

Juillet 2018

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS : L'ÉNERGIE DES TERRITOIRES

Le compte rendu du débat
du 05 Juillet 2018

DÉBAT
DE
L'ORDRE



ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
Conseil National de l'Ordre



TABLE RONDE :

Julien BOROWCZYK, député de la Loire, secrétaire de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale,

Gérard CHAMPAULT, chirurgien, Centre autonome de chirurgie ambulatoire de Nogent-le-Rotrou,

Patrice DIOT, doyen de la Faculté de médecine de Tours, président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé,

Véronique GUILLOTIN, sénatrice de Meurthe-et-Moselle, membre de la Commission des affaires sociales du Sénat,

Natacha LEMAIRE, rapporteure générale au Conseil stratégique de l'innovation en santé,

Thomas MESNIER, député de Charente, membre de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, chargé d'une mission sur l'organisation des soins non programmés dans les territoires,

Stéphane PINARD, médecin généraliste à Belle-Île au sein d'une maison de santé illustrant la collaboration ville-hôpital.

OUVERTURE :

Patrick BOUET : Président du Conseil national de l'Ordre des médecins

MODÉRATEURS :

François ARNAULT : Délégué aux relations internes du Conseil national de l'Ordre des médecins

DÉBAT ANIMÉ PAR :

Perrine TARNEAUD : Directrice de l'information de Public Sénat.

Perrine TARNEAUD

Bonjour à toutes et à tous et je vous remercie d'être aussi nombreux pour ce débat sur l'accès aux soins dans les territoires et vous propose en préambule d'écouter le Président du Conseil national de l'Ordre des médecins.

Patrick BOUET

Mesdames et Messieurs, Mesdames et Messieurs les parlementaires je vous remercie d'être présents pour ce qui est aujourd'hui un échange et un constat qui se veut positif dans la mesure où nous avons beau tous entendre, lire, écrire et vivre au quotidien les difficultés majeures dans l'organisation de l'accès aux soins sur nos territoires, nous commençons seulement à parler tous la même langue à faire le même constat que nous devons envisager une réforme structurelle profonde de notre modèle d'organisation de l'accès aux soins. Ainsi, ce que l'Ordre indique depuis 2015, à la suite de la Grande consultation, a désormais bien infiltré l'ensemble du débat public.

Cette réforme profonde passera par un constat partagé par tous, d'une part, que cela devra se faire, non pas à partir de modèles normés nationaux, mais à partir de responsabilités partagées sur les territoires et, d'autre part, que c'est en construisant des projets de santé territoriaux, en les animant et en leur permettant de vivre que nous pourrions trouver aujourd'hui de nouvelles réflexions et méthodes organisationnelles qui nous permettent d'assurer cette priorité qu'est de garantir à tous citoyens vivant sur le territoire français d'accéder à des soins de qualité, de proximité, dans une équipe harmonisée, organisée.

En effet, il faut probablement quitter le modèle qui consiste à toujours vouloir créer des structures et structurer en établissement des réponses alors qu'on peut aujourd'hui structurer de nouvelles formes de réponses grâce à des équipes et c'est probablement à ce niveau que le débat doit pouvoir continuer

de s'installer. Même si ces annonces ont été reportées au début du deuxième semestre, c'est vraisemblablement en septembre que nous aurons une lisibilité sur ce qui pourra être proposé et nous porterons un message exigeant d'innovation, d'investissement, de réorganisation, de restructuration au service d'une population au service de la qualité et des exercices professionnels.

Je vous remercie aussi parce que je vois dans la salle d'autres professions de santé que la profession de médecins et je salue la présence de Présidents des Ordres des pédicures-podologues, des infirmiers et des sages-femmes. Je vous remercie parce que c'est une affaire d'équipe et que cette équipe nous ne la constituerons qu'au travers des exercices, des acteurs et d'une vocation et d'une communion de tous ces acteurs au service de la population.

Je vous laisse profiter de ce débat qui sera animé par M. ARNAULT et vous retrouverai en fin de débat. Merci encore une fois de votre présence et de participation et je me permettrais un clin d'œil amical au Dr PINARD qui est l'illustration même de ce que nous voulons promouvoir en matière d'organisation et d'équipe.

Perrine TARNEAUD

M. ARNAULT, vous êtes à l'origine de l'Observatoire des initiatives réussies dans les territoires dont l'objectif est de mettre en valeur des solutions nées du terrain, concrètes et efficaces, pouvez-vous nous présenter cet observatoire ?

François ARNAULT

Le Président BOUET a rappelé le contexte, j'ai été chargé de collecter et d'organiser l'accès à la connaissance de ces initiatives territoriales. Initialement, l'Ordre avait réalisé un rapport colligeant une centaine d'exemples, qui rapidement apparut figé, non-évolutif, l'idée de l'Observatoire est née.

Nous avons donc décidé de créer, en première page, sur le site même du Conseil national un encart dédié à l'Observatoire. Le principe est de le faire vivre et ne pas laisser les mêmes initiatives en tête de page pendant trois ans. Il faut le faire évoluer en apportant de nouveaux témoignages.

L'Observatoire est public, c'est-à-dire destiné aux médecins et à tous les professionnels de santé ainsi qu'aux acteurs publics de la prise en charge de l'accès aux soins (les élus, les maires, les conseillers départementaux, les conseillers régionaux) qui y ont tous accès.

En dehors des exemples que nous choisissons et essayons de sélectionner par leur originalité et leur performance, nous avons également mis en ligne les documents et rapports qui ont été réalisés récemment, notamment le rapport de Monsieur le député Thomas MESNIER. Nous sommes en partenariat avec Madame la Rapporteuse générale qui vous expliquera le sens de son action sur l'innovation en santé.

Je voudrais très rapidement vous présenter la page internet de l'Observatoire sur le site du Conseil national. Vous avez un encadré en haut de page où vous pouvez retrouver le dispositif d'innovation en santé et tous les exemples d'organisation réussie. Nous avons pour l'instant quatre rubriques qui seront sûrement modifiées à l'avenir : les regroupements professionnels, avec toujours des exemples réussis ; les stages professionnalisants ; exercer autrement ; la dernière rubrique que nous avons ajoutée concerne les initiatives universitaires. J'en profite pour remercier Patrice DIOT, Doyen de la faculté de médecine de Tours, de prendre en compte l'importance de l'université sur la formation dans les territoires. Toutes ces initiatives réussies sont parties de l'énergie de leurs acteurs, c'est-à-dire de tous les professionnels, de l'équipe territoriale.

Je vous incite vivement à consulter cette page.

Perrine TARNEAUD

Je vous propose de développer tous ces aspects avec nos intervenants, Madame LEMAIRE, vous êtes la Rapporteuse générale au Conseil stratégique de l'innovation en santé, pouvez-vous nous détailler les pistes sur lesquelles vous travaillez ?

Natacha LEMAIRE

Bonjour à tous, j'exposerai brièvement ce que l'on peut faire avec l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale en 2018 et développer les possibilités que cela offre pour les acteurs du système de santé.

La création de ce dispositif est née de constats partagés, comme l'indiquait le Président BOUET, que notre système de santé, dans son organisation et son mode de financement, ne favorise pas le mode collaboratif entre professionnels et la coordination des soins ou de la prise en charge pour les patients, ne permettant pas la fluidité de leur parcours.

Ce cadre est un cadre dérogatoire d'expérimentation, générique, qui permet de lever certains obstacles relevant de règles d'organisation ou de financement. Cet article liste 63 dérogations, essentiellement financières (rémunération des acteurs du système de santé, facturation, prise en charge par l'Assurance maladie, prise en charge des produits de santé), offrant un vaste champ des possibles. Il n'y a pas d'autres orientations au-delà de ce cadre défini par la loi et son décret d'application.

Concrètement, un projet ou une expérimentation est un triptyque constitué d'un porteur de projet, c'est-à-dire une personne morale en général qui propose le projet ; des acteurs volontaires pour le mettre en œuvre ; et un territoire d'expérimentation. Un projet n'est pas une idée que l'on présente, mais une organisation susceptible d'être mise en œuvre.

Il n'y a pas de conditions sur les porteurs de projet. Toute partie prenante du système de santé peut être à même de proposer et déposer un projet. L'interlocuteur de proximité pour les acteurs est l'ARS. Vous pourrez trouver sur le site du ministère l'ensemble des contacts pour chaque région, au sein des ARS, et à l'échelon national dans chacune des Directions et au sein de l'Assurance maladie.

Les candidatures se font en deux temps, le premier temps se fait via une lettre d'intention, c'est-à-dire une version zéro d'un cahier des charges. Pour le porteur de projet, cette lettre d'intention est un premier moyen d'engager l'échange avec l'ARS avec les éléments qu'il est susceptible de fournir dans ce premier temps..

Nous ne sommes pas dans une logique de guichet, l'idée est d'engager un dialogue entre les porteurs de projet et l'ARS pour approfondir, détailler et vérifier d'abord que cela entre bien dans le cadre parce que l'on ne peut malgré tout pas tout faire avec cet article 51. Si ce n'est pas possible, cela ne veut pas dire que le projet est mauvais mais qu'il faut utiliser d'autres dispositifs.

Au fil des échanges, le porteur est invité à compléter cette lettre d'intention qui se transforme en cahier des charges qui est ensuite proposé par l'ARS au Rapporteur général pour être soumis à une instance dénommée Comité technique, qui donne un avis sur les projets qui lui sont soumis.

Ce comité technique est constitué de directions d'administrations centrales du ministère de la Santé, de la Caisse nationale d'Assurance maladie et de l'ARS Ile-de-France au titre des ARS.

À l'issue de cet examen, qui est encadré dans le temps puisqu'il y a un délai de 3 ou 4 mois pour cet examen, et en cas d'avis favorable, le DGARS autorise le projet par une décision.

Le législateur a souhaité placer l'évaluation au centre du dispositif. L'évaluation des expérimentations est donc prévue dès le départ afin de pouvoir en évaluer l'impact. Les rapports d'évaluation qui seront produits dans les 6 mois après la fin de l'expérimentation permettront aux deux instances de gouvernance du dispositif, que sont le comité technique que j'ai évoqué et le conseil stratégique qui réunit l'ensemble des acteurs du système de santé, de donner un avis sur l'opportunité de généraliser le projet au vu des résultats d'évaluation.

Le tout est transmis chaque année au Parlement afin de décider au vu des résultats s'il y a ou pas opportunité de généraliser.

L'objectif du dispositif est de transformer notre système de santé dans une perspective de tester certains dispositifs et de les étendre à l'ensemble du territoire et du système de santé s'ils s'avèrent probants.

Il n'y a pas de calendrier pour les porteurs, c'est-à-dire que le dispositif s'adapte au cadre temporaire des projets. L'examen de ces différents projets d'expérimentation se fait au fil de l'eau.

Enfin, en termes budgétaires, un fonds national doté de 20 M€ pour 2018 supporte, aide et accompagne ces expérimentations. Sachant que nous sommes en période de montée en charge, ces dépenses se produiront vraisemblablement à la fin de l'année. La dotation 2019 n'est pas encore fixée et le sera dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2019.

Perrine TARNEAUD

Merci pour les informations sur les possibilités qu'offre l'article 51 du PLFSS. Monsieur le député de la Loire, secrétaire de la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale, mais aussi médecin, l'attractivité est pour vous le mot-clé du développement des offres de soins sur les territoires,

attractivité de la profession partout avec une diminution de la part administrative.

Julien BOROWCZYK

Tout d'abord merci de votre invitation, en tant que nouveau député et médecin généraliste libéral en activité en zone semi-rurale, mon rôle est d'apporter cette petite touche de concret et de m'intéresser par l'attractivité.

En effet, on voit aujourd'hui qu'il y a un vrai problème d'attractivité territoriale mais aussi du métier et de la profession, notamment la médecine générale libérale. Ce genre d'initiatives qui se développent renforcent l'attractivité et la confiance que l'on peut retrouver au sein des professions médicales et paramédicales. Le but est effectivement d'avoir un travail en commun au sein d'une équipe.

Il faut de simplifier le travail des professionnels de santé parce que ce qu'on a un perdu le temps médical dans les années qui se sont écoulées et c'est ce dont se plaignent aujourd'hui en premier lieu les professionnels de santé.

C'est un peu ma participation aujourd'hui en tant qu'élu et professionnel de santé. J'accompagne évidemment ces projets innovants. On fait enfin confiance aux acteurs de territoire et c'est innovant. Cependant, il faut aussi être capable d'entendre ces acteurs jusqu'au bout et être capable de les accompagner sur des points très précis et cela passe parfois juste par le fait de les aider à remplir un dossier, de passer de moins de temps sur l'administratif.

Perrine TARNEAUD

En tant que médecin et parlementaire, Mme GUILLOTIN, vous êtes très attentive aux nouvelles organisations et innovations en matière de santé dans les territoires.

Véronique GUILLOTIN

Bonjour à tous, c'est effectivement un sujet qui me tient particulièrement à cœur depuis quelques années. J'ai exercé en libéral et ai fait un passage à l'hôpital ce qui m'a permis d'avoir une vision hospitalière et libérale de la médecine. J'ai également eu des fonctions à la région Grand-Est car j'ai été Vice-présidente attachée à une mission de santé à partir de janvier 2016.

La santé n'est pas une compétence obligatoire de la région, on a du coup fait entrer la santé comme un service et un service d'aménagement du territoire. La région Grand-Est est une région dont les indicateurs santé sont moins bons que la moyenne nationale, dont la démographie médicale est également plutôt négative avec une moyenne d'âge de la population plus élevée et de grandes disparités en fonction des territoires. On avait donc un vrai terrain pour se poser des questions.

Effectivement concernant l'attractivité, on parle de déserts médicaux, mais là où il n'y a pas de médecins il n'y a en général pas grand-chose. On ne peut pas séparer l'attractivité médicale de l'attractivité des territoires parce qu'un médecin a toujours une famille un conjoint et/ou des enfants et s'installer sur un territoire, c'est trouver aussi du travail pour le conjoint, avoir une école pour les enfants, trouver des moyens de transport parce que si la ruralité a beaucoup d'atouts et d'avantages, il faut toutefois qu'elle soit reliée et connectée par des moyens de transport suffisants pour se rendre vers les villes où le conjoint pourrait être amené à travailler. C'est aussi la culture, le sport, etc. On voit bien qu'il est impossible de discuter aujourd'hui de l'accès aux soins sans parler d'attractivité des territoires.

Quant à l'innovation, je distingue deux types d'innovation, l'innovation organisationnelle et innovation technologique issue de cette révolution technologique que sont les usages du très haut débit et d'internet. Il faut déjà avoir la fibre partout, ou en tout

cas du très haut débit partout parce que parler d'innovation technologique sans les bons « tuyaux », c'est compliqué. Il faut ensuite développer les usages, c'est le volet technologique. Mais je pense que l'innovation est principalement une innovation organisationnelle. On ne peut plus résoudre les problèmes de la désertification médicale aujourd'hui avec les solutions d'hier. Il n'y aura plus un médecin par campagne ou par ville. Je suis élue et professionnelle et les élus dont je fais partie doivent également le comprendre.

On a des outils dans les organisations et je pense que les maisons de santé (MSP) font partie de ce maillage qui me semble indispensable car dans ce contexte d'évolution, la nouvelle génération a d'autres aspirations que la génération des cinquantenaires dont je fais partie. Ils veulent travailler en équipe entre professionnels à plusieurs parce qu'ils ont été habitués dans leurs cursus très hospitalocentrés à travailler ensemble. Ils veulent également partager avec d'autres professionnels de santé, les infirmières, les orthophonistes, les kinésithérapeutes, etc., dans un même ensemble.

La maison de santé s'est positionnée dans ce schéma comme un lieu où tout le monde peut travailler. J'ai l'exemple dans un territoire meusien très rural où les indicateurs étaient mauvais et qui est devenu aujourd'hui un des départements du Grand-Est où les jeunes médecins se réinstallent le plus. Il y a toujours une démographie médicale faible, mais les médecins qui s'installent sont les plus jeunes de la région Grand-Est.

Donc cela fonctionne, mais ce n'est pas l'alpha et l'oméga. Cela reste un préalable et cela doit être maillé confortablement. Il ne faut pas une maison de santé dans chaque commune parce qu'on n'aura pas plus de médecins demain qu'aujourd'hui.

À partir des cabinets et des exercices coordonnés qui peuvent être des exercices hors les murs, il faut avoir une vision accélérée du développement de la télésanté sur l'ensemble de nos territoires.

Perrine TARNEAUD

M. MESNIER vous venez de rendre un rapport sur l'organisation des soins non programmés dans les territoires qui fait le constat unanime du besoin de structuration de ces soins par les acteurs de médecine ambulatoire, comment encourager les professionnels de santé dans leur organisation ?

Thomas MESNIER

Bonjour à tous et merci pour l'invitation. Le constat est effectivement unanimement partagé d'un système à bout de souffle avec les difficultés que l'on connaît tous en termes de démographie médicale, de surconsommation de soins progressive de la société et des besoins qui évoluent aujourd'hui.

On connaît tous la pratique médicale, on parle souvent des MSP comme du modèle parfait ou à développer. Il est certain que c'est une vraie solution. Pour autant, cela prend du temps et elles représentent actuellement aujourd'hui moins de 10 % des médecins installés. Il faut donc aller plus loin, trouver des solutions et aller, comme l'indiquait Mme GUILLOTIN, vers des innovations organisationnelles et je crois qu'on est près aujourd'hui à aller un peu plus loin dans le décroisement et les organisations de territoire.

Le médecin doit rester le pivot du parcours de soins, mais il faut l'aider, à l'échelle d'un territoire, à se mettre en organisation avec les autres médecins, soit en milieu rural (intercommunalité) ou très urbain (un arrondissement de Paris), trouver des marges de manœuvre, mettre des moyens humains en coordination. Le métier de coordinateur de santé est en train de naître dans les MSP.

Il faut aussi décroiser et coordonner les soins avec les autres professionnels de santé. On a encore de grandes marges d'évolution, c'est probablement ce qui nous permettra de trouver des réponses à très court terme aux difficultés de santé actuelles.

Je pense que le modèle à suivre est la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) qui peut être le schéma le plus simple pour s'organiser et trouver aussi des financements et humains, notamment de coordinateur de santé. C'est ce que j'avance dans les discussions en cours en vue des annonces de transformation du système de santé qui auront lieu début septembre.

Perrine TARNEAUD

Passons aux initiatives locales en commençant par la formation des futurs médecins. M. DIOT, vous travaillez depuis longtemps à faire évoluer les formations des futurs médecins pour les adapter au mieux aux enjeux démographiques des territoires avec quelles sont les pistes et idées ?

Patrice DIOT

Bonjour à toutes et à tous, merci de me donner l'occasion de m'exprimer sur ce sujet. j'apporterai d'abord un élément de diagnostic — je représente la majorité des doyens des facultés de médecine de France — sur ce que sont les études médicales qui évoluent en permanence mais sont encore aujourd'hui un carcan entre deux concours extrêmement difficiles : un concours d'entrée qui laisse de côté 60 à 70 % de candidats dont certains pourraient être de bons médecins et sélectionne les personnes essentiellement sur des connaissances scientifiques et un concours à la sortie, les ECN. Les étudiants sont écrasés entre ces deux épreuves et manifestent un mal-être, ce qui est un paradoxe quand on se prépare à faire le plus beau métier du monde. Il faut qu'on évolue.

Certaines réformes ont déjà été faites et d'autres le seront. Il y a déjà eu la réforme du 3^e cycle qui permet de sortir d'une formation très CHU et hospitalocentrée et dans notre région Centre-Val-de-Loire, nous avons multiplié dans un grand nombre de disciplines l'ouverture de la formation au

privé ou au public-privé parce que je crois aussi beaucoup au lien entre les deux dans certains territoires pour permettre des formations de qualité et y attirer des jeunes.

Ensuite, il faut faire évoluer les modalités d'entrée dans les études de médecine. La première année des études de santé est commune et amène dans les études de médecine des étudiants de Bac S mention très bien ou bien, 70 % de filles et de catégories socioprofessionnelles favorisées. Dans ma région (6 départements) sur 1 500 étudiants de PACES, 550 viennent de l'Indre-et-Loire, 450 du Loiret, mais seulement 30 de l'Ain. Ces étudiants ont des résultats équivalents à ceux des autres mais issus de catégories socioprofessionnelles moins favorisées. Par conséquent, dès cette rentrée à l'initiative de notre rectrice et de la DGARS, un dispositif ambition PACES pour nous permettre d'aller dans les lycées où se trouvent des jeunes qui seraient tentés par ces études, mais qui sont victimes d'une forme de sidération des territoires et de perte de confiance dans l'avenir, pour les préparer à ces études de santé avec notre tutorat.

Enfin, il faut se préparer à la mise en place de la réforme du 2^e cycle que l'on appelle les externes — terme que l'on devrait abandonner — et qui sont aujourd'hui concentrés dans les centres hospitaliers universitaires parce qu'ils ont dans la journée des stages et ensuite des enseignements facultaires. La réforme du 2^e cycle prévoit d'aller vers une alternance de stages temps-plein et d'enseignements facultaires, ce qui permet pendant la période de stage temps plein d'affecter les étudiants loin de la faculté.

Dans notre région, nous avons décidé d'anticiper la réforme et dès la rentrée prochaine, d'affecter 30 % de nos étudiants dans des services hospitaliers loin du CHU, loin de la Faculté, dans des services identifiés comme apportant une qualité pédagogique suffisante parce qu'il ne s'agit pas de brader la qualité de la formation (en l'occurrence dans les hôpitaux têtes de pont des GHT des 6 départements).

Je veux revenir sur ambition PACES, l'objectif est de faire en sorte de diversifier le profil des étudiants et de sortir d'une caricature de reproduction sociale dans la formation médicale aujourd'hui et de permettre de venir dans les études de santé et de médecine des jeunes à profils sociologiques différents qui soient plus attachés à leur histoire pour des raisons sociologiques et d'histoires familiales.

Perrine TARNEAUD

Nous y reviendrons à travers les réactions de la salle. M. SIMON, vous êtes le Président de la section exercice professionnel du Conseil national en charge du dossier accès aux soins, et vous travaillez à un assouplissement de la réglementation notamment en modifiant l'article 85 du Code de la santé publique pour permettre des lieux d'exercice multiples.

François SIMON

Tout à fait, l'article 85 du Code de déontologie (article L. 4127-85 du Code de la santé publique) régit l'exercice en lieux multiples. Actuellement, dans l'intérêt de la population un médecin peut exercer son activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle lorsqu'il existe dans le secteur géographique considéré une carence ou une insuffisance de l'offre de soins ou éventuellement si pour des raisons techniques le médecin a son cabinet à un endroit et son matériel (scanner et IRM) à un autre endroit.

Ce texte repose donc sur une autorisation du conseil départemental. Le médecin qui désire ouvrir un second site présente un dossier au conseil départemental qui doit être motivé en apportant les éléments nécessaires concrets sur la carence en offre de soins. Le conseil départemental reçoit cette demande et instruit le dossier dans les 3 mois. La décision est prise en réunion plénière. C'est une décision administration sus-

ceptible de recours devant la Commission d'appel en matière administrative qui siège au Conseil national. Ces recours sont des contestations d'un refus, mais parfois aussi d'une autorisation par des tiers (médecins ou établissements).

La procédure peut paraître un peu lourde et elle est surtout instable dans le temps parce que le texte indique que l'autorisation n'est pas cessible et peut être remise en cause à tout moment si les conditions changent. Les critères (intérêt de la population, etc.) sont en plus difficiles à évaluer.

Dans le contexte démographique actuel, il nous a paru utile de simplifier des choses et donc de passer d'un régime d'autorisation à un régime de déclaration préalable au conseil départemental avec une possibilité pour le conseil départemental de s'opposer, non plus pour les raisons de besoin de la population, mais de santé publique, de sécurité ou de continuité des soins, etc.

Les sections Éthique et déontologie et Exercice professionnel ont donc travaillé en partenariat pour parvenir à un texte relativement simple et court : « [...] *Un médecin peut exercer son activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle, sous réserve d'adresser, au plus tard deux mois avant la date prévisionnelle de début d'activité, une déclaration préalable d'ouverture d'un lieu d'exercice distinct au conseil départemental dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée. Ce dernier la communique sans délai au conseil départemental au tableau duquel le médecin est inscrit, lorsque celui-ci a sa résidence professionnelle dans un autre département.*

La déclaration doit être accompagnée de toutes informations utiles à son examen.

Le conseil départemental dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée ne peut s'y opposer que pour des motifs tirés d'une méconnaissance des obligations de qualité, sécurité et continuité des soins sur l'ensemble des sites sur lesquels il exerce.

Le conseil départemental dispose d'un délai de deux mois à compter de la réception de la déclaration pour faire connaître au médecin cette opposition par une décision motivée. »

C'est donc plus simple, il suffit de déclarer que l'on veut ouvrir un site par le biais d'une fiche à remplir. Le Conseil national a approuvé ce texte en Session et il sera présenté par le Président à la ministre de la Santé. Nous verrons si le ministère adoptera le texte en l'état.

Perrine TARNEAUD

Parlons des initiatives locales, M. CHAMPAULT vous avez créé un centre autonome de chirurgie ambulatoire à Nogent-le-Rotrou dont je vous propose de parler après une courte présentation vidéo.

Avez-vous des précisions à apporter sur cette belle initiative réussie ?

Gérard CHAMPAULT

Cette vidéo résume parfaitement l'expérience de Nogent-le-Rotrou dont je confesse ne pas être à l'origine. Ce sont des chirurgiens du Mans qui, devant une situation catastrophique puisque la maternité, le service de chirurgie fermaient et une offre de soins locale réduite à moins que rien, ont pris la décision à l'initiative du Dr GERMOND de développer des consultations avancées et de mettre en place une activité de chirurgie ambulatoire dès 2009 afin de pouvoir traiter sur place toutes les spécialités chirurgicales, activités qui évitent à certains patients âgés avec des difficultés de déplacement de devoir se rendre à Chartres ou au Mans.

Ce projet a bien fonctionné et mieux fonctionné dès qu'un centre dédié a été créé. Les anciens locaux avaient une réputation néfaste avec hôpital qui a connu quelques déboires. Le fait de créer un centre dédié à la chirurgie ambulatoire, moderne, avec

des activités complémentaires de télémédecine, a complètement renversé la réputation de l'établissement et a entraîné d'ailleurs un intérêt tant pour la population que pour les médecins puisque l'on a reçu des demandes de participation de praticiens de Chartres, Paris, Alençon et du Mans afin de couvrir une offre de soins dans tous les domaines de la chirurgie, de l'anesthésie, etc.

Par entraînement, il a été nécessaire d'avoir des consultations médicales attachées à l'ensemble de l'unité dont je m'occupe. Nous avons donc des consultations de cardiologie qui fonctionnent en réseau, d'une part, pour la chirurgie avec les centres de recours d'où sont originaires ces chirurgiens — qui sont tous libéraux et font fonctionner un hôpital public sans dépassement d'honoraires — et, d'autre part, avec des praticiens des différentes activités médicales qui viennent essentiellement de Chartres dans le cadre du groupement territorial de santé et qui assurent une prestation importante.

Je crois que ce qui fait l'originalité c'est qu'il s'agit d'un centre ambulatoire. Je précise qu'il n'y a plus de service de chirurgie ni de réanimation ce qui nous oblige à travailler sans filet avec des conditions de sécurité maximale. On n'a transféré que 3 patients sur 2 500.

D'autre part, on parle depuis longtemps du fonctionnement par des chirurgiens libéraux dans un hôpital public mais c'est la première fois que l'on trouve une telle réussite dans les territoires qui fournissent une offre de soins complète à une population de 40 000 habitants permettant d'éviter des déplacements et des frais répétés.

Les indices de satisfaction recueillis par les différentes enquêtes montrent bien que l'on a rendu service à la population.

Perrine TARNEAUD

Toujours concernant les initiatives locales, nous avons un exemple à Belle-Île d'une

maison de santé qui illustre la collaboration ville-hôpital, pouvez-vous nous en parler ?

Stéphane PINARD

Je voudrais d'abord excuser la directrice du Centre hospitalier de proximité de Belle-Île qui n'a pu se joindre à moi. Je tenais à ce qu'elle soit présente parce que sans l'hôpital de proximité, ce projet n'existerait pas.

Merci également pour l'invitation qui me rapproche de ma Faculté du Kremlin Bicêtre. En effet, je ne suis pas né à Belle-Île, j'ai fait mes études à Paris et me suis installé pas très loin de Nogent-le-Rotrou, entre Dourdan et Chartres. J'ai été installé en médecine générale pendant 7 ans. J'avais pris la suite d'un médecin qui a fait un burnout et ai fait moi-même un burnout. Il a donc fallu que je me relance.

J'avais le choix de me reconverter, mais après 10 ans d'études, c'est compliqué. J'ai cherché à rebondir. Je pouvais aller à l'hôpital parce que je venais de la ville, mais souvent l'hôpital tire sur la ville et vice versa, je n'aimais pas le concept et on connaît tous la souffrance des gens qui travaillent dans les hôpitaux. J'ai aussi pensé à l'étranger.

Finalement, par le biais d'une annonce en 2012, j'ai vu que l'on cherchait un animateur de terrain : un porteur de projet. J'ai donc rencontré le directeur de l'hôpital de Vannes qui m'a indiqué qu'il n'y avait plus rien à Belle-Île, un hôpital local mais plus de médecins pour y aller et qu'il fallait quelqu'un pour écrire un projet de soins qu'il essaierait de financer. Je suis donc parti d'une page blanche et ai essayé d'écrire, après mes 7 années d'installation compliquées, l'exercice idéal que j'imaginai être.

Perrine TARNEAUD

Pouvez-vous nous dire les freins auxquels s'est heurté votre projet ?

Stéphane PINARD

Au début, il n'y en a pas eu. J'avais plutôt eu des freins dans la région Centre où j'avais voulu faire ce que j'ai fait à Belle-Île. À l'époque, cela ne motivait ni la communauté de communes ni le député qui considérait qu'il n'y avait pas de problème de démographie médicale.

À Belle-Île, quand je suis arrivé tout le monde s'est mis autour de la table, l'ARS, la CPAM, l'hôpital de proximité, l'hôpital socle, les transports, l'Ordre, l'ensemble des professionnels de terrain. Nous avons tous travaillé ensemble pour essayer de construire un projet. Je crois que pour parvenir à construire un projet qui tienne la route tout le monde doit s'y mettre au même moment pour qu'il y ait une synergie.

J'ai écrit ce projet de soins en 2012. Je prendrais l'image du restaurant où j'ai du mal à choisir un dessert et préfère prendre le café gourmand parce qu'on a plusieurs petits déserts, dans mon exercice c'est la même chose, je fais plein de choses : le lundi je fais la visite en médecine et suis salarié. Le mardi, je fais des consultations avec mes patients. Le mercredi, je m'occupe de mes enfants. Le jeudi, je fais des soins non programmés (c'est-à-dire des personnes qui ont des problèmes aigus et qui n'ont pu avoir de rendez-vous) et le vendredi je vais me former, je suis médecin pompier, je vais à l'assemblée générale mensuelle du Conseil de l'Ordre, je fais du sport etc. De plus, une nuit par semaine je prends une garde ainsi qu'un week-end toutes les 6 semaines.

C'est un travail multicarte. C'est génial parce qu'on fait du soin, on est adossé à l'hôpital de proximité. Il y a donc des infirmières qui travaillent avec nous, qui paramètrent les patients, font les électrocardiogrammes, prennent les constantes.

On est donc vraiment là pour le temps et l'expertise médical. On prend le temps d'examiner les patients, d'établir des ordonnances, un diagnostic. On a des lits de médecine polyvalente où l'on peut hospitaliser les gens à 200 m de chez eux. S'il faut une hospitalisation plus complexe, on transfère évidemment le patient sur le continent.

Ce cadre de travail me semble attractif puisque lorsque j'ai commencé j'étais seul et faisais 15 gardes par mois et travaillais 5j/7. Aujourd'hui, nous sommes 9 et on se répartit la charge de travail. On est tous libéraux, mais pas praticiens hospitaliers. On a à la fois salarié de l'hôpital de proximité et libéral au sein même de la structure hospitalière publique.

Nous venons de finir le gros œuvre d'un nouvel hôpital qui est en reconstruction où est intégré dans le nouvel hôpital public un pôle de santé libéral avec 3 salles de spécialistes et 8 salles de généralistes.

Le projet prend corps, on a une télééchographie, on essaie de faire de la biologie délocalisée. Nous sommes formés à l'échographie, à la radiographie, nous faisons des sutures et même des accouchements quand il y a des tempêtes. On a donc un exercice très diversifié et cela a un sens quand a fait 10 ans d'études. C'est très long et c'est mieux de pouvoir les mettre en pratique après.

Pour revenir sur le temps administratif, je voudrais parler d'une consultation qui m'a fait déplaquer en 2012. Une patiente est venue me voir à 10 heures un samedi, c'est la fin de semaine, je suis fatigué. Elle veut :

- un certificat pour son yoga ;
- que je mette ne pas substituer sur son antihypertenseur ;
- que je mette ne pas substituer sur la statine de son mari ;
- que je refasse le papier de médecin traitant de son mari parce que la CPAM l'avait perdu

- que je fasse un duplicata de deux feuilles de soins qui avaient été mal remboursées ;
- que je lui donne des autocollants pour le dépistage de cancers colorectaux ;
- que je lui fasse deux ordonnances pour aller voir le dermatologue.

J'ai alors pris conscience qu'il fallait vraiment que je change de métier parce que j'étais très éloigné de la pratique médicale que m'avaient enseignée mes pairs.

Perrine TARNEAUD

Mme la sénatrice de la Mayenne et Vice-présidente de la Commission des Affaires sociales du Sénat, souhaitez-vous réagir ?

Élisabeth DOINEAU

Je suis heureuse d'avoir pu entendre les uns et les autres sur leurs initiatives. Avec Thomas MESNIER et Sophie AUGROS nous avons été désignés par la ministre de la Santé et le Premier ministre pour être délégués sur le plan de l'accès aux soins. Cette délégation nous a permis de nous rendre sur le terrain et de voir ainsi des bonnes initiatives. Ce matin, de nouvelles nous sont présentées.

L'intérêt est de voir que tout bouge et change et que cela a d'ailleurs commencé dans certains territoires depuis de longues années. Moi qui suis élue depuis plus de 30 ans, et pas médecin, je suis à portée de nos concitoyens qui viennent me dire « on n'a plus de médecin ; on ne sait pas à qui s'adresser ; qu'est-ce que vous faites, vous, les élus ? ». Donc le sujet m'intéresse, comme beaucoup d'élus.

En Mayenne, on a la grande chance d'avoir des médecins à nos côtés qui travaillent depuis longtemps sur le sujet. Je voudrais citer le Dr Luc DUQUESNEL, Pascal GENDRY, François DIMA,

Dominique HÉRON qui est à la retraite mais a repris le travail dans une maison de santé de proximité à Laval, sorte de cabinet éphémère pour « accrocher » des jeunes médecins et les accompagner dans leur stage.

J'entends vos expériences et surtout votre envie de faire bien les choses et je me dis que qu'il faut mettre en avant l'énergie des territoires, mais il faut en parler et tous être des ambassadeurs de ce que vous faites. C'est ce qui fera changer l'idée qu'on se fait de la pratique de la médecine et surtout de comment l'organiser à l'avenir.

Je ne veux plus entendre que le coercitif est la bonne solution. Je dis toujours que l'on ne distribue pas ce que l'on n'a pas. Or, aujourd'hui la difficulté est là pour quelques années encore. Toutefois, on peut distribuer les bonnes idées et les bonnes initiatives qui, certes, ne peuvent se dupliquer car aucun territoire ne se ressemble et aucun acteur ne se ressemble. Ce sont vraiment des projets de territoire qui s'animent justement grâce à ces acteurs qui sont tous différents. On peut donc s'en inspirer, mais ce n'est pas une copie. On l'a bien vu avec Belle-Île, rien ne ressemble à ce territoire et rien ne ressemble au territoire de montagne ou au territoire rural.

Certains nous répondent « *mais comment faire quand on n'a plus de médecin ou pas d'élus qui s'engagent ou ont envie de faire des choses* ». Dans ce cas, je crois qu'il faut regarder autour de ce territoire qui est en difficulté ce que l'on peut tisser avec les territoires d'un côté. Cela a été dit, ce sont des chirurgiens du Mans qui sont venus vers vous. Il faut donc regarder comment « retricoter » les choses et essayer de trouver la petite étincelle ou le petit début de projet qui va pouvoir s'organiser.

C'est un objectif de la ministre de la Santé et du Premier ministre. Aujourd'hui, c'est la parole des territoires. L'organisation doit se faire en écoutant les uns et les autres. Il y a les médecins mais aussi tous les autres professionnels de santé. Des orthophonistes

me disaient dernièrement combien c'était important d'être présents dans ces MSP.

Chacun a sa part à apporter et aujourd'hui dans notre département, la protection maternelle et infantile est aussi à vos côtés dans ces MSP. Je crois que c'est une réelle plus-value que d'avoir des médecins de PMI aux côtés de médecins traitants pour le suivi et le passage des d'éléments.

On est finalement tous dans nos territoires, soit hier, soit aujourd'hui, soit demain en difficulté par rapport à la profession médicale et de santé, mais quand on touche le fond de la piscine on a tous envie de pousser pour refaire surface. Il faut trouver tous ensemble les solutions et je suis persuadée que les solutions d'aujourd'hui sont beaucoup plus performantes que celles d'hier.

Catherine DEROCHE, Sénatrice

Je suis présente au titre de la région des Pays de la Loire, dont fait partie la Mayenne, et j'ai en charge la mission de santé. Lorsque nous avons pris cette mission, nous nous sommes attachés à la mettre dans la Commission aménagement du territoire car la région n'a pas une compétence santé. C'est une compétence d'État, mais nous avons souhaité nous mettre aux côtés des élus locaux parce que lorsque nous avons réalisé des études et sondages nous nous sommes aperçus que les deux points qui inquiétaient les élus locaux étaient la fracture numérique et l'accès aux soins. Les deux sont d'ailleurs liés. Lorsqu'on parle télémédecine, il faut un bon accès au numérique comme l'a souligné Mme DOINEAU.

On s'est donc placé au côté des élus locaux et on a fait un travail avec l'ARS — et je veux saluer le travail réalisé avec Mme COURREGES, DGARS à l'époque. Nous avons réussi à mettre en place un plan santé.

Il n'y a bien sûr pas de solution miracle. Ce ne sont effectivement que des touches et tout est bon en matière d'accès aux soins car nous sommes en situation de crise.

Je trouve remarquable que le Conseil de l'Ordre ait avancé sur cette notion de site multiple pour l'exercice. Il faut vraiment ne pas avoir de tabou dans la réflexion et pouvoir lever tous les blocages quand il y en a (réglementaires, parlementaires, etc.), parce que les élus sont au bout du rouleau lorsque la population leur demande « *que faites-vous ?* »

Toutes les solutions sont bonnes à étudier et en région des Pays-de-Loire, on a mis en place un fonds régional d'accompagnement à l'innovation organisationnelle et en matière de santé. Nous avons soutenu l'expérience de Laval avec les médecins retraités qui viennent faire des consultations, nous soutenons la Mammobile du centre anticancéreux qui va aller faire du dépistage dans les territoires, nous soutenons le pôle de télé-médecine du Mans, etc.

On a aussi souhaité aller au-delà du soutien aux maisons de santé. C'est bien, mais le terme ne convient pas parce que pour les élus une maison de santé ce sont des murs, mais mettre des murs quand il n'y a pas de projet de santé, cela ne sert à rien. Il vaut donc mieux parler de pôle santé car un pôle peut être décliné sur plusieurs sites à l'échelle du territoire.

Il faut s'adapter au territoire. Tout est bon et nous avons souhaité aller au-delà et parfois forcer un peu l'ARS qui reste sur des critères assez stricts pour être plus souple.

Minh Dung NGUYEN, conseil départemental d'Eure-et-Loir, gynécologue

Le déficit de tous les hôpitaux publics a doublé entre 2016 et 2017 selon la FHF. Entre-temps, on entend toujours parler de fermetures de maternité, est-ce une bonne solution de tout fermer avec les déficits qui s'aggravent ?

Julien BOROWCZYK

Dans mon action de député et parce que

j'ai un hôpital local qui, lui, a réussi à garder sa maternité, je crois que la question aujourd'hui est d'être capable de garder un fonctionnement avec un tour de garde et des professionnels de santé qui permettent de garantir la sécurité, préoccupation des ARS.

On observe, et j'en témoigne dans ma région, qu'on arrive à garder une maternité pour des raisons territoriales. Les ARS et l'État souhaitent donc conserver une territorialité légitime quand il y a une logique de sécurité. Il faut garder en tête le principe de la sécurité des femmes et enfants.

Thomas MESNIER

On parle souvent de déserts médicaux, mais là où il n'y a pas de médecins, il y a d'autres difficultés que la simple présence médicale. C'est aussi ce qui participe à trouver des médecins qui viennent s'installer parce que le conjoint a des difficultés à trouver du travail pour la vie de famille, les loisirs.

On est devant la difficulté d'associer le maillage territoire et la qualité et la quantité de soins. Il ne faut pas rester figé sur les positions actuelles des établissements tels qu'ils sont et tels qu'on les connaît aujourd'hui. On est dans un monde qui change et les choses doivent évoluer et suivre ces changements.

Je prendrais l'exemple des services d'urgence que je connais mieux étant médecin urgentiste, il ne faut pas rester figé sur les services d'urgence qui seront amenés de fait à évoluer dans les prochaines années. Quand on sait les difficultés qu'on a en termes de moyens et d'effectifs et que des services d'urgence croulent sous le travail alors que d'autres voient moins de 20 ou 25 patients sur 24 heures, il est licite de penser transformation de services et en faire peut-être des services de soins non programmés ouverts la journée, mais pas des services d'urgence H24.

Cette réflexion qu'on peut avoir sur les services d'urgence, on peut aussi l'avoir sur la

maternité. L'obligation de maillage est là, mais l'obligation de quantité et de qualité des soins doit être conjointe en permanence. Il y a des choix à faire qui sont difficiles.

Georges GRANET, Président du Conseil régional de l'Ordre des médecins de Rhône-Alpes

Quant aux possibilités offertes par l'article 51, il y a des structures dont on ne parle jamais et qu'on utilise très peu que sont les structures dites de démocratie sanitaire. Nous, professionnels de santé, et en particulier les médecins, on a toujours tendance à penser que ce sont usines à gaz assez peu productives. Or, dans ces structures sont représentés tous les acteurs des territoires au niveau régional (conférences régionales de santé et d'autonomie) et départemental (conseils territoriaux de santé). Nous avons un projet dans le Rhône, né d'une réflexion ordinaire, qui pourrait lentement se mettre place. C'est un projet de travail coopératif dans une logique de parcours qui va pouvoir regrouper un GHT, un gros établissement privé et donc les différents intervenants libéraux de ce territoire. Il y a eu un facilitateur qui a permis de faire les premières réunions de travail et qui a vraiment été un catalyseur de l'action qu'est le conseil territorial de santé où siègent un représentant du conseil régional de l'Ordre, des URPS, et des usagers qui ont un rôle capital dans le montage de ces projets. Je trouve qu'on utilise assez peu ces structures qui ont certainement des ressources à offrir aux professionnels.

Natasha LEMAIRE

Effectivement, dans votre région, l'ARS mobilise et travaille avec la CRSA. Je n'étais pas informée de la mobilisation des Conseils Territoriaux de Santé, mais c'est une bonne chose car en proximité des parties prenantes. La logique de l'article 51 n'est pas prescriptive. Nous avons donc fait le choix

d'ouvrir le cadre, c'est donc aux acteurs au sens large de s'en saisir. L'idée étant de s'adapter aux territoires et aux acteurs et de ne pas calquer un cadre défini et fermé avec ce qu'il faudrait faire ici ou là. Donc félicitations à votre région et si cela ne se fait pas ainsi dans les autres régions, c'est sans doute parce qu'il y a des raisons qu'elles soient bonnes ou mauvaises. On ne peut pas obliger toutes les régions à procéder de la même manière. L'objectif est que chacun soit libre de trouver son propre chemin.

Jackie AHR, Conseiller national

Toutes les régions et les particuliers prennent des initiatives qui sont très intéressantes, mais je souhaiterais que l'État prenne deux initiatives : la première d'enterrer une fois pour toutes le fossé qui existe entre l'activité publique et l'activité privée parce que tous ces essais démontrent que ce serait une des solutions.

La deuxième que fera-t-on cet été quand les services d'urgence seront débordés par de la médecine générale et dans les mois qui viennent parce que toutes ces solutions ne s'appliqueront pas de suite ? Or, il suffirait que demain l'État décide que les médecins retraités qui acceptent de retravailler 3 jours par semaine, soient exonérés de l'Urssaf et de la CARMF ce qui permettrait de récupérer 3 000 à 4 000 médecins rapidement sur le terrain.

Gérard CHAMPAULT

Je suis retraité, j'étais professeur d'université et je suis aujourd'hui en CDD au centre hospitalier de Nogent-le-Rotrou. C'est une bonne fin de carrière car cela permet d'être dégagé de contraintes et de développer des initiatives.

Je voudrais revenir sur la question de la maternité, la nôtre est fermée depuis 2003, mais on a un CPP qui fonctionne très bien. Il n'y a aucune récrimination, le relai se fait très bien

dans le cadre du GHT avec la maternité de Chartres. Je crois donc que c'est une bonne solution et en tout cas une meilleure qu'une maternité à risque qui ne fonctionne pas bien.

Il y a aussi le carcan du découpage administratif, Nogent-le-Rotrou est à 10 km de la Normandie, qui est une autre région, et à 30 km des Pays-de-Loire. On est sur un bassin de vie à cheval sur ces 3 régions. Nous ne dépendons que de l'ARS Centre qui ne comprend pas que nous ayons des relations avec des établissements qui ne sont pas territoire de santé.

Dans le cadre du GHT, dont le centre est à Chartres, on est en butte à des tracasseries administratives, d'une part, parce qu'on fait travailler des privés qui sont là, comme ils le disent, pour faire de l'argent, or ils rendent des services qu'eux-mêmes ne peuvent pas rendre et, d'autre part, ils ne sont eux-mêmes pas capables de faire fonctionner leur propre unité d'ambulatoire ce qui crée des tensions.

Comme cela a été indiqué, je pense aussi qu'il faudrait décloisonner. Cela fait très longtemps que l'on en parle, l'activité de multisite, l'activité entre les libéraux pour qu'ils puissent travailler à l'hôpital et réciproquement. Par exemple, avec les libéraux qui travaillent dans cet hôpital, on peut commencer un programme opératoire à 7 heures 30. Je vous défie de trouver dans un hôpital public un programme qui commence à cette heure parce que le statut du praticien hospitalier ne rend pas la motivation suffisante pour s'investir dans ce genre d'activité. Il faut qu'il y ait un motif financier et que les services soient rémunérés à la hauteur de la tâche. S'il n'y a pas de médecins dans un territoire et qu'un médecin accepte de venir, il doit être payé en rapport.

Stéphane PINARD

À Belle-Île, l'urgence était le premier recours donc installer des médecins généralistes pour les consultations type maladie chro-

nique, la prévention, et après c'était le deuxième recours donc les spécialistes.

Pour faire venir les spécialistes soit je faisais venir des spécialistes du continent et comme on était en zone prioritaire ils avaient droit à 10 % de revalorisation, sachant qu'ils perdent une heure et demie de transport dans le bateau qu'ils se lèvent à 6 heures et qu'ils ont des charges qui continuent à courir sur le continent. Ce n'est pas très attractif parce qu'ils y vont de leur poche quand ils viennent sur un territoire en difficulté et ce n'est pas normal. Par conséquent le 10 % est peut-être à revoir. Soit je prenais des médecins retraités et il y en a beaucoup à Belle-Île, mais ils me disent qu'ils voudraient bien revenir mais que recotiser à la CARMF, Ursaf, etc., ce n'est pas possible. Je suis tout à fait d'accord, beaucoup de médecins partent à la retraite, ils ont de l'expérience et souhaiteraient avoir encore un peu d'activité professionnelle parce qu'ils ont du plaisir à soigner les gens et je pense qu'il faut les y aider.

Thomas MESNIER

Vous parlez du décloisonnement public-privé comme une solution, cela peut effectivement en être une, mais il y en a beaucoup d'autres et il faut les traiter toutes de front et c'est notre travail avec Élisabeth DOINEAU et Sophie AUGROS de nous rendre dans les territoires pour voir ce qui fonctionne. En l'occurrence, j'ai très envie d'aller à Belle-Île.

D'un point de vue législatif concernant l'activité des médecins retraités, il y a eu une avancée dans la dernière loi de finance de la Sécurité sociale qui a augmenté les seuils de revenus de 12 000 à 40 000 € annuels pour le cumul emploi-retraite. Il faut probablement aller plus loin et le bon vecteur est la prochaine loi de finance de Sécurité sociale à l'automne. Je serai, à titre personnel, favorable à ce que l'on augmente encore les seuils.

Jean-François RAULT, Conseiller national

Je suis Président du conseil départemental du Nord de l'Ordre des médecins et ancien Président de la section Santé publique et Démographie médicale au Conseil national.

On parle d'innovation, mais ce sont souvent des projets complexes et se pose la question de la pérennité des choses parce qu'il y a un coût et les professionnels de santé qui vont venir auront peut-être le risque de ne plus avoir d'activité au bout de quelques années dans ces gros complexes.

D'autre part, les médecins ont souvent le problème de la mise en place de ces projets qui sont compliqués et qui ont plus besoin d'aide dans d'ordre administratif et de secrétaire administratif.

Enfin, on parlait de coquille vide. On voit effectivement de plus en plus de municipalités qui font de magnifiques locaux, mais comme ils n'en ont pas discuté avec les professionnels de santé personne, personne n'y vient.

On parlait de formation initiale, il faut que les jeunes médecins, dès le 2^e cycle, aillent sur le terrain, réalisent des stages pratiques chez les praticiens et pas seulement les généralistes, mais aussi les autres spécialités. Si on veut avoir des gens sur le terrain, les hôpitaux c'est bien, mais les étudiants doivent connaître le terrain.

Natacha LEMAIRE

Quant à la première question qui concerne la pérennité, on est effectivement dans un cadre expérimental et la durée maximale des expérimentations est 5 ans. Il y a un petit côté pari sur l'avenir pour ceux qui présentent leur projet qui est d'imaginer le coup d'après, le fait que ce soit probant et que cela puisse devenir le droit commun, mais ce n'est pas garanti, c'est vrai. C'est le cas, mais c'est le propre de l'expérimentation.

En même temps, le principe est la preuve

de concepts, de montrer que cela fonctionne pour pouvoir étendre et pérenniser. C'est tout l'enjeu de ce type de dispositif, l'article 51 n'est pas le seul.

Quant à l'accompagnement, tous les acteurs ne sont effectivement pas égaux en termes de capacité à monter des projets, les définir. Nous en avons conscience et cela fait partie du rôle des ARS, qui ont reçu des fonds, d'accompagner les porteurs de projet qui en auraient besoin et de leur fournir des moyens adaptés, des compétences qui peuvent être disponibles en interne soit auprès de leurs collègues et homologues de l'Assurance maladie, soit des expertises qui existent dans la région, voire des prestataires. Là encore, c'est ouvert et il n'y a pas d'encadrement préétabli sur ce volet de l'accompagnement et de l'aide à l'émergence des projets.

C'est aussi peut-être et surtout un changement de posture et de culture pour les pouvoirs publics. Le fait d'accompagner et de susciter est un rôle qui peut être différent et percute toutes les organisations puisque les projets font souvent appel à des compétences qui sont réparties dans l'ensemble des directions des agences comme du ministère. Cela questionne donc nos organisations et prendra vraisemblablement un peu de temps.

Patrice DIOT

Concernant le stage de 2^e cycle dans les structures libérales, je n'ai pas de problème de principe sur le sujet. On ne part pas de rien puisque aujourd'hui 100 % des étudiants font un stage de médecine générale au cours de leur 2^e cycle, mais vous proposez qu'on l'élargisse aux autres disciplines.

Toutefois, on part quand même de loin mais parce que aujourd'hui toute la formation dans les autres disciplines se fait en CHU. Le premier pas est de sortir d'une formation trop CHU centrée et après élargir les stages dans le privé n'est pas si simple que cela.

Il faut oublier le vocabulaire externe-interne qui est d'un autre âge, aujourd'hui ce sont des étudiants de 3^e ou 2^e cycle. Ceux de 2^e cycle ont toutes les compétences à acquérir, cela demande un investissement beaucoup plus considérable qu'on ne peut l'imaginer. Cela ajoute donc du temps à l'ensemble des activités que le praticien fait avec l'étudiant. Cela nécessite une formation à la maîtrise de stage universitaire, et en tant que doyen j'y suis attentif, avec un regard académique de l'université. Il y a souvent des polémiques mais je suis aussi très attentif à ne pas brader la qualité de la formation médicale en France qui reste une des meilleurs du monde.

Pour toutes ces raisons, je pense que ce n'est peut-être pas la priorité dans l'immédiat.

Jean-Louis BENSOUSSAN, Secrétaire général MG France

Je reviens sur les ARS, quand on a mis en place les textes sur le CPTS, c'était un peu la même chose. Il suffisait d'une lettre d'intention avec un projet de santé qu'on déposait à l'ARS. On nous disait que cela irait très vite, que l'on aurait des fonds pour démarrer.

À MG France, on croit beaucoup au CPTS, mais on voit aujourd'hui des blocages sinon des freins de nombreuses ARS. On n'a qu'environ 300 CPTS en place dont, d'ailleurs, 60 dans la même région.

Sur l'article 51, on peut aussi avoir la crainte que des ARS ne fonctionnent pas de la même façon. Comment harmoniser les réponses et les portages par les ARS ?

Je voudrais savoir quel est le modèle économique des 9 médecins généralistes à Belle-Île. Comment gagnent-ils leur vie ? Comment fonctionne la part du salaire et la part des honoraires ?

Natacha LEMAIRE

J'évoquais tout à l'heure les échanges entre porteurs de projet et ARS. On a ce même niveau d'échange entre ARS et administration centrale puisque nous avons des référents article 51 partout avec lesquels nous discutons fréquemment. Donc toute la logique de ce dispositif est de se mettre au service des acteurs et des porteurs. Nous n'attendons donc pas que les projets soient finalisés, formalisés, y compris sous la forme de la lettre d'intention que j'évoquais pour avoir ce type de dialogue et évoquer avec eux les pistes.

On essaie aussi de les soutenir et de leur apporter du soutien dans les modalités de réponse vis-à-vis des acteurs. Tout cela ne se fera pas en un claquement de doigt, il faudra du temps, mais je crois que c'est en train de prendre.

Stéphane PINARD

Quand on prend l'avion, il y a puissance importante au décollage et après le régime baisse un peu en altitude. Nous avons puissamment décollé avec l'ARS et arrivé en altitude nous avons l'impression de ne plus avoir de kérosène. Cela fait un an ou deux ans que nous sommes « timidement » accompagnés et que nous demandons un rendez-vous avec le DGARS parce que beaucoup de dossiers n'avancent plus.

On a l'impression que l'urgence était là en 2012 et que tout le monde s'y est mis et qu'après une fois que le projet est né et a démarré, ils se mettent sur un autre projet qui est certainement plus urgent, mais le fait est que nous ne sommes plus accompagnés.

Nous avons initié des projets qui sont abandonnés ou ne progressent plus. Par exemple, on est tous médecins correspondants de Samu, on n'a pas de sac ni de formation continue. On a trouvé un ophtalmologue retraité qui veut bien venir sur

l'île, mais on n'a pas de matériel, on a donc demandé une enveloppe budgétaire pour acheter un peu de matériel, mais on nous a dit qu'il n'y avait a priori pas de budget. Nous avons donc voulu faire une opération de *crowdfunding* pour faire participer la population, l'ARS nous a alors répondu que ce n'était pas possible parce que cela voudrait dire que l'État se désengage et qu'ils allaient nous trouver un budget.

Quant au financement, on est à peu près un tiers salarié de l'hôpital de proximité et deux tiers libéral. Avant, j'avais un chiffre d'affaires brut de 180 000 € quand j'étais installé en libéral classique avec des semaines horribles et faisais la course à l'acte. Je voyais les patients toutes les 10 minutes, parce que je devais absolument faire entrer de l'argent, j'avais des charges 10 000 à 11 000 € de charges par mois (CARMF, secrétariat, fioul, électricité, assurance, ordinateur, etc.)

Aujourd'hui, j'en ai fini de ce système, je prends 30 minutes par patient. La consultation est toujours à 25 €, mais j'ai moins de charges parce que je travaille en collaboration avec l'hôpital de proximité. Le loyer est bien moindre, le secrétariat est aussi moindre. On n'a plus de souci de fuel, d'électricité, de ménage, tout est compris dans le loyer de 200 € par mois au lieu de 700 € avant. J'ai aujourd'hui 600 € de secrétariat au lieu de 1 500 € avant. L'argent que je ne mets pas dans les charges, je peux le mettre dans du temps avec mes patients. Alors aujourd'hui, je gagne que 60 000 € en libéral, mais comme j'ai moins de charges j'arrive à mieux vivre et soigner mes patients.

Je crois par conséquent qu'il faut repenser l'ancien modèle. Après, faut-il arrêter le paiement à l'acte ou pas, c'est un grand débat. L'ancien modèle est fatigant parce qu'ils nous obligent à courir et voir un patient en 10 minutes n'est pas satisfaisant.

On a ensuite la permanence des soins, nous faisons la nuit profonde parce qu'on est sur une île et que nous n'avons pas le choix, mais on le fait volontiers. Nous travaillons

donc les week-ends, la nuit, et ce n'est pas toujours évident de se lever 3 ou 4 fois la nuit quand il faut aller travailler le lendemain.

Ce qui était attractif la première année, c'était la défiscalisation parce qu'en zone prioritaire. Toutefois, 3 ans après quand on sort la tête de l'eau, on est plus en zone prioritaire et plus défiscalisé. Comme on l'indiquait tout à l'heure, il n'y a pas de pérennité. Par exemple, je me suis engagé et ai fait venir 8 jeunes médecins dont 4 primo-installation, en leur expliquant qu'il a un modèle économique qui tient à peu près la route avec un travail de qualité et 2 ans après on change la donne, ce n'est plus défiscalisé sauf que les revenus sont moindres que sur le continent avec des charges personnelles privées supplémentaires liées à l'insularité (bateau, immobilier, etc.)

C'est bien d'aider un territoire en crise, mais c'est aussi important de laisser traîner un peu les aides parce que cela peut mettre en péril ce qui a été mis en place.

Jean-Paul ORTIZ, Président de la confédération des syndicats médicaux français

Je pense qu'il faut lever l'ambiguïté, l'article 51 est un sujet, la constitution et l'accompagnement des CPTS en est un autre. L'article 51 permet des dérogations et de ce point de vue peut permettre de créer des initiatives dans les territoires qui sont intéressantes. Mais constituer une CPTS ne nécessite pas un article 51 ni de dérogation.

Aujourd'hui, 200 CPTS ont déposé un projet accompagné par des ARS dont 67 en Normandie, ce qui est peut-être à revoir. Ces initiatives ont été portées par des pionniers et la Confédération croit beaucoup aux CPTS qu'il faut accompagner en termes de portage de projet et éviter les cahiers des charges de plus de 40 pages dans certaines ARS. Il faut simplifier et donner les moyens aux acteurs de terrain et aux initiateurs d'être accompagnés dans leur projet de CPTS parce que l'avenir de l'exercice coordonné en ville passera par ces consti-

tutions de CPTS et je pense que l'État a une responsabilité à ce niveau.

Concernant l'exercice mixte, oui, trois fois oui, mais pourquoi depuis des décennies l'hôpital public s'évertue à exclure les libéraux qui y interviennent ? Pourquoi avoir fait des attachés un statut humiliant pour les médecins libéraux qui y intervenaient ? Pourquoi avoir supprimé tous les postes temps partiels à l'hôpital public ?

Le lien entre la ville publique et l'hôpital était fait par des médecins. Aujourd'hui, on veut revenir en arrière, c'est bien mais c'est trop tard. On aurait dû continuer cette richesse que nous avons le secteur public et le secteur libéral et je pense qu'on n'a pas su sauvegarder cette richesse.

Enfin, concernant la formation, je suis ravi d'entendre ce qui passe dans la région Centre, mais pourquoi cela ne se fait pas ailleurs ? Comment attirer des jeunes médecins toutes spécialités confondues s'ils ne connaissent pas l'exercice en ville dans toutes les spécialités ? On y arrive en médecine générale à 6 mois et maintenant ça va passer à 1 an, mais en spécialité autre que médecine générale c'est malheureusement anecdotique. Il faut absolument parvenir à faire découvrir cet exercice en ville si on veut maintenir cette richesse et partout dans toutes les facultés et c'est un vrai problème.

Patrice DIOT

Je n'ai pas été suffisamment clair, toutes les facultés vont y aller, c'est dans le projet de réforme du 2^e cycle porté par Jean-Luc DUBOIS-RANDÉ et accompagné par les représentants étudiants.

Nous avons-nous-mêmes proposé de le faire de suite parce que c'est une façon d'expérimenter et de découvrir des difficultés qu'on n'imagine pas toujours au départ et qui m'ont conduit à être un peu prudent dans ma réponse sur l'ouverture au stage privé mais toutes les facultés iront.

Natacha LEMAIRE

Je suis d'accord concernant les CPTS, elles n'ont pas besoin de l'article 51, mais elles peuvent mobiliser l'article 51. J'ai bien reçu le message sur les complexités administratives inutiles.

Véronique GUILLOTIN

Je crois nécessaire de revoir les modes d'exercice. On a parlé du lien ville-hôpital, c'est une chose et des personnes retraitées qui pourraient réintervenir, mais recotiser c'est compliqué. Je crois qu'il faut absolument libérer ces passerelles et permettre que ces exercices mixtes puissent se généraliser.

On n'en a pas parlé, mais je le ferai avec les fermetures de maternité de niveau 1 qui sont aujourd'hui de plus en plus fréquentes, comme on le voit dans la presse. Quand on s'intéresse aux raisons, elles sont différentes. Certaines ont un taux de naissance inférieur à la moyenne et en dessous de 300 bébés on dit que c'est insuffisant, dont acte. Certaines ont un nombre suffisant, mais par contre pas de médecins et elles ferment. D'autres maternités ont plus de 600 bébés, des médecins, mais on leur dit qu'ils n'ont pas le bon statut, c'est-à-dire que ce ne sont pas des CDI attachés à l'hôpital, mais des obstétriciens qui viennent donner du temps médical. Ce sont des intérimaires ou des CDD. Les hôpitaux ont créé certaines manières d'innover pour maintenir ces maternités et du coup, on se retrouve avec des équipes médicales composées de un ou deux CDI stables et d'une équipe médicale autour avec des remplaçants ou intérimaires qui sont néanmoins très souvent les mêmes, l'équipe médicale n'est pas instable, mais on agite le risque de faire fermeture parce qu'on ne peut fonctionner avec des remplaçants.

Beaucoup sont dans ce cas aujourd'hui. Le ministère le dit bien pour la ville : les médecins aujourd'hui donneront du temps médical différent, mais ne seront plus toujours

dans la même ville. Dans les hôpitaux, on est aussi sur ce niveau, il y a une vraie réflexion qu'il est urgent d'engager parce que si on reste figé sur les statuts d'avant, on fermera un quart des services hospitaliers.

François ARNAULT

Sur la collaboration public-privé, je suis d'accord avec M. ORTIZ. J'étais attaché dans un CHU depuis 20 ans et ai fait partie du contingent de médecins qu'on a licencié du jour au lendemain sans explication. Le lien a été coupé avec le territoire c'est vrai, mais toujours dans cette logique on n'a pas assez parlé des GHT. Le GHT est l'exemple de ce qu'il ne faut pas faire, c'est-à-dire qu'on a donné le pouvoir aux grands hôpitaux de cloisonner le territoire pour l'irriguer avec des médecins du CHU. D'une part, cela dépeuple les CHU qui, pour certains, ne sont pas si bien pourvus que cela en médecins et spécialistes. D'autre part, on se coupe souvent de médecins qui ont des qualifications tout aussi bonnes et qui sont dans les petites ou moyennes villes. Par principe, la pensée hospitalière ne se tourne pas vers eux.

Le département des Deux-Sèvres l'a compris. Le directeur du centre hospitalier de Niort a modifié le statut du GHT qu'il a transformé en GST (groupement de santé de territoire) dans lequel il a inclus les établissements privés, les deux cliniques de Niort, tous les centres médicosociaux publics et privés, les libéraux et avec un comité stratégique où tous les acteurs sont membres, y compris le Conseil de l'Ordre.

Ils ont complètement changé l'approche de la prise en charge de la population. Il faut regarder comment prendre en charge la population. Les GHT cloisonnent et ne peuvent pas donner les moyens car ils n'ont pas le personnel suffisant pour le faire et ce n'est pas bon.

Il faut au contraire décroisonner dans l'autre sens, c'est-à-dire que tout le monde fasse fonctionner des centres de soins comme à

Nogent-le-Rotrou.

Il faut changer et rapidement parce que les dégâts continuent dans les territoires et des petits hôpitaux sont fermés par les grands oubliant la prise en charge de la population. Ils n'ont pas cette vue de l'accès aux soins.

Franco GRACEFFA, conseil départemental du Pas-de-Calais de l'Ordre des médecins

Je suis actuellement sur deux chantiers notamment la permanence des soins du Pas-de-Calais et pour répondre au Dr AHR qui s'inquiète de l'été qui sera chaud dans les urgences, je suis récemment intervenu au CODAMUPS devant un collègue urgentiste et ai demandé pourquoi ils ne régulaient pas à partir des urgences, mais on se dispute à chaque fois et on en revient sur la « bobologie », à « quand ils entrent de la cour de l'hôpital, on est responsable de leur état », etc. C'est une vaste hypocrisie parce que le problème des urgences est à la fois la régulation des entrées qui coûtent beaucoup d'argent à la Sécurité sociale et leur organisation des lits libres puisqu'ils sont encombrés dans les couloirs parce qu'ils sont mal organisés (lits fermés pour des raisons de congés, etc.)

Je veux bien que des urgentistes fassent des rapports sur les soins non programmés de temps en temps, et je respecte votre travail, mais parfois vous exagérez parce que le problème de la régulation de l'entrée permettrait de régler le problème de l'été.

Par ailleurs, le zonage Pas-de-Calais est une catastrophe. Nous avons des endroits difficiles où il y avait des maisons et les médecins sont partis en retraite. Or, maintenant le zonage va se faire avec des chiffres de l'INSEE, c'est-à-dire la surmortalité, le nombre d'actes par endroits. On se retrouve avec des gens qui avaient des structures et des incitations fiscales qui sont maintenant balayées par ce zonage.

Thomas MESNIER

Vous interpellez le confrère urgentiste, mais je suis député parlementaire et le travail que je mène depuis des mois n'est absolument pas celui d'un médecin urgentiste, mais d'un parlementaire qui essaie de prendre du recul avec la connaissance du système de soins qu'il a, en toute modestie, pour améliorer les choses dans l'intérêt général, l'intérêt premier de la population, des usagers, patients et professionnels. Je ne répondrai pas en tant que médecin urgentiste, ce n'est plus ma condition aujourd'hui, je n'exerce plus même si cela me manque parfois. Il y a des difficultés et je les traite dans mon rapport, telle que la régulation et je parle de régulation mutualisée urgentiste-généraliste qui est une voie d'avenir ainsi que de la régulation à l'entrée des urgences à terme.

David TAUPENOT, Régulib Nièvre Yonne

Je suis installé depuis 1996 et j'ai vu tour à tour depuis mon installation, la fermeture des urgences de Clamecy, la fermeture de la maternité Clamecy, bientôt la fermeture de l'accueil des urgences Clamecy et du Samu 58.

Je veux poser un cas clinique, je suis aussi médecin ayant passé convention pour pratiquer des IVG à mon cabinet. Or, depuis la fermeture de la maternité de Cosne, je ne suis plus dans les clous réglementaires pour accueillir au cabinet les femmes désirant pratiquer des IVG parce qu'elles sont à plus de 30 mn de l'hôpital de référence qui est devenu celui d'Auxerre (80 km/h, 45 km). Comment résoudre ce problème de l'accès aux soins de femme désirant bénéficier d'une IVG ?

J'aurais au moins une quinzaine de questions concernant l'exercice rural pour M. MESNIER dont j'ai lu avec attention le rapport et à M. DIOT parce que j'ai entendu dire que l'accès des étudiants aux études de médecin était primordial. Dans la Nièvre, 80 % des étudiants de Nevers vont faire leurs

études à Clermont-Ferrand et comme 40 % des médecins s'installent dans leur lieu de formation, ils ne reviendront pas dans la Nièvre. On essaie d'avoir des ponts ou des passerelles entre l'Auvergne et la Bourgogne, mais c'est impossible de la part du Doyen de l'université qui ne veut pas ouvrir un centre d'études à Nevers. C'est donc non seulement un problème d'accessibilité aux soins, mais aussi aux études.

Je suis aussi maître de stage universitaire, mais je n'ai plus de stagiaires parce que je suis à 150 km de la faculté. Si je n'ai pas de stagiaires, je n'ai pas de remplaçant, etc. M. MESNIER n'est pas venu auditionner la région Bourgogne-Franche-Comté et voir comment se pratiquait la médecine générale de tous les jours. Je me pose plein de questions et j'ai encore un tiers d'exercice professionnel à faire.

On parle de mesures incitatives à l'installation des médecins, mais qu'en est-il des mesures incitatives fiscales pour le maintien des médecins dans nos « coins » déserts ?

Patrice DIOT

Cela nous ramène à une autre dimension du zonage. L'organisation du 3^e cycle des études de médecine est fondée sur une répartition des subdivisions qui est, en effet, très rigide, je suis d'accord. Le doyen de Dijon est très ouvert et je pourrais lui parler de la difficulté que vous soulevez.

Pour ce qui me concerne avec les régions limitrophes, nous avons convenu avec nos collègues doyens de cesser de dire que, par exemple, à Châteauroux ne peut aller en stage de 3^e cycle qu'un étudiant issu de la faculté de médecine de Tours alors que certains territoires du département de l'Indre sont beaucoup plus proches de Limoges. C'est une question d'intelligence collective et d'esprit d'ouverture. Je suis d'accord, il faut y mettre de la souplesse.

Toutefois, il ne faut pas non plus imaginer qu'il est pertinent de multiplier les lieux de

formation. Les moyens sont contraints, il faut garder la qualité de formation. Il faut être inventif, mais je crois qu'il ne manque pas de lieu de formation. La densité de la formation médicale en France est supérieure à celle de l'Allemagne, du Canada et des États-Unis dont on ne peut pas dire qu'ils ont mal pensé leur système de formation.

Je voudrais apporter une nuance aux propos de M. ARNAULT sur le rôle des CHU dans le GHT, nul ne peut me suspecter d'être complètement obsédé par le rôle des CHU dans le système de santé après ce que j'ai dit ce matin. Pour autant, j'exerce dans un CHU et ce ne sont pas les CHU qui ont demandé toutes les charges qu'on leur a imposées dans le cadre des GHT. Il ne faut pas tomber dans le CHU *bashing* que l'on voit aujourd'hui trop souvent. Les CHU contribuent à la qualité de la médecine en France et ils ne sont pas les seuls. Mes collègues qui vont rendre des services dans les territoires, y vont parce qu'on leur a demandé et surtout pas pour prendre la place des autres qui pourraient très bien le faire.

Natacha LEMAIRE

Votre exemple sur l'IVG montre bien que nos règles sont assez vite obsolètes et doivent être revues pour justement prendre en compte les questions d'accès aux soins. Sachant que pour l'IVG, c'est un peu comme pour les maternités, les 30 minutes avaient été prévues pour garantir la sécurité de prise en charge des femmes. Il va donc falloir être inventif et trouver d'autres façons d'y répondre tant pour maintenir une certaine proximité que la qualité de la prise en charge, et la réponse est loin d'être évidente.

David TAUPENOT

Je suis aussi médecin régulateur président d'une association de régulation sur la Nièvre et l'Yonne et à ce titre, j'ai aussi des appels concernant ce genre de prise en charge. Je suis régulateur de-

puis 18 ans et j'ai aussi été hospitalier régulateur et maintenant je suis libéral régulateur.

Perrine TARNEAUD

Je remercie Mme LEMAIRE qui doit nous quitter.

Bruno BOYER, Conseiller national

On a parlé tout à l'heure des difficultés rencontrées par les acteurs de terrain très inventifs, très utiles et nécessaires aux territoires pour mettre sur pied des projets dont la composante administrative, voire l'installation, peut être complexe. En Lorraine avec Véronique GUILLOTIN on a fait exister une structure d'intermédiation entre les étudiants et territoires qui s'appelle la Passerelle, qui passe par le biais d'une chargée de mission qui est présente dans les locaux de la faculté et au conseil départemental de l'Ordre. Cela fonctionne bien et peut-être pourrait-on faire la preuve du concept de structure d'incubation au projet de structure coordonné, au projet d'installation, c'est-à-dire qu'il y a un peu d'argent autour de l'installation dans les territoires ciblés qui pourrait financer cet incubateur pour partie qui serait sous l'égide, de l'Ordre des médecins, de l'État et de l'ARS, et ainsi mettre à disposition des porteurs de projet : du temps comptable, du temps ressources humaines, du temps architecte, du temps urbaniste, du temps directeur d'hôpitaux. L'ensemble des acteurs concernés par l'établissement utile à la population pourrait se retrouver à travers cet incubateur, qui se réunirait de façon suffisamment rapprochée dans le temps pour que les projets avancent rapidement et que les choses soient ficelées de façon opérationnelle. On a fait part de cette proposition au DGARS du territoire il y a quelques mois et on attend la réponse. Il me semble que ce concept gagnerait à être étudié.

Thomas MESNIER

Nous ne nous sommes pas rendus en Bourgogne-Franche-Comté dans le cadre de la mission de soins non programmés, mais nous sommes allés dans le Doubs et avons auditionné des personnes de Saône-et-Loire et de l'Yonne, on ira à la rentrée dans la Nièvre, mais on ne peut malheureusement pas aller partout.

J'ai vu le dispositif Passerelle sur place, c'est innovant et intéressant et cela fait partie des modèles qu'on sera probablement amené à généraliser au niveau national dans les prochains mois.

Bruno BOYER

Pourrait-on aller plus loin en testant ce concept plus large et puissant d'incubateur ?

Thomas MESNIER

Cela fait partie des réflexions que nous avons eues dans nos échanges avec la faculté de Nancy. C'est tout l'enjeu de ceux qui ont lancé ce schéma dans votre territoire d'être toujours en avance et de tester les choses. Je crois que c'est une piste très intéressante pour la suite.

François ARNAULT

Je précise que l'initiative de la Passerelle est détaillée sur le site de l'Observatoire.

Julien BOROWCZYK

Le dispositif Passerelle est important, comme celui pour Belle-Île. C'est important de créer, mais c'est aussi important d'accompagner après et il faut que cela dure.

Pour revenir sur les nombreuses questions posées et qui sont importantes, il s'agit finalement de trouver comment faire pour que les professionnels de santé se sentent vraiment

accompagnés et concrètement aidés sur le territoire. On n'a pas assez parlé aujourd'hui — et c'est normal parce que nous sommes à l'Ordre des médecins — des autres professionnels de santé. On parle beaucoup de CPTS à juste titre, elles existent mais il faut parvenir à les créer de façon un peu plus organisationnelle, c'est-à-dire créer un réseau de collègues autour de soi. Il est dommage de ne pas être capable de travailler avec un logiciel commun, un DMP, etc.

Le territoire rural tel qu'il a été décrit dans la Nièvre est un cas concret que nous, législateurs, devons impérativement entendre parce qu'il y a bien sûr aujourd'hui des dispositifs innovants, mais aussi une nécessité de dire qu'il y a des choses qui fonctionnent, des gens qui travaillent au jour le jour sur le terrain et qu'ils ont besoin d'être entendus et aidés dans leurs problématiques de tous les jours.

Il ne suffit pas de créer, il faut aller jusqu'au bout. Je suis donc à l'écoute de ce genre de considérations, tant qu'on n'aura pas exactement compris comme fonctionne la médecine, en particulier générale, et l'accès aux soins dans toutes les régions, on ne pourra pas travailler sereinement et les confrères et consœurs ne s'installeront pas.

On n'a pas non plus évoqué la démographie médicale dans les sens où on a de nombreux médecins mais qui ont envie de changer d'horaires, de façon de travailler, etc., avec un recours aux soins qui est de plus en plus important. Comment gérer ce recours aux soins, peut-être par de la délégation et un partage de compétences. Cela n'a pas été abordé, mais c'est un sujet d'actualité sur lequel il faut travailler.

Marc POSTEL-VINAY, Président de doca-dom.fr

On a deux domaines de compétences que sont la digitalisation de la visite à domicile en médecine générale et le partage des données de santé sécurisé qui sont générées à domicile.

On a une solution interopérable des médecins avec Apicrypt, on est interconnecté avec le DMP. L'objectif est que le compte rendu généré par le médecin qui arrive à domicile soit en temps réel partagé avec l'ensemble des acteurs de soins qui prennent en charge les patients.

On a beaucoup parlé du lien ville-hôpital et, nous, nous parlons du lien ville-domicile-hôpital parce qu'avec la généralisation de la chirurgie ambulatoire ce qui passe au domicile est très important.

On a aussi parlé de création de temps médical. Or, en France on sait qu'il y a 12 000 remplaçants dont une partie non négligeable est thésée et pour qu'ils exercent il faut qu'ils prennent la place d'un médecin installé. Donc en réalité, il n'y a pas de création de temps médical.

On est une start-up installée à Neung-sur-Beuvron et, même si on a fait un test de notre solution à Paris, on a à cœur de pouvoir créer des solutions pour amener des médecins en région.

Ne pourrait-on pas réfléchir à une solution, pour ce statut de remplaçant en zone rurale, de double activité avec un médecin titulaire qui est en cabinet qui prend en charge ses patients et un médecin qui vient une ou deux fois parfois pour assurer les visites à domicile des patients de ce médecin titulaire.

Thomas MESNIER

Je n'ai pas encore d'avis sur le statut de médecin remplaçant en tant que tel. En revanche, le fait de pouvoir venir ponctuellement, voire multisite, en appui constitue des éléments sur lesquels on progresse. Avec Mme DOINEAU on va rendre notre rapport sur la première année de plan à l'égal accès aux soins fin d'été/début d'automne et nous en parlerons d'ici là.

François SIMON

Le contrat de médecin adjoint est en cours de rédaction. La position de l'Ordre est prête et sera soumise au ministère.

Un médecin adjoint est un médecin qui a la capacité de remplacer, qui a la formation d'un remplaçant, et qui peut venir dans certaines conditions travailler auprès d'un médecin exerçant. Cela nécessitait auparavant un arrêté du préfet pour afflux particulier de la population.

L'Ordre avait le souhait de le simplifier, considérant que c'est un déséquilibre entre l'offre et la demande, afin qu'il n'y ait plus besoin de l'arrêté.

D'autre part, le remplaçant classiquement est quelqu'un qui remplace un médecin qui n'est plus là. C'est l'article 65 du Code de déontologie que nous avons déjà modifié il y a 7 ou 8 ans parce qu'un médecin remplacé ne pouvait exercer sauf qu'en tant que salarié.

Aujourd'hui, s'il y a un besoin particulier, le conseil départemental peut donner l'autorisation d'un remplacement pendant que le médecin est ailleurs.

Éric BLONDET, Président de l'Union régionale des médecins libéraux en Bourgogne Franche-Comté

On s'était rencontré à Pontarlier pour le cabinet éphémère, mais pas pour le renforcement de l'accès territorial de soins. L'intervention de M. PINARD me paraît essentielle sur l'effet d'aubaine lié aux dispositions fiscales temporaires qui vont créer un appel d'offres, mais avec des confrères qui se retrouvent rapidement dans des situations comptables et fiscales très compliquées quand ces leviers fiscaux sont levés.

On l'a vu au tout début des MSP où des médecins installés d'une soixantaine d'années ont fait venir 2 ou 3 jeunes médecins : la MSP s'est créée, puis départ à la retraite, pas de

remplaçant, et on se retrouve à 2 médecins exerçant et assurant les charges d'initialement 4 médecins. Ce sont des données économiques qu'il faut garder à l'esprit et sur lesquelles il faut préparer les jeunes confrères. Il y a probablement un manque dans la formation du médecin en France sur cette notion de l'entreprise médicale et les différents aspects contractuels. L'autre aspect concerne l'outil de diagnostic des territoires. On parle beaucoup de territoire mais il est finalement difficile d'avoir des retours. On a encore beaucoup de visions encore très colbertistes visant à uniformiser, généraliser sur un ensemble de territoires des solutions qui ont émergé sur une situation donnée, d'un diagnostic porté par des professionnels ou des élus et éventuellement des pilotes type ARS, etc. Or, certains des outils qui nous sont imposés me semblent catastrophiques.

On a évoqué le zonage, on va avoir des zones rouges qui vont nécessiter la mise en œuvre de toutes les mesures d'aide à l'installation et d'un côté une zone blanche. Une zone rouge est basée sur l'APL, cela veut dire que dans 5 ans vous n'aurez plus aucune offre de premier recours dans cette zone rouge. Toute la population va passer sur le canton d'à côté ou le bassin de bien d'équipement d'à-côté. On va reporter cette charge sur les structures de premier recours de la zone blanche.

Le zonage tel qu'abordé ici est une grave erreur et ne tient pas compte des appétences des jeunes médecins d'un exercice regroupé avec éventuellement un cabinet secondaire ni du report de charges sur des structures réputées non en tension et suffisante par rapport à l'instant T et qui va avoir un effet délétère parce qu'on va essayer de pousser un jeune vers une zone en difficulté plutôt que de l'encourager dans un projet médical.

Perrine TARNEAUD

On arrive au terme du débat je propose donc une réponse globale.

Gérard MONTAGNON, Président du conseil départemental de Saône-et-Loire de l'Ordre des médecins

Je voudrais apporter un témoignage, nous avons participé à la réunion du CODAMU qui a eu lieu le jour de la sortie du rapport du Dr MESNIER.

Nous faisons à ce moment-là deux propositions. Une première sur la permanence des soins puisqu'en Saône-et-Loire il y a 100 000 habitants dont 20 % qui n'ont plus accès à la permanence des soins. Cette organisation est donc devenue obsolète. On proposait donc de nous regrouper sur nos 22 secteurs en 6 grands secteurs adossés à des maisons médicales de garde à proximité d'hôpitaux. Or, on se heurte à la forte opposition, d'une part, de la part des médecins qui ne participent plus à la permanence des soins en raison de la notion de volontariat et, d'autre part, beaucoup de médecins déjà installés dans des structures n'ont plus envie de se déplacer dans une maison médicale de garde même s'ils font moins de gardes mais avec activité plus importante. On va donc essayer de mettre en place sur le secteur de Mâcon un premier regroupement qui sera purement expérimental et on verra ensuite si on peut l'étendre.

Notre deuxième proposition concernait la plage des consultations non programmées donc hors permanence des soins. J'ai lu dans le rapport MESNIER qu'on envisageait plutôt une coercition et c'est ce que nous avons un peu envisagé aussi parce qu'un article du Code de déontologie parle de la continuité des soins qui est une obligation ordinaire. Plutôt que d'aller vers la coercition, nous avons commencé à faire enquête sur les propositions qui existent déjà. Le Centre 15 qui est prêt à participer à la régulation le jour, nous demande les plages de médecins actuellement disponibles parce qu'ils ne peuvent pas orienter les patients. Ils les envoient le soir à la garde ou aux urgences.

Dans un premier temps, notre travail sera donc de colliger tout ce qui est mis en place et beaucoup est déjà fait. On ne peut donc

pas en permanence accuser les médecins de se désintéresser des soins non programmés, ce n'est pas vrai.

Thomas MESNIER

On est tout à fait d'accord sur la question de la collecte d'informations sur ce qui se fait dans les cabinets, les maisons de santé, jusqu'à la régulation. C'est une des grandes difficultés, je ne sais pas si cela transparaît dans le rapport, mais l'idée est que les plannings des médecins et des plages de soins non-programmés soient communiqués à la régulation afin d'optimiser toute l'organisation du soin en période de journée.

Je sais que les demi-journées de consultation ont créé beaucoup d'inquiétude. C'est une proposition et dans mon esprit ce n'était pas du tout coercitif, mais un modèle issu des nombreuses auditions que nous avons menées.

De toute façon, il faut avancer et soit trouver des plages de consultations, soit en mettre un certain nombre par jour, soit mettre des plages de demi-journée. Il y a une organisation à trouver localement, mais l'important c'est le lien avec la régulation.

Stéphane PINARD

Je voudrais parler du modèle économique entre l'hôpital de proximité et les médecins libéraux qui travaillent en leur sein, quand je suis arrivé il n'y avait plus de médecin localement, l'hôpital hospitalisait beaucoup de patients qui étaient déséquilibrés : les diabètes n'étaient plus suivis, il n'y avait plus de surveillance d'hémoglobine glyquée, les patients géraient seuls leur plaie, les ordonnances étaient estampillées 10, 11, 12 fois par les pharmacies. Il y avait donc une activité hospitalière localement forte avec beaucoup de transferts vers les urgences du continent.

Aujourd'hui, il y a 9 médecins et on fait beaucoup de prévention, de suivi et l'hôpital se trouve finalement en difficulté dans ses comptes parce qu'il y a moins d'hospita-

lisations. Tout ce qu'on fait en soins non-programmés libéral ne vient plus dans les soins inopinés de l'hôpital. L'hôpital se trouve aujourd'hui quelque part un peu floué par notre activité libérale.

Il faut trouver un compromis. Je ne sais pas comment financer ce type de fonctionnement, mais il y a probablement quelque chose à écrire. On ne peut pas faire fonctionner le système comme on le fait à Belle-Île avec l'ancien modèle de fonctionnement et de financement.

Concernant notre statut, nous sommes médecins libéraux de ville, on travaille au sein de l'hôpital public. Quand je suis arrivé en 2012, il a fallu qu'on se rémunère en salariat et on était payé en demi-plages additionnelles, ce qui était inadapté, mais il fallait bien partir de quelque chose.

Aujourd'hui, on essaie avec la directrice de l'hôpital d'écrire un accord-cadre, c'est-à-dire un contrat qui tienne la route, cohérent et qui rémunère à juste titre notre activité et notre implication dans l'hôpital de proximité.

Sur tout ce qui se discute aujourd'hui, on a 5 ans d'avance à Belle-Île, mais on se heurte aussi à des difficultés liées à notre côté innovant parce que nous faisons des choses qui n'existent pas et on a du mal à les écrire sur le papier et là on aurait besoin d'aide.

Julien BOROWCZYK

En effet, ce sera probablement un des axes de la réforme de la T2A. Plus on fait de l'acte en en amont, à juste titre, plus cela peut être pénalisant pour certains hôpitaux.

Pour conclure sur les territoires, on a beaucoup de professionnels dans les territoires qui sont très impliqués, qui ont envie de bien faire et ont à cœur de faire au mieux. On le voit aujourd'hui, on a tous envie d'arriver à aller de l'avant, à proposer, à communiquer et c'est peut-être ce qui nous manque encore aujourd'hui arriver à communiquer ensemble sur nos territoires et nationalement. C'est aussi le but de cet article 51,

mais il n'y a pas que cela, il y a toute l'organisation globale et cela commence par la formation, par le travail en commun dans les territoires.

C'est pourquoi je remercie le Conseil de l'Ordre pour cette initiative qui nous a permis d'échanger et de se rendre compte qu'il y a des problématiques locales mais que l'on arrive finalement à se rejoindre sur certains points. Même si on n'est pas toujours d'accord, cela montre les points sensibles sur lesquels il faut avancer. C'est là tout l'enjeu en tant que professionnel de santé et législateur de pouvoir l'entendre et surtout le transcrire dans des propositions rapides et concrètes.

Élisabeth DOINEAU

Sur le zonage, on a bien conscience que ce n'est pas la panacée, mais en même temps il est mieux que celui d'avant parce que plus de territoires français sont couverts et mieux. On pourra effectivement le corriger à la marge, mais comme tout effet de seuil et de zone, on sait très bien qu'il peut y avoir des mécanismes entre un ancien et un nouveau zonage qui peuvent apporter des insatisfactions qu'il faut corriger.

Vous dites aussi qu'il est important de décroisonner. On a parlé de MSP qui ne sont parfois que des murs parce qu'il n'y a pas de projet et pour autant ce qu'il faut à l'intérieur de ces murs c'est décroisonner entre tous les professionnels. Cela compte beaucoup en termes de continuité des soins de permettre d'avoir des temps d'échange entre professionnels, médecins et professions de santé. Les infirmières en pratiques avancées dont on n'a pas parlé sont importantes pour libérer du temps de médecin et couvrir plus les territoires.

Ce qui est important c'est l'innovation, la télémedecine, je sais que des accords ont été trouvés pour la téléconsultation et aussi la téléexpertise, mais il y a des efforts à faire sur la rémunération. On a vu des dermatologues imaginer ensemble une appli Smart-

phone pour répondre aux problématiques des lésions cutanées avec les médecins généralistes. C'est une vraie innovation et il faut encourager ce type d'action, et la télémedecine est ce qu'il faut travailler pour demain.

Il faut bien sûr encourager les CPTS et que les ARS soient accompagnatrices de ces projets. Quant aux coordinateurs, c'est l'optimisation de la mission, la gestion, l'organisation. Il faut absolument que tous les territoires encouragent le financement des coordinateurs et nous le dirons, je pense, aux ARS dès demain matin.

Patrick BOUET

Je vous remercie toutes et tous parce que nous arrivons finalement aujourd'hui dans cette discussion et cet échange que nous avons eus entre acteurs professionnels, institutionnels, politiques, à nous dire que le possible n'est pas impossible, alors que nous étions dans un discours de l'impossible depuis quelques années.

On se rend compte aujourd'hui que nous allons pouvoir trouver ensemble des solutions à quelques conditions sur lesquelles je conclurai. D'abord que ce soit une grande cause nationale parce qu'il ne suffit pas de la partager entre acteurs directement concernés par le sujet. L'accès aux soins doit être une grande cause nationale.

D'autre part, il n'y a pas de cause nationale sans investissements majeurs humains et financiers et il faudra investir de la formation dans les nouvelles formes d'organisation et dans les capacités à organiser territorialement cette nouvelle dimension de l'organisation des soins.

Enfin, nous avons tous bien conscience ici que si cela tient encore c'est parce que 1 300 000 professionnels tiennent le système et sont tous les jours au quotidien auprès des usagers pour gérer ces situations, mais on ne peut impunément pas et trop longtemps demander à ces professionnels de ne vivre

que de leur engagement et de leur passion professionnelle.

Il faudra donc, au-delà de ce que l'on peut compter sur ces professionnels, que ces professionnels citoyens puissent compter sur l'engagement politique et j'en terminerai là, nous nous connaissons depuis longtemps, nous pouvons nous parler franchement, il faut que cela bouge Mesdames et Messieurs parce que cela ne peut pas continuer comme cela.

Perrine TARNEAUD

Merci à tous de votre présence ce matin et bonne journée.