

STRATEGIE NATIONALE DE SANTE (SNS) 2018-2022

Contribution du Conseil national de l'Ordre des médecins

« Ce que l'Ordre souhaite retrouver dans la publication officielle de la SNS »

La définition d'une stratégie quinquennale en santé consiste à identifier les priorités d'actions sur cette période, mais suppose également de les inscrire dans une politique générale de santé à plus long terme. Les politiques publiques doivent prendre en compte :

- les besoins sanitaires des populations et les organisations à mettre en œuvre pour satisfaire l'équité dans l'accès aux soins, à la prévention et à l'éducation à la santé sur l'ensemble des territoires de la République,
- la formation des médecins et autres professionnels de santé pour y répondre,
- les innovations techniques, technologiques et numériques afin de les inclure dans leur déploiement stratégique au bénéfice des patients.

Il nous paraît clair que notre système d'organisation des soins arrive à une échéance cruciale, non pas tant en raison des contraintes économiques qu'en raison des défis auxquels nous devons faire face : émergence des pathologies au long cours, vieillissement de la population avec son cortège de dépendances, transformations sociétales, nouvelles aspirations des patients et des médecins, obsolescence rapide des connaissances par les évolutions scientifiques et technologiques, essor de la société et de l'économie numérique, nouvelle organisation territoriale de la République ... Il ne peut donc pas s'agir de construire une stratégie quinquennale en santé en préconisant des mesures palliatives devant une situation tendue ni non plus de proposer une rupture radicale dans les prises en charge des patients et dans notre modèle de protection sanitaire et sociale, quelles que puissent être les adaptations qu'elles nécessitent.

Dans ces perspectives, le CNOM avance comme axes prioritaires :

- 1. Un accès à des soins de qualité, à la prévention et à l'éducation à la santé partout sur le territoire national.**
- 2. Une réforme globale de la formation.**
- 3. L'inclusion des avancées technologiques et numériques dans les politiques de santé au bénéfice des patients et au service des professionnels.**

1. Un accès à des soins de qualité, à la prévention et à l'éducation à la santé partout sur le territoire national

➤ C'est dans le bassin de proximité que les solutions doivent être satisfaites

- Cela suppose l'organisation à cet échelon d'équipes de soins coordonnés autour du patient, que le maillage territorial soit réalisé par des maisons de santé pluri professionnelles ou par la mise en réseau, grâce au numérique, des cabinets des professionnels de santé,
- De mettre en place, avec le concours des collectivités territoriales en termes d'équipement du territoire, un plan d'accompagnement pour la rénovation des cabinets libéraux existants,
- De doter ces équipes de soins primaires d'un dossier informatisé commun dont le paramétrage permette le respect des droits des patients en matière de partage de leurs données personnelles de santé,
- De donner les moyens de la coordination aux équipes de soins primaires dans lesquelles les médecins traitants tiennent le rôle clé en matière de décision médicale, notamment sur les pratiques avancées des autres professions de santé avec lesquelles ils coopèrent,
- De doter les cabinets de premier recours de moyens technologiques rendant possible la pratique de la télémédecine intégrée au parcours de soins.
- De permettre des consultations avancées, tant en médecine de premier recours que de second recours, en élargissant les possibilités d'exercice en lieux multiples, dans le seul intérêt de la population, ce qui relève de la compétence régulatrice des conseils départementaux de l'Ordre.

➤ La structuration de l'organisation territoriale de soins est un impératif

- La structuration de l'offre de soins dans les bassins de proximité doit reposer sur une gouvernance régionale forte ayant clairement les moyens délégués par l'Etat pour y faire face. A cet égard, aux yeux de l'Ordre, il apparaît impératif d'inclure les établissements privés et les représentants de l'exercice ambulatoire libéral de la médecine dans cette gouvernance régionale par les ARS.
- L'équité territoriale dans l'accès aux soins ne consiste pas à multiplier les lieux de soins mais à les coordonner entre eux afin que cette coordination permette aux citoyens de pouvoir bénéficier, en temps et heure, des soins que leur état requiert dans une logique de parcours organisé, et non pas « ubérisé ».
- Cette coordination peut être nettement plus efficace si elle dispose de moyens technologiques appropriés et d'usage simple. Elle impose donc de pouvoir disposer :
 - D'outils numériques décrivant les disponibilités territoriales opérationnelles d'offres de soins, à la disposition des professionnels. Une priorité essentielle sera donc de déployer rapidement les Répertoires Opérationnels des Ressources (ROR), ouverts tant à l'hospitalisation publique et privée qu'à la médecine ambulatoire.
 - D'accélérer le déploiement du Service Public d'Information en Santé (SPIS) sur les offres territoriales de soins et les recours médico-sociaux disponibles,
 - De configurer le SPIS comme vecteur majeur des messages de prévention et plus encore d'accompagnement sur les conduites addictives. A cet égard, le SPIS devra donner accès à toutes les plateformes poursuivant ces objectifs en matière de lutte contre les addictions et d'accompagnement des personnes.

➤ **Les coopérations entre médecins, avec les autres professions de santé et avec les professionnels du secteur médico-social représentent un aspect majeur dans l'équité dans l'accès aux prises en charge et aux soins**

- Le CNOM observe que cela repose sur les échanges et le partage d'informations en santé dans l'équipe de soins définie par la loi. Il continue de regretter la confusion ainsi créée entre la prise en charge et le soin, et il demande de réactiver la mission confiée dans le décret à la HAS, avec le concours des Ordres professionnels de santé, pour l'élaboration de recommandations sur les partages d'informations entre les professionnels de santé et ceux du secteur médico-social ou social,
- Au titre des coopérations entre médecins, le CNOM souhaite que des exercices mixtes salarié/libéral soient encouragés et que des verrous de la réglementation sur la mobilité des médecins, les remplacements y compris en exercice partiel, et les possibilités d'adjuvat soit levés, l'Ordre pouvant assurer la fonction de « régulateur fonctionnel »,
- Au titre des coopérations entre professionnels de santé, le CNOM considère que les pratiques déléguées doivent s'effectuer, au regard de la sécurité des soins, dans le cadre de compétences acquises,
- En ce qui concerne les **pratiques avancées** prévues par la loi, elles orientent vers de nouveaux métiers de la santé, souvent interdisciplinaires, qui vont émerger et se développer, sous la forme de masters multi-compétents ou multidisciplinaires qu'il convient de mettre en œuvre, car il est connu que les acteurs sont souvent plus motivés lorsqu'ils agissent à la limite supérieure de leur compétence.

➤ **En matière de prévention, tous les leviers disponibles doivent être activés**

- Le médecin traitant par sa proximité avec le patient et son entourage en est un acteur de premier plan en matière d'orientation vers une prise en charge adaptée dans la prévention secondaire (aide au sevrage tabagique ou alcoolique, reprise d'une activité physique ...),
- Il doit continuer d'avoir une place essentielle dans la prévention primaire et l'éducation à la santé. Cette activité doit être reconnue dans la Convention médicale avec l'Assurance maladie,
- D'autres médecins que les médecins généralistes libéraux sont impliqués dans la prévention et l'éducation à la santé, les médecins des centres de santé, les médecins spécialistes libéraux, les médecins hospitaliers. Ils pourraient être incités à avoir des consultations dédiées à cette activité,
- Il faut en même temps accroître les effectifs et le temps alloués aux médecins de PMI, aux médecins scolaires et universitaires, aux médecins du travail pour des activités générales ou spécifiques de prévention,
- En matière de vaccination, la traçabilité de l'acte réalisé doit être assurée dans le temps quel que soit le professionnel de santé qualifié qui l'effectue.

2. Une réforme globale de la formation

➤ Des mesures nationales de formation universitaire initiale

- Multidisciplinarité, multifactorialité et transversalité,
 - Les parcours de formation en santé doivent être repensés en relation avec les autres disciplines. Le choix des modalités de ces enseignements multidisciplinaires pourrait reposer sur la création d'unités d'enseignement (optionnelles pour certaines) insérées dans le cursus de formation. Mais la multidisciplinarité doit également se traduire à d'autres niveaux :
 - Recrutement des étudiants en augmentant le nombre de passerelles, mais en incitant les étudiants issus de ces voies de recrutement à conserver leur culture initiale (d'ingénieur par exemple).
 - Diversification de l'origine disciplinaire des enseignants en privilégiant des enseignements inter-UFR, tel que l'enseignement sous forme de majeur/mineur en licence ou en master.
 - Cette multidisciplinarité doit également concerner des programmes doctoraux plus simples à gérer que la multiplication des écoles doctorales. On peut même imaginer de véritables parcours doctoraux à la carte.
 - Des enseignements liés à l'innovation au service de nouvelles missions sont impératifs :
 - Un enseignement dédié à l'innovation en général, à sa valorisation et à son développement préindustriel doit être proposé au cours du cursus,
 - Une formation à la e-santé en général et à la télémédecine en particulier doit être intégrée à tous les parcours de formation en santé. Elle doit être intégrée à un enseignement incluant les concepts de mission territoriale, de relations ville/hôpital et de relations professionnels de santé/usagers.
 - La transmission instantanée des données patients et des données concernant leur parcours de soins doit devenir la règle et donc doit faire l'objet d'un enseignement spécifique incluant la sécurité et la confidentialité qui doivent protéger ces données personnelles de santé. C'est une véritable culture du partage sécurisé des informations qu'il faut injecter dans l'enseignement de tous les acteurs de santé.
- Acquisition dans le cursus de formation initiale d'une culture concernant l'organisation et l'évolution des parcours de soins.
 - En particulier, un enseignement spécifiquement dédié à la prédiction, la prévention et au dépistage est indispensable. Ceci passe par un enseignement d'une nouvelle sémiologie clinique mais aussi algorithmique du risque. Cet enseignement doit être couplé à un enseignement du concept de médecine de précision.
 - D'autres concepts doivent être largement introduits dans la formation universitaire initiale :
 - La désescalade thérapeutique médicale et chirurgicale,
 - La prise en charge ambulatoire,
 - Un enseignement dédié aux avancées technologiques lourdes allant de la génomique à la robotique,
 - Une formation à la culture de l'évaluation, de la qualité et de l'efficacité, proche de celles des sciences de l'ingénieur,
 - Une formation à la modélisation de la décision et à l'utilisation de logiciels d'aide à la décision,
 - Pour la formation à l'imagerie, si l'anatomie reste la base essentielle, il faut désormais intégrer systématiquement la dimension fonctionnelle et dynamique.
 - Une formation aux différentes structures et lieux de soins qui jusqu'à présent repose essentiellement sur la formation en milieu hospitalier, d'où la nécessité

d'externaliser une partie de plus en plus significative de la formation : médecine générale, maison médicale, etc...

- En étroite association à un enseignement universitaire durant le cursus des études médicales sur les traitements des grandes masses de données et la construction des algorithmes décisionnels, il est indispensable de former les étudiants à la réflexion éthique, aux aspects médico-légaux mais aussi à la responsabilité médicale y compris dans une dimension de transgression des « savoirs établis ».

➤ Lier la formation aux besoins des territoires

- Pour organiser l'offre de soins à partir des territoires, le levier qui paraît le plus important est d'organiser la formation en direction et au sein même de ces territoires. L'objectif est de « mettre le métier au cœur de la formation » des futurs professionnels de santé.
- La notion d'équipe de soin doit être au cœur de la formation dès les 1^{ier} et 2^{ème} cycles des études médicales.
- Le rapport « **Initiative Territoire** », construit conjointement par la Conférence des Doyens de médecine et le Conseil national de l'Ordre des médecins, établit les bases de cette formation au sein des territoires, et **préconise** :
 - D'élargir les origines sociales et géographiques des étudiants en médecine, notamment en incitant et favorisant l'accès aux études médicales des étudiants originaires des départements où l'offre de soins est déficitaire.
 - De diversifier les modalités d'entrée dans les études de médecine,
 - De permettre ainsi de développer la démocratie sanitaire,
 - De promouvoir les stages infirmiers et de sémiologie au sein des hôpitaux non universitaires dès le premier cycle des études médicales,
 - D'enseigner le travail en équipes pluri-professionnelles et pluridisciplinaires dès le deuxième cycle en introduisant la notion de responsabilité collective,
 - De mettre en place une véritable politique de coopération public/privé lors de la formation, permettant ainsi de « sortir » les étudiants des hôpitaux universitaires en leur proposant des stages de formation dans tous les secteurs ambulatoires et hospitaliers d'exercice professionnel au sein même des territoires les plus éloignés des CHU de la région,
 - De favoriser la formation d'internats ruraux et des stages en alternance avec des périodes facultaires permettant ainsi aux étudiants d'effectuer des stages éloignés géographiquement des facultés,
 - De créer, des cellules « Initiative Territoire » départementales regroupant, dans l'application de la démocratie sanitaire, l'ensemble des partenaires professionnels et des collectivités locales. Elles se réuniraient une fois par an, en amont des commissions de répartition des stages professionnalisant. Leur rôle fondamental serait de définir les enjeux de chaque territoire de santé avec les professionnels de santé en respectant les limites fonctionnelles définies par les acteurs. Leur mission serait de promouvoir la maîtrise de stage universitaire dans le maximum de spécialités. Irriguer et diffuser cette formation des professionnels au plus profond des territoires est un objectif majeur partagé par tous.
- Le CNOM suggère la création d'un **statut post DES** d'un an, permettant aux jeunes professionnels, sous le régime du **volontariat** et dans toutes les spécialités, d'exercer dans les territoires en tension démographique. Ce post DES au service de la population des territoires en tension en matière d'offre de soins devrait conduire à une valorisation professionnelle semblable à celles de l'assistantat et du clinicat.

➤ **Une certification régulière de la compétence, garante de la pertinence et de la qualité des soins**

- L'accompagnement du parcours compétence du médecin tout au long de son exercice est à construire avec la profession.
- Cet accompagnement doit être basé sur un processus de certification périodique de la compétence et ne doit pas être une nouvelle diplomation universitaire.
- La certification périodique doit reposer sur un processus simple et transparent intégrant les nouvelles connaissances acquises, les compétences professionnelles développées, l'activité propre de chaque médecin dans sa discipline. Le processus doit intégrer les référentiels professionnels mis en œuvre par les conseils nationaux professionnels de spécialités.
- L'Ordre, qui est chargé par la loi de veiller sur la compétence des membres qui le composent, doit ainsi permettre à chaque médecin de voir son parcours individuel valorisé par la certification tout au long de sa carrière.
- L'Ordre garantit ainsi en même temps aux usagers et acteurs institutionnels l'efficacité médicale, la pertinence et la qualité des soins.

3. L'inclusion des avancées technologiques et numériques dans les politiques de santé au bénéfice des patients et au service des professionnels.

Toute innovation suscite des appréhensions dans tous les corps professionnels. Les modifications des habitudes provoquent des résistances au changement. Quand bien même le concept qui soutient l'innovation serait approuvé, les difficultés commencent lors de sa mise en œuvre, notamment lorsque les investissements nécessaires et les modèles économiques ne sont pas précisés. En matière de santé, toute innovation approuvée dans son principe suscite en même temps des appréhensions du corps social. Ceci explique l'apparente lenteur dans le déploiement des moyens innovants. Il nous paraît donc essentiel qu'une pédagogie active, prenant en compte les objections formulées, soutienne le portage politique des avancées technologiques et numériques en soulignant les bénéfices qu'elles apportent sans masquer les risques qu'elles comportent. Il nous paraît également indispensable de prévoir le modèle de leur prise en charge financière.

Sur ce plan, le CNOM a beaucoup produit pour accompagner le changement en matière :

- **De télémédecine :** Cette forme de pratique médicale doit continuer de s'inscrire dans un cadre réglementaire mais le décret de mars 2010 doit être révisé.
- **De téléconseil personnalisé :** Celui-ci doit être inclus dans le décret révisé afin de permettre une régulation territoriale de sa mise en œuvre dans le double objectif de ne pas entrer dans une offre concurrentielle « ubérisée » et de permettre l'accès à tous les citoyens à ces téléconseils d'orientation dans le système de soins.
- **De santé mobile, d'applis et d'objets connectés :** Le CNOM soutient les apports de ces moyens pour l'autonomie des personnes, pour la prévention avec le « quantified self », pour les médecins dans le suivi de leurs patients. Le CNOM estime qu'un label public portant à la fois sur la fiabilité de l'appli ou objet et sur la protection des données personnelles serait de nature, en créant la confiance de l'utilisateur comme du prescripteur, d'en développer les usages.
- **De moyens sécurisés d'échanges et de partages des données,** qu'il s'agisse de messageries sécurisées ou du dossier médical partagé, sujets sur lesquels les politiques publiques doivent être très volontaristes puisqu'il s'agit de moyens propres à soutenir les équipes de soins, les coopérations entre professionnels de santé et les relations secteur ambulatoire-secteur hospitalier.
- **De dématérialisation des dossiers médicaux en général :** Sur ce sujet les documents qui y sont, y compris lorsqu'ils ont été adressés par messageries sécurisées, doivent être juridiquement revêtus

de la force probante dans l'optique de « zéro papier » et la production d'un référentiel sur ce sujet doit être accélérée.

- **De prescription électronique** : Sur le sujet le CNOM rappelle la production publique des Ordres de santé en 2012 et estime que cette modalité de prescription, par l'aide de logiciels d'aide à la prescription et la dispensation des médicaments, doit être mise en œuvre rapidement. Le CNOM souligne que la prescription médicamenteuse n'est pas la seule concernée, car il en va de même pour les prescriptions d'examens, notamment biologiques.
- **De dispositifs liés à l'Intelligence artificielle** : Le CNOM produira une communication publique spécifique sur ce sujet en janvier 2018. La stratégie nationale en santé devrait prendre en compte à ce moment l'analyse de l'Ordre et les recommandations qu'il formule.