

Octobre 2019

MA SANTÉ 2022 : QUEL HÔPITAL DEMAIN ?

Le compte rendu du débat
du 15 Octobre 2019

DÉBAT
DE
L'ORDRE



ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
Conseil National de l'Ordre



Maurice BENSOUSSAN, président de l'URPS-ML d'Occitanie ;

Rachel BOCHER, présidente de l'INPH ;

Lamine GHARBI, président de la FHP ;

Thierry GODEAU, président de la Conférence nationale des présidents de CME de CHG ;

Laurent HEYER, président du CNP-AR et représentant de l'inter-syndicale APH ;

Thomas LE LUDEC, directeur CHU Montpellier, membre du bureau de la Conférence des directeurs généraux de CHU ;

Thomas MESNIER, député LaREM de Charente, membre de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, auteur d'un rapport sur l'organisation des soins non programmés dans les territoires en mai 2018 et actuellement chargé d'une mission relative à l'amélioration de la situation dans les services d'urgence ;

Antoine PERRIN, directeur général de la FEHAP ;

Zaynab RIET, déléguée générale de la FHF ;

Le débat est introduit par **Patrick BOUET**, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins, modéré par **François SIMON**, président de la section exercice professionnel du Conseil national de l'Ordre des médecins et animé par **Michaël SZAMES**, rédacteur en chef de Public Sénat.

M. Michaël SZAMES

Bonjour à toutes et à tous, merci d'être présents ce matin au Conseil national pour ce débat consacré à Ma santé 2022 quel hôpital pour demain ?, thème d'actualité brûlante. Monsieur le Président du Conseil national de l'Ordre des médecins, Patrick BOUET, va d'abord vous délivrer un message avant de commencer le débat.

M. Patrick BOUET

Je vous remercie d'avoir pu vous rendre disponibles pour ce débat sur un sujet d'actualité qui s'intègre dans le sujet d'actualité plus vaste du système de santé.

Le système de santé est en crise fonctionnelle, identitaire, étouffé par un carcan médico-administratif et économique depuis quatre décennies, ayant fait perdre la ligne d'horizon validée en 1945 et 1958 : créer un système solidaire d'excellence mue par l'intérêt des patients et des professionnels reconnus, ce que je rappelais au Président HOLLANDE en 2015 lors de notre congrès de l'Ordre.

Ce système est basé sur l'engagement des acteurs qui conditionnent son fonctionnement, sur l'image solidaire qui conditionne sa crédibilité, sur l'accessibilité pour tous qui fonde l'engagement de service public.

Aujourd'hui, en crise, certains disent en fin de cycle, accéléré par le poids des détresses humaines de notre société, l'hôpital, les médecins, les professionnels de santé se sentent corsetés par le carcan administratif du fonctionnement, les règles économiques d'entreprise qui leur sont imposées.

À l'hôpital, notamment, la résilience des acteurs qui en sont les moteurs est aujourd'hui dépassée, voire annihilée, dans des pans entiers de fonctionnement : service hospitalier des urgences, fermeture de services entiers tel Tourcoing et son service de gynéco-obstétrique, voire mise en vente de l'hôpital public de proximité (le Maine-et-Loire).

L'Ordre, dont la mission est de représenter l'ensemble de notre profession, quel que soit le mode d'exercice, le dit et le rappelle : l'explosion reste programmée. Il faut dorénavant retrouver le sens humain à la mission de soigner, le sens solidaire à la mission de service public, le sens médical empathique à la mission des soignants.

Cette impasse structurelle, voire idéologique, l'hôpital en est aujourd'hui l'illustration douloureuse. Cette crise de l'hôpital est aujourd'hui dans tous les médias, dans toutes les préoccupations des Français, citoyens ou élus, et la campagne municipale qui s'annonce ne fera qu'interpeller plus fortement les responsables politiques de proximité et, bien sûr, les responsables politiques nationaux.

Aussi est-il aujourd'hui nécessaire que dans le cadre de ses missions, l'Ordre donne la parole à l'hôpital, à ses acteurs, aux soignants de l'intérieur et de l'extérieur de l'hôpital car l'hôpital n'est pas seul aujourd'hui. Nous pensons que ce système de santé à venir doit retrouver le sens et regagner les moyens de sa mission initiale et fondamentale.

Le carcan économique et administratif doit se desserrer, désenclaver les métiers de la santé qui doivent être reconnus et valorisés. Les missions accomplies au service de la population doivent redevenir prioritaires pour ne pas dire républicaine. La proximité à la population, l'engagement partagé des acteurs publics comme libéraux, ressource essentielle de ce système, doit être une priorité de la mandature politique en cours. Une priorité qu'il ne suffit pas de repousser au résultat attendu d'une loi, mais une action déterminée de court et de moyen terme.

Il faut aujourd'hui reconstruire ensemble ce système fondateur de notre solidarité. Il faut aujourd'hui donner aux professionnels, aux établissements et à l'hôpital tous les moyens nécessaires pour qu'ils puissent assurer leurs missions. Je ne doute pas que nous ne puissions ensemble donner et tracer un certain nombre de priorités pour la profession et pour les acteurs politiques dans le débat qui va s'ouvrir.

Je laisse M. SIMON, Président de la section exercice professionnel, être le médiateur de cette matinée débat et je vous remercie du temps que nous allons passer ensemble.

M. Michaël SZAMES

Permettez-moi avant d'introduire le débat, que je vous proposerai en trois temps, de présenter les intervenants à la tribune. Je compte sur vous pour que le débat soit interactif.

Je voudrais commencer par Monsieur le Député, qui doit nous quitter dans la matinée, pour entrer directement dans le vif du sujet. Vous avez pu lire dans la presse un certain nombre d'appels pour un plan d'urgence pour l'hôpital. Ce plan d'urgence est-il à l'ordre du jour ?

M. Thomas MESNIER

Bonjour à tous et excusez-moi de devoir vous quitter du fait d'engagements en lien avec mes missions sur la santé. Effectivement, on voit bien les difficultés que connaît l'hôpital partout dans le pays et je l'ai constaté dans de nombreux déplacements dans le cadre ma mission sur les urgences depuis juin. Le traitement d'urgence est finalement aussi le traitement de fond que l'on a lancé qui s'appelle Ma santé 2022. On a voté la loi au mois de juillet, elle va se mettre en place très rapidement avec un certain nombre de mesures qui seront mises en place via des ordonnances. Cela a fait débat à l'époque, mais c'était pour permettre une mise en place plus rapide de certaines mesures. On a fait le point avec le ministère la semaine dernière et les parlementaires investis sur ces sujets et les ordonnances suivent le planning attendu. On les avait demandées sous 12 mois pour la plupart.

En parallèle arrive la convention, plusieurs avenants ont été signés il y a quelques mois. Le budget de la Sécurité sociale arrive à partir de cet après-midi en Commission des affaires sociales pour, là encore, aller plus loin. Je pense aux financements des hôpitaux de proximité. Je vais porter des amendements sur les urgences par rapport à ma mission. Et on a le pacte de refondation des urgences présenté il y a quelques semaines par la ministre dans

le cadre de la mission que je mène et pour laquelle j'aurais un rapport à remettre avec le Pr CARLI d'ici fin novembre.

Nous avons bien pris la mesure, et d'ailleurs la ministre est médecin hospitalier tout comme moi avant mon élection, de l'état de l'hôpital public et des réformes nécessaires. Nous menons depuis deux ans, dans une concertation que nous voulons la plus large possible, un grand plan de transformation qui, certes met du temps à se mettre en œuvre, mais certaines dispositions votées il y a deux ans arrivaient tout juste sur mon territoire charentais la semaine dernière. Le traitement est en cours, des mesures ont été prises ne serait-ce que pour l'hôpital public. On a vu des avancées budgétaires avec l'augmentation des tarifs l'année dernière et le dégelé d'un certain nombre de budgets.

M. Michaël SZAMES

Vous confirmez donc qu'il n'y aura pas un nouveau plan d'urgence tel qu'il a été appelé des vœux par des célébrités dans la presse ? Il y a des manifestations encore aujourd'hui. On restera à ce qui est en place aujourd'hui ou en tout cas ce qui est prévu dans la loi.

M. Thomas MESNIER

Agnès BUZYN a lancé le plan pour l'égal accès aux soins, le plan Ma santé 2022. Il ne faut pas enchaîner les plans les uns après les autres, il faut d'abord les laisser agir et être mis en place. Des mesures d'urgence peuvent être prises d'ici ou là, notamment comme pour les services d'urgences. Nous continuons de travailler et s'il y a d'autres mesures importantes à mettre en place pour améliorer les choses rapidement, elles le seront mais pas de nouveau plan annoncé.

M. Michaël SZAMES

Donc pas de nouveau plan, mais un hôpital qui est quand même malade. M. SIMON, vous êtes aussi médecin, êtes-vous satisfait de la réponse « pas de nouveau plan » ?

M. François SIMON

L'hôpital est malade, c'est certain, on le dit, on l'écrit, on le vit. Certains se posent la question de sa survie. Le Conseil national de l'Ordre des médecins, lui, a interrogé les médecins hospitaliers lors d'une grande consultation en 2015 à laquelle 30 000 médecins ont répondu, dont 5 000 hospitaliers. À l'analyse des réponses, il apparaît qu'ils sont à la fois fiers et globalement satisfaits de leur situation professionnelle, ce qui peut en étonner certains, mais ils sont aussi très inquiets de l'évolution de leur métier qui, selon eux, se dévalorise très rapidement. Pourquoi ? Ils estiment que leur exercice s'éloigne du soin en raison de l'accroissement de tout le reste que l'on résume sous le vocable des contraintes administratives qu'a souligné le Président, la pression de la rentabilité, la T2A qui est en permanence remise en cause et je crois que l'on va s'en occuper.

M. Thomas MESNIER

Tout à fait.

M. François SIMON

De plus, les relations avec l'administration sont souvent lointaines et conflictuelles. Face aux constats quatre pistes sont dégagées par les répondants : l'augmentation du temps médical, une gouvernance qui soit partagée, la lutte contre les inégalités territoriales autour des GHT et une meilleure structuration du parcours ville/hôpital. Il faut se parler, la communication est extrêmement difficile entre la ville et l'hôpital, mais quand on parle des hospitaliers, ils nous disent que la communication est parfois aussi difficile à l'intérieur de l'hôpital lui-même.

M. Michaël SZAMES

Parlons du fonctionnement de l'hôpital et peut-être même des médecins à l'intérieur de l'hôpital. Commençons à avancer sur ce malaise et ce fonctionnement de l'hôpital en vue d'un hôpital meilleur pour demain.

Mme Zaynab RIET

Vous l'avez dit, Ma santé 2022, le diagnostic est

largement partagé. Nous avons un essoufflement de notre système de santé qui n'est pas sans conséquence sur les populations, les patients et les professionnels qu'ils soient de ville ou à l'hôpital.

La véritable question est continuons-nous à laisser l'hôpital s'asphyxier au fil des années, car l'hôpital de demain ne pourra plus continuer à pallier les insuffisances du système de santé, ne pourra plus être le seul à rendre des comptes en matière de régulation, ne pourra plus être taxé de mauvais gestionnaire au motif de déficits qui s'accroissent et qui sont dus à une régulation à charge sur les établissements de santé et à des charges que l'hôpital ne décide pas et dont il n'a pas les recettes.

L'hôpital et ses équipes ont atteint, comme l'a indiqué le Président du Conseil national, les limites en raison des plans d'économie successifs. Au-delà de la rentabilité, c'est le sujet des économies et de la pressurisation des établissements. Ils ont aussi atteint la limite des non-décisions en matière de choix et d'arbitrage.

À ce titre, nous pouvons nous réjouir que Ma santé 2022 ne soit pas une succession de plans comme l'a indiqué Monsieur le Député, mais une véritable politique en matière de santé parce qu'il y va de notre démocratie. L'hôpital de demain pour être pensé, doit être pensé dans un système de santé qui reconnaisse l'hôpital, qui corrige ses insuffisances et qu'à la fois des décisions soient prises au plan national pour redéfinir, réguler l'ONDAM (Objectif national des dépenses de l'Assurance maladie) au plan territorial parce que nous sommes convaincus qu'au niveau des territoires la mise en place de ce que l'on a appelé des projets territoriaux de santé, qui vont permettre à tous les acteurs, de la ville comme de l'hôpital, de partager un diagnostic sur l'état de besoin des populations mais partager aussi les réponses à y apporter, et en y associant tous les acteurs locaux (professionnels, élus et citoyens), sera de nature à redonner du sens aux équipes. Nous sommes là pour mieux soigner.

Au niveau régional, on l'a vu avec la crise des urgences, il faut de l'anticipation. Il faut pouvoir anticiper ces crises qui se succèdent sur le plan hivernal et estival.

Une fois que nous avons posé le bon diagnostic, il faut le bon traitement et puisqu'il s'agit maladie chronique à laquelle il faut mettre fin parce que nous sommes dans la phase aiguë, il faut adapter le traitement et la posologie et surtout éviter les effets indésirables.

Effectivement, l'hôpital de demain est un hôpital qui aura toute sa place dans un système de santé qui sera organisé, régulé, responsabilisé et où pourra évaluer en matière de coûts, mais aussi en matière de qualité, de parcours des patients, en matière de pertinence et de qualité de vie de travail des professionnels qu'ils exercent à l'hôpital ou en ville.

M. Michaël SZAMES

Vous avez donné de nombreuses pistes, mais essayons d'entrer à l'hôpital, M. HEYER pourrait peut-être s'exprimer sur les urgences.

M. Laurent HEYER

Je suis effectivement présent au titre d'une intersyndicale dont une grande partie des mandants sont urgentistes, anesthésistes-réanimateurs, gynécologie-obstétriciens, gériatres, toutes ces disciplines qui sont en première ligne aujourd'hui et je voudrais placer mon intervention sous un chiffre : 30 %.

Aujourd'hui, 30 % des postes de praticiens hospitaliers sont vacants. Les jeunes médecins qui sont formés en France ne veulent plus aller à l'hôpital. De plus, ces vingt dernières années le pouvoir d'achat des praticiens hospitaliers est réduit de l'ordre de 30 % compte tenu du blocage des grilles indiciaires. A cette réduction se surajoute aussi une diminution de 30 % des pensions de réversion à la suite de la réforme de fonctionnement d'IRCANTEC.

Ce dont on parle aujourd'hui s'est installé insidieusement et c'est une organisation qui s'est détruit petit à petit.

Lorsque l'hôpital public a été créé et le statut de praticien hospitalier (PH) avec, on a voulu créer un espace de travail, de coopération, un espace dans lequel, sous couvert et sécurisation d'un régime statutaire, les acteurs étaient capables de construire et co-construire ensemble en toute autonomie. C'est ce qui est remis en question aujourd'hui parce qu'avec la réduction de la rémunération, l'autonomie des PH est affectée.

Il est aujourd'hui expliqué qu'il faut rendre ce statut plus flexible pour que les PH cherchent des rémunérations en dehors de l'hôpital public ou selon le volume de leurs actes, ce qui est un choix, mais c'est significatif. On nous a dit aussi ces dernières années que finalement les PH, ceux qui assurent que la lumière est allumée 24h/24, ne sont pas non plus très pertinents pour participer au projet médical, ce qui est également troublant.

J'ajouterai à tous ces petits signes — qui soulignent la place détériorée des PH au sein de l'hôpital public, et puisqu'il faut basculer sur l'innovation et l'avenir —, le fait est que l'hôpital public a d'énormes potentiels. Nous avons tous dans nos hôpitaux des entrepôts de données, mais aujourd'hui le traitement et surtout la valorisation de ces données est externalisé et privatisé. Ce ne sont plus les acteurs de l'hôpital public qui peuvent travailler sur les données de leurs patients.

En ce qui concerne les urgences, nous avons bien noté l'annonce d'un plan. Il me semble que ce serait 750 millions d'euros qui seraient alloués pour les urgences.

M. Thomas MESNIER

Oui, 750 millions jusqu'à la fin du quinquennat.

M. Laurent HEYER

Que peut-on attendre d'un tel investissement qui, en plus, est pris sur les autres activités de l'hôpital puisque c'est à ONDAM constant ? ONDAM, qui cette année est inférieur au 4,4 % nécessaire pour maintenir l'activité actuelle. Cela ne constitue pas des signaux forts de la volonté d'insuffler les ressources nécessaires pour changer la donne.

M. Thomas MESNIER

J'ai entendu parler de financement, d'attractivité, de numérique, tous ces sujets sont traités dans la loi santé dont j'ai été le rapporteur général et qui a été votée cet été. Je suis d'accord, il y a effectivement un sujet d'attractivité notamment en début de carrière sur lequel il faut avancer. On a créé le Health Data Hub qui sera public, ce qui écarte les peurs de privatisation des données.

Quant aux urgences ce sont effectivement 750 M€ débloqués dont 80 % serviront à embaucher de nouveaux personnels sur des nouvelles fonctions, aux cellules de gestion de lits, aux nouveaux personnels nécessaires pour faire fonctionner le service d'accès aux soins (SAS) qu'on veut mettre en place d'ici l'été. C'est un fait que cela se fait à ONDAM constant, d'abord sur cette année en redéployant des dotations non utilisées et, ensuite, par des choix politiques forts décidés par la ministre de la Santé en faveur des urgences qui sont une priorité de notre politique de santé.

M. Lamine GHARBI

Concernant les urgences, il convient de clarifier les choses : nous proposons que soient davantage prises en compte les 120 cliniques qui en France sont labellisées service d'urgences et qui prennent en charge chaque année 3 millions de patients. L'hôpital public prend en charge 18 millions de personnes. Il ne s'agit donc pas de se comparer en termes de chiffres, mais quand on fait le calcul (3 millions par 120), cela représente environ 50 patients par 24 heures. Les urgences privées peuvent donc accueillir davantage de patients. On pourrait, sans renforcer les moyens, prendre en charge 80 à 100 patients par 24 heures, ce qui doublerait l'activité, et ainsi venir en soutien de l'hôpital public qui connaît aujourd'hui une situation de saturation.

M. Michaël SZAMES

Comment faites-vous ?

M. Lamine GHARBI

50 patients par jour, c'est ce que fait un médecin dans son cabinet de ville. (Discussions dans la salle.)

La chance que nous avons dans nos services, c'est que ce sont des médecins libéraux qui y exercent. Ils ont donc toute latitude pour s'organiser, c'est-à-dire que s'il y a une activité qui augmente, il y a toujours la ressource d'appeler un confrère libéral qui viendra exercer dans la structure.

J'ai au sein de mon Groupe, basé dans le sud de la France, 4 services d'urgences, et nous n'avons pas eu de difficultés d'accueil cet été en dépit de la canicule. Nous avons donc d'un côté l'hôpital en tension, avec une souffrance psychologique, sociale et professionnelle réelle, et, de l'autre côté, l'acteur privé qui pourrait venir davantage en appui. Il faut donc remédier à cette situation qui n'est pas logique.

Je n'entrerai pas dans le débat que je réfute : « ce ne sont pas les mêmes urgences, les mêmes patients, avec la lumière allumée jour et nuit ». Je pars de ce principe simple de coopération possible, et je tends une main. Ce n'est pas une volonté de notre part de nous substituer à l'hôpital public. Mais comme l'a indiqué le Président, on voit que les acteurs privés ont peut-être vocation à avoir une gestion de service public.

M. Michaël SZAMES

C'est une piste.

Mme Christine ROSSIGNOL, Présidente du conseil départemental du Tarn-et-Garonne

Un médecin général qui ferait 50 actes par jour ferait du mauvais travail. Ce n'est pas cela la médecine et il n'est pas question d'opposer l'hôpital public à l'hôpital privé. La question est la bonne médecine se fait-elle en urgence ? Et, Monsieur le Député, si le patient a le droit de demander tout le temps parce que c'est gratuit et parce qu'il y a la lumière allumée 24h/24 ?

C'est un choix qui a été fait, intra-muros de l'hôpital et extra-muros de l'hôpital, d'organiser tout le système de santé autour de l'urgence. Il faut en sortir. La bonne médecine ne se fait pas en urgence ! Cela demande un peu de courage politique, mais tous les acteurs de santé travailleraient mieux s'ils étaient mieux respectés si on comprend que leur travail va bien au-delà d'une simple médecine symptomatique où l'on va traiter un symptôme sans s'inscrire dans la durée, à l'heure où les maladies complexes se multiplient et l'espérance de vie s'allonge et où la prise en charge du patient prend du temps et d'être maître du parcours du patient.

Il faut responsabiliser les patients et avoir le courage de dire que ce sont les médecins et les soignants plus largement qui doivent être responsables. Cela ne veut pas dire que le patient n'a aucun droit, mais ses droits commencent par les devoirs du médecin.

M. Michaël SZAMES

On sait que les urgences sont une porte d'entrée vers l'intérieur de l'hôpital.

M. Antoine PERRIN

Ce débat est intéressant, mais on l'a déjà eu et je ne partage pas tout à fait l'avis de M. GHARBI. Je ne crois pas que ce soit en créant plus de services d'urgences et appelant à faire venir de plus en plus de malades dans les services d'urgences, si tant est que ces services aient insuffisamment d'activité, qu'on va régler le problème.

Le problème est en amont et je partage l'avis du Dr ROSSIGNOL et les propositions de M. MESNIER et de la ministre sur le plan urgences. J'irai même plus loin sur le sujet du domicile, les personnes sont d'abord des personnes à domicile. L'afflux aux urgences qui pose le plus de problème est essentiellement celui de personnes polypathologiques âgées qui sont à leur domicile et qui basculent dans la décompensation parce qu'insuffisamment de prévention, insuffisamment d'accompagnement à domicile, et je ne jette la pierre à personne ce n'est pas la faute des médecins, mais la situation fait

que l'isolement, l'absence ou l'insuffisance de prévention, fait basculer dans les services d'urgences au mauvais moment, dans de mauvaises conditions et pour de mauvaises raisons. C'est donc en remontant vers le domicile que l'on trouvera la solution.

Les 750 M€ du plan urgences ne sont pas hospitaliers, il y en a très peu sur l'hôpital, c'est en amont que cela se fait. C'est bien mais je considère que ce plan ne va pas suffisamment en amont. Il faudrait que ce plan impacte les acteurs du domicile, aides-soignants, services d'aide à domicile, etc., qui sont la première ligne de la santé, pas forcément du soin, du suivi des personnes en précarité sociale, précarité en santé, à leur domicile. L'objectif est que ces personnes n'aillent pas dans les services d'urgences quand ce n'est pas nécessaire et très souvent cela ne l'est pas.

M. Thomas MESNIER

Je suis d'accord sur le fait que la médecine reste un art et doit s'inscrire dans un temps long pour être de qualité. Par contre, je ne crois pas vraiment qu'on soit en train d'organiser tout notre système autour de l'urgence, mais que les Français utilisent le système de santé de façon un peu différente, aussi porté par le fait que l'on a un déficit de temps médical notamment en médecine de ville ce qui les pousse à aller vers les urgences où la lumière est allumée et où on finit par avoir de la médecine de l'aiguë immédiate, que l'on consomme. C'est justement pour cela qu'on essaie de libérer du temps médical par différents moyens qui sont toujours discutés, que l'on supprime le *numerus clausus* pour former davantage de médecins et surtout que l'on crée le Service d'accès aux soins (SAS) dont l'objectif est lorsque vous avez un besoin de santé et que vous ne savez pas où aller à part aux urgences, appelez ce numéro, ou allez sur la plateforme en ligne et on organisera votre parcours de soins. L'objectif est de ne pas passer par les urgences dès lors que c'est possible pour organiser les choses différemment et avoir une médecine moins consommée et de plus grande qualité.

M. Jean-Yves DALLOT, conseil départemental de Seine-et-Marne

J'ai été chef de service en médecine interne à Fontainebleau. Je voudrais attirer l'attention notamment de M. MESNIER sur un véritable syndrome France Télécom qui touche les médecins hospitaliers. Je vois autour de moi des médecins qui parlent de partir, qui ont fait de leur mieux et ont essayé de tenir le coup mais qui n'y arrivent plus. Cette souffrance est très importante et en partie due à la situation, mais aussi au fait que les directeurs d'hôpitaux sont soumis en permanence à des injonctions paradoxales et perdus entre l'exigence de faire des économies et l'impossibilité de faire mieux, ils maltraitent leurs personnels. C'est dramatique.

D'autre part, lorsqu'on construit un service d'incendie, on ne met pas un quart de camion de pompiers parce que c'est statistiquement ce qu'il faut, on en met au minimum deux pour qu'il y en ait toujours un disponible quand l'autre est en réparation. Actuellement, on n'a pas de lits d'aval, on n'a plus le minimum. Il est normal qu'un hôpital ait 20 % de lits vides, il faut l'entendre même si on doit essayer de tenir compte de la gestion.

M. Michaël SZAMES

Nous avons bien noté votre question et je demanderai à M. LE LUDEC, directeur de CHU de répondre en quelques mots sur la question des directeurs d'hôpitaux.

M. Thomas LE LUDEC

Le sentiment de perte de sens correspond effectivement à une réalité. Il y a eu un sentiment de dépossession par les acteurs médicaux et les soignants en général avec la succession de réformes à un rythme soutenu. La réforme de la gouvernance en 2010 a affecté la pratique managériale lorsque l'on a sous-entendu que les processus de concertation ou de co-décision étaient mis en cause avec le slogan qu'il y avait qu'un seul patron à l'hôpital. Lorsqu'on n'était pas sur cette ligne, ce qui était mon cas, on était parfois mal considéré par celles et ceux qui ne voulaient pas voir l'hôpital dans sa complexité.

Dans mon expérience professionnelle à Montpelier, ce sujet de la souffrance des médecins au travail a fait l'objet d'un travail continu depuis plusieurs années à la suite du suicide d'un de vos confrères en 2010 qui a beaucoup marqué le CHU et qui est resté dans son ADN. Nous avons fait un travail de proximité, sans consultant, sans boîte de conseil, qui a tout simplement consisté à libérer la parole avec ce qui est juste, injuste dans les modes d'expressions de vos confrères, etc. Cette libération de la parole a d'ailleurs fait l'objet d'un ouvrage qui est paru cette année Les médecins ont aussi leurs maux à dire.

Je pense qu'il y a à la fois des éléments structurels qui se sont posés dans les 15 dernières années qui expliquent ce malaise. Il y a aussi le fait que la parole s'est davantage libérée parce que ce sujet, si vous lisez l'autobiographie de Jean-Christophe Rufin Un léopard sur le garrot et sa formation au début des années 1970, vous voyez les mêmes phénomènes de maltraitance à l'œuvre à l'intérieur de votre communauté professionnelle.

Il faut donc aussi interroger tous les éléments du système qui produisent ce sentiment de dépossession, de souffrance au travail. Je voudrais insister au nom de la conférence des Directeurs généraux de CHU sur le fait que la question des rémunérations, et la ministre a pris une position très claire dimanche sur le fait qu'elle ouvrait un chantier des rémunérations à l'hôpital public en particulier, c'est une réalité aujourd'hui. Il y a des différences extrêmement importantes en secteur public et secteur privé dans beaucoup de métiers y compris dans les métiers médicaux. Ce n'est pas tenable parce que dès qu'il y a un malaise quelque part, il est évident qu'on va regarder ailleurs. Ce sentiment de dépossession joue aussi sur la partie attractivité par la rémunération.

C'est important d'avoir cet ensemble de phénomènes en tête et je n'emploierai pas des termes trop forts sur la crise de l'hôpital public, mais si on ne s'occupe pas du sujet maintenant, nous aurons des problèmes de plus en plus graves avec une accélération du phénomène de désaffection.

Nous sommes à un point d'inflexion et sincèrement nous avons une ministre à l'écoute beaucoup plus que d'autres et qui, je pense, a pris la mesure du problème. A-t-elle tous les moyens de le faire, c'est une autre question qui relève plus des réponses de Monsieur le député.

M. Maurice BENSOUSSAN

Je voudrais faire quelques remarques avant de réagir à la question des rémunérations. Il y a beaucoup de plaintes et il est peut-être compliqué de construire les choses autour des plaintes des uns des autres. On voit aussi les limites de la volonté de Ma santé 2022, y compris quand c'est porté par le Président de la République, où l'on reste dans des approches extrêmement cloisonnées. Ce matin en est un exemple, on reste dans une approche qui est cloisonnée sur la problématique de l'hôpital. Elle est bien sûr manifeste, mais on ne peut pas aborder la question du système en partant simplement de la problématique de l'hôpital et en pensant que la solution va venir de l'approche de cette complexité qui existe.

M. HEYER annonce 30 % de postes non pourvus chez les PH (praticiens hospitaliers). À mon époque, quand j'étais psychiatre au moment de l'internat, il y avait plus de postes que de candidats. En effet, comme le dit M. LE LUDEC, il faut aussi regarder les problèmes à l'aune de la temporalité et voir que l'on fait face à des enjeux qui ne sont pas si nouveaux que cela. Il y a peut-être des choses à voir.

Cette question de l'équilibre dans le système, quelle est la place du médecin dans le système, comment l'associer un peu plus à ces questions du système de santé, comment aborder les problématiques du système, peut-être avec une démarche clinique et en partant aussi de ce qu'on peut observer et du point de départ, cela aidera à ouvrir des portes au lieu de rester dans des silos de plaintes et d'une façon de voir des choses à partir de son propre champ d'exercice.

M. Michaël SZAMES

On a ouvert quelques pistes sur les rémunérations, l'attractivité, on parlera de la gouvernance et des CME dans un instant après quelques questions.

M. Jean CANARELLI, conseiller national, Président du conseil départemental de Corse-du-Sud

La souffrance dans le monde de la santé est très largement ressentie par tous les acteurs. Toutefois, même si l'économie et l'administration de la santé pose problème, on ne peut s'en passer. C'est une grosse machine, on est obligé de le faire. Cependant, force est de reconnaître que ces dernières années on a eu une dérive progressive. Aujourd'hui, les urgences souffrent parce que l'on en a fait la porte d'entrée de toutes les misères de la société et la porte d'entrée de l'hôpital et cela ne s'arrête pas. Il n'y aura jamais assez de monde aux urgences et dans les hôpitaux parce que l'on n'est pas encore sorti du dogme hospitalocentré public et privé.

On a une porte d'entrée continue, permanente qui fait que l'on a déstructuré la médecine libérale en termes de permanence des soins. On a aussi de l'autre côté, et c'est ennuyeux, un changement qui se fait brutalement tous les ans avec des dogmes qui peuvent changer d'année en année, pour autant le temps hospitalisation aux urgences est long. La réorganisation ne peut se faire que très lentement.

On a une accélération de ce mouvement aujourd'hui et quelques éléments sont évocateurs. On a de plus en plus de maisons de garde libérales à l'entrée des urgences qui ne font qu'apporter encore plus de monde au même endroit et je ne suis pas sûr que ce soit une bonne solution. On est en train d'essayer de drainer les territoires autour maison de santé avec une organisation GHT centrée. On va continuer d'aggraver la réception aux urgences de tous les hôpitaux de France. Aujourd'hui, il est temps d'envisager des solutions plus régionales et à la main des acteurs locaux plutôt que de faire une organisation centralisée telle qu'elle est.

M. Michaël SZAMES

Donc à la main des acteurs de locaux et continuité, nous y viendrons plus tard, je vous propose de rester sur les questions de gouvernance et d'accueillir Mme BOCHER.

M. Pascal REVOLAT, Président du conseil départemental de Charente-Maritime

Nous parlons beaucoup de l'hôpital, la clinique, etc., mais le premier dont nous n'avons pas parlé c'est le malade puisque l'origine de tous ces maux est le malade. Pourquoi le malade est-il l'origine ? Parce qu'il n'y a pas afflux, aussi bien dans les cabinets qu'aux urgences, sans savoir ni pourquoi ni comment. Est-ce que le premier pas de tout cela ne serait-il pas l'éducation sanitaire et le prix de tout ce qui arrive, c'est-à-dire une régulation 24h/24 ?

M. Michaël SZAMES

Vous voulez développer la piste de la régulation 24h/24 pour dispatcher les patients dans les bons endroits finalement ?

M. Pascal REVOLAT

Exactement, que ce soit dans un cabinet médical, voire qu'ils restent chez eux avec un simple conseil ou qu'ils aillent voir leur pharmacien, mais l'open-bar 24h/24 doit cesser. La France est un des rares pays où cela existe.

M. Thomas MESNIER

Je suis d'accord avec vous, c'est l'idée que j'ai portée dans mon rapport sur les soins non programmés en 2018 et qui prend vie sous le nom de SAS qui sera mis en place d'ici juin 2020. L'équipe est en train de travailler avec les hospitaliers et libéraux de concert, des médecins et des paramédicaux, pour organiser cette réponse H24, 7j/7, 365 jours par an.

M. Michaël SZAMES

C'est donc une réponse à la proposition.

M. Julien ARON, interne en néphrologie à Paris

Je voudrais simplement lire un extrait d'article de Frédéric PIERRU, sociologue parce qu'il est bon d'avoir un regard un peu plus neutre pour discuter de ce sujet. Dans son article Le cauchemar de l'hôpital du futur paru dans le Monde diplomatique, il indique « Les années 2000 marquent un tournant néolibéral dans les politiques hospitalières, alors que la médecine de ville, elle, bénéficie d'une empathie gouvernementale surprenante. » Le tournant libéral dira peut-être quelque chose à M. MESNIER.

Il évoque notamment dans l'afflux aux urgences des patients, la question de la pratique du dépassement d'honoraires qui se banalise et qui, pour les patients, ajoute aux obstacles financiers des obstacles territoriaux. Résultat, la France des Gilets jaunes a tendance à se tourner vers les hôpitaux, en particulier les urgences, plutôt que la médecine de ville du fait des dépassements, qu'en pensez-vous et quid d'un service de santé public de proximité ?

M. Thomas MESNIER

Je pense à l'essentiel des médecins libéraux qui exercent en secteur 1 partout sur le territoire et qui constituent une réponse du quotidien aux besoins des Français. J'entendais ce matin à la radio qu'on parlait de l'épidémie de grippe qui arrive. L'an passé c'étaient 60 000 consultations dans les services des urgences et 2 millions chez les médecins généralistes. Je veux bien qu'il y ait des sujets de médecine libérale ou ultralibérale qui peuvent être portés d'ici là. Je pense qu'effectivement la T2A a fait beaucoup de mal ou en tout cas a eu des effets largement pervers sur l'hôpital public, on est en train d'y revenir. Pour le reste, je laisse la parole à mes collègues et vous remercie pour cette invitation.

M. Michaël SZAMES

M. GODEAU, vous êtes responsable des CME, commissions notamment en charge du fonctionnement des hôpitaux dans les hôpitaux, on a parlé un peu de l'attractivité, des rémunérations, entrons maintenant à l'intérieur de l'hôpital et des gouvernances à l'hôpital.

Estimez-vous que les hospitaliers et les médecins ont suffisamment de poids dans les décisions dans les hôpitaux ?

M. Thierry GODEAU

Je vais parler évidemment un peu de l'hôpital, je pense — et beaucoup l'ont exprimé — que c'est aussi le problème de la gouvernance de la santé qu'il faut revoir. Je voudrais reprendre le problème des urgences, on peut toujours épiloguer, le fait est là. La réponse nous appartient. Il faut aussi construire ensemble. Je pense que l'avenir est au décloisonnement de la ville et de l'hôpital sur ces sujets parce qu'il y a un problème de temps médical aujourd'hui. On a aussi des problèmes d'effectifs médicaux dans les services des urgences. Donc je veux bien qu'on ouvre des services urgences supplémentaires mais avec quels urgentistes ? Parce que si c'est avec les urgentistes de l'hôpital ça va être évidemment compliqué.

Le problème est que dans nos territoires, en fonction de l'écologie du territoire, de la démographie, il y a plus ou moins de prises en charge des soins non programmés, parce que le temps médical et le nombre de médecins sont ce qu'ils sont, et souvent cela s'organise chacun de son côté. C'est aussi une des difficultés de l'hôpital et, d'une manière générale, il est souvent mis devant le fait accompli sans concertation ni coordination. On n'est pas ensemble pour essayer de débattre de nos difficultés et essayer de trouver des solutions.

Il faut vraiment que l'on ait une gouvernance des acteurs de santé dans les territoires pour essayer de résoudre ce problème. On ne résoudra pas tout, mais qu'au moins on essaie de se coordonner, ce sera capital.

Sur certains sujets, je suis d'accord, je pense qu'il faudrait peut-être à terme avancer comme dans les pays comme le Danemark où l'accès aux urgences est régulé après une régulation, mais on n'en est pas encore tout à fait là. Je pense que ce sera une cible peut-être avec le SAS.

M. Michaël SZAMES

On sent bien que les urgences sont le point d'orgue.

M. Thierry GODEAU

Les urgences sont le symptôme, la porte d'entrée et quand les urgences dysfonctionnent c'est parce que l'hôpital dysfonctionne. En règle générale, lorsque les patients sont aux urgences sans lits hospitalisation, c'est parce que l'hôpital est saturé en nombre de lits. On a un véritable problème.

On n'a globalement pas eu une véritable politique de santé depuis 20 ans, mais une gestion comptable de la santé à laquelle chacun a essayé de répondre. Il faut sortir de cela. Je ne serai pas aussi critique sur la T2A, mais plus sur ce que l'on en a fait, c'est la régulation de la T2A qui pose des difficultés.

Concernant l'attractivité, on est en grande difficulté à l'hôpital. Tout le monde est en difficulté, on manque de médecins partout, mais à l'hôpital il y a les sujets des rémunérations et la perte de sens au travail.

M. Michaël SZAMES

Qu'entendez-vous par perte de sens au travail ?

M. Thierry GODEAU

Il y a les contraintes financières, on ne fait plus de projets, on est plutôt dans des plans de retour à l'équilibre, des suppressions diverses et variées de poste, travailler plus du fait de la régulation de la T2A pour gagner moins ou éventuellement juste garder ses moyens. C'est la réalité pour beaucoup d'établissements. Les équipes médicales ne sont pas complètes et puis les médecins ont l'impression de ne plus avoir d'emprise sur les décisions de l'hôpital.

On dit toujours que tout fonctionne quand le binôme Directeur-Président de CME fonctionne et c'est vrai, mais aujourd'hui, je trouve que les dés sont souvent pipés et je ne critique pas les directeurs, mais on leur met une telle

pression, notamment au niveau des ARS, qu'ils se retrouvent pieds et mains liés et comme ils savent qu'ils conduisent des dossiers auxquels ils ne croient pas toujours, qu'ils n'auront pas l'adhésion des médecins, ils essaient de passer en force ce qui se crée des crispations.

Il y a un vrai problème aussi de gouvernance à tous les étages. Les équipes ont l'impression de ne pas avoir d'emprise sur les décisions. On fait des réunions mais la décision ne se prend pas pendant la réunion. Il faut donc véritablement renforcer la gouvernance mais à tous les étages, il faut remettre le service au cœur du dispositif parce que ce sont les équipes médicales et soignantes qui sont la base de la construction. On a des pôles qui regroupent plusieurs services et c'est une anomalie. Cela fait 10 ans que l'on a fait une loi pour nous dire qu'il faudrait faire des délégations de gestion, c'est-à-dire donner un peu d'autonomie de gestion et de décision dans les pôles, mais cela n'a pas été fait et c'est une profonde anomalie. Quant aux instances médicales, il faut aussi leur donner maintenant un rôle un peu plus important dans les décisions parce qu'en plein d'endroits, les instances médicales se désertent parce qu'elles ont de plus en plus l'impression qu'elles ne servent à rien. Il y a un nouveau dispositif pour les GHT, dont on parlera plus tard, le projet médical de territoire et il faut recentrer le GHT au cœur du projet et la gouvernance médicale aura un rôle très important.

Mme Rachel BOCHER

Par rapport à l'attractivité des carrières, je partage en grande partie ce qui a été dit. Je crois qu'aujourd'hui on s'adresse directement au politique, c'est-à-dire que l'art du politique est de rendre possible ce qui est nécessaire. J'ai une devise pour les PH, les 3R :

Revalorisation intellectuelle et financière. Intellectuelle, cela concerne les missions des praticiens, c'est-à-dire qu'est-ce que ces médecins des hôpitaux ? C'est soigner, enseigner, faire de la recherche, faire des projets et participer à l'institution hospitalière.

Pour cela, il faut un statut adapté et je plaide pour un statut avec socle de base de soins assorti de valences contractuelles révisables : enseignement, recherche, management.

Financière, c'est majeur et c'est même plus de la valorisation. Après 12 ans d'études, c'est au début 2 500 € pour un PH en début de carrière. Tenons le fil rouge de l'harmonisation public-privé en tirant le public vers le privé et non pas, comme l'avait dit un conseiller technique d'un ancien ministre, diminuer les salaires du privé vers le public.

M. Michaël SZAMES

Est-ce possible ?

Mme Rachel BOCHER

La santé est une priorité des Français. J'ai lu avec plaisir la tribune dans Libération des 1 400 artistes qui ont dit plaider non seulement pour l'hôpital public mais aussi pour la qualité des soins de l'hôpital public. Un hôpital sans médecin et sans médecin de qualité n'est pas un hôpital, c'est un hospice ou autre chose. Chaque fois qu'il a fallu une revalorisation financière, soit il y a eu des miettes d'indemnités soit une diminution du temps de travail avec les 20 jours de RTT — j'y ai participé je n'avais pas le choix — on a diminué le temps médical d'un mois ce qui a entraîné des dysfonctionnements. Aujourd'hui, on crée des délégations de gestion. À quand les médecins avec une durée courte de formation pour pouvoir les payer encore moins ? Le constat est aujourd'hui alarmant. J'ai une équipe de 10 praticiens dans un grand CHU dans une ville attractive et 5 sur 10 sont partis en libéral. Ils avaient autour de 40 ans. Aujourd'hui, quand on a des praticiens, on ne sait plus pour combien de temps.

Remédicalisation. Il faut mettre les médecins au cœur du système et l'hôpital est fait pour soigner. Revenons donc à une éthique de responsabilités. Cela rejoint la question de la gouvernance que M. GODEAU évoquait.

M. Thierry GODEAU

On avait un peu parlé des rémunérations et il est vrai qu'il y a un vrai sujet de début de carrière, mais je crois que l'on en parle d'autant plus que l'écart est devenu insupportable. Le gel de la fonction publique joue aussi un rôle important car le pouvoir d'achat de tous à l'hôpital a nettement baissé.

Les hôpitaux tournent beaucoup avec de l'intérim, il y a donc quand même quelques médecins. Il faut aussi se demander pourquoi ces médecins sont partis ? Beaucoup font de l'intérim pour gagner un peu plus, mais surtout parce que l'hôpital public ne sait plus les garder, les valoriser. Je crois qu'on a parfois aussi géré des médecins à l'hôpital comme les personnels médicaux en termes de ressources humaines. On n'a pas su les valoriser, les mettre en valeur, les reconnaître.

Par rapport à la gouvernance, il y a autre sujet : le management et la formation au management et aussi la reconnaissance du temps au management parce qu'on a aussi les soucis dans les équipes médicales. En effet, dans les hôpitaux maintenant les équipes médicales grossissent, qui plus est avec les GHT, et les médecins ne sont pas formés au management, n'ont pas de temps dédié au management et quand il y a un problème tout le monde croise les doigts en mettant la poussière sous le tapis et quand ça explose, c'est la crise.

M. Maurice BENSOUSSAN

On est quand même dans un débat purement entre soi, service public et hôpital public. Donc quand j'entends hôpital dans le pays, je pense qu'il y a aussi une hospitalisation privée et des objectifs médicaux. Si on en reste sur le focus occitan des effectifs de professionnels, c'est 12 000 médecins libéraux en Occitanie, un peu moins de 6 000 salariés, ce n'est pas du tout la question. Il faut arrêter avec ce mythe des carrières attractives dans le privé. On a en effet quelques spécialités où quelques PU-PH sont débauchés par une hospitalisation privée parce qu'il y a une attractivité dans la spécialité de certains plateaux techniques.

Ce modèle est-il sain ? A-t-on encore les moyens d'une compétition saine et clarifiée entre les systèmes ou non ? Où allons-nous sur modèle unique de modalités d'exercice ? Et attention les cabinets de spécialistes ferment les uns après les autres sur la région. Il n'y a aucun successeur, pas de relais. Dans les établissements privés, il n'est pas simple de trouver des médecins libéraux qui veulent exercer les spécialités. Il y a aussi des soucis à se faire sur les profils de carrière au-delà du clivage public-privé comme si nous ne faisons pas le même métier.

Il faut donc entrer dans une réflexion qui va intégrer une possibilité de maintenir un système qui est aussi un système libéral. Il y a ce mythe sociologique ou journalistique du secteur 2, des honoraires indécents, etc., mais ce n'est pas la majorité d'exercice des médecins. La majorité des médecins est conventionnée, il y a l'Assurance maladie, il y a une solvabilisation, il y a soit un tiers payant soit des pathologies lourdes. Il faut arrêter ces mythes et arrêter de penser que les carrières libérales attirent les jeunes aujourd'hui, ce n'est pas vrai. Aujourd'hui, il y a fléchage purement sur la médecine générale parce qu'on pense désorganisation et ce raisonnement centré sur l'hôpital public est un raisonnement aveugle pour penser les problèmes d'attractivité de fonctionnement du système.

M. Michaël SZAMES

Vous posez la question du public-privé.

Mme Zaynab RIET

Je vais sortir du sujet de l'activité à l'hôpital, mais je vous rejoins sur le fait qu'il y a un vrai sujet qui est la santé en France aujourd'hui et la question de l'exercice médical aujourd'hui au regard des aspirations des professionnels, au regard des attentes de la société et qu'au-delà même du fait du clivage qu'on pourrait imaginer entre hôpital et ville, les problématiques d'exercice médical sont les mêmes. Il s'agit d'abord de savoir si la santé est un bien marchand comme les autres ?

Exerce-t-on la médecine aujourd'hui comme on l'exerçait hier ? J'ai eu une première vie en qualité d'infirmière à l'AP-PH, je n'ai pas l'impression que les choses sont pareilles aujourd'hui, c'est-à-dire que le statut du médecin n'est forcément pas toujours le même. Donc je pense que l'on ne peut pas raisonner médecine et santé sans prendre en compte les évolutions générationnelles, les attentes des uns et des autres pour exercer cette médecine.

On en arrive de suite au fait qu'il faut avoir accès aux soins tout le temps. Le concitoyen a un enfant en CP, il a des problèmes de vue, il habite de l'autre côté du périphérique à Paris, il lui faut entre 9 mois et 1 an pour avoir un rendez-vous, en attendant l'enfant a des problèmes à l'école, est-ce que l'on risque la problématique de l'échec scolaire ? Il faut concilier tout cela.

De la même façon, un médecin généraliste qui exerce en zone rurale, seul, qui a dans ses consultations de plus en plus de personnes âgées ou avec des maladies chroniques, consacre pour autant toujours plus de temps pour une même rémunération. Il y a un vrai sujet de la santé et comment nous plaçons la santé et comment nous répondons à cela. Tant que nous ne résoudrons pas ce sujet à savoir que la santé est un bien commun que tout à chacun nous souhaitons préserver. La FHF a réalisé un sondage auprès de 6 000 Français, 84 % d'entre eux placent la santé comme un facteur d'égalité des chances. Notre société vit une crise sociale et la santé est au cœur de cette crise sociale. En même temps, il y a une crise de l'exercice médical qu'il soit en ville ou à l'hôpital.

M. Michaël SZAMES

Nous reviendrons sur les relations ville-hôpital, fermons d'abord la question de la gouvernance, de l'attractivité et des questions de l'hôpital.

M. Laurent HEYER

Pour continuer, mais au titre d'un autre marqueur d'un système qui est à bout de souffle. Il y a un enjeu pour les professionnels qui est celui de leur formation continue. Aujourd'hui, fort légitimement, on propose la structurer afin de garantir à la société qu'il y aura un maintien des compétences des praticiens auquel on a confié la responsabilité de prendre des décisions difficiles, par un système de certification. Tout cela, dans le cadre de la réforme de la formation, du DPC. Or, lorsqu'on regarde l'argent qui est alloué par l'État français pour maintenir ces compétences, c'est 5 à 10 fois moins que ce qu'une société moderne alloue à ses cadres pour maintenir les compétences au sein de leur entreprise. Je mets ce point en avant parce que c'est très significatif des choix de pilotage d'un système qui s'essouffle faute d'investissements, de valorisation des hommes et femmes qui le font fonctionner. Les jeunes sont très bien formés en France, la formation continue est de qualité souvent, mais elle est insuffisante pour arriver à tenir un système, pour avoir des praticiens ou des professionnels de qualité que ce soit en libéral ou en public. Or le maintien des compétences est obligatoire pour maintenir la qualité des soins. Face à cet enjeu, les fonctions régaliennes font des choix et cela paraît clair, elles sous-financent.

M. Lamine GHARBI

Pour revenir sur les urgences, je dis oui évidemment sur un meilleur usage des urgences par les patients, oui à l'articulation. Je souhaite juste apporter une solution au problème aigu du moment, parce cela va prendre du temps avant que ne se mettent en place le SAS, le numéro unique et la régularisation des urgences. Or nous sommes là, dès à présent, et il convient de remédier aux difficultés actuelles.

Sur les rémunérations, j'étais dans le Grand-Est la semaine dernière et un directeur d'hôpital totalement démuné m'expliquait que pour avoir un médecin 24 heures aux urgences, cela lui en coûtait 3 500 euros.

L'hospitalisation privée est le symbole même de l'articulation ville-hôpital, c'est notre essence. Dans nos structures, il y a 98 % de médecins libéraux, donc la ville, et nous sommes le réceptacle des projets médicaux. L'articulation ville-hôpital, nous la pratiquons au quotidien depuis 50 ans et cela fonctionne.

M. Michaël SZAMES

Il y en a d'autres pour qui cela fonctionne moins bien.

Mme Laurianne MOUMANE, conseiller du conseil départemental du Territoire de Belfort

Je suis responsable d'une unité d'allergologie et mi-temps libéral. J'ai plusieurs interrogations, concernant la CME et le pouvoir des médecins et comment peut-on redonner du pouvoir à des médecins en CME ? Dans notre CME, nous sommes aujourd'hui 10 ou 15 à venir et à la dernière grosse CME on s'est pris un tollé général concernant le savon à l'hôpital qu'on a voulu enlever et pour lequel on a tous répondu négativement en bloc, y compris les hygiénistes et infectiologues. On nous a répondu « c'est nous qui allons décider ». Depuis, la CME est désertée. Donc, comment redonner du pouvoir aux médecins et à la CME et que la CME soit représentée par un médecin président qui ne soit pas dans les petits papiers du directeur ? On a parlé d'attractivité pour les jeunes médecins, notre centre hospitalier est complet de médecins étrangers qui ne parlent pas français. Le conseil de l'Ordre fait passer des entretiens de langue, mais comme ils sont là depuis 6 ou 8 mois avec leur famille, il est difficile de leur dire de rentrer chez eux parce qu'on ne comprend rien de ce qu'ils disent. Il devient dangereux d'avoir des médecins anesthésistes ou chirurgiens qui arrivent au bloc opératoire sans comprendre les patients. C'est mettre en danger le système de santé français. On parle de formation continue de médecin français de bonne qualité, on nous ne alloue justement pas assez de temps pour parfaire ce parcours médical.

Quant au salaire des jeunes PH, on parle de garde à 3 500 €. Lorsque je travaillais au centre hospitalier en tant que chef d'unité, on m'a employée en tant que PH contractuel 4 +10 et une fois les ans terminé, on m'a parlé de probatoire. On perd du salaire. Après on ne nous dit plus qu'il n'y a plus de probatoire mais que ce sera praticien attaché. Comment demander à un médecin-chef d'unité d'être payé 2 500 euros pour 60 heures par semaine et monter un service ? Quel est l'avenir du probatoire voire celle du PH ? Je sais que ce n'est pas le débat, mais c'est très important. Je suis aussi responsable des jeunes PH à l'hôpital, on fait des réunions et on a monté cellule pour discuter mais on n'a, pour l'instant, aucun pouvoir contre cela, le CNG ne répond pas très bien concernant le probatoire.

Enfin, je voulais souligner la souffrance au travail de tous les médecins et du personnel. Je récupère des personnes dans mon bureau qui se mettent en arrêt de travail et m'en parle avant parce que je vais en discuter avec la direction. On ne nous écoute pas, on fait 70 heures par semaine, on est sans cesse en arrêt de travail, on a des équipes qui n'y arrivent plus, des médecins qui n'y arrivent plus. On nous demande aussi de faire du management, de se former, de prendre du pouvoir dans l'hôpital, mais on n'a pas le temps, on est assailli par la demande des patients. On a parlé de sursollicitation, on est joignable par mail, par téléphone. Ce n'est plus possible.

M. Michaël SZAMES

Merci de votre témoignage. On va essayer de répondre à vos questions. Sur le dernier point, on a un peu expliqué avec M. LE LUDEC ce qui se passait au CHU de Montpellier. Abordons le pouvoir des CME.

M. Thierry GODEAU

Je vous remercie de cette intervention parce qu'elle résume beaucoup ce que le terrain vit et pense.

En effet, cela résume très bien toutes les difficultés que l'on connaît aujourd'hui et qui débouchent sur justement la perte d'attractivité et les problèmes de fidélisation, j'insiste, il y a du plus en plus de médecins qui quittent l'hôpital parce qu'ils sont désabusés.

La CME est un vrai sujet aujourd'hui parce que si on « pousse le bouchon » réglementairement, elle ne sert à rien. Je ne serai pas si pessimiste que cela parce que si la communauté médicale est soudée, cohérente et qu'elle donne des avis fermes, le directeur peut, sur un dossier — peut-être d'ailleurs parce qu'il n'a pas le choix vis-à-vis de l'ARS —, monter au créneau, mais il ne montera pas tout le temps au créneau si le corps médical est soudé. Néanmoins, il faut en effet que la CME ait des vrais avis, voire sur certains sujets des avis conformes de proposition qui engagent qui éventuellement celui qui ne les suit pas à justifier pourquoi et à l'argumenter.

Il faut qu'on soit en charge du pilotage de la stratégie médicale. On est demandeur d'une coresponsabilité sur les sujets médicaux et d'une codécision notamment sur certaines nominations, etc.

Il y a un véritable enjeu parce qu'en effet si on ne fait pas bouger ce sujet parmi tant d'autres, les médecins se désapproprieront les projets de l'hôpital et on ne montera pas de projet à l'hôpital sans les acteurs. Il y a un véritable enjeu sur le sujet tant dans nos établissements que dans les GHT. Les meilleurs interlocuteurs de la ville seront les soignants de l'hôpital.

M. Michaël SZAMES

Sur la question des salaires ?

M. Antoine PERRIN

Je suis médecin, j'ai travaillé 20 ans à l'hôpital public et j'ai été Président de CME et ai précédé M. GODEAU à la présidence de la Conférence et maintenant je suis dans le privé non lucratif. Dans nos établissements quand ils fonctionnent bien — parce que certains sont en difficulté ce qui veut dire dans le privé qu'ils meurent et mettent la clé sous la porte —,

il y a effectivement le sujet de la rémunération, mais il ne faut pas le résumer qu'à cela. Il y a le sujet des conditions de travail, des conditions d'exercice, de la fluidité des pratiques, de l'écoute de la gouvernance. Nos médecins sont recrutés par le directeur. C'est lui qui commande, c'est le chef, il n'y en a qu'un, c'est lui qui recrute, mais ce n'est pas pour autant un autocrate parce que le corps médical ne le garderait pas. C'est possible dans l'hôpital public également, ce n'est pas propre à notre statut. Donc tout dépend la façon avec laquelle la gouvernance est exercée. Moi j'étais très heureux comme président de CME à l'hôpital public, cela se passait très bien avec le directeur. Je pense que c'est encore possible mais tout dépend de la manière avec laquelle c'est conduit, quel que soit le statut. Il y a des souplesses, il y a de l'initiative possible. On n'attrape pas des mouches avec du vinaigre, mais avec ces pratiques managériales, avec cette souplesse, cette écoute et cette prise en compte des acteurs. C'est ainsi qu'on les garde, les fidélise et qu'on permet à l'hôpital, quel que soit son statut, d'être attractif au-delà de la rémunération que je ne veux pas négliger pour autant.

Mme Zaynab RIET

Sur le probatoire, Mme BOCHER s'exprimera mieux que moi, mais sachez que nous avons porté la question du probatoire parce que cela n'a aucun sens de demander à quelqu'un de rétrograder sa rémunération alors même qu'il s'engage. Plus nous serons nombreux à le porter, plus nous aboutirons.

Sur l'autre volet, je suis assez surprise. C'est vrai qu'on a vu évoluer les missions de la CME et je rejoins l'idée qu'il faut aussi adapter la gouvernance à l'évolution de la société, du fonctionnement de l'hôpital, à la liberté d'expression et au fait que l'hôpital est un collectif. On n'a pas le choix que d'être un collectif, nous en sommes fiers et cela nous honore. À l'hôpital, ce n'est pas la somme des intérêts individuels, c'est un collectif et, vous avez raison, c'est multifactoriel parce que nous arrivons dans certaines situations à la somme d'intérêts individuels.

C'est-à-dire que lorsque vous étranglez le système, vous étranglez financièrement l'hôpital, lorsque vous n'avez pas les mesures d'attractivité pour pérenniser les personnes, vous constituez cette somme d'intérêts individuels que vous avez évoquée par des exemples très clairs. Il faut donc retrouver ce sens du collectif au service de l'intérêt général dans le cadre d'un vrai projet qui engage tout le monde.

Si on raisonne ensuite dans le cadre du territoire — vous l'avez dit l'hôpital de demain c'est un hôpital dans son système de santé et c'est même plutôt le parcours de santé de demain des patients est c'est ce qui nous intéresse —, son organisation peut faire peur. Vous avez raison d'aborder l'organisation de l'établissement et on fait des propositions pour sortir de cela et retrouver ce sens. Mais tirons les conséquences des difficultés que nous avons accumulées dans les établissements pour qu'au niveau des territoires, maintenant que nous sommes en train de nous structurer, nous soyons d'emblée dans une logique avec la ville.

J'en reviens au projet territorial de santé où nous travaillons ensemble et devons nous organiser ensemble.

Au niveau de la gouvernance, là encore, il y a nécessairement une gouvernance territoriale où tout acteur se retrouve pour parler de ce qui les intéresse et comment améliorer l'état de santé de la population qu'il soigne et il y a des niveaux de gouvernance internes à chacune des organisations. Dans le cadre du GHT, il faut une gouvernance qui réfléchit à la stratégie des parcours de soins au sein de l'ensemble des établissements publics, au parcours professionnel des médecins au sein de ce groupe public, à l'amélioration de la formation, à l'accompagnement des projets, à rationaliser, à l'organisation de la proximité et cela tous ensemble.

Il est vrai que ce sujet de gouvernance équilibrée, que ce soit dans l'établissement ou au niveau des territoires est important, mais c'est aussi plurifactoriel. Il faut absolument que le sens du collectif, l'intérêt du général, dépasse la somme des intérêts individuels.

M. Michaël SZAMES

On abordera bien sûr la proximité.

Mme Rachel BOCHER

À vous écouter, je veux dire que je suis un médecin heureux d'avoir exercé à l'hôpital public pendant toutes ces années. C'est important. Aujourd'hui, je suis à l'hôpital public et le problème est qu'il y a des conditions très différentes d'exercice que vous avez décrites. Je le sais bien car je reçois des mails tous les jours de personnes qui me disent la même chose.

N'oublions pas que ce sont 7 réformes en 20 ans qui nous malmènent. Au niveau d'une gouvernance, on ne sait jamais quelle est notre place, quelles sont les fonctions de la CME. Quant aux salaires, au lieu de faire des évolutions statutaires claires, on revient sans arrêt et on grignote deci de-là. C'est ce qu'il faut dire, il faut savoir ce que l'on veut. Le problème des urgences, ce n'est pas le problème de l'hôpital public, c'est le problème du système de santé, en général. Quelle est la place des uns et des autres.

Aujourd'hui, je suis à l'hôpital public, j'aurais pu être médecin à l'hôpital privé parce qu'on m'a fait une proposition quand j'avais 25 ans. Qu'est-ce qu'il s'est passé ? Ce sont des histoires de relation, de collectif comme l'indiquait Mme RIET, c'est-à-dire qu'aujourd'hui si on perd le sens de l'hôpital public, c'est parce qu'on perd le temps aussi auprès des patients et des équipes pluriprofessionnelles pour assurer un collectif de pluriprofessionnels qui nous donne une identité et une stabilité professionnelle. On a besoin aussi de temps pour soigner, enseigner et faire de la recherche et des projets, mais j'insiste le pouvoir c'est nous qui l'avons parce que c'est nous qui soignons aussi bien à l'hôpital public qu'à l'hôpital privé. Si on arrête de soigner, il n'y a plus d'hôpital.

Donc la question est comment reprendre le pouvoir. On peut effectivement écrire des textes mais il y a aussi le collectif et dans un hôpital pas très loin de chez moi le directeur a été obligé de partir parce que les médecins l'ont décidé, c'est ce qui a été dit les autocrates ne restent pas.

Quand on a une perte de sens parce qu'on ne comprend plus pourquoi on est là, le phénomène d'épuisement professionnel, de renoncement — que j'observe tous les jours non seulement au niveau du syndicat mais au niveau de mon exercice de psychiatre —, au contraire, il faut rester à la CME et prendre la parole et si vous avez des problèmes vous m'appellez, on pourra intervenir.

M. Jean-Yves BUREAU, Conseiller national de Normandie

Le collectif est le plus important ainsi que la territorialité. Mais le collectif doit aussi se faire entre les médecins et l'équipe de soins. On voit aujourd'hui que les personnes qui prennent la tête des manifestations sont en particulier des paramédicaux, des infirmiers et des aides-soignants qui sont dans les services des urgences parce que c'est aujourd'hui le service des urgences, mais en fait tout l'hôpital est malade.

Je suis aussi persuadé qu'il y a des services qui fonctionnent bien où les personnes s'entendent bien entre elles. Il y a des endroits, effectivement, où entre les médecins généralistes et les médecins hospitaliers, cela fonctionne bien. Mais il y a une connaissance des personnes, des choses. Il y a là une question de cohésion de la profession et des professions de santé de plus en plus importante.

On a aussi des ARS et aujourd'hui, malheureusement, cela change sans arrêt de personnel. Pour les pôles de santé en Normandie, nous avons une interlocutrice. Aujourd'hui, on en a 4, comment faire une organisation avec 4 personnes qui viennent juste d'arriver ? Le bât blesse dans la connaissance des personnes, quand on connaît les personnes, cela fonctionne bien et en plus, le patient derrière sait que le médecin généraliste connaît le spécialiste. Qu'il soit libéral ou hospitalier, il s'en fiche. Les patients veulent être bien soignés, avoir des soins de qualité et c'est ce qui est important selon moi. Il faut absolument parvenir à stopper cette dichotomie entre tous. On a aujourd'hui des infirmières en déshérence tout comme les sages-femmes et on a vraiment besoin de cohésion.

M. Michaël SZAMES

Merci de votre témoignage. On entend depuis tout à l'heure la question de la proximité, je vous propose d'aborder le sujet.

M. Thomas LE LUDEC

La question de la proximité est essentielle. Plus la structure est grande, plus il faut réinvestir la proximité puisque les lieux d'échanges et de décisions s'éloignent et c'est d'ailleurs un des enjeux des groupements hospitaliers de territoire de conserver cette proximité, sinon on va effectivement perdre nos professionnels de santé dans un système qu'ils ne comprendront plus.

Dans cette proximité, il y a l'enjeu de ce que j'appelle le dialogue soignant entre le médecin et le reste de l'équipe de soins, et comme vous le dites il y a des équipes qui fonctionnent formidablement bien parce qu'il y a une harmonie et un partage de projet médical qui est compris et qu'il y a un respect des professions et non pas une juxtaposition des professions. Or, les services où il y a le plus de crises sont ceux où il y a juxtaposition des professionnels. Il faut vraiment insister là-dessus pour refaire du collectif à la base. C'est comme sur la question des rémunérations, généraliser nous amène à tordre la réalité. La question des rémunérations se centre, à mon avis, sur 3 sujets. Un sujet général pour les personnels paramédicaux, nous sommes parmi les derniers pays de l'OCDE en niveau de rémunération des personnels paramédicaux. Ensuite, il y a des professions en tension chez les professionnels paramédicaux essentiellement autour des enjeux de structuration des plateaux techniques. Les manipulateurs d'électroradiologie, les IADE (Infirmier anesthésiste diplômé d'État) et les IBODE (Infirmier de bloc opératoire diplômé d'État) et un peu les kinésithérapeutes. Il faut regarder exactement où sont les problèmes. C'est en miroir sur les personnels médicaux.

Pour les anesthésistes, il y a des écarts de salaire extrêmement importants qui sont aujourd'hui signalés. Quand vous avez une pénurie d'anesthésistes, d'urgentistes, un dysfonctionnement se crée et c'est pourquoi on parle aussi de la crise à l'hôpital public.

Il faut donc regarder toutes les dimensions du problème, bien cibler les secteurs où il y a une crise de vocation ou de recrutement. Il y a environ en France 1 000 plateaux techniques hospitaliers avec 1 000 secteurs d'intervention chirurgicale ou interventionnelle, en général. En se fondant sur la comparaison avec les pays de développement comparable, c'est 550 plateaux techniques interventionnels qu'il faudrait. Donc dans la crise de la démographie, il y a la crise de la structuration de l'offre de soins et je n'incrimine aucun secteur, le secteur public participe largement à ce problème.

Dans cette course à l'échalote sur les rémunérations d'intérimaires rappelées M. GHARBI, il y a cela aussi. Aujourd'hui, on l'a mis sous le boisseau parce que ce n'est pas politiquement correct d'en parler, mais c'est la réalité.

Un rapport est paru dans les années 2003-2004 sur ce que j'appelle le directeur d'hôpital public kleenex, c'est-à-dire on prend, on jette. Comme quelqu'un l'a indiqué le Dr BUREAU, la proximité passe aussi par le fait de se connaître et d'être suffisamment là pour se connaître et c'est la grande force de M. GHARBI, que je connais bien, qui était déjà là quand j'étais à l'Agence régionale d'hospitalisation et est toujours là. C'est très bien pour son groupe. Cette proximité est importante.

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

On a parlé de tout sauf des budgets. Le budget de la Sécurité sociale était à l'équilibre et le lendemain il y a un déficit de 5 M€. Comment peut-on passer à ce déficit brutal parce que l'argent est le nerf de la guerre ?

Mme ROSSIGNOL

On a beaucoup parlé de la question du sens au sujet des rémunérations, au sujet de la souffrance, au sujet de la collégialité, terme que je préfère à collectif et qui est plus professionnel. Cette question du sens est au cœur, me semble-t-il, de ce qui fait que nous sommes dans cette situation aujourd'hui et qui pourrait nous permettre d'apporter, si on le borne, des réponses pour l'hôpital de demain.

Le système de soins n'est pas fait pour soigner la société. Il est fait pour soigner des malades d'abord et avant tout, que ce soin au malade prenne un sens sociétal dans un deuxième temps c'est évident. Je reste convaincue, et particulièrement après avoir écouté M. LE LUDEC, que pour beaucoup de problèmes que nous connaissons, il y a une instrumentalisation du système de santé pour résoudre des problèmes sociétaux qui n'ont d'ailleurs rien résolu dans une vision politique dans le meilleur des cas mais politicienne malheureusement le plus souvent. Nous, les professionnels de santé, vis-à-vis de cette problématique nous devons être intraitables et je me réjouis que cette discussion se tienne dans les locaux du Conseil de l'Ordre qui est garant de la déontologie qui n'est pas faite pour protéger les médecins, mais les patients. Donc oui à cette question du sens, c'est de malades dont nous parlons d'abord et de société dans un deuxième temps. Je crois que c'est fondamental et il faut le garder à l'esprit dans toutes nos réflexions pour analyser ce qui se passe et trouver des solutions pour demain.

Mme Manon LACROIX, Interne en médecine générale à Paris 6

Je profite d'être dans les locaux du Conseil national de l'Ordre des médecins et de la présence du Dr REVOLAT pour poser ma question. En 2005, le Dr LE SCOUARNEC a été condamné à 4 mois de prison pour consultation d'images pédopornographiques par le tribunal administratif de Vannes. À l'époque le conseil départemental du Finistère avait lui-même alerté la DASS. Est-il envisageable qu'il n'y ait plus de pédocriminels demain à l'hôpital ?

Mme Laure DOMINJON, Présidente de ReAGJIR

Je suis médecin généraliste remplaçante en centre de santé dans le Val-de-Marne. Ce débat est très intéressant, mais je pensais que l'on aurait eu un peu plus de discussions sur la relation ville-hôpital et suis un peu triste que cela tourne autour de l'hôpital, même si je comprends bien qu'il y a une réelle souffrance et pour avoir été interne et externe, il n'y a pas très longtemps et avoir fait la majorité de ma courte vie de médecin à l'hôpital je sais combien c'est difficile.

Vous parliez de collectif et je trouve que l'on ne donne pas assez souvent la parole aux soignants à l'hôpital et pas que les médecins, parce qu'on n'est clairement pas majoritaire dans l'hôpital et il faut savoir leur donner la parole.

Si on leur donnait la possibilité de marge de réorganisation, parce que s'ils ne sont pas managers, ils ont tous acquis des compétences dans leur métier et quotidien, je pense que l'on pourrait vraiment repenser l'hôpital avec eux.

Il y a des hôpitaux où cela fonctionne et j'aimerais aussi que les informations puissent circuler et que les autres puissent s'en inspirer parce que s'il y a effectivement des choses propres à chaque territoire, je crois qu'il y a des modèles qui sont exportables.

La relation ville-hôpital va aussi permettre, selon moi, que chacun regagne du temps. La communication avec les professionnels de l'hôpital ou mes autres collègues libéraux constitue un vrai problème et cela me prend beaucoup beaucoup de temps pour réussir à discuter avec eux et hospitaliser les patients. Je pourrais faire plein de choses sans passer par l'hôpital si je pouvais juste parler avec mes collègues. On serait tous moins en burnout et on pourrait soigner les patients dans de meilleures conditions.

M. Michaël SZAMES

Je vous propose de passer le temps qui nous reste sur cette question.

M. Thomas LE LUDEC

Pour répondre à votre jeune confrère, je comprends la révolte face à une situation aussi extrême que celle du chirurgien mis en cause. Je pense qu'à l'hôpital comme ailleurs, aucun organisme ne peut, d'une part, être indifférent à de tels agissements et d'autre part lorsqu'il m'est arrivé dans ma carrière hospitalière d'avoir connaissance d'agissements de tous ordres, il y avait des responsables pour agir, un chef de service, un Président de CME ou un directeur d'hôpital, qui signalait au procureur de la République ce qu'ils savaient. Je pense qu'on ne peut pas dire qu'à l'hôpital prospèrent je ne sais quels délinquants sexuels. Notre société est globalement confrontée à différents phénomènes et, en tant que responsables, nous avons le devoir d'agir. Je sens votre révolte dans la manière dont vous l'avez formulé, mais on l'est tous.

M. Michaël SZAMES

On a encore un quart d'heure abordons cette question de la relation ville-hôpital et de la proximité. Je propose un dernier tour de table en ce sens

M. Lamine GHARBI

Tout d'abord, concernant les CME : si je mettais à l'ordre du jour de la CME l'utilisation de solutés hydroalcooliques ou les savons, je pense que l'on me prendrait pour un illuminé ! Le directeur qui n'a pas compris qu'il faut s'appuyer sur une CME forte, n'a rien compris. Il faut une CME forte et un hôpital public fort, parce que cela crée une émulation et une richesse collective. Je suis tout à fait en phase avec M. LE LUDEC et nous partageons la même vision : un privé fort, un public fort et tout le monde en profite. J'aime beaucoup l'idée de la déontologie au service des patients et pas au service de la profession.

Quant à l'articulation ville-hôpital, il y a en effet les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé : mais aujourd'hui les CPTS sont composées de 15 % de médecins, 50 % d'infirmiers, 30 % de kinésithérapeutes...

Cela va coûter 400 000 € par CPTS, soit 400 à 550 M€ par an selon Nicolas REVEL, directeur de la CNAM. Cela coûte cher pour se réunir... Dans les CPTS, l'hospitalisation privée n'est pas membre de droit, ce qui est un non-sens.

Les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) sont mal nés. On parle de groupement hospitalier de territoire, mais en réalité celui-ci avait initialement vocation à permettre à l'hôpital public de se réorganiser : il devrait donc s'appeler « GHP », groupement hospitalier public, et nous devrions avoir la latitude de créer également des GHT privés. Expliquer que c'est autour du public que s'organise l'offre de soins sur le territoire me pose une difficulté sémantique, et cela crée des oppositions sur le terrain.

M. Michaël SZAMES

Il y a une vraie opposition entre ce qui se passe ici à Paris et sur le territoire ?

M. Lamine GHARBI

Oui, il y a des logiques de concurrence parfois féroces.

M. Thomas LE LUDEC

Entre public aussi.

M. Lamine GHARBI

Il y a aussi des logiques de concurrence public-privé. Je ne suis pas dans l'opposition ni dans la caricature, mais il faut se dire les choses. C'est une bonne chose que nous ayons tous des mandats régionaux ou territoriaux de proximité pour dire que tout ne va pas si mal, que l'on peut s'améliorer et progresser ensemble.

M. Antoine PERRIN

Concernant la relation ville-hôpital, j'ai très favorablement accueilli Ma santé 2022 parce que cette réforme très structurelle ne part pas de l'hôpital, au sens générique du mot, comme très souvent les réformes.

Cette réforme part du principe que c'est en proximité qu'il faut commencer à restructurer afin que les personnes au plus près de leur domicile soient accompagnées, suivies, soignées en fonction du nécessaire et que le recours à l'hôpital se fasse quand c'est nécessaire et uniquement si nécessaire et au bon endroit, au bon moment.

Les CPTS c'est très bien, mais on constate effectivement aujourd'hui que c'est essentiellement, mais pas exclusivement, une affaire de libéraux et c'est d'ailleurs pour cette raison que c'est la CNAM qui s'en occupe. C'est bien qu'il y ait des médecins libéraux, des infirmiers libéraux, des pharmaciens, des kinésithérapeutes, etc., mais cela n'emporte pas toute la proximité. Mme ROSSIGNOL parlait des centres de santé, je suis certain que demain en proximité, il n'y aura pas que l'exercice libéral pour la médecine générale.

La jeune génération n'est pas aussi encline que la précédente à choisir l'exercice libéral, ce n'est pas une critique mais un constat, et le mode d'exercice salarié n'est pas boudé. En tout cas, il y a des centres de santé qui peuvent agir et s'articuler au sein des CPTS avec les libéraux, des médecins, des infirmiers, des chirurgiens-dentistes, etc. Ce n'est pas interdit par Ma santé 2022, il faut que les CPTS soient, dans le sens global du terme, avec toute la médecine de premier niveau et que l'on n'oublie pas non plus le médicosocial, handicap et personne âgée, dans lequel il y a de la santé, du soin, des professionnels de santé. C'est du premier recours, de la proximité. Il ne faut pas l'oublier et aller au-delà, encore plus près du domicile avec les acteurs de l'accompagnement à domicile qui ne sont pas dans les soins mais l'accompagnement, les services d'aide à domicile. Ils représentent la première ligne de la prévention de la maladie chronique en particulier et de sa décompensation, qu'est-ce qui fait qu'une personne âgée polypathologique dépendante reste dans de bonnes conditions à domicile ?

C'est que quelqu'un veille le matin à ce qu'elle se lève, se lave, s'habille, mange de façon régulière dans la journée et de façon nutritionnellement correcte, qu'elle prend le bon médicament au bon moment et que ces constantes sont bonnes. C'est de la prévention et du soin et ce sont les services à domicile.

M. Michaël SZAMES

Ce sont des pistes de réflexion pour l'hôpital de demain.

M. Laurent HEYER

Je voudrais repartir du constat qu'a souligné M. LE LUDEC, nous sommes confrontés à une dispersion des moyens. La chose positive du projet de réforme Ma santé 202, c'est cette petite partie : la réforme du régime des autorisations. On s'est dit qu'on allait commencer à réfléchir sur la structuration de l'offre de soins en France et essayer de remettre les choses au clair. Il est vrai que c'est un peu embêtant parce que cela revient à disqualifier les ARS puisque c'est la DGOS qui reprend le dessus pour donner un cadre réglementaire. Ces éléments font peut-être émerger des choses intéressantes.

D'une part, il y a une idée d'une gradation des hôpitaux de proximité aux centres de référence, d'une lisibilité de l'offre de soins. Il y a surtout l'idée que dans un certain nombre de structures, on alloue de ressources pour réaliser des réunions multidisciplinaires pour traiter les cas complexes et difficiles. Je pense que si on continue à faire porter la voix des professionnels, c'est une possibilité pour ouvrir l'hôpital public à la ville et au secteur libéral. C'est probablement quelque chose d'intéressant qui va émerger.

D'autre part, il y a l'hôpital de proximité. C'est une autre opportunité de renforcer les liens hôpitaux ville. Mais c'est un peu une nébuleuse. On a du mal à cerner exactement ce qui sera fait. Cette démarche, au moins dans l'intention, vise à réinstaurer des espaces de coopération interprofessionnels interdisciplinaires. C'est à tout le moins ce qui est dit et on espère que la traduction réglementaire et l'allocation des ressources seront à la hauteur de ces enjeux..

M. Maurice BENSOUSSAN

Il est bon que l'on puisse parler de proximité, on a vraiment apporté une culture des collaborations. Le débat nous montre que ce n'est pas gagné même s'il y a une vraie volonté des acteurs. Cette culture des collaborations professionnelles est essentielle. On ne peut pas penser que l'on puisse constituer des organisations territoriales si on ne donne pas la parole aux acteurs d'abord sanitaires et les CPTS n'excluent personne. Bien sûr l'offre de soins libérale ou de proximité est la première offre pour les usagers et patients, il ne faut pas l'oublier et cela ne peut pas se bâtir à partir du toit et de l'hôpital.

Les acteurs sociaux sont loin d'être exclus, les centres de santé largement minoritaires et souvent très largement déficitaires dans leur gestion y sont associés, même si pour certaines fédérations, cela peut-être un modèle de soins, et le médicosocial est par nature associé. Il n'a pas de CPTS possibles qui fonctionnent si elles ne sont pas en mesure de s'articuler avec les autres acteurs du soin plus complexe.

Nous ne sommes pas encore parvenus à cette culture des collaborations. Je crains qu'on ait du mal à arriver et il faut le porter et avoir les outils pour créer ces collaborations et sortir du modèle centré sur le soin hospitalier.

M. Michaël SZAMES

On entend quelques doutes, les CPTS, les GHT, ces 500 ou 600 hôpitaux de proximité qui vont être créés.

Mme Rachel BOCHER

Pour répondre au Dr ROSSIGNOL, la collégialité c'est médical et le collectif c'est le pluriprofessionnel et c'est pourquoi je parlais de collectif.

Je pense que chacun a une partie de solution et que l'on ne trouvera des solutions qu'ensemble. J'appelle de mes vœux les états généraux de l'hospitalisation publique-privée, hospitalisation à domicile, hôpitaux de proximité ensemble pour essayer effectivement de sortir de l'hospitalocentrisme.

Les hospitaliers ne veulent plus d'hospitalocentrisme, ils ne veulent plus être le premier recours comme le dernier recours. On en a assez, il faut aussi le dire. D'accord au virage ambulatoire et au découplage non seulement avec la ville mais aussi avec le médico-social. C'est très important. Les hôpitaux de proximité sont les GHT, mais ne faisons pas ni de copier-coller ni des choses trop importantes, il faut garder l'humanité. Quand on soigne, on soigne des personnes, il faut donc garder une dimension d'humanité, de proximité avec des valeurs communes, notamment la question de l'humanité.

Mme Zaynab RIET

La proximité est redevenue une réalité dans une société qui vieillit où la précarité n'a pas disparu et où les maladies chroniques, elles aussi, évoluent. La proximité est l'affaire de toutes et tous, la population, les patients, les professionnels de santé mais pas que, les élus aussi, l'aménagement sur le territoire mais aussi toutes les autres institutions, l'Éducation nationale, la Justice, prenons le sujet de la santé mentale et voyez combien c'est l'affaire de tous.

Il nous faut faire de la proximité et c'est essentiellement de la revitalisation et redorer le blason des hôpitaux de proximité avec des missions pour faire en sorte que non seulement il y ait un lieu de partage et d'échanges — et c'est déjà là que réalité, qui connaît les hôpitaux locaux le savent. Ceci dit, il fallait redéfinir ses missions parce que la proximité est devenue une réalité. Elle l'est devenue parce qu'il ne faut pas faire de l'exclusion, sur le plan social, en santé. En revanche, c'est un véritable gage sur l'avenir et nous sommes tous obligés d'apporter des garanties de résultat à l'accès aux soins pour toutes, pour tous, et partout.

M. Thierry GODEAU

La proximité renvoie justement au découplage du système de santé. J'ai fait ma première intervention quand vous m'avez questionné sur la gouvernance médicale sur la gouvernance finalement des territoires, ce

découplage et les collaborations dans les territoires et je pense que c'est l'enjeu numéro de demain, c'est-à-dire parvenir dans les territoires à construire les projets principalement de proximité ensemble.

On a fait les GHT, c'est l'hôpital public qui a essayé de se rassembler pour mieux s'organiser. Les CPTS sont en train de se constituer, c'est un peu l'image en miroir pour les libéraux, mais je pense qu'il faudra se retrouver tous autour de la table pour construire les projets en fonction de la réalité de nos territoires, la démographie, l'offre de soins, l'organisation, la gradation. C'est un vrai sujet.

Je regrette qu'on évoque la proximité qu'à travers l'hôpital de proximité et les hôpitaux locaux, le sujet n'est pas là. Ce sont des hôpitaux de premier niveau, mais la proximité existe partout. Elle existe au CHU de Montpellier, à La Rochelle, c'est l'affaire de tous. Au niveau de la Conférence des présidents de CME on voudrait que des missions proximité soient étendues dans un second temps à tous les établissements. C'est un enjeu essentiel.

M. Michaël SZAMES

Comme les états généraux proposés par Mme BOCHER.

M. Thierry GODEAU

Il ne faut pas se limiter à étudier la proximité, en plus cela donne une image de zone désertique qui est dévalorisante. La proximité est l'affaire de tous, il y a le vrai enjeu du domicile parce que lorsque l'on parle d'hospitalocentrisme, l'hôpital malheureusement faute d'alternative est souvent victime aussi de tout un tas de choses qu'il ne réclame pas. Quand on dit que l'hôpital manque de lits, il est aussi saturé par des patients parfois hospitalisés pour des raisons non sanitaires faute de soins possibles en ville et qui ne peuvent pas sortir faute d'alternative. Cela renvoie au Plan grand âge. Si on arrive à gérer le maintien à domicile, les structures, tout le Plan grand âge, c'est clair que l'hôpital a assez de lits, mais le problème est que l'on a commencé à réformer l'hôpital avant le reste alors que la suppression des lits est l'étape finale et pas l'étape initiale.

M. Thomas LE LUDEC

Je voulais aussi parler du domicile et des éléments concrets. Il faut trouver des solutions concrètes sur le terrain, l'hospitalisation à domicile en est une, c'est un espace qui permet le dialogue de la ville et de l'hôpital.

Dans les années futures, nous aurons un système assez résilient et quand je dis système ce n'est pas l'hôpital, mais l'ensemble des professionnels. On a parlé de l'amont, c'est aussi les infirmiers à domicile, les aides-soignants dans le territoire ou dans la ville. Cela me paraît important et je me souviens d'une étude de 2003 sur la gestion de la canicule dans certains départements où elle était un peu moins mauvaise qu'ailleurs parce que justement l'amont fonctionnait. C'est important.

Je crois aussi face à ces crises qu'il faut en tirer ce type de conséquence. C'est parce qu'on aura trouvé des solutions locales qu'on arrivera aussi à transformer le système. Je voudrais aborder un dernier point, la santé mentale. C'est un sujet important qui représente 20 Md€ de dépenses pour l'Assurance maladie chaque année. C'est le premier poste de dépense. L'hospitalisation représente environ 8 milliards. Le CHU de Montpellier a 220 lits d'hospitalisation complète dont 55 patients en ce moment hospitalisés depuis plus de 8 mois, ce qui pose la question de l'amont et de l'aval, c'est-à-dire du lieu de l'hébergement et de la réinsertion.

On n'a pas parlé du social et médicosocial, de la politique de la ville mais ce sont des sujets extrêmement importants qui font dysfonctionner l'hôpital et la ville entière et pas que la médecine de ville.

M. Michaël SZAMES

C'est un thème à part entière.

M. Thomas LE LUDEC

Il faut se mettre autour de la table sur des sujets concrets. C'est en montrant que l'on progresse sur des sujets concrets qu'on rebâtit de la confiance.

M. Michaël SZAMES

Ce débat a certainement permis d'ouvrir des pistes et voies de réponse et je demanderai à M. SIMON de bien vouloir conclure. Merci à tous.

M. François SIMON

Tout d'abord, lorsqu'un modérateur n'a pas à intervenir, c'est que le débat a été riche et a intéressé les uns au l'autre. Je voudrais revenir sur deux points qui me tiennent à cœur

Concernant le poids du médicosocial et l'aide à domicile. C'est un point sur lequel j'ai lourdement insisté lors de l'audition devant Thomas MESNIER à l'Assemblée. C'est la clé de la respiration de l'hôpital. Je pense que c'est quelque chose qui peut fonctionner et qui fonctionne déjà bien, les services à domicile et l'hospitalisation à domicile fonctionnent, mais elle manque un peu d'agilité. C'est-à-dire que lorsqu'un médecin se présente au domicile d'un patient qui vit seul, à la limite dépendance, et présente une grippe ou une chute, il n'y a pas d'autres solutions que de l'hospitaliser parce qu'il n'y a plus la famille autour et les services sont encore un peu difficiles à mobiliser dans l'instant.

Quant à la communication, on n'a malheureusement pas pu parler très longtemps de la relation ville-hôpital. On parle de proximité, mais on peut vivre dans la proximité sans se parler, ce que je suis allé dire au CHU de Brest quand le président de la CME m'avait demandé d'intervenir devant la CME. Cela a figé la discussion pendant quelque temps, jusqu'au moment où quelqu'un a dit que c'était exactement les problèmes qu'il rencontrait à l'intérieur de l'hôpital pour communiquer. À partir de ce moment, nous avons construit des relations, peut-être pas celles d'il y a 25 ans où quand on appelait on avait le médecin chef de service, mais on a au moins l'interne en communication. Il y a 10 ans, nous avons mis en place dans certains services une ligne dédiée pour les médecins. C'est important que cette communication se fasse. Ce qui est vrai à l'hôpital public est vrai dans le privé.

Sur le plan ordinal, cette réunion a été proposée au Président pour avoir une action plus présente auprès des hospitaliers qui ne représentaient que 10 % des conseillers ordinaires, il y a 9 ans. Aujourd'hui, ils sont 15 %, c'est une progression non négligeable. Nous avons malgré tout assez peu d'hospitaliers au Conseil national en dehors d'éminents universitaires. Nous en avons peu des hôpitaux de province. Nous avons déjà constitué un petit groupe de médecins hospitaliers qui se réunissait de façon espacée. J'ai proposé au Président de l'élargir afin d'avoir un certain nombre de médecins hospitaliers en exercice qui puissent se réunir au Conseil national 6 à 8 fois par an et d'y adjoindre les Présidents des CME des différents hôpitaux. Évidemment ce groupe auditionnera les uns et les autres et certains responsables syndicaux m'ont indiqué qu'ils seraient très heureux de venir dire à l'Ordre des médecins ce qu'ils ont sur le cœur. Ce groupe est en cours de constitution, il devrait être finalisé d'ici un mois ou un mois et je pense qu'il permettra d'avancer sur le sujet. Nous auditionnerons bien sûr aussi les directeurs d'hôpitaux.

Je vous remercie de votre présence et participation et vous souhaite une bonne journée.

www.conseil-national.medecin.fr

CONSEIL NATIONAL
DE L'ORDRE DES MÉDECINS
4 rue Léon Jost
75017 Paris
Tél. : 01 53 89 32 00

conseil-national@cn.medecin.fr

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