remplacer les épreuves classantes nationales (ECN) par des épreuves classantes interrégionales (Ecir)
- 9-2 Renforcer la professionnalisation des études
- 9-3 Poursuivre et compléter le « portfolio étudiant »
- 9-4 Créer un nouveau « parcours post-DES de territoire », pour inciter l'exercice volontaire dans les territoires sous-médicalisés

➤ PROPOSITION N° 10 : RENFORCER LA FORMATION CONTINUE PAR LA RECERTIFICATION

- 10-1 Introduire une recertification tous les six ans, pilotée par l'Ordre des médecins
- 10-2 Développer un DPC fondé sur des modules de compétences transversaux communs à plusieurs spécialités



— Nos propositions dans le détail

7 PROPOSITION N° 8 :

RÉFORMER LE NUMERUS CLAUSUS ET LA PACES POUR UNE MEILLEURE ADAPTATION AUX BESOINS DES TERRITOIRES

Le *numerus clausus* a fait la preuve de son inefficacité pour de nombreuses raisons :

- il ne régule en rien la démographie médicale (déconnexion entre la Paces et la réalité des besoins démographiques),
- il est contourné (25 % des médecins inscrits à l'Ordre entre 2009 et 2014 ne sont pas titulaires du diplôme français, beaucoup d'étudiants entament d'ailleurs leurs études hors de France),
- il est insuffisamment adapté aux besoins, entraînant ainsi une alternance de périodes « fastes » et de périodes « creuses ».

Résultat, un important gâchis humain (80 % d'échecs au concours 2015), avec une absence de passerelles vers des formations de niveau licence. D'où la nécessité de réformer le système, autour de quatre orientations fortes.

8-1 Fixer le *numerus clausus* en fonction des capacités de formation des universités et des besoins des territoires

- ☒ Créer un *numerus clausus* (nombre d'admis en seconde année) régionalisé, en fonction des besoins des territoires par spécialité, des capacités de formation des établissements universitaires et des possibilités d'organisation de stages durant la scolarité sur les territoires ;
- ☒ Réfléchir à un système de présélection avant l'année de Paces élargie, dans l'intérêt des étudiants et des universités, afin de limiter les taux d'échec.

8-2 Mettre en place un socle commun à toutes les professions de santé en première année

- ☒ Certaines professions de santé ne sont pas « universitarisées » (sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, manipulateurs en radiologie...). Cette absence de filières universitaires spécifiques réduit le nombre de débouchés et de passerelles précoces. Il est nécessaire de commencer par créer des filières universitaires pour les professions réglementées ;
- ☒ Organiser un socle commun pour toutes les professions de santé (Paces élargie) lors de la première année d'études, en définissant de nouveaux prérequis scientifiques, médicaux et juridiques pour le concours de fin de première année ;
- ☒ Organiser des stages interprofessionnels dès la deuxième année, pour mieux connaître les autres professions de santé ;

- ☒ Inscrire les filières universitaires des professions de santé dans des facultés de sciences médicales et regrouper ces facultés au niveau régional.

8-3 Créer un « portfolio » étudiant dès la deuxième année d'études

Ce « portfolio » étudiant permet de recenser les résultats, stages, acquisitions de compétences tout au long des études avec l'objectif de la certification finale par l'université à l'obtention du Diplôme d'études spécialisées (DES), et puis tout au long de la vie professionnelle du médecin (cf. propositions 9.3 et 10). Dossier personnel, documenté et systématique, le portfolio est constitué par l'étudiant ou le professionnel pour reconnaître ses acquis et son expérience, en situation et en contexte, tant théoriques que pratiques, et pour les faire reconnaître sur le plan institutionnel ou professionnel en perspective d'une certification ou d'une re-certification. Il est le résultat d'une démarche personnelle de l'étudiant ou du professionnel et il demeure la propriété de son auteur qui reste maître de son utilisation et de sa maintenance.

8-4 Accorder aux étudiants en médecine des équivalences vers d'autres filières universitaires sur le principe du système LMD (Licence, Maîtrise, Doctorat)

- ☒ Créer des passerelles précoces avant le concours de fin de première année, vers d'autres voies (sciences, droit, physique...) sur la base d'accords interuniversitaires ;
- ☒ En cas d'échec au concours de première année, autoriser des passerelles vers une deuxième année d'une autre filière LMD, en tenant compte de la note obtenue ;
- ☒ Créer des passerelles plus tardives au cours des études de médecine, en cas de volonté de rejoindre une autre profession de santé.

➤ PROPOSITION N° 9 :

RÉGIONALISER LA FORMATION INITIALE ET RENFORCER LA PROFESSIONNALISATION DU DEUXIÈME CYCLE À L'INTERNAT

D'un point de vue général, le deuxième cycle des études médicales pâtit d'un manque de professionnalisation en dehors de l'hôpital. L'enseignement théorique prend une part de plus en plus importante dans les emplois du temps. La fin du deuxième cycle est marquée par les épreuves classantes nationales (ECN), qui ont remplacé depuis 2004 le concours de l'internat. En fonction de leur classement, les étudiants choisissent leur centre hospitalier universitaire d'affectation, leur filière de spécialité et les services où ils effectueront leurs stages de six mois.

Ce système pose aujourd'hui un certain nombre de problèmes :

- une année de préparation consacrée quasi exclusivement aux révisions, sans projet de formation, ce qui ne donne pas de vision exhaustive de la discipline,
- un examen classant, sans note éliminatoire,

- un choix géographique et de spécialité qui se fait souvent par défaut, avec peu de possibilités de changement d'orientation,
- une mobilité des étudiants qui n'a aucun impact sur la densité médicale dans les territoires.

9-1 Remplacer les épreuves classantes nationales (ECN) par des épreuves classantes interrégionales (Ecir)

- ☒ Pour former les médecins dont les territoires ont besoin, plutôt que les internes dont ont besoin les centres hospitaliers, l'Ordre des médecins propose qu'en fin de deuxième cycle, les étudiants passent une épreuve classante organisée sur cinq grandes interrégions : Île-de-France, Nord-Ouest, Sud-Ouest, Sud-Est, Nord-Est ;
- ☒ Les places disponibles seraient définies pour chaque grande interrégion et pour chaque spécialité, en fonction des besoins démographiques régionaux ;
- ☒ De nouvelles règles seraient mises en place :
 - la possibilité de concourir sur plusieurs interrégions (avec un maximum de 3 concours par année) sur deux années,
 - l'instauration d'une note éliminatoire avec possibilité de doublement,
 - la garantie de l'équité au niveau national sur les concours interrégionaux.

9-2 Renforcer la professionnalisation des études

- ☒ Après la première année d'acquisition des sciences médicales fondamentales, le cursus doit permettre aux étudiants de mieux connaître l'organisation du système de santé et les divers modes d'exercices médicaux, moyennant :
 - au cours du deuxième cycle, un enseignement théorique des pathologies, complété par plusieurs stages hospitaliers, dans les territoires et dans des services et cabinets agréés,
 - au cours du troisième cycle, quatre ou cinq années d'internat selon la filière du DES choisi au sein de toutes les structures de soins publiques et privées (cabinets médicaux, dispensaires, services hospitaliers publics non universitaires ou privés), avec le développement effectif de stages ambulatoires pour toutes les spécialités. Un stage de fin de cursus obligatoire serait organisé dans les centres hospitaliers de territoire.
- ☒ Cette professionnalisation s'effectuerait sous forme de liens conventionnels et/ou contractuels, sous le contrôle du directeur général de l'ARS, des doyens, des conseils régionaux de l'Ordre des médecins, des URPS et des Commissions médicales d'établissements.

9-3 Poursuivre et compléter le « portfolio étudiant »

- ☒ Le portfolio de chaque étudiant continuerait d'être mis à jour tout au long de sa formation ;
- ☒ À l'issue de leur formation et de leur diplôme d'études spécialisées (DES), les étudiants se verraient délivrer par leur université initiale à la fois

un DES et une certification dans les compétences acquises pour l'exercice de cette spécialité, sur la base du contenu du portfolio étudiant ;

- ✘ Le DES est délivré par l'université et la certification serait validée par l'Ordre des médecins.

9-4 Créer un nouveau « parcours post-DES de territoire », pour inciter l'exercice volontaire dans les territoires sous-médicalisés

Un nouveau « parcours post-DES de territoire », d'une durée de trois ans, serait proposé aux nouveaux diplômés, dans leur spécialité et dans une zone en tension de la grande interrégion dans laquelle ils auraient obtenu leur diplôme.

En contrepartie d'un exercice de trois ans dans la zone définie, ces médecins bénéficieraient de compensations : avantages sociaux, progression de carrière plus rapide, avantages conventionnels (accès automatique au secteur 2), etc.

Ce nouveau « parcours post-DES de territoire » constituerait une 3^e voie pour les jeunes médecins, bien avant une éventuelle installation. Elle s'ajouterait aux deux voies existantes : les post-DES clinicat et les post-DES de sur-spécialité.

➤ PROPOSITION N° 10 :

RENFORCER LA FORMATION CONTINUE PAR LA RECERTIFICATION

Depuis la loi HPST, les médecins, comme l'ensemble des professionnels de santé, doivent suivre des programmes de formation dans le cadre du Développement professionnel continu (DPC), un dispositif dont l'objectif est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, en associant formation continue et analyse des pratiques professionnelles.

Or, le DPC fait déjà apparaître un certain nombre de limites :

- il est déconnecté du parcours professionnel du médecin, de l'objectif d'acquisition et du maintien des compétences et ne permet aucune évolution de carrière ;
- c'est un système essentiellement coercitif : des sanctions peuvent être prises à l'encontre de médecins qui ne remplissent pas leurs obligations vis-à-vis du DPC ;
- la formation médicale continue demeure à l'initiative du professionnel, elle n'est adossée à aucune organisation pour chaque discipline ;
- les formations suivies par les professionnels ne permettent ni l'obtention de promotions de carrière, ni la possibilité de passerelles vers d'autres disciplines, contrairement à ce que permettaient auparavant les Certificats d'études de spécialités ;
- il n'existe pas, pour l'instant, de dispositif de formation spécifique à l'installation pour les jeunes médecins, alors même que la demande est forte.

IO-1 Introduire une recertification tous les six ans, pilotée par l'Ordre des médecins.

☒ **Introduire le principe d'une recertification périodique**, tous les six ans, permettant de valider les acquis de l'expérience, et d'assurer le maintien des connaissances et la sécurité des usagers. L'obligation de DPC assurant le maintien des compétences ne serait pas le marqueur unique de l'insuffisance professionnelle, mais un des éléments de son appréciation. L'organisation et l'administration de la recertification des médecins relèveraient du Conseil national de l'Ordre des médecins. Le contenu, le calendrier, les maquettes des enseignements permettant le maintien des compétences par le DPC relèveraient de leur côté des collèges nationaux de spécialités, après validation par la conférence des doyens, sur un financement pérenne par contribution professionnelle des médecins.

☒ La recertification serait basée sur quatre principes :

- le DPC du médecin,
- l'analyse de l'activité du médecin (au regard des spécifications définies pour chaque spécialité par les collèges de spécialité),
- la répartition des activités du médecin (son temps et son mode d'activité dans sa spécialité),
- le portfolio du médecin (actions de formation médicale continue, congrès, diplômes universitaires ou interuniversitaires), géré au niveau régional par l'Ordre des médecins.

☒ **La non recertification** entraînerait une proposition de mise à niveau immédiate par le collège régional de spécialité et validée par le conseil régional de l'Ordre des médecins, en concertation avec les facultés de sciences médicales de la région, pour l'élaboration du parcours de formation.

IO-2 Développer un DPC fondé sur des modules de compétences transversaux communs à plusieurs spécialités

- ☒ Le Développement professionnel continu serait totalement transversal, quel que soit le mode d'exercice médical de la spécialité, ce qui signifie qu'il ne dépendrait plus d'intervenants différents (comme c'est le cas aujourd'hui) ;
- ☒ Les compétences seraient validées sous forme de modules, dont certains seraient communs à plusieurs parcours professionnels et donc transférables, afin de favoriser les passerelles.

Au final, ce nouveau système d'évolution des compétences (qui s'inspire du modèle néerlandais) facilitera les passerelles vers d'autres spécialités, via :

- une évolution de carrière accélérée pour les médecins salariés et hospitaliers
- des bonus de rémunération pour les médecins libéraux.

Ainsi, les évolutions et changements de spécialité ne seront plus conditionnés à l'acquisition d'un nouveau DES, mais seront désormais possibles grâce à la validation des acquis de l'expérience universitaire ou ordinale.

Index

_ACS : Aide au paiement d'une complémentaire santé
Oniam : Office national d'indemnisation des accidents médicaux

_AFD : Association française des diabétiques

_AMUF : Association des médecins urgentistes de France

_ANEMF : Association nationale des étudiants en médecine de France

_ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

_CESE : Conseil économique, social et environnemental

_CHU : Centres hospitaliers universitaires

_CISS : Collectif interassociatif sur la santé

_CME de CHS : Commissions médicales d'établissements de Centres hospitaliers spécialisés

_CMU : couverture maladie universelle

_CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés

_CNG : Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière

_FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs

_FFSA : Fédération française des sociétés d'assurance

_FHF : Fédération hospitalière de France (établissements publics)

_FHP : Fédération de l'hospitalisation privée

_FMF : Fédération des médecins de France

_FNEHAD : Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile

_FSM : Fédération des spécialités médicales

_HAS : Haute autorité de santé

_IGAS : Inspection générale des affaires sociales

_INCa : Institut national du cancer

_INPH : Intersyndical national des praticiens hospitaliers

_ISNAR-IMG : Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale

_ISNI : Intersyndicat national des internes

_LOI HPST : loi « Hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009

_MACSF : Mutuelle assurances corps santé français

_MG FRANCE : syndicat de médecins généralistes libéraux

_MSA : Mutualité sociale agricole

_OGDPC : Organisme gestionnaire du développement professionnel continu

_PMI : Protection maternelle et infantile

_ReAGJIR : Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants

_SML : Syndicats des médecins libéraux

_SNJMG : Syndicat national des jeunes médecins généralistes

_SNUHP : Syndicat national des urgentistes de l'hospitalisation privée

_UFML : Union française pour une médecine libre

_UNAF : Union nationale des associations familiales

_UNAFORMEC : Union nationale des associations de formation médicale et d'évaluation continues

_URPS : Union régionale des professionnels de santé

**Conseil national
de l'Ordre des médecins**

180 boulevard Haussmann
75008 Paris

Tél. : 01 53 89 32 00

Fax : 01 53 89 32 01

conseil-national@cn.medecin.fr

www.conseil-national.medecin.fr

[@ordre_medecins](https://twitter.com/ordre_medecins)

lagrandeconsultation.medecin.fr

#SantéDeDemain

