



19^e CONGRÈS NATIONAL 2019

CNGE Collège Académique

Exercer et enseigner la médecine générale

27 - 29
NOVEMBRE
2019

La cité des congrès de

NANTES

Congrès CNGE

Sommaire

I) MG, CPTS et hôpital local...une transformation systémique ?	2
II) Les enjeux pour le système de santé de demain : la question de l'offre et de la demande	4
III) Une expérience en Allier depuis 35 ans	8
IV) La communauté professionnelle territoriale de santé	11
V) Médecin généraliste, CPTS et hôpital local	13
VI) Questions et débats	16

Médecins généralistes, CPTS et hôpital local

1) MG. CPTS et hôpital local...une transformation systémique ?

Yann BOURGUEIL

J'ai appelé cela une transformation systémique. Le mot a été employé par la représentante de l'ARS. Je vais essayer de présenter, ou de resituer la thématique de l'hôpital de proximité dans le processus de réforme dans lequel nous sommes.

Je vais me présenter rapidement. Je suis médecin. J'ai fait mes études de médecins à Rennes, pas très loin d'ici. Je me suis spécialisé dans le DESS de ma spécialité *Epidémiologie et médecine sociale*. Je ne suis donc pas un médecin clinicien. Je suis convaincu que la santé publique doit se rapprocher de la médecine générale. Je vous remercie beaucoup de m'avoir invité à pouvoir m'exprimer sur ce sujet.

J'ai principalement une activité de recherche sur les services de santé. Ce n'est pas tout à fait de la recherche clinique. Finalement, mon objet de recherche, c'est le système de santé, sa performance, son efficacité, sa durabilité. Je travaille dans un institut de recherche en économie de la santé. Je suis également salarié de l'IRDES, c'est ma seule source de revenus, mais je suis aussi - c'est un peu pour mettre en avant ce qui n'est pas un conflit d'intérêts, même si en médecine générale, vous présentez souvent vos conflits d'intérêts, ce que je trouve très bien – conseiller scientifique au Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie. Je vais en parler un peu, car cette instance rassemble tous les partenaires du système de santé. Cela va de l'Industrie, en passant par les assureurs, les syndicats, les syndicats de salariés dans les établissements, les syndicats professionnels...et cela fabrique des avis et du consensus. C'est très important, car c'est ce qui permet d'alimenter la réflexion politique.

Je suis aussi membre du Comité d'Orientation de l'ONDPS (l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé). Je le souligne, car je suis convaincu que la ressource humaine est la principale ressource du système de santé. On transforme le système de santé en transformant la ressource humaine. Je pense que c'est un enjeu majeur.

Et puis, mes fonctions actuelles, je suis en charge d'une mission RESPIRE avec l'idée que l'on a besoin de construire un écosystème de recherche, de produire des savoirs sur les nouvelles formes d'organisation, notamment dans les soins ambulatoires, que l'on peut appeler soins primaires, qui vont et qui doivent évoluer, notamment autour du travail d'équipe, de l'intégration sociale/médicale, etc....Pour cela, il faut rassembler des gens, les faire se rencontrer, se confronter pour faire émerger de bons projets. A ce titre, je suis partenaire d'un projet porté par CNGE, en partenariat avec tout un ensemble d'autres partenaires, dont la mission RESPIRE, qui est le réseau de Recherche en Soins Primaires Accord.

Après ces présentations, je voulais juste rappeler que cet enjeu des hôpitaux de proximité, des CPTS, est à replacer dans la réforme *Ma santé 2022*. Je vous invite, si vous avez un peu de temps, à regarder l'avis du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie de mai 2018, qui a beaucoup influencé la réforme. C'est intéressant, car on retrouve les principes fondateurs que je vais rappeler, à l'origine de cette idée d'hôpitaux de proximité et d'intégration des CPTS.

L'idée qu'il faut mettre en avant dans cette réforme est qu'il faut reconstruire le système de santé à partir de la population, en disant quels services doivent être rendus à la population à l'échelon local (accès au médecin traitant, accès aux soins spécialisés, à certains services spécialisés en proximité...) et, à partir de là, cesser de construire un service à partir de l'offre,

mais plutôt à partir des services que l'on veut rendre à la population. Cela paraît simple, mais il s'agit d'un changement radical. L'autre principe mis en avant est de s'appuyer sur les forces, notamment sur les usagers et les professionnels.

Et l'idée principale qui nous occupe aujourd'hui est, finalement, de chercher à construire une sorte de premier niveau de soins, que l'on appellerait un niveau intégré, qui est appelé Réseau territorial de proximité. L'idée est qu'il existe tout un ensemble d'acteurs du secteur social, du secteur sanitaire, hospitalier et ville. L'enjeu est que ce niveau-là se structure dans une logique horizontale pour rendre des services à la population. C'est, je crois, le sujet de notre atelier.

Il y a aussi, dans cet avis, un repositionnement des hôpitaux de référence sur leurs missions. L'idée importante qui porte cet avis, et qui est dans la réforme, est qu'il faut redéfinir les missions des uns et des autres, redonner un sens global à l'organisation du système. Il nous faut une vision. Il faut arrêter d'être dans un système de soins piloté en mode « propulsion arrière » ; il nous faut une Traction avant, il nous faut un objectif. C'est un peu ce qui est décrit dans l'avis. Je pense que c'est ce qui porte la réforme.

L'idée est aussi qu'il faut que l'hôpital arrête de tout faire, tout le temps. Il faut plutôt redéfinir des niveaux de soins. Je vais parler de cette première ligne.

Rapidement, cet avis reprend la CPTS - je ne vais pas développer – mais en insistant sur l'importance de regrouper, ou d'essayer de faire en sorte que l'ensemble des acteurs, médico-sociaux, sanitaires, curatifs et de prévention, collabore ensemble. Il faut chercher à faire de la communication entre ces acteurs à l'échelon territorial. Il parle des établissements de santé communautaires. Bien sûr, je parle de l'avis. La loi utilise d'autres termes et rien n'est complètement finalisé, puisqu'on attend toujours les ordonnances et qu'on est dans un processus évolutif. Mais, tel qu'elle est décrite, l'idée des établissements de santé communautaires est d'avoir un niveau d'hospitalisation de premier recours qui soit vraiment au service des médecins de ville - c'est écrit ainsi dans l'avis – avec une approche de médecine polyvalente, avec des plateaux techniques, avec la possibilité d'un exercice mixte pour les généralistes et les spécialistes, avec des relations à préciser avec les groupements hospitaliers territoriaux.

Là, je voudrais souligner un enjeu majeur, qui n'est toujours pas résolu à ce jour, et que proposait le HCAAM : il faut que ces hôpitaux de proximité soient autonomes, dans une relation contractuelle avec les GHT, et ne soient pas intégrés aux GHT. Cela a été conflictuel. Il y avait des désaccords au HCAAM. L'idée est de renforcer une offre intégrée horizontalement, plutôt que d'aller toujours vers une logique d'intégration verticale, qui méconnaît les services et, surtout, l'égalité des services rendus à la population en proximité. Dans l'avis, on envisage entre 550 et 600 établissements communautaires de proximité.

Autre élément très important, le changement radical que l'on souhaite faire dans cette réforme est que ce réseau territorial de proximité assume des responsabilités, qui traditionnellement étaient dévolues à l'hôpital public, ou à l'hôpital de recours, voire à l'hôpital universitaire. Il assure l'accès aux soins et l'accès aux droits, et prend en charge tout ce qui arrive de manière inappropriée dans les Urgences de grands CHU. L'idée est qu'il y a une responsabilité partagée socialement par l'ensemble des acteurs. C'est, je pense, un changement radical.

Petit voyage international : les hôpitaux communautaires existent aussi dans d'autres pays. Si cela vous intéresse, vous aurez la présentation qui contient une référence. Des collègues de la London School of Hygiene se sont intéressés aux hôpitaux communautaires dans différents pays. On retrouve dans différents systèmes les équivalents des hôpitaux de proximité, des hôpitaux locaux. J'ai extrait quelques éléments de ce rapport touffu qui dit notamment que ces hôpitaux offrent une variété de service importante, qu'ils ont une grande diversité de statut, et qu'ils sont très liés à la façon dont sont organisés les systèmes. Dans des systèmes décentralisés comme en Finlande, parfois des centres de santé ont quelques lits permettant d'avoir des patients. Dans d'autres systèmes, ce sera organisé différemment.

Ce qui est intéressant, c'est que la conclusion de ce travail était qu'il existait peu d'informations sur l'efficacité et l'efficience de ces modèles d'organisation. En gros, il était

dit que la plupart de ces établissements étaient publics, mais pas nécessairement ; qu'on y trouvait des équipes multidisciplinaires ; que souvent une pression forte pèse sur les professionnels qui y travaillent, qui sont amenés à faire beaucoup plus de choses que ce que permet leur qualification, ce qui peut les mettre en difficulté ; qu'ils ont des problèmes de recrutement ; qu'il est possible d'aller vers une offre de services offerte dans les zones éloignées allant jusqu'à une sorte d'intégration complète dans la communauté, avec des démarches très préventives. Il était également mentionné un sentiment d'appartenance, c'est-à-dire que les professionnels de santé d'un territoire considèrent que ces établissements sont leur chose, qu'ils sont très investis dedans.

L'étude montrait que ces hôpitaux communautaires ont une sorte de flexibilité. Ils sont très adaptables, ce qui est très bien, car ils peuvent s'adapter aux besoins de la population. Mais, en même temps, ils peuvent être dépendants de la pression des hôpitaux de référence qui leur envoient régulièrement des patients. On voit bien l'enjeu de construire une offre de première ligne solide, qui s'occupe des premiers besoins de la population, par rapport à une logique de spécialité, verticale. Trouver cet équilibre est un des enjeux en France. C'est difficile, car contradictoire, entre des logiques préventives, orientées vers les patients et la population, et des logiques orientées vers les maladies et très structurées par la technique.

Je vais finir ma présentation en me demandant : et la médecine générale dans tout ça ? En effet, le thème est MG, CPTS et hôpitaux locaux. Je reviens à l'avis du HCAAM, qui dit que, si on veut faire cette réforme, il faut aussi réfléchir à l'évolution des valeurs professionnelles. Cet avis propose qu'un socle de valeurs communes soit partagé par l'ensemble des professionnels de santé. Il ne les définit pas, il dit que c'est aux professionnels de le faire, en disant qu'il est important que le monde professionnel en santé intègre des notions telles que la justice sociale, l'égalité, l'importance du travail collectif et la coopération (autonomie patient, décision partagée...).

Le deuxième enjeu pour la médecine générale, et pour le système de santé dans une logique d'hyperspécialisation - naturelle dans toutes les sociétés – est qu'en France, comme dans beaucoup de pays, on fait des spécialités médicales et des troupes de spécialistes, on met des gens dans des tuyaux qui ensuite ont beaucoup de mal de passer d'un tuyau à un autre. Je pense qu'il y a une réflexion à avoir là-dessus, pour la médecine générale, mais aussi pour la médecine dans son ensemble, et pour les professions dans leur ensemble. Cette réflexion est peut-être intéressante à partager, à mon avis, au sein du CNGE. Comment imaginer une évolution des carrières, comment imaginer voir une évolution des métiers et des activités des médecins ? Des médecins généralistes pourraient devenir pour partie des spécialistes de santé publique. Je connais beaucoup d'autodidactes de la santé publique en médecine générale, mais cela peut devenir un projet professionnel plus structuré.

Je finirai par la recherche en soins primaires, au sens où l'on s'intéresse à la population sur un territoire. La recherche et la formation sont des leviers importants. Dans une réflexion relative à la construction des CPTS et l'intégration d'une première ligne, étendre des lieux de formation au-delà des CHU, au-delà des hôpitaux, au-delà des structures de soins est certainement un enjeu majeur. Développer la formation professionnelle, bien sûr. Et puis de la recherche, qui n'est pas uniquement clinique, mais qui doit aussi s'intéresser à l'efficacité des nouvelles formes d'organisation, à la qualité des services rendus, aussi en termes d'équité et de justice sociale. Pour cela, il faut des équipes multidisciplinaires et des réseaux de recherche.

II) Les enjeux pour le système de santé de demain : la question de l'offre et de la demande

Patrice DIOT

Je vais vous présenter le point de vue de l'ONDPS sur le sujet. Les mots ont un sens : ce n'est pas un avis, c'est un point de vue. Ça ne vaut que ce que ça vaut, ce n'est que mon point de vue de Président de l'ONDPS. Je vous le dis, car le sujet a fait l'objet de nombreux

débats au cours de l'année qui s'est écoulée. Et ces débats n'ont pas permis d'établir un consensus. Vincent Renard doit s'en souvenir.

Nous avons abordé la question des enjeux pour le système de santé de demain en nous posant la question de l'offre et de la demande. L'une des grosses questions, c'est que la demande est exprimée par une population française qui est vieillissante. Le graphique du haut de la diapositive montre que la part des 75 ans et plus augmente régulièrement et continuera d'augmenter avec tout un tas de corollaires : les polyopathologies, les polyhandicaps, la perte d'autonomie, les affections de longue durée, le recours aux urgences hospitalières et les séjours hospitaliers de longue durée. Tout cela étant d'ailleurs très lié.

Cette population française vieillissante est inégalement répartie sur le territoire. La carte de France de la répartition des plus de 75 ans ressemble exactement aux cartes de France présentant la démographie médicale. Elle montre une diagonale Nord-Est / Sud-Ouest. Plus les couleurs sont chaudes, plus la population des plus de 75 ans est importante. Cette diagonale est pour les géographes et les sociologues la « diagonale du vide ». Or elle n'est pas vide : il y a des gens à soigner. En l'occurrence, c'est sur cette diagonale que se concentrent les personnes âgées pour lesquelles une réflexion a été menée en 2018 au niveau de l'ONDPS.

Nous avons essayé de déterminer entre les mains de quels professionnels médicaux se trouve l'offre de soins. Nous nous sommes aperçus que la médecine générale, qui revendique une prise en charge holistique, n'est pas la seule. Je ne vais rien vous apprendre, la médecine générale considère que la prise en charge est hiérarchisée en trois lignes. Premier niveau, les soins premiers, le cœur de la spécialité de médecine générale, avec en ville – comme Yann Bourgueil, je préfère utiliser le terme d'établissement communautaire, et j'ai beaucoup aimé le rapport du HCAAM. Deuxième niveau, la médecine de ville hors médecine générale. Troisième niveau, la médecine hospitalière. Ce n'est peut-être pas exactement ce que dit Vincent, mais peu importe.

La gériatrie. La gériatrie a beau exister depuis au moins 2004, elle n'est devenue une vraie spécialité que depuis 2017. Cela a eu un impact - sur lequel je reviendrai - en termes de démographie médicale. Ils revendiquent une vision holistique de la prise en charge des personnes âgées, mais qui est tout de même focalisée autour de l'hôpital. Ils insistent donc sur la nécessité de développer des métiers du grand âge, pas forcément des métiers médicaux.

La médecine polyvalente hospitalière a été un peu abordée par Yann, mais sur laquelle il faut insister. Je pense que ce sera le cas dans la suite de cet atelier. Ce sont des médecins qui se positionnent entre les soins primaires ambulatoires et les soins spécialisés, qui ont une volonté des liens étroits entre médecins de ville. Ce sont beaucoup des spécialistes de médecine générale et une population médicale vieillissante. Au cours des cinq années qui viennent – l'année 2019 étant la première de ces cinq années – 350 partent à la retraite chaque année.

Et puis, les internistes. Vous savez qu'on les voit souvent comme des spécialistes des moutons à cinq pattes, ce qu'ils sont. Mais ils revendiquent aussi d'avoir une part à jouer dans la prise en charge des pathologies plus courantes, en particulier des personnes âgées. Ils se sont intéressés à ça à travers une formation spécialisée transversale (FST) mise en place par la réforme de 2017. Ils ont animé une réflexion pour proposer une FST de médecine polyvalente qu'ils ont eu le tort d'appeler médecine polyvalente hospitalière. J'ai dit qu'il fallait appeler ça médecine polyvalente, avant de voir ce que l'on mettra ensuite derrière. Or on n'a pas vraiment avancé à ce jour.

Si l'on regarde la répartition de la médecine générale, c'est à la fois la spécialité la plus nombreuse, même si la démographie diminue et va continuer à diminuer au niveau national - quoi qu'on fasse, même si on peut amortir – jusqu'en 2025/2026. Mais c'est surtout la spécialité la mieux répartie. La carte, que j'ai empruntée à Muriel Barlet, de la DREES, qui a eu la gentillesse de m'autoriser à l'utiliser, montre que les couleurs sont relativement homogènes. Nous avons une relativement bonne répartition des médecins généralistes sur

le territoire. 66 % d'entre eux déclarent avoir un exercice libéral ou mixte. Et puis cette spécialité avance en âge, puisque près de la moitié ont 55 ans ou plus.

Je disais que la création de la gériatrie, et de la médecine d'urgence, d'ailleurs, avaient eu un impact sur la démographie, et que si on n'y veillait pas, l'impact serait encore plus important. Je sais que Vincent sera d'accord avec moi. En effet, en 2017 - je prenais mes fonctions à l'ONDPS au mois de juillet, alors que la campagne de l'internat était terminée et je découvrais les sujets – le pourcentage de postes d'internes affectés à la médecine générale est passé à 40 %, contre 47 % en 2016. Il a alors été indiqué qu'il ne fallait pas diminuer encore ce pourcentage en dessous de 40 %. Heureusement que ceci a été indiqué. Si j'avais été en fonction avant le mois de juillet 2017, j'aurais essayé de résister à cette prise de poste de médecine générale pour créer de nouvelles spécialités. En effet, je crois que c'est une grosse erreur et que l'on est allé trop loin. Je suis content d'avoir pu commencer en 2019 à augmenter un petit peu, parfois en forçant un peu, y compris dans ma subdivision, où je suis allé jusqu'à 44 %, ce qui m'a valu de me faire des ennemis irréductibles au sein du Département universitaire de médecine générale de Tours. Je ne le crois pas, en réalité, mais je suis conscient de l'effort que j'ai demandé. Nous devons faire très attention : un gériatre ou un urgentiste ne peuvent pas remplacer un généraliste. Il faut être extrêmement attentif à ce sujet.

Je vous assure que mon propos n'est pas démagogique. Nous pourrions en discuter après.

Mon point de vue quant à la place du médecin généraliste pour la prise en charge des personnes âgées polypathologiques – vous allez me dire que ce n'est pas le seul grand enjeu pour la santé de nos concitoyens, nous pourrions également parler de la santé des femmes, mais j'ai pris cet exemple, car il s'agissait de l'actualité de l'ONDPS – est que, si nous ne décloisonnons pas les structures et l'exercice, nous n'y arriverons pas. Il faut donc absolument décloisonner, ce qui impose de sortir des représentations et des questions de sémantique. Je sais que, dans votre discipline, vous êtes extrêmement attachés à la notion de soins premiers. J'ai cru comprendre que c'était mieux que soins primaires. Pour ma part, je pense que cela n'a pas beaucoup d'importance. Vous avez forcément raison, car c'est votre spécialité, mais que l'on parle de soins premiers, de soins primaires, de soins de premier recours ou de soins de proximité, on parle des soins dont les patients ont besoin dans les territoires, au plus près de chez eux et au quotidien.

Au fur et à mesure de mes discussions avec les représentants de votre spécialité, j'ai également compris que vous ne vous retrouvez pas forcément dans la notion d'hôpital, même si j'insiste sur le fait que les hôpitaux de proximité actuels concernent essentiellement des médecins généralistes. Mais puisque le mot « hôpital » est clivant, oublions-le, et parlons d'établissements communautaires de proximité, ou de santé communautaire. Quoi qu'il en soit, les chiffres proposés par le HK sont à la baisse. En effet, pour avoir assisté au Congrès des Maires de France la semaine passée, j'ai constaté que les maires étaient extrêmement remontés contre cette idée, car ils ont l'impression qu'elle conduira à dégrader leurs établissements. Je pense qu'il vaut mieux défendre collectivement, tous ensemble, défendre l'idée d'établissement de santé communautaire, que de s'accrocher à la notion d'hôpital de proximité, qui a déjà, à mon avis, du plomb dans l'aile, pour diverses raisons. L'idée est intéressante, mais il faut changer les mots.

Ensuite, il faut entendre les aspirations des jeunes. En effet, les chiffres démontrent que ces derniers sont attirés par des exercices salariés. Vous allez me dire que c'est de la faute des facs de médecine, car nos formations sont trop hospitalo-centrées. Or ce n'est plus vrai. Cela correspond à une évolution de la société. Pour diverses raisons, les jeunes souhaitent majoritairement un exercice salarié ou mixte. Il faut également entendre les jeunes attirés par des sur-spécialités. Il s'agit des fameuses FST décrites tout à l'heure. Il faut accepter l'idée qu'un jeune spécialiste de médecine générale ait envie – dans le cadre de son activité et de sa spécialité – d'apporter une plus-value dans d'autres domaines (addictologie...). Il sera possible d'y arriver en décloisonnant les formations, y compris si cela implique d'augmenter d'un an la durée du DES de médecine générale. Je sais que ce n'est pas la seule raison, mais c'est celle que j'utilise pour militer en faveur des quatre ans. Ceci

permettrait en effet d'éviter de passer par des FST, en particulier des FST de médecines polyvalentes. En effet, dans les territoires, l'enjeu est de disposer de médecins dans les établissements de santé communautaires.

Par ailleurs, il faut soutenir la démographie de la médecine générale via des postes d'interne, en oubliant les ouvertures de postes, qui nous ont obsédés, mais en vérifiant quelles sont ensuite les prises de postes par les internes. Je rappelle - alors que cela n'a pas été suffisamment repéré, peut-être parce que nous avons mal communiqué – que 2019 a été marqué par un événement majeur après les ECN. En effet, l'ONDPS a réussi à faire passer plusieurs choses, même si j'ai appris ensuite que cela a été débattu jusqu'à la dernière minute. Tout d'abord, il a été possible de demander dans le cadrage ministériel une primauté au rééquilibrage territorial entre les subdivisions. Or jusqu'à présent, les postes d'interne étaient créés là où se trouvaient les enseignants. De ce fait, là où il y avait beaucoup d'enseignants, il y avait beaucoup d'interne, puis de médecins, et là où il n'y avait pas beaucoup d'enseignants, il n'y avait pas beaucoup d'internes, puis de médecins. Il a été nécessaire de tordre le bras du système pour obtenir un rééquilibrage territorial.

Le cadrage ministériel a également permis de maintenir la médecine générale à un taux de 40 % à l'échelle nationale, ce qui n'a pas fait l'objet de débats. Il a permis de réduire l'inadéquation entre les postes ouverts et les postes pourvus, ce qui nécessitait du courage politique, car il existait un taux d'inadéquation de 4,5 % depuis des années. J'ai indiqué qu'il fallait montrer que nous fassions des concessions, afin d'éviter de subir une coercition évoquée lors des débats parlementaires relatifs à *Ma santé 2022*, et de montrer que ces concessions étaient partagées entre enseignants et enseignées. Nous avons donc convaincu de diminuer à 2,5 % la part d'inadéquation.

Outre la médecine générale, d'autres ont demandé – ce que j'ai très bien compris -une attention particulière à la psychiatrie, à la médecine d'urgence, à la gériatrie, à la médecine du travail, à l'anesthésie-réanimation, à l'ophtalmologie, puis, en fin d'exercice, à la gynécologie obstétrique, à la gynécologie médicale et à la médecine intensive réanimation (MIR).

Dans ce rééquilibrage territorial, ont été prises en compte la densité en médecins généraliste, la densité médicale toute spécialité confondue, ainsi que l'inadéquation entre les postes pourvus et les postes ouverts. Alors que certains estimaient qu'il ne fallait pas mettre plus de postes dans certaines subdivisions qui ne seraient pas choisies, j'ai estimé qu'il fallait agir ainsi, estimant que c'était bien là où les postes n'étaient pas choisis qu'il fallait mettre plus de postes, tout en jouant sur la réduction de l'inadéquation.

Enfin, j'ai obtenu que soit pris en compte le *numerus clausus* cinq ans auparavant. Je dois préciser que je suis le doyen d'une faculté de médecine à Tours, ce qui constitue un petit conflit d'intérêts. A ce titre, j'avais obtenu un *numerus clausus* à 255 il y a quelques années, alors que je disposais de 214 postes d'internes. Mes collègues travaillaient donc pour la gloire, puisque mécaniquement un nombre conséquent d'étudiants étaient obligés de partir faire leur troisième cycle ailleurs. Nous avons établi deux catégories de subdivisions : celles qui avaient un score supérieur à la moyenne, à qui une augmentation de postes a été demandée, et 18 qui avaient un score inférieur ou égal à la moyenne, pour lesquels il a été indiqué qu'il fallait diminuer le nombre de postes.

Au final, la diapositive montre l'évolution du nombre de postes non pourvus aux ECN 2019, toutes spécialités confondues (en bleu) et en médecine générale (en rouge). 200 postes n'ont pas été pourvus, toutes spécialités confondues, et seuls 15 postes n'ont pas été pourvus en médecine générale. Il est ensuite possible de discuter sur le profil des étudiants, mais les chiffres démontrent que la démarche a produit un résultat.

La diapositive suivante montre, à gauche, en bleu les postes ouverts, et en orange les postes pourvus, l'évolution au fil du temps, avec la rupture enregistrée en 2017 suite à la réforme, faisant que le pourcentage de postes était passé à 40 %, et 39 % de postes pourvus. 2018 et, surtout, 2019, ont permis de conserver un pourcentage de postes de 40 %, mais à atteindre 41 % de postes pourvus. A droite de la diapositive, la partie haute des graphiques correspond aux spécialités (gériatrie, médecine d'urgence, médecine et santé

au travail, médecine générale) ayant profité de la nouvelle approche, ce qui correspond aux spécialités qu'il nous avait été demandé de suivre de près, et puis en bas trois spécialités ayant « souffert », mais pas forcément en raison de la méthode adoptée. En effet, il y a longtemps que la santé publique connaît un problème de recrutement d'internes. La biologie médicale a un peu augmenté ses postes, mais la santé publique et la psychiatrie ont vu le nombre de postes pourvus diminuer, sans que l'on comprenne très bien pourquoi.

J'en ai fini avec ces éléments que je voulais vous présenter pour vous montrer que l'ONDPS ne reste pas les bras croisés pour défendre la spécialité qui est la vôtre. Merci de votre attention.

III) Une expérience en Allier depuis 35 ans

Bruno BOUVIER

Bonjour. Je suis Bruno Bouvier, médecin généraliste à Saint-Pourcain-sur-Sioule. Je suis membre de l'AGHL, l'Association des médecins Généralistes des Hôpitaux Locaux, qui existe depuis une trentaine d'années et qui a été créée dans la région de Mâcon et qui représente les médecins des hôpitaux locaux. Dans un premier temps, je ferai une présentation de l'environnement, un topo pratique de terrain. Ce ne seront pas des idées générales, je me présenterai, je ferai une démonstration de ce qui se passe à Saint-Pourcain-sur-Sioule et de comment nous avons avancé dans cet hôpital local et le CPTS. Je ferai ensuite un petit résumé des éléments facilitateurs, des travaux de l'AGHL, précurseurs, et du travail de notre hôpital local au niveau enseignement, puisque nous avons la chance depuis trois semestres d'avoir un interne, même si nous en avons demandé deux.

L'environnement, c'est vieil hôpital local, de l'ancienne formule. Il y en avait 350 à la fin des années 90, je crois qu'il n'y en a plus que 150 actuellement. J'espérais que l'on allait remonter à 360 dans la mesure où l'AGHL fait partie du groupe de travail au Ministère, avec notre président Christian de Gaye et notre vice-président Claude Derail, consacré aux hôpitaux de proximité. Effectivement, j'ai entendu 650, on verra bien. En tout cas, c'est un outil qui nous est propre et qu'il faut que l'on fasse connaître. Ce qui n'est pas la même chose, c'est la remontée des hôpitaux de proximité - et encore il faudra être attentif - c'est-à-dire des hôpitaux ayant le terme assez négatif de déclassé, qui perdront leur chirurgie et leur obstétrique, qui auront peut-être encore un service d'urgences et des services de spécialité. Bien sûr, nous avons vu émerger dans ces discussions le fait que des anciens médecins généralistes devenus PH, côtoyant des PA de spécialités d'organes, vont rester dans la globalité hospitalière, par rapport à la médecine dite polyvalente, qui pour moi se rapprochera plus, dans les discussions avec la médecine interne, de notre cœur de métier, au plus proche du terrain, c'est-à-dire dans l'ambulatorio, proche de nos patients.

L'évolution naturelle a fait qu'il a fallu qu'on se regroupe avec la création de maisons pluri-professionnelles, hors murs ou sous murs. Et puis l'échelon manquant était les CPTS. La logique de progression sur notre territoire fait que la CPTS est venue occuper le maillon manquant.

Un hôpital local au cœur du Bourbonnais, ce sont 10 lits de médecines, 25 lits de sanitaires, 240 lits d'EHPAD, pour une population d'environ 15 000 personnes. Pour ce qui est du secteur des médecins libéraux, nous ne sommes plus que cinq médecins généralistes, nous avons été huit, nous serons sept, car deux jeunes vont venir en 2021. Nous assurons l'hôpital local, ce service sanitaire de 35 lits avec deux internes, enfin deux postes demandés et, depuis trois trimestres, un interne. Ceci dit, il faut se battre à la COP pour le garder. Si je n'y étais pas allé, il nous passait encore sous le nez. Nous assurons 7 jours sur 7 et 365 jours par an. Cela vient compléter, car nous avons calqué le fonctionnement de l'hôpital sur, ce qui nous a permis de nous structurer vite, puisque la permanence des soins et la continuité des soins sont basées sur le tableau de garde de l'hôpital.

Nous signons le 11 décembre notre CPTS, qui bien sûr n'est pas à l'objectif idéal de 60 lits. Nous sommes à 35 000 habitants, 60 communes, 1 000 km². Il s'agit d'une

population rurale ou semi-rurale, très étalée en surface. Avec une possibilité - puisque la nature a horreur du vide, et que d'autres secteurs n'arriveront pas à s'organiser – que ce noyau dur qui s'est formé s'étende, comme nous l'avons fait au niveau des maisons de santé.

Dans un congrès d'enseignants, j'insiste sur le fait que les hôpitaux de proximité - enfin les hôpitaux locaux devenus hôpitaux de proximité - et les CPTS soient enseignés dans nos facultés. Parce que nos jeunes les découvrent. Je suis tuteur, j'en suis à mon troisième cycle de JAS, et ils apprennent ce l'on fait, concrètement, en termes de CPTS et de maison de santé. Là, dans un congrès d'enseignants, il faut absolument que cela remonte. C'est aussi pour cela que je suis venu parler de cela.

Pourquoi la mayonnaise prend-elle, plutôt est-elle maintenue ? Il faut un noyau conséquent de médecins. Ce sont 20 médecins généralistes (six MSP, plus un ou deux cabinets satellites) et un secteur de garde commun depuis 2005, partagé avec 13 pharmacies (20 pharmaciens). Cela a donc créé depuis 2005 une relation pluri-professionnelle. A partir de 2008, nous avons réfléchi dans nos MSP, dans les différents coins de cette future CPTS, et nous avons un maillage infirmier conséquent suffisant. Enfin, parfois, elles travaillent par trois pour un poste. Cela ne fait pas tant d'infirmières, nous ne sommes pas plus ou moins dotés. Mais nous avons un réseau important dans le premier recours. Il y a bien sûr toutes les autres professions (sages-femmes, kinés, pédicures...), à part les dentistes, qui n'ont pas adhéré à cette histoire de territoires.

J'insiste surtout sur les infirmières ASALES. Chaque MSP a une ou deux infirmières ASALES. Bien sûr, ces infirmières sont dans un réseau de prévention, mais pas uniquement, et elles ont été un élément soudant les équipes, notamment dans la réflexion des maisons de santé, et maintenant dans la CPTS. Et on voit qu'elles prennent de nombreuses initiatives quant à l'organisation du territoire en étant le bon intermédiaire pour les infirmières libérales, qui sont encore plus que nous au contact des patients, et qui, du coup, sont très facilitantes.

Mais notre territoire fonctionne aussi parce qu'il y a dix MSU. Nous étions trois ou quatre quand j'ai démarré il y a 25 ans, nous sommes maintenant une dizaine, dont un professeur (Benoît Cambon, de MG de Clermont-Ferrand. C'est un élément facilitateur pour faire partager un métier sur notre territoire. J'entends bien ce que vous disiez tout à l'heure, là où il n'y en a pas. Oui, pourquoi pas, mais c'est le noyau de base qui nous a permis de progresser tous ensemble et de parler le même langage.

Notre force est aussi une culture trans-syndicale. Il n'y a pas eu de combat de chapelle. La formation des jeunes, le travail auprès du patient, le premier recours, cela nous a motivés. Pas de querelles à ce niveau, et depuis 30 ans, tous syndicats confondus, nous avons créé les projets APICRYPT, des projets de santé, nous étions dans les premiers à pouvoir développer cela localement. Mais cela a été l'occasion de mettre des leaders, des personnes qui prennent le devant. Actuellement, pour la CPTS, c'est une kiné qui s'est pris d'amour pour cette fonction, qui reste kiné dans une petite maison de santé, mais qui va devenir salariée, va passer un master. C'est elle qui nous booste, qui nous remonte de l'avant. Nous sommes bien dans le pluri-professionnel.

La culture du travail en centre, ce sont aussi des formations pluri-professionnelles. Nous n'avons pas attendu les MSP pour faire cela. Depuis l'hôpital local, nous avons fait des formations avec les infirmières de l'hôpital, les infirmières de ville et les médecins généralistes. Des formations thématiques, à partir de cas clinique, consacrées au diabète, l'hypertension, les séquelles de l'AVC. Nous avons fait ça depuis 30 ans. C'est également un moyen de nous regrouper.

Les groupes de pairs ont également été un élément très soudant des médecins. Nous y faisons venir les internes, donc des pairs et des demi-pairs. Par contre, le groupe de pairs s'était effondré depuis quelques années, car nous passions énormément de temps sur le projet de maison de santé : première réunion en 2008, ouverture en 2015 à Saint-Pourcain-sur-Sioule. Et puis, maintenant, les CPTS. Depuis deux ans, nous sommes dans des réunions. Certes, des réunions pluri-professionnelles, mais les groupes de pairs sont un peu passé à côté.

J'ai oublié de dire que je suis Président de la CME de l'Hôpital Cœur du Bourbonnais. Parmi les éléments importants, sur un territoire, quand il existe un hôpital local « à l'ancienne », il faut que le directeur soit accessible. Je traverse le couloir, je frappe, de jour comme de nuit, et mon directeur répond. Je ne pense pas que mon fils, qui est biologiste au CHU, professeur, puisse aller voir le Directeur de l'Hôpital de Clermont de la même manière. Mais quand nous avons un problème, nous avons tout de suite la réponse, c'est un point incontournable d'efficacité. Nous faisons des repas de travail une fois par mois, entre notre direction et les médecins. C'est ainsi que l'on avance. Nous y invitons bien sûr l'interne.

Je me sens déjà dans un hôpital communautaire, d'autant plus que mes derniers directeurs ont été dans la volonté d'être les animateurs du territoire, c'est-à-dire de mettre toute leur logistique, tout leur savoir-faire, au service des EHPAD, à notre service quand nous les avons sollicités. Nos directeurs d'hôpital local ont cette dynamique de territoire. C'est ainsi que le nôtre voit les choses. Sorti récemment de l'Ecole de Rennes, il m'a confirmé que c'était le bon étage. Et puis, les CPTS sont aussi des animateurs de territoires. Les MSP étaient un peu diffuses, elles se regroupent dans un étage qui était manquant, qui nous permet de réfléchir à un autre niveau. Que ce soit à l'hôpital, via le conseil de surveillance, ou à la CPTS, nous avons des élus, que nous invitons. Nous ne partons donc pas d'une coquille vide qu'ils voudraient faire, ils partent de ce que nous leur proposons de faire. C'est comme ça que ça marche, ça ne peut pas marcher autrement. Le CPTS est également le lien qui nous manquait avec le médico-social. Les MSP avaient bien un CIAD, mais cela ne marchait pas très bien. En revanche, dans le CPTS, nous les avons avec nous, dans la réflexion globale pour le maintien à domicile.

Cela a également été l'occasion d'appeler les hôpitaux classiques de Vichy et de Moulins, avec qui nous avons des difficultés pour les entrées et les sorties. Maintenant, nous avons des personnes identifiées sur les deux hôpitaux, qui viennent à nos réunions et qui sont facilitateurs, qui peuvent faire remonter ce qu'il faut faire dans leur organisation en CME ou dans les autres instances.

Enseigner à la fac : oui, je vois l'évolution depuis pas mal de temps. Nos jeunes ont vraiment la notion de service public. Je me rappelle que, il y a quelques années, lorsque nous avons voulu démarcher des collègues, ils nous disaient : « après mois le déluge, je suis en retraite dans quatre ans, c'est fini ». Désormais, les jeunes qui s'installent sont tout de suite dans cet esprit de service public, ils veulent se mettre au service d'une population, et non plus d'une patientèle. Cela a été travaillé au niveau du CNGE. Il faut encore le développer. Je vois en effet qu'ils le découvrent dans les GEASP. Il faudra donc encore plus insister encore plus sur la partie formation.

La GEASP est une vieille association. Dès 2012, nous avons créé un livret pour essayer de définir les fonctions d'un médecin généraliste dans un hôpital local « à l'ancienne ». Il est téléchargeable sur le site. Nous avons tenté de baliser tout ce que pouvait faire un médecin généraliste dans un hôpital local. Sachant que, depuis 2012, cela a vieilli, dans la mesure où le pluri-professionnalisme ne transparaissait peut-être pas assez dans cette présentation. Nous voulions déjà des internes, mais le mode d'emploi pour avoir un interne quand on est dans sa campagne n'est pas facile. Nous avons essayé de créer un mode d'emploi, je ne sais pas s'il avait été beaucoup utilisé.

Du coup, dans notre hôpital local, les cinq enseignants ont décidé de créer le profil de poste idéal pour un interne. Nous avons défini ses fonctions, dont une fonction à laquelle nous sommes très attachés : puisque sur un semestre ils vont devoir faire une trentaine ou une quarantaine de sorties, ils doivent aller au domicile du patient concerné au moins une ou deux fois par mois, afin de voir ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné. Il y a en effet souvent une différence entre l'idéal mis en place et la réalité de terrain. Il y a aussi les missions classiques, nous veillons à ce qu'ils aient le temps de tout faire. C'est pourquoi, avoir deux internes pour 35 lits, c'est jouable. En revanche, quand il n'y a qu'un interne, il n'a que 15 lits, car on ne veut pas le disperser.

Voilà ce que je voulais vous dire. Nous sentons bien que les jeunes veulent continuer de travailler en équipe. L'hôpital leur offre la possibilité de travailler en équipe. C'est un moyen pour eux de travailler le retour à l'autonomie et de pouvoir le mettre en application. C'est

l'hôpital des médecins de terrain, car nous ne sommes que des médecins généralistes, avec des jeunes qui sont mieux formés que nous ne l'avons été. C'est le lieu de formation complémentaire à l'ambulatoire. La CPTS était pour nous le maillon manquant. Depuis deux ans, nous voyions qu'il manquait quelque chose dans le territoire. J'insiste beaucoup pour que le CNGE soit moteur dans la connaissance des CPTS, des hôpitaux locaux et du travail qui peut être fait ensemble sur un territoire.

Merci.

IV) La communauté professionnelle territoriale de santé

David GUILLET

Qu'est-ce qu'une communauté professionnelle territoriale de santé ? Il faut imaginer un modèle où l'on renverse la table. Jusqu'à aujourd'hui, l'approche était : patients et patientèle médecins. Au jour d'aujourd'hui, nous passons à un échelon où nous sommes sur du populationnel, et d'un mode de financement ayant trait à l'organisation des professionnels de santé autour de ces communautés à une échelle populationnelle et non pas à une échelle de patients. Sont donc pris en considération des potentiels non-patients, ou des patients qui s'ignorent.

Une CPTS est un collectif d'acteurs de santé créé à leur initiative afin de renforcer leur coordination et améliorer la prise en charge. Il faut oublier l'idée que l'on veut étatiser le système, pour que, finalement, on se trouve tous salariés d'un système diligenté par l'Etat. J'insiste donc sur le sujet : c'est une coordination constituée pour contribuer à la résolution d'un problème organisationnel et organiser la réponse à un problème de santé identifié.

Pourquoi mettre en œuvre une CPTS ? Déjà pour coordonner les professionnels de santé de ville et les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Nous l'avons vu à travers l'exemple précédent, c'est une vraie machine de guerre. C'est le chaînon manquant pour la bonne et simple raison que l'hôpital, dans son exercice au quotidien, n'avait pas d'interlocuteur cible pour la sortie de ses patients, ou pour la préparation des sorties, puisque chacun sait qu'une sortie bien organisée se prépare en amont. Finalement, l'échelon de la CPTS est le bon échelon pour avoir un interlocuteur et le pendant vis-à-vis de l'hôpital.

Ensuite pour répondre aux besoins de santé d'une population et mettre en œuvre des actions partagées. Nous entrerons dans les détails plus tard. Simplement, vous avez un atelier demain - je ne veux pas faire la publicité du programme à venir – sur la constitution d'une CPTS.

La coordination autour d'une population d'un territoire, cela veut dire que la CPTS est un espace d'organisation et de coordination, avec une approche populationnelle – je l'ai dit tout à l'heure – plus large que la patientèle. Il faut savoir que les tranches dans lesquelles on va travailler sont des approches populationnelles de moins de 40 000 habitants, entre 40 000 et 80 000 habitants, de 80 000 à 175 000 habitants, et de plus de 175 000 habitants. Au jour d'aujourd'hui, à l'heure où je vous parle, le chiffre DGOS de la semaine dernière est d'environ 500 projets de CPTS sur les 1 000 prévus en 2022. Il faut savoir que le temps politique n'est pas le temps des professionnels. Si le chiffre n'est pas atteint en 2022, c'est parce que l'initiative revient aux professionnels de terrain.

Concernant la taille moyenne des CPTS, 70 % d'entre elles portent sur moins de 80 000 habitants. A ce jour, la plus petite porte sur 5 800 habitants, dans un territoire de montagne ; la plus grosse sur 275 000 habitants. Une CPTS est une coordination des prises en charge à l'échelle d'un territoire de taille variable, comme je viens de l'expliquer.

Une CPTS n'est pas un dispositif obligatoire. Si, sur une population riche de 30 à 50 médecins sur un territoire de 80 000 personnes, il n'existe que deux ou trois instigateurs, personnes motivées, qu'il s'agisse de médecins ou d'autres professionnels... Toutes les bonnes volontés sont à mettre dans le même sac. Car c'est une coordination à l'échelle d'une équipe, et l'on va de plus en plus parler d'équipe.

Ce n'est pas un dispositif figé. En effet, la cartographie que le Ministère aimerait bien sortir en 2022, on imagine en raison des échéances électorales... Un territoire est structuré à la demande des professionnels de santé. Simplement, le territoire peut bouger au fur et à mesure des demandes ou des alliances avec le social et le médico-social, car le but est aussi de travailler de concert avec tous les dispositifs.

Je le disais, ce n'est pas un territoire imposé. C'est quelque chose qui peut être glissant. Simplement, il ne peut pas y avoir trois CPTS sur un même lieu, avec une divergence des idées entre le premier recours, le deuxième recours, voire le troisième recours.

Enfin, la forme juridique privilégiée pour l'instant - avec une évolution à venir en 2020, car la Fédération des CPTS est sollicitée par la DGOS sur l'évolution du statut de la loi de 1901 - est une grande souplesse organisationnelle, pour que chaque professionnel puisse garder son statut juridique.

Le projet de santé est le cœur de l'organisation et de la structuration des CPTS. Il a pour socle un projet commun et concret. Ce n'est pas le plus facile. Une communauté professionnelle territoriale de santé, ça veut dire faire communauté. Comme je l'indiquais dans mes propos introductifs, nous avons tous été formés à la manière de grands athlètes, dans des couloirs d'athlétisme, où chacun devait atteindre la ligne d'arrivée le premier. L'idée était un peu de regarder son voisin et d'arriver à articuler au mieux nos pratiques, pour éviter les redondances dans les prises en charge des patients.

Les différents partenaires sont l'ARS, les inter-URPS... Cela dépend des régions. Je sais que l'Arc Atlantique, de la Bretagne à Bordeaux, puisque la Nouvelle Aquitaine, c'est un peu plus récent. Il y a une réelle volonté de l'inter-URPS de travailler. Des maisons et centres de santé sont également associés à la démarche. Et j'associerais - mais ce n'est pas sur ma diapositive - les caisses primaires d'assurance maladie, qui à l'échelle des départements, finalement, sont vraiment des facilitateurs de ces projets, en dédiant même des personnels au déploiement de ces projets.

Le projet de santé d'une CPTS est progressif et évolutif. Il est décliné sous plusieurs formes. Il décrit également la structuration juridique - pour la plupart, je vous l'ai dit, des associations de loi 1901 - la gouvernance et les systèmes d'information envisagés. Je pense qu'il faut évoluer sur le modèle où, finalement, on parlait tout à l'heure d'association avec l'hôpital local. Je pense qu'on peut très bien imaginer à terme le fait qu'une CPTS ait en son sein quelqu'un qui fasse partie de la CME de l'établissement, et inversement un représentant de la CPTS à la CME de l'hôpital local.

Une sollicitation des usagers et des élus est bien évidemment encouragée, afin qu'il y ait une vraie harmonie, en lien avec le contrat local de santé qui a pu déjà être déployé sur certains territoires.

Le financement, je passe rapidement, car vous avez un atelier sur le sujet demain. C'est tout récent. Le 20 juin 2019, l'accord conventionnel interprofessionnel a été signé par 42 organisations syndicales, toutes professions confondues, concernant les CPTS. Il est paru au *Journal Officiel*. Cet accord engage la responsabilité de tous les professionnels qui s'investissent dans une organisation territoriale de l'offre en santé, clarifie les conditions de financement, indique les priorités à travers les conditions socles et optionnelles. Il faut savoir que ce n'est pas un modèle contraint, *dixit* la CNAM, par son directeur général, qui est Monsieur Revel, que nous avons rencontré plusieurs fois. En fait, il veut vraiment se situer dans un système d'accompagnement avec un binôme ARS/Assurance maladie. L'atteinte des objectifs des missions socles sera accompagnée, et non sous forme de sanctions.

Améliorer l'accès au soin est le premier item, avec un accès à un médecin traitant et une organisation des soins non programmée. Ça regroupe ces deux items. Ensuite, le troisième item serait *Organiser le parcours patient pluri-professionnel autour du patient*. L'idée est qu'on puisse s'articuler avec les hôpitaux de proximité, voire les CHU, pour qu'il y ait à terme un partage - sur les pathologies, notamment chroniques, puisque, on l'a vu, c'est ce qui occupe une grande partie de vos journées - un partage du forfait autour de maladies chroniques, avec l'hôpital. Et *Développer des actions de prévention*, ce qui est nouveau pour le système de santé français, qui était un système de consommation de soins.

La gouvernance - je fais un petit point 3, en fait - est adaptée à chaque territoire. J'invite les professionnels de santé qui se lancent dans une démarche de CPTS à se structurer d'abord entre eux, fédérer, aller voir des collègues avec qui ils travaillent au quotidien, puis à terme travailler avec le social, le médico-social, et l'hôpital, non pas dans un dernier lieu, mais ces derniers ont eu les 50 dernières années pour se structurer. Laissons-nous encore deux ou trois ans pour qu'ensuite on puisse enfin parler d'égal à égal, quand nous serons enfin organisés.

V) Médecin généraliste, CPTS et hôpital local

Vincent RENARD

Nous avons entendu plein de choses passionnantes. Alors, on va rester modeste, mon objectif n'est pas d'en faire la synthèse, mais se servir de l'ensemble de ces réflexions pour essayer d'une part de faire un constat, et d'autre part de dessiner un modèle en tant que responsable de la formation initiale. Formation initiale : à quel métier ? Dans quelle organisation ? Pour quel système de santé ?

Nous sommes effectivement, vous l'avez tous compris, dans une époque de mutation importante de la médecine générale, des soins premiers au sens large, avec l'émergence - de manière très prégnante maintenant - de l'exigence de la pluri-professionnalité, de l'exercice regroupé. Hier, ce n'était pas avant-hier, ce n'était pas le peuple des Samenette, comme je disais en introduction, c'était il y a peu de temps, on concevait l'exercice de la médecine générale, mais même l'exercice de chaque profession en ambulatoire, comme relativement indépendante et, je dirais, comme relativement isolée. Nous sommes à une période où on comprend, suite à l'émergence de ce que disait par exemple Patrice Diot, sur l'émergence des besoins de santé aujourd'hui, de la pluri-professionnalité et de l'exercice regroupé.

Mais, en même temps que cette mutation des soins premiers, il y a la mutation de la médecine générale en termes de formation initiale. Je le rappelais lors de la plénière d'ouverture, qui est extrêmement récente. Et nous voyons bien la concordance de ces deux mutations, qui n'est peut-être pas forcément complètement liée au hasard, parce que l'offre crée la demande, mais qui est tout de même concomitante, de manière pas forcément programmée. Donc mutation de la médecine générale et de la formation initiale, et puis un contexte un peu particulier, avec la crise démographique. Nous avons l'habitude, historiquement, de voir le nombre de médecins qui croissait. Ce n'est plus le cas, et ce n'est plus le cas à un mauvais moment. C'est le cas de manière générale, mais pas pour les médecins de soins premiers. La médecine générale est tout de même frappée par la baisse démographique au moment où, cela a été évoqué tout à l'heure, les besoins de santé en premier recours croissent, avec - ce que l'on dit toujours - le vieillissement de la population - je ne vais pas remonter le graphique que Patrice Diot a montré toute à l'heure - en termes de pourcentage de la population âgée, poly-pathologie, multi-morbide, avec ce qu'on appelle l'épidémie des maladies chroniques, ou en tout cas l'explosion de la prévalence des maladies chroniques, qui modifient considérablement le métier. Sans vouloir caricaturer, on passe d'un exercice isolé en traitant beaucoup de pathologies aiguës, à un exercice regroupé en prenant en charge beaucoup de patients avec des pathologies chroniques.

Cette mutation est à la fois dépendante et indépendante de la crise démographique. Elle est dépendante, et vous voyez l'affolement des élus, avec un certain nombre de solutions qui nous paraissent, professionnels de santé, notamment médecins généralistes, un peu étonnantes et baroques. J'en parlerai plus longuement lors de la table ronde sur les alternatives à la coercition, qui aura lieu après la pause. Donc je ne vais pas revenir dessus, mais nous voyons bien qu'il y a une pression de plus en plus grande des élus, parce que leurs mandants viennent les voir en disant : « *Je n'ai pas de médecin* ». Vous avez vu l'enquête qui vient de sortir sur : « *Comment se fait-il qu'autant de médecins ne veuillent pas prendre de nouveaux patients médecins traitants ?* ». La comparaison est celle d'un avion plein. Si les passagers disent : « *Comment se fait-il que vous ne nous preniez pas dans*

vosre avion ? », on ne va pas engueuler les pilotes parce qu'ils refusent de mettre l'avion en surcharge. Nous voyons bien la discordance entre les besoins de santé et l'offre de soins.

Et puis, c'est dépendant, mais c'est aussi indépendant, parce que c'est lié aux limites du système. Je ne reviendrai pas sur l'hospitalo-centrisme, qui est historique. La question n'est pas que ce ne soit pas bien, ou que ce soit méchant, c'est juste lié à la structuration du système de santé en France, et qu'il n'y a pas vraiment eu de plan pour corriger le déséquilibre au bénéfice des soins secondaires et des soins tertiaires. Avec le mouvement des Urgences, nous voyons bien qu'à un moment, il faut arrêter d'élargir les autoroutes pour éviter les bouchons, car il y aura toujours plus de voitures si vous augmentez le nombre de voies. Certes, il faut s'occuper de l'hôpital public, parce que l'hôpital public est en souffrance, mais arrêtons d'injecter de l'argent si l'on ne prend pas en compte simultanément de l'organisation du système, puisque c'est une crise de l'organisation du système, dans un système qui est tout de même coûteux, avec une part hospitalière qui demeure très importante.

La crise démographique est liée à la médecine générale, mais parce que l'on paie l'absence historique de formation à la médecine générale. Nous sommes tout de même dans un pays où la moitié des médecins « formés » à la médecine générale ne sont pas médecins généralistes. Ils font autre chose. Là, avec la filiarisation des DESC – là encore je remercie Patrice Diot, qui avec l'ONDPS donne une vraie impulsion là-dessus – avec les 40 %... Je me suis battu avec le Ministère pour qu'on ne tombe pas en dessous des 40 %. Il y a eu quelques échanges francs et cordiaux, comme disent les diplomates, sur le sujet. Nous avons dit qu'il était hors de question de descendre en dessous. Vous savez bien, c'est l'adage : quand on franchit les bornes, il n'y a plus de limites. Et on aurait pu descendre encore beaucoup plus bas. On a donc fixé 40 %, ce qui offre plus de possibilités d'avoir une identité professionnelle qui oriente les jeunes vers la médecine générale. Dans les facultés, par rapport à il y a dix ans, on voit que les étudiants de troisième cycle en DES de Médecine générale s'orientent beaucoup plus que précédemment vers la médecine générale. Mais ça, les élus ne le voient pas encore. Ils ne peuvent donc pas encore voir les bénéfices d'une réforme qui a été retardée beaucoup trop longtemps et dont on commence à peine à voir les bénéfices en termes d'instauration de la filière universitaire de médecine générale.

Quand je disais qu'il faut réviser l'organisation du système, notre antienne, l'idée que nous devons marteler, est que l'organisation dépend de la définition en termes de ligne de recours au système de santé, que la médecine générale et toutes les professions de soins premiers, c'est la première ligne. L'enjeu de comprendre l'hôpital local, c'est sortir de l'idée qu'il fait partie du système hospitalier de troisième ligne – Bruno Bouvier l'a très bien expliqué – et dire que cela fait partie de la première ligne. Le métier est conceptuellement différent des deuxième et troisième lignes. Je vais y revenir, car cela pose la question de la définition du champ de la première ligne dans son organisation, mais aussi dans ses missions.

Au plan de l'organisation, la première ligne, c'est quoi ? Nous avons l'avantage, car c'est concomitant, et cela vient d'être présenté de manière extrêmement claire. Nous avons maintenant – la loi date de 2016 – une organisation théorique au plan médico-administratif qui n'existait pas auparavant. Il faut se dire que le médecin généraliste n'était pas défini dans le Code de la Santé publique jusqu'en 2009. Cela fait dix ans. Et les prémices de l'organisation médico-administrative du soin ambulatoire, en dehors du secteur hospitalier, datent d'il y a deux ans et demi. C'est donc une histoire extrêmement récente et il n'est pas très étonnant que l'organisation ambulatoire ne soit pas encore stabilisée, ou même construite, à partir du moment où la réflexion est aussi récente.

Nous avons maintenant une légitimité réglementaire nouvelle qui permet, aussi en termes de formation, de mieux construire les choses pour demain, avec un vrai changement de paradigme socioculturel : la médecine commence à être perçue culturellement par les tutelles, par les doyens, par la faculté, comme n'étant plus exclusivement du ressort hospitalier. Il s'agit d'un changement de mentalité extrêmement important, non seulement pour former les jeunes, mais aussi pour organiser le système de santé.

Nous avons cet étage médico-administratif, et puis nous avons les structures de la première ligne : les structures historiques, le cabinet isolé, puis le cabinet de groupe, le centre de santé – avec des gens qui militent depuis très longtemps pour le centre de santé – et puis le nouvel étage réglementaire : les équipes de soins premiers et les maisons de santé pluri-professionnelles. Et puis, nous avons ce qui est à la fois historique – Bruno Bouvier se bat depuis longtemps à ce sujet – mais aussi nouveau, avec ces nouvelles organisations, l'hôpital local, au sens des établissements communautaires sanitaires de proximité, que citait Yann Bourgueil dans les travaux du HCAAM, mais aussi les EHPAD, la médecine pénitentiaire. Tout cela, c'est de la première ligne.

Ceci constitue l'organisation, les structures de première ligne, mais l'enjeu consiste à préciser les missions. Or, pour les tutelles, et même pour le grand public, dans la société, ce n'est pas encore très clair. Notre enjeu, demain, pour le bénéfice du système de santé et des patients, c'est de continuer à expliquer que la médecine générale n'est pas une médecine de tri. Ce n'est pas une médecine destinée à savoir à qui les patients doivent être adressés pour que ces derniers soient soignés ou pris en charge. Nous n'allons pas les découper pour savoir à quel spécialiste d'organe on va les envoyer. Culturellement, ce n'est pas encore acquis. C'est là l'intérêt de la réflexion conceptuelle, mais aussi de l'évolution de la formation initiale, en corollaire de l'organisation du système de santé. Car nous avons hérité historiquement – on faisait allusion aux ordonnances de 58/62 – d'un exercice de la médecine générale qui était un exercice en creux. C'était ce que les autres ne faisaient pas. Le système de santé s'est bâti là-dessus.

Or la reconquête, au plan de la bataille des idées, est relativement récente. Les médecins généralistes étaient persuadés de ça depuis longtemps. Mais si on est persuadé de ça tout seul dans son coin, sans convaincre les tutelles, et sans que l'organisation du système de santé, et sans que la formation initiale le prenne en compte, on voit progressivement son champ se rétrécir et ses missions ne pas être reconnues. De ce point de vue, l'histoire de l'universitarisation de la discipline est un levier très puissant pour inverser la tendance, mais là encore il est extrêmement récent, alors qu'il existe des éléments dans la littérature, des éléments de comparaison au plan international - Yann Bourgueil l'explique très bien – pour dire que les soins premiers, la médecine générale, au sens d'une médecine qui règle de 80 % à 90 % des problèmes, et qui n'est pas une médecine de tri, est extrêmement efficient au plan individuel comme au plan collectif.

Les missions de la première ligne médicale sont liées à la caractéristique de la discipline. Je ne vais pas refaire la Wonca 2002, je ne vais pas refaire la marguerite des compétences, mais on est complètement là-dedans. Ces concepts ont des implications pratiques en termes de missions et d'organisation du système.

A partir de là, l'hôpital local, au sens d'établissement sanitaire communautaire de proximité, est le chaînon manquant des soins premiers, parce que, aujourd'hui, il a une logique à l'échelle des CPTS. Le « H » d'EHPAD veut dire hébergement, et non hôpital. Or les soins premiers, les situations de soins premiers, les patients en soins premiers, peuvent avoir besoin d'un hébergement transitoire qui ne nécessite pas des soins de deuxième et de troisième ligne. Il peut abriter la permanence des soins ambulatoires, il doit bénéficier d'un plateau technique léger, il prend en compte le diagnostic de situation, mais qui n'a pas forcément besoin du diagnostic étiologique. C'est la grande différence conceptuelle et pratique entre soins de première ligne et soins de deuxième et troisième ligne. Et il peut exister avec des recours locaux de deuxième ligne au sein des ESCP, en lien avec les soins premiers : les services infirmiers avec les EHPAD, etc... Il existe plein d'exemples d'hôpitaux locaux historiques qui sont adossés, ou qui fonctionnent en symbiose avec des services d'infirmiers à domicile, dans le même étage administratif, ou des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes.

Donc, l'ESCP, ce n'est pas – je fais là encore référence à ce qu'indiquait Benoît Bouvier – un établissement de santé de deuxième et de troisième ligne dégradé, où la maternité et le service de chirurgie ont été enlevés. Ce n'est pas ça, un établissement sanitaire communautaire de proximité. Si, dans l'établissement de santé « dégradé », l'hôpital de proximité continue à faire de la deuxième et de la troisième ligne, c'est que l'on n'a pas

compris la philosophie et l'intérêt des soins de première ligne et du maillage de territoire des soins de première ligne.

L'ESCP n'est pas une structure sous la gouvernance des groupements hospitaliers de territoire. C'était les débats du HCAAM. Sinon, comme le dit malheureusement la réforme actuelle, les hôpitaux de proximité sont conçus comme le premier étage du système hospitalier. Non, ce ne doit pas être cela. Sinon, on va répliquer l'établissement de santé de deuxième et de troisième ligne, en en mettant partout dans les territoires pour refaire de la deuxième et de la troisième ligne, alors que ce qui manque aux patients et au système de santé, ce sont les soins de première ligne organisés. Cela a à voir avec le personnel médical qui y travaille : il ne faut pas y trouver des médecins hospitaliers.

Là encore, il n'y a pas de hiérarchie, ce n'est pas que ce soit moins bien, simplement ce n'est pas le même métier. Je prends toujours l'exemple du bilan de chute, que tous les médecins généralistes connaissent. Les généralistes connaissent leur patient âgé, par ailleurs parfaitement suivi, qui se prend les pieds dans le tapis, qui termine aux urgences de l'hôpital, et qui, puisqu'il est tombé, a un écho-doppler, un écho-cardiaque et un Holter, etc... C'est iatrogène, c'est dispendieux, c'est inconséquent. Nous sommes dans un système de santé qui, de ce point de vue, gaspille de la ressource humaine et financière, à cause de cette erreur de conception stratégique.

Donc, l'ESCP est la déclinaison de l'hôpital local, au sens de ce que rapportait Bruno Bouvier.

La vision d'un système orienté vers les soins premiers, c'est donc ça. Faisons un rêve : 1 000 CPTS de 60 000 habitants, 1 000 hôpitaux locaux avec 1 000 ESCP, y compris, et surtout, dans les secteurs urbains. Car lorsque vous êtes à Paris, ça se termine dans les urgences des CHU, ce qui est complètement catastrophique. Là encore, ce n'est pas parce que les gens sont plus ou moins bons, c'est parce que c'est inadapté à la situation. Avec des médecins généralistes – je salue ce qu'a dit Patrice Diot – qui demain devront représenter 50 % des médecins formés, qui exerceront en ambulatoire, y compris en ESCP, et qui formeront les étudiants dans toutes les variétés de leur exercice. Or quand les étudiants seront formés dans les maisons de santé pluri-professionnelles, dans les hôpitaux locaux, dans les EHPAD, etc... je fais le pari que demain ils sentiront beaucoup moins le besoin de FST. Parce que la médecine générale, c'est génial, c'est super-vaste, c'est une variété d'exercice et de situations énormes, et qu'il n'y a pas besoin de se sur-diplômer, alors que ce n'est pas adapté à la demande de soins des patients, et que la formation avec la quatrième année sera de ce point de vue parfaitement adaptée à cette palette et à cette diversité.

Donc, le recours à l'hôpital, qui est un maillon essentiel du système de santé, qui regroupe les moyens techniques, qui regroupe les moyens humains, qui regroupe les expertises nécessaires à beaucoup de patients qui ne peuvent pas être traités en soins premiers, doit être mobilisé en cas de nécessité, et non faute d'étage et d'organisation des soins premiers.

Je conclurai en disant que le virage ambulatoire systémique est encore à construire, que l'établissement communautaire sanitaire de proximité, alias l'hôpital local, est l'étage nécessaire pour un système efficient des soins premiers, et que les réformes en cours font qu'on peut espérer que les décideurs tiendront compte des recommandations de l'OMS et des données de la littérature sur l'intérêt et l'efficacité des soins premiers.

Je vous remercie.

VI) Questions et débats

De la salle

Bonjour. François Lebat. Avec un collègue, je suis en train de créer une CPTS sur deux communautés de communes, l'une de 45 000 habitants, l'autre de 15 000, soit un total de 60 000. Nous avons dans huit et dix jours des réunions de présentation et de discussion

avec nos collègues du secteur. Puisque Monsieur Guillet disait tout à l'heure qu'il fallait attendre deux à trois ans avant de communiquer avec les hôpitaux et les cliniques du secteur, j'aurais aimé savoir si c'est un temps contraint pour avoir le temps de s'organiser entre nous, ou si les choses peuvent avancer plus facilement ? Car nous sommes soumis à quelques pressions.

David GUILLET

Je vous remercie pour votre question. En fait, ce que je voulais dire, c'est qu'il ne faut pas de nouveau subir l'hospitalo-centrisme dans une organisation ambulatoire. C'est-à-dire que chacun sait, comme le nouvel hôpital construit à Nantes enregistre une diminution de 35 à 40 % de ses lits, que l'hôpital regarde enfin ce que font les personnes en ambulatoire. Y compris les médecins généralistes. Je ne parle pas des équipes des différentes professions, qui tissent le territoire. En fait, l'idée, c'est plutôt une articulation à l'initiative des professionnels de santé libéraux, en y associant les centres de santé infirmiers, quand il y en a, ou les centres de santé tout court, pour certains territoires, et de trouver une articulation et une harmonie, où enfin on va pouvoir trouver un consensus sur le projet de santé, et savoir comment s'organiser pour structurer, notamment, l'offre médicale, pour répondre à un des premiers items, qui est Accéder à un médecin traitant.

En effet, c'est une demande forte de la population. C'est ce qui est sorti du grand débat national avec la crise des gilets jaunes : ce n'était pas spécifiquement : « combien j'ai dans mon porte-monnaie à la fin du mois ? », mais « comment je fais pour accéder à un médecin traitant ? ».

L'idée, c'est d'arriver à se structurer avec les professionnels de votre territoire, et trouver une harmonisation, et vraiment, j'ai envie de dire, une vitesse de croisière, pour pouvoir à terme discuter de manière déjà coordonnée, avec les structures existantes, tel que le monde hospitalier. Le risque à le faire rentrer trop vite dans un système d'organisation que vous devez créer, c'est qu'il vous impose une structuration qui n'aurait pas été la vôtre au départ. C'est pourquoi j'ai évoqué cette organisation. Dans certains territoires, notamment en Pays de la Loire, où la rencontre avec l'hôpital se fait au bout de six à neuf mois, sur des rencontres et des réunions de partage d'informations, durant laquelle la CPTS commence à proposer un modèle. Dans la salle, il y a Nadine Ramon, un médecin se trouvant dans le secteur dans lequel j'exerce. Les liens avec l'hôpital local sont au jour d'aujourd'hui très forts. Nous n'imaginons pas faire demain des réunions de coordination sans prendre l'aval de l'hôpital local. Mais c'est plutôt sur le modèle d'organisation interne.

Je ne sais pas si j'ai répondu correctement à votre question.

Un intervenant

Une dernière question ?

François PIERSON

Bonjour. François Pierson, je suis médecin généraliste à La Réunion. Une CPTS est en train de se faire sur les soins non programmés. En fait, la CPTS a été initiée parce que le Ministère avait demandé à l'hôpital local de créer une structure ouverte aux médecins libéraux au sein de l'hôpital. La question que nous posons est : est-ce que ce sont les médecins généralistes qui doivent travailler à l'hôpital pour soulager les Urgences ? Ceci concentrerait la population plus sur l'hôpital, au lieu de la renvoyer vers les médecins traitants. Dans cette structure, nous nous posons pas mal de questions sur l'intérêt de faire des consultations dédiées à la médecine libérale au sein des hôpitaux.

Vincent RENARD

Merci François. Je voudrais intervenir en réponse à cette question, parce que ça a à voir avec la première, la deuxième et la troisième ligne. Qu'est-ce que cet hôpital ? Si c'est un hôpital de troisième ligne, ce n'est pas cohérent. Je comprends bien la demande, mais il ne faut pas oublier que l'avenir, pour la santé des patients, pour l'organisation du système, c'est

de limiter les soins non programmés, ce n'est pas de développer les soins non programmés. Cela affole la tutelle, parce que c'est la réponse aux soins non programmés. Mais la qualité des soins, c'est d'abord les soins programmés, et faire en sorte que les soins non programmés ne soient que la résultante de ce qui n'est vraiment pas programmable. Or en ce moment, les soins non programmés, c'est ce qui n'est pas programmable, et ce qui est le résultat des incohérences du système.

Si c'est juste pour répondre aux soins non programmés, sans aucune structuration, sans différencier ce qui relève de la première et de la troisième ligne, et sans organisation – les gens qui ont beaucoup travaillé là-dessus ont beaucoup parlé du temps nécessaire à cette organisation de première ligne, entre professionnels de première ligne, pour arriver à monter un projet commun – si c'est pour apporter des réponses ponctuelles à la demande de soins non programmés au sein d'établissements de troisième ligne, ça ne paraît vraiment pas cohérent avec la vision d'un système de santé pertinent demain. Après, je ne sais pas si c'est de ça dont il s'agit, mais c'est tout de même relativement suspect.

De la salle

Bonjour. Je suis présidente de CPTS en région Centre, à Châteauroux. Dans la prolongation de cette réflexion, au sujet du portage de l'Etablissement. Vous avez bien dit : « 1 000 CPTS, 1 000 établissements communautaires dans l'idéal ». Effectivement, je fais partie d'une ville moyenne, avec déjà un hôpital. Donc, si on veut promouvoir la création de cet établissement, à qui demande-t-on de le porter concrètement ? On en est là, puisque, du coup, dépend de ça la création des plates-formes de soins non-programmées, de régulations, etc... Qui est le meilleur interlocuteur pour porter ces établissements quand ils n'existent pas ?

Bruno BOUVIER

Vous parlez de l'Etablissement ? De la CPTS ?

De la salle

Il y a des endroits...L'hôpital local, c'est souvent en zone rurale.

Bruno BOUVIER

Oui.

De la salle

Moi, je suis plutôt en ville, en exercice urbain. Plein de CPTS seront aussi en exercice urbain. Donc on n'a pas tout à fait les mêmes besoins. Effectivement, vous avez très bien parlé de la nécessité d'un hébergement temporaire pour une personne âgée, etc...qui n'est pas pertinent dans un hôpital, même d'une ville moyenne. Du coup, quand on veut créer ce type d'établissement, sur quel porteur doit-on s'appuyer ?

Bruno BOUVIER

Alors, moi je n'ai pas de réponse à vous proposer. Mais dans la réflexion en milieu urbain, la question est bien, dans un hôpital général de second recours, comment va s'aménager une activité – à mon avis – d'hôpital, enfin, de structure investie par le monde de la ville – pas uniquement les médecins, d'ailleurs, à mon avis – et qui soit articulée. Je pense que c'est une des questions posées.

De la salle

Donc on reste bien dans le GHT ?

Vincent RENARD

Non, mais justement.

Bruno BOUVIER

C'est en débat.

Vincent RENARD

Evidemment, quand on énonce ce modèle un peu théorique, pour avoir une vision de vers où il faudrait se diriger, 2 000 CPTS et 1 000 ESCP, évidemment, la question se pose, compte tenu du fait qu'il y a...Combien d'hôpitaux locaux, Bruno ?

Bruno BOUVIER

Actuellement, 150.

Vincent RENARD

Voilà. On est bien dans la problématique que tu poses. Et donc, si on dit que ce modèle doit être relatif aux soins premiers, qu'il doit s'adosser aux EHPAD, aux SSIAD, etc...C'est avec cet étage qu'il faut construire. Mais clairement, aujourd'hui, on est encore dans le domaine de la bataille des idées. C'est-à-dire qu'il n'y a pas de mode opératoire connu pour le moment. Donc il va falloir s'appuyer sur les collectivités territoriales, sur tous les étages administratifs des soins premiers, pour arriver pour faire avancer l'idée que c'est vers cela qu'il faut aller. Mais actuellement, c'est nous, en faisant avancer cette idée, que demain, réglementairement, il pourra y avoir la manière de le prévoir.

De la salle

Donc moi, je vous dis, on essaie de résoudre le problème, on fait un appel à projets.

INDEX

Nous tenons à vous signaler que nous n'avons pas été en mesure de vérifier l'orthographe des termes suivants :

Accord,	2	HK,	6
CIAD,	10	JAS,	9
COP,	9	mes derniers directeurs,	10
DESC,	14	MG,	9
ECN,	7	Nadine Ramon,	17
François Lebat,	17	réflexion,	9
François Pierson,	18	Samenette,	13
François PIERSON,	18		