

« Territoires et santé » – Séminaire annuel APH

Action Praticiens Hôpital a choisi Collioure comme lieu pour le séminaire annuel de son conseil d'administration, qui a eu lieu du 21 au 23 octobre 2022. Ces séminaires annuels ont pour but, outre de nous exiler pour une réflexion intensive, d'inviter des personnalités extérieures à APH, parfois aux idées contraires, et d'alimenter des propositions pour l'hôpital public et les praticiens... et enfin, d'entretenir de la convivialité et du lien entre nous ! Bien avant l'annonce du CNR Santé des territoires, nous avons vu juste en décidant d'un séminaire « Territoires et Santé ».



Juste avant le séminaire – avec Arnaud Chiche (SED), Jérôme Marty (UFML-S), Éric Branger et Jean-François Cibien

anesthésiste-réanimateur, président fondateur du Collectif Santé en Danger (CSED), et Caroline Sault, urgentiste, représentant le Collectif Inter-Hôpitaux (CIH).

Nous avons regretté l'absence des usagers, pourtant invités avec insistance, à ce séminaire. Étonnant, non ?

Le séminaire comprenait 3 parties :

- Le constat : difficultés d'accès aux soins dans les territoires, déserts médicaux de ville et hospitaliers : médecins hospitaliers,

libéraux et élus de territoire ont donné leurs points de vue ; la question de la définition d'un désert médical hospitalier a été débattue ! Le DG de l'ARS Occitanie, Didier Jaffre, présent en visioconférence, était dans son rôle en défendant la position du président de la République...

Notre séminaire s'est ouvert avec les acteurs de territoire : M. Guy Llobet, maire de Collioure, M. Joël Bouscarra, maire adjoint qui est également médecin, et M. Didier Jaffre, directeur général de l'ARS Occitanie. Il a été clôturé en présence du maire, du maire adjoint et de M. Jean Sol, sénateur des Pyrénées-Orientales, membre de la commission des Affaires sociales du Sénat, et qui est également infirmier et directeur des soins à la retraite. Parmi nos invités figuraient aussi Philippe Calleja, médecin généraliste et maire d'un village ariégeois, Jérôme Marty, président de l'Union Française pour une Médecine Libre – Syndicat (UFML-S), Arnaud Chiche,

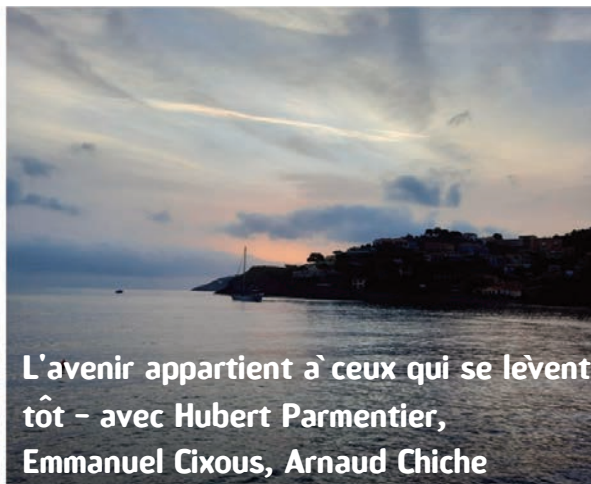
● Les retours d'expérience et les pistes d'amélioration de l'accès aux soins dans les territoires : intérêt des parcours de soins et des filières de soins coordonnées, des coopérations sur le territoire type GHT, GCS, des coopérations public-privé, la place de chacun dans le système de santé ont été débat-

tus avec nos invités ; les expériences des urgences, de la psychiatrie, de la pédiatrie, mais aussi le développement de nouvelles organisations de santé avec les maisons de naissance ou la pratique avancée ont été passées au crible de notre assemblée : tout n'est pas une amélioration de la qualité – sécurité des soins !

● Les leviers d'attractivité et de fidélisation des professionnels de santé, en ville et à l'hôpital : conditions d'exercice, mais aussi conditions de vie personnelle, d'équilibre, de mixité d'exercice...

Les échanges ont été très denses et très riches, permettant de confronter les différents modes d'exercice et les approches des différentes spécialités. Le regard du politique, élu du territoire, mais aussi impliqué dans l'élaboration des lois, nous permet également de percevoir les angles d'attaque pour faire avancer nos propositions.

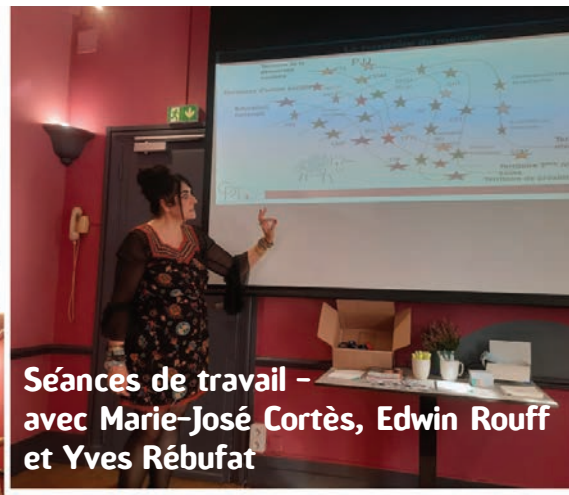
De ces trois demi-journées intensives, nous construisons un nouveau chapitre de la plateforme APH : « Organisation territoriale de la santé ».



L'avenir appartient à ceux qui se lèvent tôt – avec Hubert Parmentier, Emmanuel Cixous, Arnaud Chiche



Pause entre deux séances – on continue de travailler



Séances de travail – avec Marie-José Cortès, Edwin Rouff et Yves Rébufat

Propositions APH « santé et territoires »

- **Le squelette de l'organisation de la santé doit rester national** : structuration de la médecine libérale (maisons pluriprofessionnelles, CPTS) et hospitalière (hôpitaux publics, ESPIC et CLCC, cliniques), réglementation des statuts hospitaliers, gestion des carrières des praticiens hospitaliers (CNG), rémunérations (émoluments hospitaliers, négociations conventionnelles pour les libéraux).
- En revanche, **les ARS**, qui ont montré leur incapacité à gérer l'offre de soins publique/privée au sein des « grandes régions » lors de la crise COVID, puis ces derniers mois lors des crises hospitalières liées à la pénurie de soignants et de médecins, **doivent être supprimées**. Cette gestion doit revenir à une échelle à taille humaine (département ? Sous l'égide du préfet ou d'une agence territoriale départementale de santé ?).
- **La notion de territoire doit être définie** : les territoires où s'organisent les professionnels entre eux doit être à taille humaine, comparables aux « secteurs » définis depuis longtemps en psychiatrie.
- **Les médecines libérale et publique ne doivent plus exercer en silo, mais en complémentarité** :
 - Les groupements hospitaliers de territoire doivent évoluer vers des groupements sanitaires de territoire, qui associeront, pour le bassin de population du territoire, la médecine « de ville », les hôpitaux et les établissements de santé privés, ainsi que les professionnels paramédicaux libéraux.
 - Sur chaque territoire doivent être définis les parcours coordonnés de soins des patients : « qui fait quoi », comment se font les transferts de patients et d'information (du coup de téléphone au transfert numérique des données) ainsi que des filières vers des établissements de recours hors territoire pour des pathologies spécifiques (ex. : recours au CHU).
- **Le médecin traitant doit être la personne référente pour la prise en charge de chacun de nos concitoyens** : il doit non seulement coordonner les soins, mais pouvoir lui-même faire le soin, tant sur le plan strictement clinique qu'humain, qui est le sens même de son métier. Cet exercice doit s'appuyer sur les compétences des professionnels paramédicaux (IDE, kinésithérapeutes...) y compris en pratique avancée, dans le cadre des pathologies chroniques.
- **L'attractivité des carrières médicales doit être travaillée**, tant en libéral qu'à l'hôpital, pour restaurer du sens au travail :
 - Amélioration des conditions d'accueil des médecins libéraux, aide à l'installation d'une famille (facilitation de l'emploi du/de la conjointe, places en crèches, etc.), tuilage par un médecin déjà installé dans le territoire
 - Mesures d'attractivité pour les carrières hospitalières (cf. revendications d'APH et de ses composantes).
- **La permanence des soins doit redevenir obligatoire pour l'ensemble des médecins, de la médecine générale à l'hôpital, en passant par les établissements lucratifs**. Cette PDS est une mission de service public, dont la rémunération doit être équilibrée entre les praticiens ; elle met en jeu, pour l'activité d'urgence, le déclenchement du SAS. Le repos de sécurité doit être obligatoire.
- **La perte de temps liée aux activités non médicales des médecins doit être réduite à néant**, en redonnant leur place aux secrétaires médicales, assistants administratifs, assistants médicaux, permettant au médecin de réaliser son métier, celui qui correspond à sa formation, ses connaissances, ses compétences, et dont il a la responsabilité : le diagnostic, la stratégie thérapeutique, la coordination du soin.

Focus sur les déserts médicaux, l'attractivité et la pratique avancée

Philippe Calleja est médecin généraliste, installé en cabinet, et maire du village de Saverdun (Ariège).

Être maire et médecin, est-ce la même mission, l'une des deux fonctions aidant l'autre, ou est-ce faire le grand écart entre les besoins de santé de la population et la gestion d'un désert médical ?

Philippe Calleja : Dans la ruralité, les deux sont complémentaires et synergiques. Les deux m'ont permis d'être au plus près des citoyens. Le fait d'être médecin permet d'entendre, d'écouter, de connaître les problématiques personnelles, d'aller auprès de la population, de rentrer dans les maisons, de comprendre au mieux la réalité de chacun et d'être confronté aux difficultés sociales. Et pour le maire que je suis, c'est beaucoup plus facile quand on sait exactement ce qui se passe.

Le problème des déserts médicaux a du mal à trouver une solution du fait de l'incompréhension totale et de la méconnaissance de deux mondes qui s'ignorent : le monde des politiques d'une part, qu'ils soient élus locaux, régionaux ou nationaux, et le monde médical d'autre part. Le fait d'appartenir aux deux simplifie le fonctionnement et la compréhension des choses. Grâce à ces deux fonctions, cela m'a permis de mettre en place des dispositifs pour lutter contre les déserts médicaux.

Que pensez-vous de la coercition à l'installation, ou de la 4^{ème} année de médecine dans un désert médical ? Quelles solutions pour rendre les territoires attractifs pour les jeunes dans le cadre d'une carrière de médecin traitant en cabinet ?

Philippe Calleja : La contrainte n'a jamais été la solution, quant à ajouter une année supplémentaire d'étude, c'est un non-sens. Nos jeunes confrères entrent dans le monde de l'installation déjà trop tard. Il y a plusieurs années, on remplaçait dès la fin de la 6^{ème} année. La médecine est un monde où on a le temps de prendre des avis confrat

La pratique avancée ne palliera jamais la pénurie de médecins, c'est un cataplasme temporaire !

ternels, notamment en ville, en dehors des urgences bien sûr. On apprend énormément grâce à l'enseignement et au partage confraternel. Ce partage confraternel ne doit pas être uniquement institutionnalisé.

Ça ne sert à rien d'allonger, il faut des stages, de la pratique et, bien sûr, le stage aux urgences qui est une priorité absolue. Les cabinets de groupe sont attractifs pour les jeunes afin qu'ils ne se sentent pas isolés, notamment au début de leur installation. La solution que j'ai mise en œuvre pour lutter contre le désert médical consiste en la création de pôles de santé, de faire ce que j'appelle des cliniques rurales. Regrouper des professionnels de santé qui vont exercer ensemble, échanger, faire des

RCP et organiser des téléconsultations avec les infirmières.

Les élus et les concitoyens doivent réenchanter la profession. Les anciens ont un rôle important pour intégrer les jeunes. La qualité de vie passe par le réseau social et la mise en place d'éléments facilitateurs au quotidien.

La pratique avancée est-elle une solution pour pallier la pénurie médicale ?

Philippe Calleja : Je suis médecin pompier, avec des infirmiers pompiers qui appliquent des protocoles pour des gestes normalement réservés aux médecins, et ça fonctionne bien. La pratique avancée doit être encadrée. Il y a des endroits où l'on va être obligé de passer par là. C'est une solution intéressante à condition que les infirmiers aient une expérience professionnelle et clinique suffisante et qu'ils soient encadrés.

Cependant, la pratique avancée ne palliera jamais la pénurie de médecins, c'est un cataplasme temporaire. Ce n'est pas la solution ! Il faut réaugmenter le *numerus clausus*, avec un nombre d'étudiants en médecine plus important que dans les années 90, car les médecins n'acceptent plus aujourd'hui de travailler en dehors d'horaires bien établis.

Caroline Sault est médecin urgentiste hospitalier, membre du bureau du Collectif Inter-Hôpitaux, qui comprend des médecins, des personnels « non médicaux » et des usagers.

Dans votre expérience, le SAS est-il une solution au défaut de permanence des soins ambulatoires dans les territoires ?

Caroline Sault : Je pense que les réponses territoriales aux pénuries en santé ne sont que des pis-aller... , car si vous recrutez dans une zone ou un secteur, vous sous-densifiez une autre. Il faut des réponses nationales avec un financement adapté des soins (ONDAM).

L'attractivité des SAU, c'est le problème de l'hôpital tout ENTIER.

Quand un SAU dysfonctionne, voire ferme, c'est tout un territoire qui est en danger sanitaire. Comment restaurer l'attractivité dans les SAU ?

Caroline Sault : Le SAS va aider à la coordination certes, mais il

s'agit juste d'un moyen de gérer la pénurie et de mettre encore des personnels soignants à une activité de coordination. Or, il faut des soignants auprès des malades.

Concernant l'attractivité des SAU, c'est un problème qui concerne l'hôpital en général. Je travaille au SAU. Le service fonctionne très bien (sans pénurie médicale), mais il dysfonctionne, car il n'y a pas assez de lits en aval et nous sommes saturés. Donc c'est le problème de l'hôpital tout ENTIER. Il dysfonctionne également quand le SAU du privé ferme. L'hôpital public, lui, restera toujours ouvert...

les règles ne sont pas les mêmes pour tout le monde...

La pratique avancée est-elle une solution pour pallier la pénurie médicale ?

Caroline Sault : La pratique avancée c'est un bon moyen, sous couvert d'un médecin ! C'est à développer, notamment dans les pathologies chroniques.

Jérôme Marty est médecin généraliste libéral, président de l'Union Française pour une Médecine Libre – Syndicat.

La médecine générale libérale est dans la rue pour défendre ses conditions de travail (et pas uniquement les rémunérations). Votre syndicat dénonce dans le même temps la dégradation de l'hôpital. Comment répartir la charge en soins entre ville et hôpital dans les territoires ?

Jérôme Marty : Tout simplement en ayant une médecine libérale forte à côté d'un hôpital fort. Aujourd'hui on assiste à un effondrement des deux secteurs. Le politique n'investit pas dans la santé tant au niveau du secteur public que du secteur libéral. Il préfère faire des réformes ou des décrets « bricolages » qui visent à boucher les trous en espérant que la maison en ruines s'effondre encore un peu. Si on veut sauver le système il faut investir. Investir dans la santé, c'est le meilleur placement que peut faire l'État. Il ne faut pas avoir peur de sortir de l'ONDAM, de bousculer le parlement qui a voté un ONDAM insuffisant, ce qui fait qu'il va falloir attendre encore un an pour le réviser. Il faudrait sortir de l'ONDAM afin que les tarifs puissent être indexés sur l'inflation. L'État n'a pas compris qu'investir dans la santé était un des meilleurs investissements qui soient. Avant de penser à l'organisation du soin,

La permanence des soins est déjà organisée sur 95 % du territoire !

le socle de tout c'est l'investissement, s'il n'y a pas d'investissement rien ne bougera.

La permanence des soins doit-elle de nouveau être obligatoire pour tous les médecins ?

Jérôme Marty : La permanence des soins est déjà organisée sur 95 % du territoire. Dans les grandes villes, il y a SOS médecins et dans les campagnes les gardes sont prises. Tout cela participe au cynisme des politiques qui veulent transformer les conséquences de leurs actes en cause. C'est le politique qui, par les conséquences de ses actes, a fustillé le système de santé et aujourd'hui il veut nous faire porter cette culpabilité.

La pratique avancée est-elle une solution pour pallier la pénurie médicale ?

Jérôme Marty : Nous voulons bien travailler avec les IPA, mais dans le cadre de protocoles bien définis et non pas s'en servir pour boucher les trous. La formation médicale des IPA est parcellaire (deux ans de stage après les trois ans d'études, contre 10 ans de formation pour un médecin). Nous voulons que les Français bénéficient d'une médecine de qualité. Il faut renforcer l'offre de proximité dans les zones où les patients n'ont pas accès aux médecins, et non la remplacer par les IPA. Nous n'avons pas la même formation et nous ne faisons pas le même métier !

Arnaud Chiche est médecin anesthésiste-réanimateur en ESPIC, président fondateur du Collectif Santé En Danger (CSED), qui agrège des professionnels de santé de tous les métiers, de toutes les modalités d'exercice.

Comment voyez-vous l'évolution de la place des personnels « non médicaux » dans la prise en charge des patients ? La pratique avancée est-elle une solution pour pallier la pénurie médicale ?

Arnaud Chiche : La place des paramédicaux est essentielle, centrale, incontournable et décisive. Pour mesurer son évolution, tout dépendra de la suite donnée au contexte sanitaire catastrophique. Tout va dépendre de savoir si la pénibilité du temps de travail sera reconnue, si des mesures seront mises en place pour pérenniser les effectifs. Selon la politique appliquée, on va assister soit à une accélération de la fuite du personnel non médical, ou on entamera un cercle vertueux et on arrivera à recruter. Toute une liste de revendications est sur la table des politiques depuis la première crise COVID : reconnaissance salariale, reconnaissance des acquis, réorganisation avec une demande de décrets, de lois, pour instaurer des ratios (limiter le nombre de patients par soignant). Mais, pour l'instant, on ne voit rien venir.

Concernant la place de la pratique avancée, j'aime le concept, mais je n'aime pas qu'on mette la charrue avant les bœufs. La pratique avancée ne peut se concevoir qu'en coordination avec le personnel médical, à l'hôpital, mais également en ville. Les IPA trouveront leur plein épanouissement une fois qu'on aura lancé des pistes pour régler le problème de la démographie médicale, principalement en ville. Ce n'est pas ce qui se profile actuellement, puisque pour Emmanuel Macron la pratique avancée va se développer pour répondre à la pénurie de médecins. C'est une erreur mo-

numentale ! Pour moi c'est l'inverse, la condition du développement des IPA ne pourra se faire que lorsqu'on aura restauré un nombre suffisant de médecins en ville et pour cela il est indispensable de geler les limitations au concours d'entrée en médecine.

Comment donner envie aux professionnels de faire leur métier dans les territoires ?

Arnaud Chiche : En ce qui concerne la médecine de ville, les déserts médicaux sont souvent des déserts économiques. Un soignant qui doit s'installer dans un désert médical a souvent une famille, des enfants. Il faut donc des écoles, une vie sociale. Il y a une dimension sociale, de politique territoriale à aborder pour pouvoir répondre aux problèmes des déserts médicaux. Il est nécessaire d'entamer une démarche de réaménagement de ces territoires.

Le problème de santé publique élémentaire est d'allouer les moyens financiers en regard des besoins d'une population

Je pense qu'il faut recruter des équipes dans les déserts médicaux et non UN médecin isolé. Restaurer l'intérêt de ces métiers ne passera que par la perception des personnels médicaux et non médicaux que des décisions sont prises par l'exécutif pour faciliter l'installation et supprimer les tâches non médicales et chronophages, entre autres.

Le CSED a participé aux Conseils nationaux de la refondation Santé dans les territoires : si chaque territoire s'organise dans son coin, est-ce contraire à une organisation structurée de la santé à partir de l'État ?

Arnaud Chiche : Non, mais c'est un changement de logiciel. Aujourd'hui, la gouvernance de la santé est verticale et descendante. Chaque territoire peut avoir des spécificités de santé publique. Les territoires doivent se mettre en mode « récepteur activé » des besoins de santé publique de la population concernée en les faisant remonter à la gouvernance parisienne, et que la gouvernance parisienne agisse en fonction des besoins du territoire. Le problème de santé publique élémentaire est d'allouer les moyens financiers en regard des besoins d'une population.