

COMPTE-RENDU DU SEMINAIRE BOARD DU 20 MARS 2019
« Accompagner les professionnels de santé dans les nouveaux champs de la médecine en mode pluri-professionnel »

Ouverture du Séminaire Board par Pascal Maurel

Les séminaires-boards sont les laboratoires de réflexion et d'échange de l'UC2m. Cette matinée d'échange est organisée autour des trois tables-rondes suivantes :

Table-ronde 1 : Adapter l'hôpital aux enjeux de santé territoriaux

Table-ronde 2 : Comment les patients et les citoyens accepteront-ils les réformes ?

Table-ronde 3 : Comment satisfaire les professionnels avec les nouvelles organisations ?

1- Table ronde 1 : Adapter l'hôpital aux enjeux de santé territoriaux

Coordinateur : Professeur Pierre Marès

Intervenants : Professeur Mario Campone (CLCC Grand Ouest), Professeur Michel Tsimaratos (AP-HM), Professeur Jean-Michel Chabot, Jean-Loup Durousset (Noalys), Patrick Olivier (Ivbar)

Intervention du Professeur Mario Campone :

Le professeur Mario Campone explique comment la problématique de l'adaptation de l'hôpital aux enjeux de santé territoriaux a été mise au centre de la réflexion de son projet d'établissement.

Dans le cadre de cette réflexion, trois idées fondamentales ont été délimitées :

- Le patient doit être au centre de tout ;
- Le patient doit être autonome ;
- Il y a une évolution des soins, en particulier en cancérologie avec le développement des traitements par voie orale. Le patient passe donc de moins en moins de temps dans les structures hospitalières : il s'y rend s'il souffre ou s'il a besoin d'un soin technique.

L'objectif a donc été de comprendre **comment placer le patient au centre d'un système complexe**. La réflexion a été menée en termes de réseau, puisque le territoire est un réseau avec des entrées et des sorties, et au sein duquel se trouvent les professionnels de l'institut et les professionnels de ville.

Pour guider le patient dans ce réseau, il ne faut pas forcément des médecins, mais plutôt des infirmiers qui ont acquis des compétences complémentaires. Ont donc été mis en place :

- **Des infirmiers de parcours complexes (en gériatrie, en oncologie), des infirmiers qui vont aider à l'éducation thérapeutique pour la prise orale, etc ;**
- **Des outils numériques, pour que le patient puisse être connecté avec l'hôpital de chez lui ;**
- **Un outil pour avoir une page Facebook où se trouvent le médecin, l'infirmier, le pharmacien et le médecin généraliste et à laquelle le patient peut se connecter directement s'il en a besoin.**

On en arrive à quatre constats :

- **Un tel plan fait changer le métier du médecin, qui retourne à son expertise ;**
- **On peut utiliser les outils de demain pour mailler et rendre de plus en plus autonome et responsable le patient ;**
- **Un réseau, avec du sens, a été créé ;**
- **Dans un monde globalisé, la vision du territoire comme on l'entend traditionnellement est dépassée.**

Intervention du Professeur Pierre Marès :

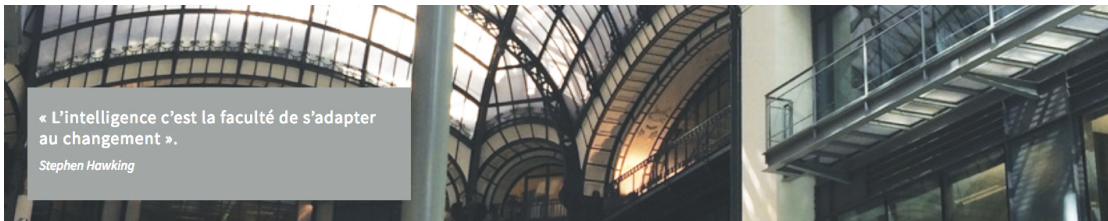
Pierre Marès retient quatre points forts de l'intervention du Professeur Mario Campone :

- **Réfléchir autour des structures n'est pas la bonne voie, il faut réfléchir autour du patient et de la spécificité de sa pathologie pour définir un parcours ;**
- **Le privé et le public ;**
- **Il faut mailler le territoire : la géographie n'est plus un handicap territorial, et il faut savoir répondre par des outils techniques ;**
- **Le lien structure hospitalière-start up : il faut savoir franchir des résistances et les médecins ne doivent plus avoir peur de travailler avec le libéral et l'industriel.**

Intervention du Professeur Michel Tsimaratos :

Michel Tsimaratos explique que l'hôpital vient s'intégrer dans un réseau. Ainsi, pour intégrer l'hôpital aux enjeux du territoire il serait également intéressant de demander leur avis aux autres acteurs du territoire en charge de la culture, de l'enseignement, etc.

Il convient également de se demander comment l'offre de soins peut être adaptée aux besoins qui ont évolué : on fait désormais 80 % d'ambulatoire car cela correspond aux attentes des patients.



Aujourd'hui, il y a trois niveaux d'impact entre le patient et les structures hospitalières :

- **Le temps très court (la traumatologie lors d'un accident) : le patient a une réponse et il est guéri ;**
- **Le temps mi-long (par exemple pour un cancer) : le contact du patient avec les structures est fort et lourd, puis il guérit ;**
- **Les maladies chroniques (type diabète) : le patient est en contact permanent avec l'offre de soins.**

Repenser l'hôpital dans le cadre d'une réorganisation territoriale signifie de réfléchir à comment organiser les structures et faire évoluer les structures pour répondre à ces trois temps de recherche du soin et de la compétence médicale. En laissant les gens le patient le plus possible chez lui tout en lui offrant des temps de contact avec l'offre de soins à très haute valeur ajoutée.

Pour y arriver il faut :

- **Tenir compte des contraintes de transport ;**
- **Répondre avec le numérique (pour proposer, par exemple, de la téléconsultation et de la télé-expertise), tout en gardant à l'esprit que le numérique doit servir un objectif dont la réflexion est basée sur la valeur ajoutée des médecins et infirmiers : l'outil ne fait pas l'artisan.**

Le professeur Tsimaratos insiste sur le fait que les raisons d'espérer reposent beaucoup plus sur les acteurs que sur les bâtiments. La ressource est l'humain : si on enlève les acteurs qui ont le savoir-faire on ne fera pas bien tourner ces structures. Il ajoute que la cartographie des ressources (en prenant compte de l'offre de soins libérale, associative, mutualiste, et de recours) doit être intégrée avec la dimension économique du territoire.

Exemple : Un hôpital de montagne voit augmenter l'affluence pendant vacances. Il ne peut donc pas répondre de la même manière à la demande si ses ressources RH sont les mêmes qu'en période creuse.

En conclusion, selon le Professeur Tsimaratos :

- **L'équipe qualité est importante pour voir ce qui est mieux : la qualité doit quitter les fonctions support pour devenir un pion primaire de toutes les directions d'un établissement de soins ;**
- **Intégrer l'hôpital dans son territoire signifie dialoguer avec les autres filières importantes en matière d'économie du territoire.**

Intervention du Professeur Pierre Marès :

Pierre Marès retient deux points forts des deux interventions :

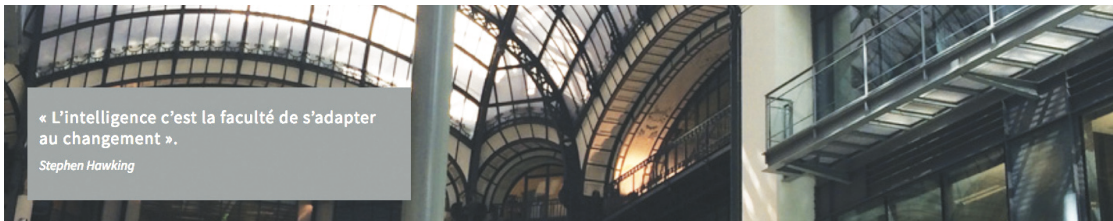
- **La notion de la qualité (ce qui est intéressant pour un hôpital financièrement ne l'est peut-être pas pour la santé globalement) ;**

➤ **L'humain : il faut s'intéresser à l'humain et à ce qui motive les équipes.**

On n'a peut-être pas su prendre en compte ces deux notions dans notre management jusqu'ici.

Session de questions :

- Sur le terrain on est confronté à la géographie, à l'historique des soins, à l'enjeu du nombre de patients à traiter : comment fait-on avec la réalité du terrain ?
- Une fois qu'on a décidé que le projet médical était tourné autour du patient, comment fait-on pour le faire accepter financièrement ?
Réponse : Si on intègre la qualité comme un constituant du management, le projet médical devient une organisation qui va améliorer la qualité. Il faut intégrer un binôme médecin-soignant pour la rédaction des projets médicaux d'établissement avec comme prérequis la recherche de la qualité
- Le changement qui a lieu sur l'urbanisation du système d'information de santé va résoudre beaucoup de problèmes, avec notamment l'introduction de la hiérarchisation des données. La solution du territoire de santé va arriver avec ces changements : les échanges vont être fluidifiés.
Réponse : Le patient doit être mis au centre du système, donc avant de construire un outil il faut demander au patient s'il va l'utiliser. Le terrain est très important. Pour bien partager les données, il faut bien penser les systèmes et surtout bien collecter les données : les médecins, les infirmiers doivent savoir saisir les données de façon adaptée. La réponse numérique n'est que l'outil, et les ressources humaines doivent donc être partie-prenantes. L'informatisation ne va pas réduire le personnel, il faut des personnes capables de récolter et entrer ces données.
- Des hôpitaux se mettent en route en réseau en s'appuyant sur le digital, et peuvent se projeter en ville (notamment grâce à l'ambulatorio). Ceci peut créer des craintes et des résistances chez les acteurs de ville : comment fait-on pour embarquer les libéraux dans ce territoire et ce maillage ?
Réponse : Aujourd'hui, on a dépossédé les médecins de famille de leur pouvoir, et tout se fait à l'hôpital. C'est problématique, et certains médecins de famille ne veulent plus assumer leurs responsabilités
- On parle tous les jours de territoire, mais il n'y a pas de définition du territoire. La notion de territoire n'est-elle pas différente quand on est dans une logique physique et dans une logique numérique ?
- Comment faire pour que la e-santé, dans certains territoires, ne soit pas un élément qui aggrave les inégalités de prise en charge et qu'on n'oublie pas certains malades qu'on ne voit déjà pas ?
Réponse : Dans le Morvan, nous sommes en train d'installer une cabine de consultation chez le pharmacien local. Le médecin de la tour de contrôle va faire la consultation et suivant le diagnostic va adresser le patient au spécialiste compétent. Il y a donc des outils qui existent déjà. Petit à petit le territoire va se dissoudre.
- La donnée n'a de valeur que si le patient l'utilise : qu'est-ce qui intéresse le patient ? Qu'est-ce qui va le pousser à collaborer ? Les data managers seront des personnes de l'hôpital qui vont s'acculturer à la donnée ou des personnes de la data qui vont venir s'acculturer à l'hôpital ?



Réponse : Les patients n'ont pas de problème à répondre aux questionnaires. De plus, on connaît un vrai bouleversement des métiers à l'hôpital et il n'est pas envisageable de ne pas avoir des *data scientist* dans une structure hospitalière.

- Quel état d'esprit des médecins hospitaliers vis-à-vis de ces évolutions ?

Réponse : L'attractivité de la filière santé est très grande chez ceux qui veulent y entrer. Mais, après quelques années d'exercice, on trouve un sentiment de malaise chez les infirmiers, chez les médecins, etc. Beaucoup ne sont plus en mesure de trouver la même vocation que celle qui les a amenés à entrer dans la filière santé. En revanche, plus ils ont un exercice différencié et facilité, plus ils sont proches de cette vocation.

Le cas des maternités

Le sujet des maternités est actuellement sur la place publique. Nous ne pouvons donc pas ne pas en parler.

Intervention du Professeur Michel Chabot à propos de la maternité de Bernay :

Le Professeur Michel Chabot présente la maternité de Bernay, un établissement qui se trouvait dans une grande difficulté. Il n'a pas été certifié par la HAS pendant longtemps, dans l'attente d'une contre-visite.

Cet établissement en déshérence rencontrait plusieurs types de difficultés :

- Des difficultés de recrutement médical : seulement 10-15 PH étaient effectivement rattachés et présents tous les jours sur l'établissement, et le reste du personnel était constitué d'interim et de vacataires ;
- Un déficit de leadership managérial et administratif : la direction avait dû changer 4-5 fois pendant au cours des 5 années précédentes ;
- Des difficultés budgétaires profondes.

Un peu moins de 300 accouchements par an étaient pratiqués, et on veillait à ce que n'arrivent que des cas « sans risques ».

Le Professeur Chabot souligne le fait que, de manière générale, les gens ont peur quand on parle de fermeture de maternité : on a l'habitude de dire que si on touche à la maternité, alors on touche aussi à l'anesthésie, et puis à la chirurgie. Cet argument est notamment utilisé par les responsables et édiles locaux.

Ajoutons que Bernay se trouvait dans un bassin aux conditions économiques relativement difficiles. Les collectivités locales, qui font des efforts pour tenter d'attirer des populations jeunes, n'ont donc pas vu d'un bon œil cette fermeture qui renvoie un message négatif aux jeunes familles.

Pour fermer cette maternité, l'administration, l'ARS et les ministres ont repris arguments de la sécurité.

Il est vrai qu'il n'y avait pas de pédiatre, ni de réanimation. Mais le chef de service, en acceptant que les cas faciles, faisait en sorte qu'on n'en ait pas besoin.

Le Professeur Chabot note que le seuil des 300 accouchements par an pour garder une maternité ouverte est néanmoins un peu « rustique » : on peut imaginer trouver des seuils qui ne tiennent pas seulement compte de l'aspect numérique. On pourrait trouver un seuil multifactoriel, en particulier quand on sait qu'il y avait 13 postes de sages-femmes dans l'établissement.

Le Professeur Chabot propose donc de :

- **Revoir les aspects de seuils ;**
- **Valoriser la notion de centre de périnatalité ;**
- **Développer l'hôpital de proximité.**

Concernant le développement des hôpitaux de proximité : pour le moment les pouvoirs publics ont l'impression que ce n'est pas assez rémunérateur, une action pédagogique doit donc être menée. Il convient d'entamer un long travail de valorisation de l'hôpital de proximité, qui très mal perçu par beaucoup de personnes et qui est pourtant ce dont la population vieillissante de Vernay aurait besoin.

Intervention du Professeur Pierre Marès:

Le Professeur Pierre Marès retient 3 éléments :

- **La notion d'interconnexion des établissements ;**
- **La notion de sélectivité du suivi des parcours de grossesse qui impacte les médecins dans leur formation et les patients dans leur acceptation ;**
- **Le besoin de trouver des critères à facteurs multiples.**

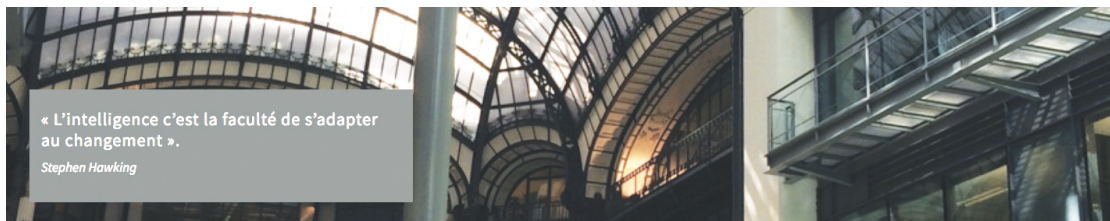
Intervention de Jean-Loup Durousset :

Jean-Loup Durousset débute son intervention par l'énumération de quelques chiffres significatifs :

- La maternité est le 3e acte médical le plus fréquent (740 000) ;
- Les chiffres qui concernent les cas particuliers n'ont pas bougé depuis 20 ans : la réanimation néonatale concerne environ 2% des naissances ;
- Les niveaux 3 ont beaucoup progressé, les niveaux 1 ont beaucoup baissé en 5 ans, et la maternité de la rue (hors établissement) a beaucoup augmenté (+ 17% en 5 ans).

Jean-Loup Durousset identifie 5 biais dans notre raisonnement jusqu'ici :

- **On a considéré que l'exceptionnel devait être la règle, ainsi on traite toutes les femmes selon le risque qui peut se produire. Ceci a bien sûr un coût et produit une structuration. Au lieu de penser « au cas où », on aurait pu penser « on essaie d'éviter le pire » ;**
- **Nous n'avons pas mis les moyens en fonction des besoins. Ainsi, on sait qu'il faut X médecins, X infirmiers... et pourtant on n'a pas recalculé les besoins en formation nécessaires pour assurer ces moyens. Certaines structures ont donc du mal aujourd'hui à trouver les moyens pour satisfaire aux normes établies. Il n'y a pas de gestion prévisionnelle des emplois dans ce secteur ;**



- **On a confondu « compétences » et « statut », « poly-compétence » et « hyper spécialisation ».** Ainsi, au fil du temps, le personnel ne peut pas changer progressivement de statut : les sages-femmes ne font pas de ventouse, elles ne vont pas en salle de césarienne, etc. Ceci crée donc un **dysfonctionnement naturel**. Ajoutons que les obstétriciens, qui sont hyper compétents à la base, optent maintenant pour une hyper spécialisation ;
- **On a oublié les effets incitatifs tarifaires, et cela a des conséquences importantes sur l'organisation des maternités ;**
- **Nous avons biaisé nos indicateurs de suivi et nous n'avons pas été capables de communiquer au plan européen l'ensemble de notre activité en obstétrique. Nous ne mesurons pas l'impact dans notre propre réorganisation et nous ne mesurons pas la qualité de ce que nous avons généré. Ainsi, aucun contrôle ne nous demande quelle est la santé des enfants à la naissance et on n'interroge pas les femmes sur la violence qu'elles peuvent ressentir lors de l'accouchement.**

Il n'y a pas de logique d'amélioration si on ne pose pas des questions simples :

- **Si la distance domicile-maternité s'accroît, on pourrait se demander quelle est la bonne date de départ pour la maternité (faut-il attendre que la poche des eaux soit rompue ou bien partir 8 jours avant ?) ;**
- **Qu'est-ce qu'un accouchement programmé, combien en avons-nous et quels sont les effets ?**
- **Quelles sont les causes de la mortalité maternelle ?**
- **Combien de sites obstétriques sont capables d'emboliser sur site ?**
- **Quelles sont les véritables vérités sur la césarienne ?**

Intervention de Patrick Olivier :

Patrick Olivier insiste sur le fait que pour agir il faut comprendre, et pour comprendre il faut mesurer.

Patrick Olivier propose l'exemple de la Suède qui a mené des programmes d'amélioration de la performance de son système de santé.

Il étudie ainsi un programme inter-régional qui a mobilisé pendant 5 ans des partantes variées (corps médical, patients et société savante), pour mesurer la qualité des parcours de soins ville-hôpital.

3 indicateurs ont été utilisés : les résultats cliniques ; les ressources de santé utilisées (durée séjour, visite de sages-femmes, etc.) ; la technique (césarienne, épisiotomie). Il y a un ajustement risque permanent des indicateurs.

Pour transformer, il y a plusieurs temps :

- Décrire ce qu'on veut mesurer et choisir les indicateurs ;
- Mesurer les coûts ;
- Exploiter ;
- Utiliser.

A partir de ceci, que peut-on faire en France ?

Nous avons déjà des données pour mesurer des indicateurs, permettre des comparaisons et ajuster aux risques. Sur une année de naissance on a trois années de recueil pour un patient.

Intervention de Pierre Marès :

Pierre Marès conclut qu'un indicateur isolé n'a pas de valeur s'il n'est pas enrichi.

Session de questions :

- En France, nous ne sommes pas crédibles sur le plan scientifique car nous n'avons pas de registre. Beaucoup de médecins demandent à être payés pour les remplir. L'assurance maladie ou le gouvernement doit donc coupler le remplissage du registre avec le remboursement de l'acte.
Réponse : Il est fondamental d'avoir une politique des registres incitative.
- Les schémas régionaux ont été définis démocratiquement, qu'est-ce que cela veut dire ?
Réponse : Depuis que l'on fait des schémas, on a observé des évolutions : les acteurs professionnels ont été amenés à débattre entre eux pour proposer quelque chose, et il y a ensuite eu des ajustements successifs. Le débat sur l'organisation des soins a amené à prendre des décisions. Le problème est qu'on a défini les besoins, mais qu'ensuite on n'a pas adapté les besoins de formation, on n'a pas donné les moyens.

2- Table ronde 2 : Comment les patients et les citoyens accepteront-ils les réformes ?

Coordinateur : Dominique Maigne

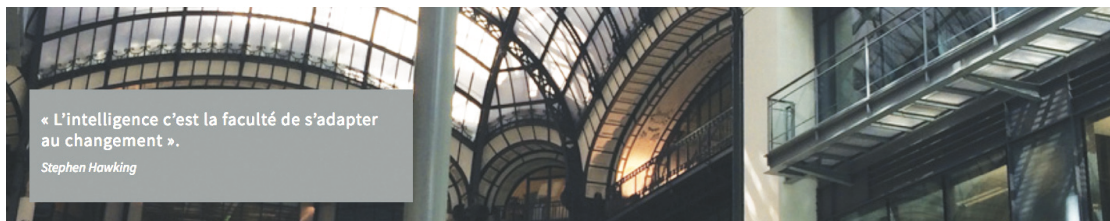
Intervenants : Pierre de Haas (Espace), Gérard Raymond (Président de la Fédération française des diabétiques)

Intervention de Dominique Maigne :

Dominique Maigne introduit les deux interventions de la table-ronde.

Le regroupement des structures médicales progresse globalement, puisque plus de la moitié des médecins travaille désormais en mode regroupé. Dominique Maigne précise néanmoins que les regroupements restent modestes en termes de capacités. De plus, ils ne sont pas forcément synonymes d'inter-professionnalité et d'exercice collectif.

A la lumière de cette croissance, comment les maisons de santé pluri-professionnelles (dont Pierre de Haas est le père fondateur) ont-elles réussi à être plébiscitées par les patients qui s'y adressent ?



Dominique Maigne aborde ensuite le sujet de France Assos Santé qui promeut le droit au médecin traitant, ce qui créerait pour le régulateur une obligation de créer une offre territoriale. Cette position est assez clivante au regard des réactions des professionnels et des pouvoirs publics. Quelle forme d'alliance faut-il donc y avoir entre les patients et les professionnels pour promouvoir des exercices qui vont changer et doivent aller dans la direction du maillage territorial et de la coopération entre professionnels, voire de l'inter-professionnalité ?

Intervention de Pierre de Haas :

Pierre de Haas donne la définition législative d'une maison de santé pluri-professionnelle : ce sont au minimum deux médecins et un autre professionnel de santé qui se réunissent autour d'un projet. On peut ensuite franchir d'autres étapes, pour arriver à un résultat encore plus intégré.

Un jour, la maison de santé pluri-professionnelle changera peut-être de nom et sera appelée « unité de soins primaires » : un endroit où le patient peut trouver tous les professionnels de santé de soins primaires, qui travaillent ensemble de manière coordonnée autour d'un projet de santé pour le territoire, autour de protocoles de soins et avec un système d'information partagé.

Les maisons de santé pluri-professionnelles se sont bien développées ces dernières années car la jeune génération a décidé de travailler moins (et doit donc être mieux organisée). Ainsi, de moins en moins de jeunes professionnels s'installent seuls. Pour ces jeunes générations, la qualité de la vie prime et il est plus facile de faire du temps partiel dans une maison de santé pluri-professionnelle.

On a atteint les 1200 structures en France, auxquelles on ajoute les 600 centres de santé. On a donc 10 % des soins primaires qui se font dans ce type de structures, et cela continue à augmenter. Pierre de Haas précise que dans 30 ans, il y aura des unités de soins primaires.

Ceci pose bien sûr des questions et des enjeux :

- Vis-à-vis de l'hôpital : quand on invite les gens de l'hôpital, ces derniers ne viennent pas. Il y a donc un problème dans la relation de la ville à l'hôpital. Il existe beaucoup de raisons à cela mais aussi beaucoup de solutions. Pour le bienfait des patients nous devons chercher comment remettre du liant entre le médecin d'établissement et le médecin de ville. Les patients doivent sentir qu'ils sont suivis par une équipe ;
- Vis-à-vis des patients : l'université forme des savants et pas des professionnels. Ces derniers ne savent pas ce qu'est un territoire, ni comment fonctionne un système d'information, ni faire de la production de données. La notion d'implication du patient n'est pas non plus intégrée ;
- Vis-à-vis des patients nous considérons que nous sommes une solution sur l'accessibilité : on accède mieux aux soins dans ces structures car il y a un partage de données, et il y a une réponse

en termes de qualité. Si on prend des soignants isolés et qu'on les met ensemble on augmente la qualité, car ces derniers se mettent à communiquer entre eux ;

- Un vrai enjeu de ces structures est l'utilisation des systèmes d'information (20 ans de retard sur le reste de la société) : on doit encore travailler sur l'utilisation des systèmes d'information, mais il y a aussi un manque dans la formation des professionnels ;
- Plus on avance dans la notion d'équipe de soins primaires et plus on se demande si on peut demander au patient de revenir sur son droit au choix des professionnels de santé. Ce dernier pourrait devenir un choix d'équipe constituée dans une structure, en échange de l'accessibilité, du tiers payant, etc. C'est une question très importante si on veut évoluer vers la qualité ;
- Il y a un enjeu d'évolution organisationnelle en termes d'amélioration qualité et économique, en cours d'étude avec le ministère et l'article 51 ;
- Beaucoup de médecins, par peur de gérer du personnel (méconnaissance des bulletins de paie, peur des prudhommes, etc), font le ménage le soir dans leur cabinet. On constate que beaucoup de professionnels de santé sont encore des artisans et perdent du temps médical. Les maisons médicales, comment l'ont fait les cliniques dans les années 1980, peuvent gérer ce problème.

Le système est compliqué à mettre en place (grande exigence, des professionnels pas toujours faciles à gérer), mais l'enjeu est important pour la structuration des soins primaires à l'avenir.

Intervention de Gérard Raymond :

Gérard Raymond introduit son propos en soulignant que la plus grande invention de ce XXI^e siècle est la découverte du patient. On a découvert le patient qui s'interroge, pose des questions, cherche des informations ailleurs qu'auprès du médecin, est critique.

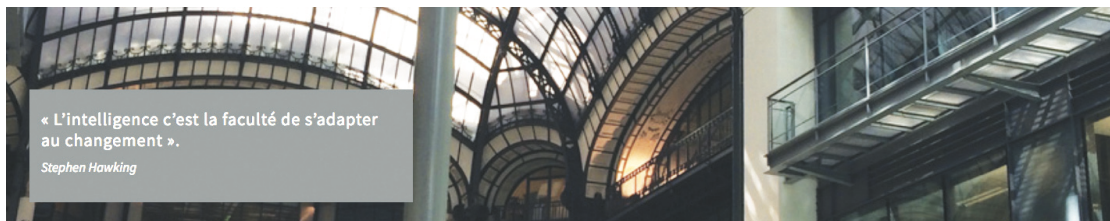
Viennent ensuite les associations de patients investies pour être des acteurs de santé, être dans la participation et dans la représentation des acteurs de santé. Aujourd'hui, ces dernières demandent à être des co-constructeurs du système de santé. Cette évolution peut irriter les professionnels de santé, mais elle est irrémédiable.

Il y a aujourd'hui un véritable mal-être chez les acteurs de santé, et chez les patients. Il faut donc avoir une réflexion sur le sens qu'ont les professionnels de santé dans le cadre de leur profession, et retrouver du sens dans les relations patients-soignés, soignants-soignants, soignants-régulateurs.

Gérard Raymond insiste sur le fait qu'il est primordial de repartir des attentes de la population. En effet, on a trop longtemps pensé qu'il fallait d'abord organiser l'offre et que les patients y trouveraient leur compte. Désormais, il faut d'abord s'interroger sur les attentes et les besoins attendus, pour ensuite apporter une offre.

Si on part désormais des besoins pour formuler l'offre, il faut donc interroger et faire participer les acteurs de proximité – et en particulier les patients –, pour leur demander ce qu'ils veulent. Il est nécessaire d'être dans la co-construction et d'interroger les patients. Il faut interroger le patient sur son « expérience patient » et l'impliquer dans l'évaluation du résultat et du système.

Bien sûr, tous les patients ne peuvent pas apporter une réponse, il faut donc s'appuyer sur les structures associatives.



Gérard Raymond souligne un élément important : les patients n'ont pas choisi leur « métier » de patient, cela leur est tombé dessus. Les médecins en revanche ont choisi leur métier et ils doivent former les patients à leur « métier ». Ceci demande de l'écoute, de la bienveillance, du temps, pour créer un climat d'adhésion et de participation.

Concernant le libre choix des soignants, Gérard Raymond déclare :

Si demain on a accès à une offre de soins pluri-professionnelle, qui a été co-construite avec des structures associatives et qui répond à des critères de qualité, et si on est en coresponsabilité de cette offre, alors on pourra étudier la question du choix du patient.

Concernant la nomination d'un médecin traitant, Gérard Raymond déclare :

6 % de la population n'a pas de médecin traitant et plus de 86% des citoyens réclament cette mesure. Cet amendement a été voté à l'unanimité par la représentation nationale, et il faut réfléchir à cette réponse de la société qui attend un geste symbolique fort. Il faut parfois entendre ce que disent les citoyens sur leur territoire.

Session de questions :

- Dans le projet de loi, se trouve une disposition dont personne ne parle : la transformation de 450 centres hospitaliers supplémentaires en hôpitaux de proximité. Si cette politique réussit, est-ce de nature à faire franchir un pas à l'organisation de notre système de santé et à améliorer la relation ville-hôpital ? Les hôpitaux de proximité vont-ils aider à restructurer les soins primaires ?

Réponse : Si on veut réorganiser, il faut aller chercher les attentes des gens. Si on veut vraiment pousser le système vers une réorganisation des soins primaires, il faut en faire une priorité nationale et mettre en place des équipes d'accompagnement pluridisciplinaires (administratif, coach, etc). Le lien ville-hôpital va surtout se recréer par l'ouverture des carrières mixtes, et l'hôpital et la ville doivent se rencontrer, aller se voir et parler.

- Pour que la mise en place de parcours réussisse, il faut garantir l'observance des patients. Sinon tous les mécanismes mis en place auront atteint un objectif contraire à celui recherché : une perte d'efficacité, y compris pour le patient.

Réponse : En France le reste à charge est très faible et la pression sur le patient est nulle : un niveau de contrainte supplémentaire sur des libéraux déjà saturés, en les forçant à prendre des patients nouveaux, n'est pas la solution.

- Comment voyez-vous la possibilité politique d'un portage par les associations et les politiques pour rendre acceptable une redéfinition de ce qu'est la liberté de choix des patients ?

Réponse : Il faut avoir une éducation citoyenne à la santé. Et si on veut une adhésion des patients à la nouvelle médecine qui se met en place, il faut créer un climat de confiance.

3- Table ronde 3 : Comment satisfaire les professionnels avec les nouvelles organisations ?

Coordinateur : David Autissier et Marie-Odile Gautheron

Intervenants : Lamine Gharbi (Président de la FHP), Dr Emanuel Loeb (Président de « Jeunes Médecins »), Dr Jean-Paul Ortiz (Président de la CSMF)

Intervention de David Autissier:

David Autissier rappelle que dans la gestion du changement, il y a la règle de la contribution-rétribution. Ainsi, si on demande des contributions aux professionnels et aux patients, quels éléments de rétribution leur propose-t-on (financière ou autre) ?

Dans la gestion du changement, il y a aussi 4 grands niveaux :

- **Le changement de stratégie (ou de politique),**
- **Le changement d'organisation,**
- **Le changement des outils,**
- **Le changement des postures/comportements.**

On ne peut pas travailler sur un niveau si on ne travaille pas sur les autres.

Intervention de Marie-Odile Gautheron :

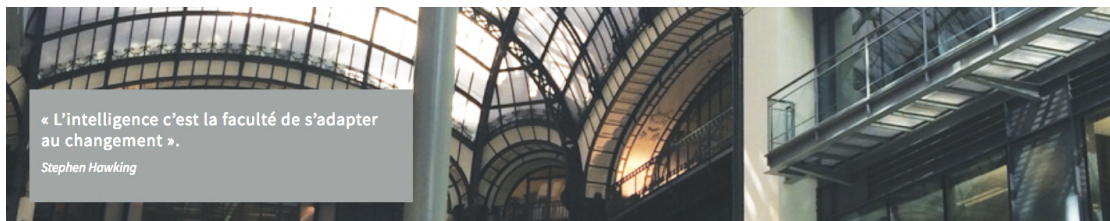
Les psychologues du travail parlent quant à eux de l'équilibre effort-récompense, et de l'équilibre ressources-contraintes.

Intervention de Lamine Gharbi :

Lamine Gharbi souligne le fait qu'en réalité le libre choix du patient n'existe plus : le patient prend le médecin qui veut bien s'occuper de lui dans des délais raisonnables. La question est donc : comment on fait pour trouver un médecin ?

Concernant l'organisation du système de santé, des améliorations doivent bien sûr être apportées mais tout n'est pas noir.

Lamine Gharbi insiste sur trois points :



- Il faut continuer à décloisonner ;
- Les cliniques privées doivent continuer à assurer des missions de service public (urgences, prévention curatif).
- On doit avoir le courage de faire une spécialisation des hôpitaux public-privé.

Lamine Gharbi revient également sur le sujet de l'évaluation de la qualité : avant cette évaluation se faisait sur l'aspect normatif (nombre de salles de bain, présence d'une bibliothèque dans l'établissement, etc.), c'était le début de la qualité normative. Désormais, on évalue le service rendu auprès des patients.

Un problème persiste : les usagers ne prennent pas le temps de répondre aux questions.

Intervention d'Emmanuel Loeb :

Il y a un véritable mal-être dans la communauté médicale et soignante. Demandons-nous pourquoi.

Emmanuel Loeb dresse plusieurs constats :

- Le médecin est progressivement dépossédé de son outil de travail. Au niveau hospitalier, les médecins sont relégués à un accompagnement des décisions administratives prises au sein des hôpitaux. Au niveau privé, avec les regroupements de cliniques, les médecins sont de plus en plus dépossédés de leurs outils de travail ;
- Il existe un climat de suspicion contre les médecins. Il faut impérativement rappeler que le médecin est là pour venir en aide ;
- Avec le développement du numérique et l'arrivée de Doctolib dans l'organisation des soins, les soignants n'auront plus la propriété de la gestion de leur patientèle, voire peut-être même de la donnée générée par les consultations. Aujourd'hui on ne peut pas aller contre la technologie et les smartphones : demain les patients voudront un médecin traitant ou une réponse à un besoin médical ?

Pour répondre à ces problématiques, il faut former les médecins en management, en économie, en droit de la santé. C'est indispensable pour que les médecins de demain ne soient pas les futurs chauffeurs routiers qui vont être confrontés à la conduite autonome. La réforme des études de santé devrait permettre d'outiller les personnels de Santé de demain pour faire face aux fortes évolutions qui vont arriver.

Intervention du Docteur Jean-Paul Ortiz :

Pour Jean-Paul Ortiz, les libéraux sont dans une situation difficile car ils ont fait face à un véritable manque de respect de la part des pouvoirs publics. La nouvelle ministre a au contraire réinstallé un climat de confiance et d'écoute.

Pour aider les libéraux, il faut :

- **Accompagner le changement** : Il y a 1200 maisons de santé pluri-professionnelles en cours, en projet, ou en fonctionnement en ce moment : cela signifie 10% des médecins généralistes et 10% de la population française couverte. Nos politiques voient cette évolution comme une norme quasi obligatoire pour demain. Mais, ce changement doit prendre différentes formes et le regroupement ne peut se faire selon un mode unique. La réorganisation de la médecine de ville fait appel à de l'initiative individuelle, à un mécanisme de leadership dans les territoires et les équipes, et à des initiatives qui répondent le mieux aux besoins de la population. L'ARS et le pouvoir politique ne doivent pas être dans la logique d'un modèle unique à atteindre ou à faire partager à tous. Ils doivent, au contraire, fournir un accompagnement des initiatives prises par le terrain. Il ne faut pas imposer un modèle pour faire bouger les organisations ;
- **Simplifier** : les médecins se plaignent de la paperasserie et la dérive bureaucratique. Seuls un tiers des médecins généralistes ont une secrétaire, un autre tiers ont un secrétariat téléphonique, et les autres se débrouillent seuls. Les médecins passent donc une grande partie de leur temps à faire tout sauf du soin. Il y a donc un effort de simplification majeur à faire.

Enfin, il faut relativiser le nombre de citoyens sans médecin traitant : certains n'en veulent pas.

Jean-Paul Ortiz ajoute : « nous sommes prêts à nous engager dans des transformations mais le politique doit tenir compte de certains éléments, énoncés plus haut ».

Session de questions :

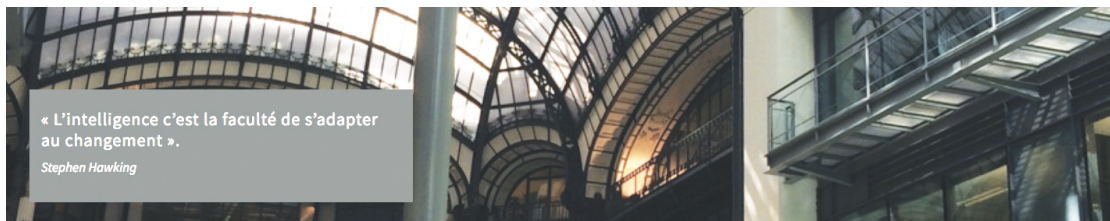
- Dans d'autres secteurs économiques, les professionnels se sont organisés pour évoluer, et ont été débordés en 5 ans par des solutions digitales. Cette trajectoire est-elle possible dans le monde de la santé ?

Réponses : Le numérique va considérablement modifier les choses. Nous sommes passés d'une médecine basée sur écoute et sur l'empathie à une médecine très technique. Le métier a changé, on y a sûrement perdu en matière d'écoute, et ces termes reviennent sur le terrain. Les solutions numériques vont continuer à transformer le métier, certains médecins ne feront plus le même métier, et l'arrivée de grandes entreprises en santé peut poser des problèmes pour les données des patients. Mais le médecin ne va pas disparaître, car le patient reste un patient : le médecin va voir son activité évoluer. Il va revenir plus sur l'écoute et sur l'empathie car des outils et des éléments vont lui faire gagner du temps.

Demain avec montres connectées et les smartphones, les GAFAs pourront prédire certaines maladies. Comment pourrait-on alors contraindre les patients à aller voir leur médecin ? Que va devenir le médecin ? Soit il deviendra un ingénieur (avec une montée en gamme technique et technologique, mais qui doit être fournie par les études), soit il deviendra un travailleur social, qui sera sur l'accompagnement au quotidien. La société doit se saisir de cette question pour décider de cet avenir.

- Il faut développer le binôme médecin-infirmier.
- Le contrat social en France est basé sur la liberté de choix du patient et du médecin. Doit-on le remettre en cause ?
-

Réponse : La question de la liberté du choix du patient doit être un débat public.



- Trois éléments sur le malaise des médecins n'ont pas été évoqués :
La sélection des médecins (certains médecins ne sont pas forcément faits pour être médecins), donc un entretien est-il prévu dans le nouveau système de sélection ?
La désorganisation de l'hôpital public avec la fuite des médecins vers le privé pensant que cela sera mieux ;
La dépersonnalisation de la clientèle.

Conclusion :

Plusieurs remarques ont été faites en conclusion :

- On mesure l'impact des transformations sur les personnels. Pour aider ces derniers dans leur travail, il faut se préoccupe du travail concret, de tous les jours, et également de celui « invisible ».
- Il faut se demander jusqu'où on laisse de l'autonomie et jusqu'où on contraint dans le changement. Il faut également laisser des marges de manœuvre et des temps de stabilisation.
- Les facteurs de blocage en France sont liés à la technostructure. Les hauts fonctionnaires ont le sentiment de tenir les murs et cette responsabilité crée des blocages mais aussi des capacités à bouger.

Note de synthèse rédigée par Victoire Maurel

Avec le soutien de nos partenaires



Avec les partenariats institutionnels de :



cegape

