



InterSyndicale Nationale des Internes

LIVRE BLANC
MAI 2018

STRATEGIE DE TRANSFORMATION
DU SYSTEME DE SANTE

📍 17 rue du Fer-à-Moulin - 75005 Paris
☎ 06 50 67 39 32
✉ president@isni.fr

PREMIERE PARTIE : DIAGNOSTIC	5
I. CONSTATS.....	6
A. Un système de formation arrivé à bout.....	6
1. Sélections multiples, déshumanisation.....	6
2. Saturation des capacités de formation, face aux pressions de la population et des politiques.....	6
3. Une gestion aveugle des flux de formation par spécialité médicale.....	6
4. Une gouvernance verticale d'un autre temps.....	7
5. Formation continue dispendieuse, de qualité trop variable et en manque d'indépendance	7
B. Un métier qui ne correspond plus aux nouvelles générations	7
1. Praticien Hospitalier (PH)	7
2. Médecin libéral	7
3. Universitaire.....	8
4. Glissement de tâches, perte de sens des professions de santé	8
C. Une organisation dépassée.....	9
1. Hospitalo-centrisme et manque de structuration du soin hors les murs	9
2. Quadruple mission irréalisable	9
3. Des Centres Hospitaliers Généraux de proximité insuffisamment dotés aux compétences trop peu lisibles.....	10
4. La T2A, l'hospitalisation de flux, ne permettent pas de répondre aux populations vieillissantes et gratuites : lieux de vie et assurance dépendance	10
5. La déshumanisation des soignants, la perte de sens du travail	10
II. ANALYSES DES EVOLUTIONS EN COURS	11
A. Réforme du second et du troisième cycle des études médicales	11
1. L'ouverture au recrutement d'horizons différents (passerelles, alter-PACES).....	11
2. Enseignement, Recherche, Management : des valences dès la formation	11
3. Des projets professionnels personnels	11
B. Nouvelles pratiques.....	12
1. Maisons de Santé Pluri-Professionnelles	12
2. Télémédecine	12
3. Pratiques avancées	13
C. L'ouverture des murs de l'hôpital.....	13
1. L'ambulatoire	13
2. Les GHT et projets de soins d'équipes territoriales.....	13
DEUXIEME PARTIE : L'ORDONNANCE	14
I. TERRITORIALITE ET DEMOGRAPHIE	15
A. Evaluation des besoins en professionnels (Axes 2, 4.1 et 5).....	15
B. Promotion des territoires et investissements de formation (Axes 2, 4.1, 4.2 et 5).....	15
1. Evaluation des capacités de formation (Axes 4.1 et 5)	15
2. Maîtres de Stage et d'internats ruraux (Axes 4.1, 4.2 et 5)	15
3. Attractivité : Plateforme de mise en relation professionnels-territoire (Axes 4.2 et 5).....	16
C. Équilibre démographique, et qualité des soins (Axes 1, 2, 4.1, 4.2 et 5)	16
II. PERTINENCE ET PROXIMITE	16
A. Mieux niveler les recours : l'après ordonnances Debré (Axes 1, 2, 4.1, 4.2 et 5)	16
B. Filières de soins territoriales (Axe 1, 2, 3 et 5)	17
C. Pilotage des soins de ville (Axes, 1, 2, 4.2 et 5).....	17
D. Exploiter toute l'expertise des Urgences (Axes 1, 2, et 5).....	17
III. ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE EN SANTE.....	17
A. Sur le territoire (Axes 1, 2, 4.1, 4.2, 5).....	17
1. Les structures.....	17
2. Le personnel	18
B. Dans les budgets (Axes 2, 4.1, 4.2).....	18
C. Renouveler la pédagogie (Axe 3, 4.1, 4.2)	18
D. Refondre les statuts de soignants universitaires (Axes 4.1, 4.2 et 5).....	19
1. Pour les titulaires	19
2. Pour le post-internat.....	19
3. Développer les missions contractuelles à plus ou moins long terme	19
E. Evolution continue des compétences (Axes 1, 4.1, 4.2).....	19
IV. CORRIGER LE SYSTEME DE FINANCEMENT	19
A. Revoir le principe de l'ONDAM (Axes 2).....	19

B. Un statut social unique (Axes 2, 4.2)	20
1. Pour les médecins.....	20
2. Pour toutes les professions de santé.....	20
C. Tarification, financement de l'activité (Axes 2, 4.2 et 5)	20
1. En ville.....	20
2. À l'hôpital.....	20
3. Partout.....	20
D. Salaires, intéressement, travail additionnel (Axes 2, 4.1, 4.2)	21
1. Pour le coté médical.....	21
2. Pour le coté paramédical.....	21
3. Pour l'ensemble des acteurs.....	21
V. REDONNER DU SENS AU TRAVAIL	21
A. Prendre en charge les professionnels en détresse (Axes 4.1, 4.2)	21
B. Apprendre à gérer son environnement extérieur (Axes 1, 4.1, 4.2)	22
C. La charge de travail doit être quantifiée et rationalisée (Axes 1, 4.2)	22
D. Organiser la sortie des professionnels qui le nécessitent (Axes 4.1, 4.2)	22
E. Etablir une parité de fait (Axes 4.1, 4.2)	22
VI. EXPERIMENTER, EVALUER, DIFFUSER	22
A. Organiser et structurer les expérimentations (Axes 1, 3, 4.1, 4.2 et 5)	22
B. Créer et redéfinir les métiers d'auxiliaires médicaux (Axes 2, 3, 4.1, 4.2 et 5)	23
1. Secrétariat médical à l'assistance de gestion.....	23
2. Aides-médicaux.....	23
3. L'ingénieur(e) de système d'information médical.....	23
VII. SE DOTER DES OUTILS DU 21EME SIECLE	23
A. Un DMP digne de ce nom (Axes 1, 3, et 5)	23
B. Des logiciels métiers raffinés (Axes 3)	24
1. Réguler les marchés	24
2. Rédiger plusieurs cahiers des charges.....	24
3. Prévoir l'avenir	24
C. Des services numériques centralisés : guichets uniques (Axes 1, 3, 4.2 et 5)	24
1. Pour les soignants	24
2. Pour les patients	25
PROPOSITIONS PAR AXE	26
I. AXE 1 : QUALITE ET PERTINENCE DES SOINS	27
II. AXE 2 : FINANCEMENT ET REGULATION	28
III. AXE 3 : NUMERIQUE	29
IV. AXE 4.1 : FORMATION	30
V. AXE 4.2 : TRANSFORMATION DES METIERS	31
VI. AXE 5 : TERRITOIRES	32

PREMIERE PARTIE : DIAGNOSTIC

I. CONSTATS

A. Un système de formation arrivé à bout

1. *Sélections multiples, déshumanisation*

Les études médicales, par le concours de première année et par le concours de l'internat, formatent les futurs médecins et les obligent à accepter un système infernal sous couvert d'égalité des chances. Les conséquences à court, moyen et long terme sont maintenant visibles de tous : dépression, burn-out, idées suicidaires, suicides...

L'enquête Santé Mentale, réalisée en 2017 par les structures de jeunes et futurs médecins auprès de 22.000 étudiants, internes, et post-DES, retrouvait une prévalence de 66% pour les troubles anxieux, 27% pour la dépression et 23% pour les idées suicidaires dans cette population.

Cette délimitation des études médicales par deux concours freine les initiatives des étudiants dans la construction de leur parcours académique puis professionnel. Les profils "atypiques" ont peu de place. Pourtant, notre système de santé est en pleine mutation et gagnerait à promouvoir la diversité de futurs médecins. Pour les étudiants en médecine, c'est la question de leur épanouissement professionnel qui est en jeu.

Il est frappant de constater des observations similaires du côté paramédical.

2. *Saturation des capacités de formation, face aux pressions de la population et des politiques*

Les besoins de santé, grandissants, ne sont pas couverts et nos concitoyens le font savoir. Ce besoin est réel et légitime. Cependant, les facultés sont exsangues tant au niveau du nombre d'enseignants que de leurs moyens.

La question des moyens et du format des facultés de médecine en 2018 empêche toute vision évolutive du flux d'étudiants. Celles-ci ne sont pas en capacité, en 2018, d'évaluer leurs capacités nominales de formation, tellement elles sont saturées.

Ceci est majoré localement par des inégalités de moyens entre les facultés. Elles engendrent des inégalités de formation et de qualité des soins sur le territoire là où pourtant les politiques voient les besoins.

3. *Une gestion aveugle des flux de formation par spécialité médicale*

En ce qui concerne le nombre d'internes par spécialité, l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS) a depuis de nombreuses années la charge d'établir, chaque année, des recommandations. Le nombre de postes ouverts tous les ans par spécialité aux Epreuves Classantes Nationales (ECN) est décidé après concertation des acteurs par l'ONDPS. Si les subdivisions font remonter le nombre de postes qu'elles souhaitent par spécialité, aucune évaluation formelle des besoins de santé n'est produite pour justifier les demandes.

Ni les ARS, ni l'ONDPS, aujourd'hui, ne savent évaluer les besoins de la population en professionnels de santé. Les ARS disposent de données partielles, mais il n'existe pas d'indicateurs nationaux transparents. Cette année 2018, une mission pilote sur la gériatrie est menée par l'observatoire. Cette première analyse de fond met en lumière le cruel manque de moyens humains pour mener ces évaluations (2,6 équivalents temps plein pour des missions toujours plus nombreuses).

4. Une gouvernance verticale d'un autre temps

A tous les niveaux du système de santé, il existe des cloisonnements entre acteurs et une méconnaissance réciproque du travail de chacun. Ainsi, parfois, les acteurs de terrain ont l'impression que leur hiérarchie est déconnectée de la réalité qui est la leur.

Par exemple, l'organigramme d'un hôpital est inconnu de la plupart des professionnels. Cette méconnaissance rend impuissants les soignants désireux de faire changer les incohérences qu'ils subissent et mine le travail d'encadrement de l'administration par une résistance de défiance et d'incompréhension.

Cette méconnaissance des différents acteurs de notre système de santé, concernant le travail et les missions de chacun, ne permet pas une collaboration optimale au service de la population. Il semble important d'entreprendre une démarche de déconstruction des représentations afin d'amorcer un décroisement global.

5. Formation continue dispendieuse, de qualité trop variable et en manque d'indépendance

Les professions de santé ont un besoin de formation continue, grandement supérieur à tout autre domaine. Elle est nécessaire pour le maintien à niveau des professionnels de santé afin de garantir la qualité de soins et la sécurité des patients. L'enveloppe annuelle de crédit de formation pour lesdits professionnels, afin qu'ils puissent se former régulièrement et indépendamment des financements des laboratoires, est un enjeu de santé publique.

Jusqu'à récemment les "points Développement Professionnel Continu (DPC)" pouvaient être alloués par des formations dont les sujets n'étaient pas suffisamment contrôlés, l'Agence National du DPC (ANDPC). Elle s'est, depuis, dotée d'un conseil scientifique indépendant. Par ailleurs, le poids financier est trop largement à la charge des professionnels. Même pour les professionnels salariés, les employeurs ne participent qu'à la marge à cette formation.

B. Un métier qui ne correspond plus aux nouvelles générations

1. Praticien Hospitalier (PH)

Aujourd'hui, le Praticien Hospitalier est le cœur de l'hôpital public. Il est, de même, la pierre angulaire de la permanence des soins et de la réponse d'Etat aux besoins de santé de la population.

Cependant, le glissement des tâches, notamment administratives ou de coordination, est une vraie souffrance rapportée par nombre d'entre eux. La gestion de la sortie d'hospitalisation est un cas d'école. Dans ce système trop hospitalo-centré, il manque des acteurs hors les murs afin de porter certaines des responsabilités d'organisation des soins.

Ajouté aux difficultés financières croissantes de l'hôpital public et format productiviste de la T2A, nous avons une profession en perte de sens.

Parallèlement, la fin des directions hospitalières médicales a créé un climat de défiance entre l'administration et le corps médical. Ce dernier doit retrouver un rôle plus effectif et moins consultatif dans la conduite de l'établissement. Le PH doit se sentir acteur de la transformation de l'hôpital. Il doit pouvoir proposer, conduire la réforme et être concerné par les défis et limites de toute gestion de systèmes contraints.

2. Médecin libéral

En 2018, l'idée même du médecin seul dans son cabinet, ouvert 12 heures par jour 6 jours sur 7 et toujours disponible au téléphone, ne correspond pas à la médecine du 21ème siècle.

Comme dans toutes les autres professions, après nos études, notre génération aspire à un équilibre sain entre vie professionnelle et vie familiale.

A cela, s'ajoute un décalage sur les attentes de ce que doit être notre profession aujourd'hui. La rémunération à l'acte ne répond pas aux prérogatives de prévention ou d'éducation thérapeutique. Ceux-ci nécessitent des temps de consultation longs, et sont incompatibles avec la logique de course à l'activité. Plus prosaïquement, les temps de coordination et de rédaction des dossiers médico-sociaux (MDPH, ALD, etc.) ne sont aujourd'hui pas ou peu valorisés.

Il existe donc une frustration de ne pouvoir réaliser une prise en charge optimale pour les patients. Ce sentiment participe fortement à la baisse d'attractivité du secteur libéral chez les jeunes médecins.

3. Universitaire

Statutairement créés par les ordonnances Debré en 1958, les médecins universitaires, PU-PH et MCU-PH portent théoriquement une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche.

Jusqu'à très récemment, leur recrutement ne prenait quasi exclusivement en compte que les compétences de chercheur, et leur productivité dans le domaine. Cela a conduit à un délaissement de la pédagogie médicale française comparé aux différentes expériences à l'international.

De plus, dans leur vaste majorité les universitaires exercent en CHU, c'est à dire dans des centres de soins tertiaires, dont l'activité est fondamentalement différente des CH de proximité et de la ville, ces derniers représentant pourtant 90% des besoins de santé (Carré de White). Il y a donc eu, sur les dernières années, une hyperspécialisation des formateurs et des formations médicales, en déconnexion avec les besoins de santé transversaux de la population.

Souvent, s'ajoute une mission d'administration et de management pour laquelle les chefs de service ne sont ni sélectionnés, ni formés.

Il est humainement déraisonnable de conserver cette concentration des missions dans les mains d'une seule personne. Les rendre à l'équipe soignante avec des temps dédiés et une valorisation spécifique permettrait de retrouver une performance sur l'ensemble des quatre domaines. Les fonctions pourraient être transitoires mais doivent amener systématiquement à une formation sur le domaine, notamment pour le management.

4. Glissement de tâches, perte de sens des professions de santé

La pression mise sur les ressources humaines a conduit à une disparition des fonctions supports. S'en suivent des aberrations visibles par chacun dans les services : la sensation est largement partagée que presque la moitié du temps des soignants est occupée par des tâches administratives (comptes rendus multiples, prises de rendez-vous, bons d'exams papiers en multiples exemplaires, secrétariat, etc.), autant de tâches que la logique voudrait déléguer à des assistants ad hoc afin de recentrer les soignants sur le soin. L'aberration est telle que, derniers éléments de la chaîne hiérarchique, les étudiants hospitaliers et étudiants en médecine de la 3ème à la 6ème année, présents à mi-temps à l'hôpital pour se former à l'évaluation clinique, voient souvent leur temps de formation hospitalière largement cannibalisé par du rangement de dossiers, des prises de rendez-vous, du brancardage et autres tâches dénuées d'apprentissage médical.

A cela, se sont ajoutées les aberrations d'une numérisation irréfléchie et non aboutie. Les hôpitaux se sont dotés de systèmes informatiques très onéreux, afin qu'ils soient polyvalents, mais n'ont consacré aucun moyen à l'adaptation de ces systèmes à la réalité de chaque service. Ainsi, même si le système a les capacités d'être polyvalent, il ne convient à personne.

En parallèle, là où les systèmes informatiques devaient faire gagner du temps, et nous faire sortir de l'ère papier, plusieurs années après leur mise en place, on retrouve encore l'utilisation quotidienne du fax (disparu hors de France depuis 2000), et l'impression des résultats d'examens arrivant par courrier dans le service, alors qu'ils ont été vus sur le serveur de biologie 24h auparavant, et le patient en question souvent déjà sorti. Les prescriptions médicales informatisées doivent souvent être imprimées pour que la pharmacie hospitalière délivre les médicaments. Nous ne parlons bien évidemment pas des prescriptions de sortie dont la caractère papier et donc facilement falsifiable est une vraie interrogation pour une génération 21ème siècle.

Par ailleurs, le temps nécessaire à la dactylographie étant de loin supérieur à l'écriture manuscrite, en l'absence de dispositif efficient de dictée vocale, l'informatisation n'a pas permis de réduire réellement le temps nécessaire aux tâches administratives pertinentes. Ce point extrêmement chronophage pourrait être facilement réglé par la gestion de la dictée avec reconnaissance vocale. L'Hôpital doit entrer pleinement dans la nouvelle ère digitale s'il veut pouvoir sortir de son inertie.

C. Une organisation dépassée

1. Hospitalo-centrisme et manque de structuration du soin hors les murs

Le système de santé publique français est historiquement organisé autour de l'hôpital.

Les praticiens libéraux, trop peu nombreux, sont aujourd'hui obligés de tenir un rythme effréné de consultations pour répondre aux besoins de la population de leur territoire ainsi que pour assurer la pérennité financière de leur cabinet face à un manque de valorisation. Cela se fait au détriment de la qualité de leur expertise et entraîne une frustration des professionnels. Il en résulte un manque d'attractivité du secteur auprès des jeunes médecins. L'offre libérale insuffisante entraîne un report des recours auprès de l'hôpital. Au-delà de l'embolisation du système hospitalier, cet effet représente un surcoût non justifié pour un même niveau de soins.

Par ailleurs, l'offre de soins de ville, faute d'être soutenue dans son organisation et dans sa coordination par les moyens publics, est trop peu lisible et structurée. Cela conduit à une sous-utilisation de ses possibilités en amont du recours hospitalier.

De plus, l'hôpital s'occupe à 90% de la formation initiale des médecins. Cela contribue à une méconnaissance de la pratique libérale, et donc à une réticence à l'installation par les jeunes médecins. En dehors de la médecine générale, les autres spécialités médicales n'ont qu'un très faible accès au monde libéral au cours de leur formation et de leur internat. Au-delà de la crise des vocations, il en résulte une méconnaissance de l'organisation des filières et une absence de hiérarchisation des niveaux de recours aux soins.

2. Quadruple mission irréalisable

Les CHU, notamment via les PU-PH et MCU-PH, ont la triple mission d'enseignement, de recherche et de soins à laquelle est venu s'ajouter, de facto, un rôle de coordination régionale en lien avec les CH de proximité.

De la même manière que les médecins universitaires ne peuvent physiquement exercer toutes leurs prérogatives de front et s'appuient donc sur leur équipe, les CHU et leurs services s'appuient largement sur les autres CH, sans que ceux-ci soient clairement valorisés et sans réelle coordination.

S'il est donc limpide que les tâches sont mal réparties, il semble grand temps que la notion de triple/quadruple mission soit refondue afin de valoriser les tenants effectifs de celles-ci de manière individuelle.

3. Des Centres Hospitaliers Généraux de proximité insuffisamment dotés aux compétences trop peu lisibles

Le maillage territorial en CH de proximité s'est vu réduit sur l'autel de la mutualisation des coûts, et aux détriments voire aux risques seuls des patients, comme on a pu le voir pour les maternités.

Si tout ne doit pas conduire à l'hôpital, l'égal accès aux plateaux techniques en termes de temps et de distance est une nécessité absolue dans le cadre des urgences vitales et fonctionnelles, que le service public doit maintenir.

4. La T2A, l'hospitalisation de flux, ne permettent pas de répondre aux populations vieillissantes et grabatisées : lieux de vie et assurance dépendance

Les soins hospitaliers rentables ayant été captés naturellement par les structures privées, l'hôpital public porte le poids des soins lourds, complexes et longs chez des patients âgés, précaires et poly-pathologiques. Aujourd'hui, la T2A ne le prend pas en compte.

Les Soins de suite et de réadaptation (SSR) et les EHPADs sont les structures les plus touchées. Les conséquences sur la qualité des soins et des conditions de travail ont fait l'actualité en début d'année.

5. La déshumanisation des soignants, la perte de sens du travail

Au fil des dernières années, c'est la perte de sens que les soignants déplorent : "X toilettes en 7h", "une visite de X malades en une matinée"... Cela ne correspond pas à la façon de travailler apprise. Ce sentiment d'abattage n'est pas celui pour lequel ils se sont investis dans leurs études. La rémunération s'ajoute à cette crise de sens. A tous les niveaux, Infirmière (bac+3 salaire moyen à 5 ans d'expérience, en fin de carrière...), orthophoniste, kinésithérapeute, psychomotricien (bac +4 /5 salaire moyen à 5 ans, en fin de carrière...) ne sont pas en rapport avec l'investissement des soignants. Les salaires n'ont pas suivi le coût de la vie et ont induit des salaires parmi les plus bas d'Europe occidentale.

De même, les médecins ne sont pas valorisés à l'hôpital pour leur nombre de consultations, leurs heures d'encadrement, ni leur niveau d'expertise. Seul le nombre d'années de carrière fait actuellement l'avancement. Cela contribue à la perte de sens aussi dans le corps médical.

II. ANALYSES DES EVOLUTIONS EN COURS

A. Réforme du second et du troisième cycle des études médicales

1. *L'ouverture au recrutement d'horizons différents (passerelles, alter-PACES)*

En 2011, la PACES a permis de mutualiser les moyens des différents concours de première année, et la mise en place d'un programme d'enseignement colligé au niveau national. Depuis, les effectifs de candidats n'ont fait que grimper. En parallèle, c'est le nombre de reçus-collés (NDLR : ayant la moyenne à l'examen, mais pas le concours), qui a augmenté, engendrant un effet de queue de plus de plus grand, et augmentant artificiellement la difficulté d'accéder à la filière de médecine dès le premier passage.

La réponse mise en œuvre depuis 2014 par l'université d'Angers est celle de l'alter PACES permettant aux reçus-collés du concours de base de se présenter à un second mode de recrutement. L'admission peut alors se faire soit via des épreuves orales, soit par des passerelles entrantes après la réalisation d'une licence. Le principe est de varier les modes de recrutement afin de brasser les profils entrants dans les études médicales. La limite principale de ces dispositifs reste encore et toujours le Numerus Clausus (NC), instauré en 1972 afin de limiter le nombre de médecins et ainsi contrôler les dépenses de santé. Cependant, le NC est aujourd'hui un garde-fou, non pas des dépenses de santé qui sont dues aux besoins de santé et non au nombre de professionnels, mais de la qualité des formations médicales.

En effet, aujourd'hui, toutes les facultés manquent d'enseignants, et de terrains de stage. La médecine, dès la 3ème année, s'apprend au contact des malades dans les lieux de soins. Avant d'ouvrir les vannes, il faudra donc réévaluer les capacités de formation, et donner aux facultés les moyens de conserver une formation de qualité pour les futurs médecins.

2. *Enseignement, Recherche, Management : des valences dès la formation*

Une fois le sésame de la première année en poche, les futurs médecins sont cependant toujours sous une épée de Damoclès : le concours de l'internat. Celui-ci actera une grande partie de leur avenir professionnel et familial par une large redistribution nationale des étudiants en médecine. Comment espérer, dans ces conditions, que ceux-ci s'investissent dans autre chose que du bachotage. Actuellement, ni les compétences spécifiques de l'étudiant dans la spécialité, ni le goût qu'il a pour celle-ci, ni la cohérence de son projet professionnel n'ont leur place pour déterminer son avenir et seul le rang au concours décide de ce qu'il aura le droit de pratiquer pendant les 40 prochaines années. Il était donc grand temps que le concours soit mis de côté, afin de libérer les futurs médecins dans leur formation. Ils doivent pouvoir s'investir dès le début de leurs études, dans des sujets comme l'éthique, la recherche, l'enseignement aux pairs, ou le management en santé et ainsi répondre aux besoins variés en compétences complémentaires du système de santé.

3. *Des projets professionnels personnels*

Tant humainement qu'économiquement, avoir des médecins qui pratiquent la spécialité dont il rêve est un bénéfice, pour eux bien évidemment, mais également pour la société. En effet, la coercition à la spécialité d'exercice avec pour objectif de "garantir" un nombre de spécialistes est un leurre ; que ce soit par des métiers de conseil dans l'industrie, ou des postes administratifs etc. Un praticien, qui n'aime pas sa spécialité, n'exercera pas la

clinique. Comment peut-on imaginer exercer un métier dans lequel on ne s'épanouit pas après 10 à 12 ans de sacrifices personnels et familiaux pendant les études ? Si l'on souhaite des praticiens qui exercent en qualité et en quantité, il est nécessaire qu'ils s'y épanouissent, et qu'ils l'aient choisi.

Il est évident, que tout le monde ne pourra pas être radiologue, ou chirurgien, ou spécialiste d'une autre spécialité lucrative, il peut exister des méthodes de régulation moins arbitraires. Aussi, une manière plus transparente et plus humaine de réguler les flux de formation par spécialité, serait d'en évaluer clairement les besoins par bassin de vie, avec une mise en parallèle des capacités de formation qui sont elles aussi limitées. Une publicité de ces indicateurs et l'intelligence collective joueront pour une régulation plus intelligente.

B. Nouvelles pratiques

1. *Maisons de Santé Pluri-Professionnelles*

Entre le cabinet isolé et l'hôpital, les maisons de santé représentent le chaînon manquant du maillage territorial. Elles permettent des projets d'équipe et la mutualisation des moyens comme les locaux ou le secrétariat, mais sans avoir la latence et la lourdeur du millefeuille hospitalier.

L'expansion actuelle de ces structures et leur demande de moyens pour s'équiper font dire à certains hospitaliers, que celles-ci cherchent à devenir "de mini hôpitaux". Il s'agit en réalité d'un mouvement indispensable des moyens techniques vers la population, mais s'affranchissant des surcouches d'administration et de gouvernance propres à l'hôpital.

C'est aussi un nouvel équilibre à trouver dans les tailles de structures et dans leur orientation d'activités afin de maintenir une agilité dans l'adaptation et une réactivité aux évolutions des besoins de la population, tout en étant un service de proximité.

Du fait du déficit global en professionnels de santé, ces structures restent, pour le moment, souvent de simples regroupements de professionnels sous le même toit, avec rarement des projets territoriaux intégrés de parcours de soins ou de permanence, mais ce sera sur ces structures que le système de soins de demain devra s'appuyer, à l'instar du mouvement des emplois vers les PME qui s'est opéré ces dernières décennies.

Un des défis d'aujourd'hui est de savoir capter ce besoin de redistribution de la mutualisation des compétences et maillage médicotechnique sans réintroduire la lourdeur administrative dont notre pays a les secrets. Les maisons de santé pluri-professionnelles doivent pouvoir se faire sur des formats variables en adéquation avec les besoins du territoire et la capacité d'initiative des porteurs de projet. Les agences régionales de santé doivent avoir toute latitude pour faciliter des projets qui ne rentreraient pas dans les « cases » nationales prédéfinies. Encore une fois, faisons confiance à l'intelligence collective et de proximité sous expertise des ARS.

2. *Télémédecine*

L'émergence de la télémédecine s'est accélérée ces derniers temps avec l'adoption de la stratégie nationale de la e-santé en 2016 et plus récemment avec l'ouverture des négociations conventionnelles concernant les tarifs pour les actes de téléconsultation et de télé-expertise.

Gardons cependant à l'esprit qu'il s'agit d'un outil polyvalent certes, mais avec lequel il n'est ni souhaitable, ni faisable de tout faire.

Afin de garantir la sécurité des patients et la responsabilité des cliniciens, toute forme de téléconsultation, où un clinicien donnerait un avis à un patient sans examiner celui-ci, doit

être strictement restreinte à des indications où les preuves auront été faites d'une non-infériorité à la consultation standard.

En revanche, il faudrait plutôt démocratiser et valoriser la télé-expertise, permettant à un clinicien-expert de donner un avis sur un cas, à partir de l'examen d'un clinicien de proximité, responsable de l'examen tout en partageant ses connaissances avec celui-ci.

Le déploiement de ces pratiques est un enjeu important concernant l'accès aux soins secondaires et tertiaires sur le territoire. Si les attentes en termes d'économie pour le système de santé sont importantes, en évitant les consultations rapprochées, il convient d'anticiper la formation des professionnels actuels et futurs sur les critères de bonnes pratiques, et de prévoir les investissements matériels éventuels pour le maillage territorial.

3. Pratiques avancées

Aujourd'hui, nous sommes dans l'impasse concernant la démographie médicale qui ne permet pas une couverture satisfaisante de l'ensemble du territoire. Les pratiques changent. Nous disposons de nouveaux outils. Il est temps de faire évoluer nos métiers. A l'instar de ce qui peut se faire au sein des services de santé et de secours médical (SSSM) chez les pompiers, il faut développer les formations, protocolisations et certification des paramédicaux pour certains actes médicaux permettant une prise en charge précoce des patients.

C. L'ouverture des murs de l'hôpital

1. L'ambulatoire

Largement déployée dans le cadre de la chirurgie, l'ambulatoire a encore de la réserve, et notamment entre les pratiques actuelles où le patient est soit totalement sortant, soit encore hospitalisé.

En complément des dispositifs d'HAD déjà en place, une étape intermédiaire de visites AS/IDE et médecins libéraux au domicile sur plusieurs jours pourrait être une alternative aux visites dans le service pour un certain nombre de patients, grâce au relais entre l'équipe hospitalière et l'équipe territoriale.

2. Les GHT et projets de soins d'équipes territoriales

Si les GHT permettent de mettre en place une cohésion territoriale dans l'offre de soins hospitalière, elle ne doit se faire aux dépens ni des soignants, ni des patients. La mutualisation des moyens et des équipes ne devra pas se faire en considérant les professionnels comme interchangeable et mobilisables comme des pions au sein de structures géographiquement distribuées sur parfois plusieurs centaines de kilomètres, et devra garder comme objectif l'amélioration de l'organisation de l'offre de soins, pour l'amélioration de sa qualité et non uniquement dans un énième but comptable.

DEUXIEME PARTIE : L'ORDONNANCE

I. TERRITORIALITE ET DEMOGRAPHIE

Répondre aux besoins de la population sur le territoire par un plan de retour à l'équilibre besoins/offre de soins.

A. Evaluation des besoins en professionnels (Axes 2, 4.1 et 5)

Lisibilité et transparence : publication pluriannuelle des besoins évalués par une commission permanente DGOS-ONDPS.

Pour chaque spécialité, il convient d'établir une estimation du nombre de praticiens nécessaire par tranche de population éclairée par la démographie médicale de nos voisins Européens.

Définition d'indicateurs de qualité des soins afin de contrôler la justesse de l'évaluation démographique.

B. Promotion des territoires et investissements de formation (Axes 2, 4.1, 4.2 et 5)

Pour l'équité, accès aux soins de qualité entre les régions.

1. *Evaluation des capacités de formation (Axes 4.1 et 5)*

Pour chaque spécialité, évaluer la limite de capacité de formation au vu des stages actuellement agréés, et du nombre de stages inhérent à la maquette.

Recenser les réserves de formation dans le privé et la ville, et définir une capacité de formation théoriquement mobilisable.

Définir à partir des évaluations des stages, en collaboration enseignants-étudiants, un cahier des charges définissant au-delà des critères d'agrément officiels, les limites strictes conduisant à la réévaluation d'ouverture ou la fermeture d'un terrain pour garantir la qualité de formation.

Etablir une procédure de gestion a priori des résultats négatifs des évaluations de stage pour renforcer le contrôle de la qualité pédagogique par les étudiants de 3^{ème} cycle en parallèle.

2. *Maîtres de Stage et d'internats ruraux (Axes 4.1, 4.2 et 5)*

Financement par les collectivités de la formation MDSU aux praticiens installés volontaires répondant à une grille de critères qualité a priori par l'UFR.

Revalorisation financière de l'activité d'encadrement en fonction du niveau de l'étudiant accueilli.

Rendre accessible un stage chez un MSU dans toutes les subdivisions pour chaque spécialité.

Investissement dans des lieux de vie communautaire dédiés aux professionnels de santé en formation durant leurs stages, au sein des bassins de vie sur le territoire, en lien avec les collectivités pour faire connaître les atouts, le terroir, et la qualité de vie.

Coordonner les installations d'internats ruraux par l'ARS, afin de garantir un maillage territorial structurant, et desservir au mieux tous les cabinets de maîtres de stage médico-paramédicaux.

En parallèle, prévoir une prise en charge matérielle du logement des stagiaires dans les zones les plus reculées.

Soutenir l'ouverture d'internats pluri-professionnels dans toutes les structures de soins éloignés du centre universitaire.

Il faut faire découvrir l'ensemble des pratiques de la médecine. Nous devons viser un taux de stage d'internes minimum à avoir réaliser dans le privé quelle que soit la spécialité.

3. *Attractivité : Plateforme de mise en relation professionnels-territoire* **(Axes 4.2 et 5)**

A l'instar de ce qui a été développé dans le Grand Est

Établissement dans chaque UFR d'un bureau interface territoire en lien avec l'ARS et les collectivités territoriales pour faire connaître aux futurs professionnels les besoins, et les accompagner à la réalisation de leurs projets, favoriser les rencontres, projets et activités interprofessionnels.

C. Équilibre démographique, et qualité des soins (Axes 1, 2, 4.1, 4.2 et 5)

Etablissement d'un plan de retour à l'équilibre démographique à 10 ans par spécialité et par région tenant compte des capacités de formation locales.

Réévaluation par 5 ans des résultats des critères de qualité des soins, ajout ou de suppression d'indicateurs ; réévaluation des démographies régionales effective ; réévaluation éventuelle a posteriori du nombre de praticiens nécessaire.

Réorienter les moyens humains de formation, et valoriser les valences de formation des personnels assumant de fait ces fonctions.

II. PERTINENCE ET PROXIMITE

Réorganisation du service public de santé.

A. Mieux niveler les recours : l'après ordonnances Debré (Axes 1, 2, 4.1, 4.2 et 5)

En lieu et place de la dichotomie entre établissement universitaire ou non, il convient de formaliser des niveaux de recours hospitaliers secondaire et tertiaire, de centres de référence régionaux et d'un centre de référence national, à l'échelle des services et des pôles, qu'ils soient publics, privés à but lucratif ou non.

Le parallélisme des activités, du recrutement, et de la charge de travail des services ainsi fléchés dans les différentes régions permettra l'émergence de nouveaux critères de qualité, notamment dans les ressources humaines nécessaires à chaque étape.

B. Filières de soins territoriales (Axe 1, 2, 3 et 5)

Organisation en équipe et projet de soins territoriaux :

Formalisation d'une filière de soins de ville de premier et second recours, "en amont" de l'hospitalier.

Formalisation d'une filière de soins "en aval" pour une prise en charge continue des patients au plus proche de leur lieu de vie.

Nous l'avons dit, en complément des dispositifs d'HAD déjà en place et du dispositif de sortie précoce de maternité, une étape intermédiaire de visites AS/IDE et médecins libéraux au domicile sur plusieurs jours pourrait être une alternative aux visites dans le service pour un certain nombre de patients, grâce au relais entre l'équipe hospitalière et l'équipe territoriale.

Etablir une plateforme nationale numérique référençant les professionnels de santé structurés par niveau de compétences accessible à tout professionnel.

C. Pilotage des soins de ville (Axes, 1, 2, 4.2 et 5)

Les praticiens de ville doivent pouvoir manager par eux-mêmes les filières, d'amont et d'aval, hospitalières. La responsabilité de cette organisation étant un service public, il convient qu'un poste ad hoc soit créé, nous proposons le titre de praticien territorial.

Par définition, à temps partiel, il coordonne les différents intervenants médicaux, et est l'interlocuteur identifié des hospitaliers.

Pour chaque filière, il convient d'avoir un pilotage médical, paramédical et social, avec des professionnels territoriaux.

D. Exploiter toute l'expertise des Urgences (Axes 1, 2, et 5)

Au-delà de sa vocation première d'assurer les soins urgents et vitaux, les urgences sont au carrefour de toutes les filières, de toutes les pathologies, d'amont hospitalier, et d'aval lorsque la sortie d'hospitalisation aura été trop rapide.

Les urgences récupèrent les dysfonctionnements de tout le système de santé actuel, cette place leur donne de fait une objectivité rendant indispensable leur implication systématique dans l'élaboration et l'évaluation qualitative des filières.

III. ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE EN SANTE

Tous les hôpitaux peuvent avoir des prérogatives d'enseignement et de recherche. La distinction CH/CHU n'est de fait plus pertinente.

A. Sur le territoire (Axes 1, 2, 4.1, 4.2, 5)

Mettre de l'universitaire partout où il y a de la santé.

1. *Les structures*

Création d'un maillage de Maisons de santé Interprofessionnelles Universitaires :

Regrouper les enseignants libéraux dans des structures territoriales afin de soutenir l'activité de recherche et de pédagogie interprofessionnelle.

2. Le personnel

Valorisation indépendante des activités d'accueil d'étudiant et d'enseignement en fonction de leur discipline et niveau d'avancement, ainsi que de la recherche tant clinique que fondamentale.

B. Dans les budgets (Axes 2, 4.1, 4.2)

Distinguer clairement les financements enseignement-recherche du soin.

Sortir le MERRI de l'ONDAM pour sortir de la compétition soin/recherche et financer l'activité de recherche et formation par un budget dédié mixte ESRI-Santé, totalement indépendant de l'activité de soins.

Verser les financements aux UFR, plutôt qu'aux hôpitaux, qui auront la charge de redistribuer les crédits entre les postes d'enseignants, de chercheurs, et les équipes de recherche ; et d'agir comme promoteurs des projets innovants sur leur territoire.

Les plateformes de simulation doivent se voir confier des crédits spécifiques ambitieux proportionnels à la sécurité des soins qu'ils apportent (ex : lien entre nombre de coloscopies réalisées et le nombre d'évènements indésirables).

C. Renouveler la pédagogie (Axe 3, 4.1, 4.2)

Aller plus loin que les historiques cours magistraux et développer de nouvelles méthodes et de nouveaux sujets, plus proche du terrain.

Chaque soignant doit être formé à la transmission du savoir. Tout universitaire avec charge d'enseignement doit avoir une formation poussée à la pédagogie.

Création de départements universitaires en lien direct avec le terrain :

- Recherche en pédagogie médico-paramédicale. Favoriser la pédagogie par projet, la personnalisation des cursus, le développement des compétences de bibliographie critique compétence clef de l'autonomie d'apprentissage dans le cadre de l'evidence based medicine...
- Former à devenir un acteur de soins de ville : Apprendre l'intendance du cabinet, les particularités règlementaires de la ville, l'intégration au sein des filières.
- Favoriser et valoriser la recherche en soins extra hospitaliers.
- Former à la collaboration interprofessionnelle. Former des leaders d'équipe. Créer et échanger sur les pratiques d'organisation de soins entre les différentes filières de soins.
- Former au numérique en santé, pour l'exploitation des big data, la création d'algorithmes d'aide à la décision médicale ou de surveillance.
- Former à la gestion de structures des soins. Former des cliniciens médicaux ou paramédicaux au métier de coordonnateur territorial des soins.
- Ces départements doivent intégrer des patients acteurs de recherche.

Des départements de formation à la prévention doivent être créés dans l'ensemble des universités.

D. Refondre les statuts de soignants universitaires (Axes 4.1, 4.2 et 5)

1. Pour les titulaires

Décliner le statut de PU pour tous les soignants : en ville autant qu'à l'hôpital, en soins primaires, secondaires comme tertiaires.

Redonner un rôle propre aux maîtres de conférences, par un statut spécifiquement bivalent (Recherche-soin ; pédagogie-soin ; recherche-pédagogie), plus attractif que celui de PH.

2. Pour le post-internat

Sortir de la dichotomie et de l'inégalité sociale et salariale entre chef de clinique et assistant des hôpitaux, et arrêter un statut unique de soignants médecin.

Décliner les post-internats pour l'exercice de ville, et permettre à tous de contractualiser une valence d'enseignement ou de recherche avec l'université même en dehors des structures hospitalières (universitaires ou non).

3. Développer les missions contractuelles à plus ou moins long terme

Créer des postes de PU et de MCU "associés", contractualisés par l'université, à tout moment de la carrière et avec tout type d'exercice, d'une valence d'enseignement et/ou de recherche.

Permettre aux étudiants en double cursus soins-sciences, d'avoir une activité aménagée pour évoluer en continu dans les 2 domaines.

E. Evolution continue des compétences (Axes 1, 4.1, 4.2)

Aller au-delà de la certification qui va garantir un niveau de compétence plancher. Etablir par filière de soins des certifications de niveaux de compétence à mettre en regard des niveaux de recours afin de permettre aux libéraux expérimentés de valoriser leurs larges champs d'expertise et d'éviter au mieux le recours hospitalier.

Redonner les moyens aux universités d'être des acteurs majeurs du DPC, via ses départements de soins de ville, d'inter-professionnalité, et par le financement d'enseignants dédiés au DPC dans chaque filière.

IV. CORRIGER LE SYSTEME DE FINANCEMENT

Pour redonner du sens à leur engagement quotidien, les professionnels ont besoin de reconnaissance sociale, que leur travail soit valorisé à sa juste hauteur, et que leur service ait les moyens de soins de qualité sans que ce soit au détriment des soignants.

A. Revoir le principe de l'ONDAM (Axes 2)

Une enveloppe fermée ne peut pas faire fonctionner un système dont le nombre d'actes est ouvert.

Il faut revoir l'appareil législatif pour permettre un ajustement des financements en fonction de l'activité réellement faite et réajuster l'enveloppe pour que tout acte soit payé à sa juste valeur.

B. Un statut social unique (Axes 2, 4.2)

1. Pour les médecins

Créer un statut unique de médecin de l'externe, en passant par l'assistant, au sénior, hospitalier ou de ville, avec des charges et droits sociaux communs (retraite, invalidité, prévoyance, etc.).

2. Pour toutes les professions de santé

Proposer l'accès à un même dispositif social allant de l'étudiant au professionnel en fin de carrière, salarié ou libéral dans toutes les disciplines médicales.

Baisser globalement le niveau de charge social des libéraux, établir un plafond maximum, proportionnel au bénéfice non commercial.

C. Tarification, financement de l'activité (Axes 2, 4.2 et 5)

La valeur de la ressource médicale et paramédicale étant le temps donné aux patients, ainsi que le niveau du recours dans un parcours gradué, il serait donc logique que ceux-ci soit l'indicateur principal de facturation.

1. En ville

Remettre à plat, et simplifier drastiquement la nomenclature des consultations avec un C (C = Tarif de consultation) de base unique, fermement relevé à 50€, largement inférieur au cout des consultations hospitalières et encore bien en deçà des standards européens.

Moduler le C uniquement par le temps passé avec le patient (ex : 15, 20, 30, 45, 60min), le niveau de recours (primaire, secondaire, tertiaire, centre référent régional ou national), et l'appartenance ou non à la permanence de soins plutôt que selon la spécialité médicale d'exercice.

Appliquer le même principe de valorisation du niveau de recours pour les actes techniques médicaux et paramédicaux.

Etablir une majoration de la consultation en fonction du bassin de population pris en charge. Une patientèle précaire, poly pathologique, en zone sous dense, âgée doit induire un multiplicatif au tarif de la consultation.

2. À l'hôpital

Définir le prix d'hospitalisation de journée en fonction du niveau de recours au sein des filières, afin de prendre en compte le niveau de rareté et/ou de poly pathologies associées.

Etablir une nomenclature des actes valorisant clairement les activités de rééducation et d'accompagnement social au sein des services et des soins de suite.

3. Partout

Créer un véritable financement à l'éducation thérapeutique. Valorisation des groupes de parole. Permettre par la nomenclature de sortir l'éducation thérapeutique des cabinets et de l'hôpital pour se rapprocher des lieux de vie.

D. Salaires, intéressement, travail additionnel (Axes 2, 4.1, 4.2)

1. Pour le coté médical

Création de grilles salariales indépendantes de celles du soin, pour les activités de recherche/ d'enseignement / représentation-management médicale avec des droits sociaux identiques au socle de soignant.

Créer de nouveaux échelons dans la grille salariale des PH, prenant en compte le niveau d'expertise.

Appliquer aux internes (comme pour les PH) un dispositif de temps de travail additionnel (TTA), non obligatoire, afin de valoriser les heures supplémentaires actuellement faites de manière totalement bénévole et illégale par la majorité d'entre eux. Permettre ainsi aux services de réduire sereinement le temps de travail des internes en éloignant le conflit intergénérationnel source de souffrance et de perte de sens.

Permettre aux médecins séniors et aux internes titulaires d'une licence de remplacement, de pouvoir réaliser, sur la base du volontariat, des consultations privées en dehors de leurs heures de service contractuelles, dans les locaux inutilisés par l'activité publique aux heures concernées.

Revalorisation et défiscaliser les actes de permanence des soins en ville et à l'hôpital, notamment avec un forfait de présence après 18h et le WE.

Les activités de remplacement en zone sous dense doivent être exemptées de charges sociales afin de favoriser la découverte de ces zones d'exercice.

2. Pour le coté paramédical

Redéfinir toutes les grilles salariales des paramédicaux à hauteur de leur niveau d'étude respectif.

Payer systématiquement toutes les heures supplémentaires et les congés/ RTT non pris.

Établir un seuil minimum d'encadrement paramédical par type de service (discipline et niveau de recours), en dessous duquel la surcharge de travail doit être valorisée afin de lutter contre le non remplacement des arrêts maladie/maternité et consort et les latences au recrutement que les DRH utilisent trop souvent pour faire des économies.

3. Pour l'ensemble des acteurs

La permanence des soins doit ouvrir à la reconnaissance nationale et donc une défiscalisation. Cette réflexion suit les débats sur la défiscalisation des heures supplémentaires des autres professions.

V. REDONNER DU SENS AU TRAVAIL

A. Prendre en charge les professionnels en détresse (Axes 4.1, 4.2)

Il faut promouvoir les organismes de prise en charge des professionnels en détresse. La détresse de ces personnels de santé est un problème de santé publique qui doit être gérée comme tel. Il faut détecter et accompagner tout au long de leur carrière via des cellules d'écoute et de conseil.

Des outils de formation à la détection des collègues en détresse doivent être généralisés afin de former des veilleurs au sein de la communauté de la santé.

B. Apprendre à gérer son environnement extérieur (Axes 1, 4.1, 4.2)

La médecine et le soin en général sont des métiers difficiles : il faut apprendre à vivre avec cet environnement extérieur. Il faut généraliser les expérimentations sur le sujet : méditation, pleine conscience, cellules de débriefing.

Chaque loi de bioéthique doit comporter un volet d'accompagnement à destination du vécu des soignants des nouvelles réglementations.

C. La charge de travail doit être quantifiée et rationalisée (Axes 1, 4.2)

Pour les soignants, une charge de travail maximale doit être déterminée pour les soins.

Pour les médecins et la plupart des professions paramédicales, des audits doivent être lancés en libéral et en hospitalier sur la réalité de leur travail au quotidien : qu'est ce qui relève de leur mission et qu'est ce qui relève du glissement de tâches ?

Les 48 heures de temps de travail doivent devenir effectives en passant par des systèmes tampons comme les plages additionnelles.

D. Organiser la sortie des professionnels qui le nécessitent (Axes 4.1, 4.2)

Des portes de sortie de médecine doivent être mises en place pour sortir par le haut des études lorsque cela est nécessaire.

Des formations doivent être proposées à la diversité des profils pour se réorienter vers d'autres métiers du soin ou, lorsque le contact au soin est trop difficile, pour faire valoir ses compétences de santé loin des patients.

Les professionnels doivent mieux se comprendre entre eux. Les échanges pédagogiques entre les professions en santé doivent être promus, notamment entre directeurs et médecins.

E. Etablir une parité de fait (Axes 4.1, 4.2)

La profession se féminise. Une vigilance et des indicateurs statistiques doivent être mise en place pour surveiller les déséquilibres dans les progressions de carrière. Le respect de la parité doit faire partie de l'évaluation des facultés et des centres hospitaliers.

Au-delà, établir une vigilance sur le respect entre professionnels par les professionnels. Des campagnes à destination des patients et des personnels doivent mettre ce sujet au cœur de la « vigilance » de chacun.

Les violences verbales et les situations de conflits moraux entre professionnels ou avec des patients doivent amener à une politique de débriefing et de sanctions graduées.

VI. EXPERIMENTER, EVALUER, DIFFUSER

A. Organiser et structurer les expérimentations (Axes 1, 3, 4.1, 4.2 et 5)

Etablir un observatoire des pratiques innovantes qui aidera les équipes de terrain à évaluer la faisabilité juridique, à trouver des financements, et à échanger avec d'autres équipes ayant des projets proches.

Evaluer les expérimentations sur des critères globaux de santé mais aussi spécifiques à la filière et définis a priori, diffuser les résultats et analyses de toutes les expérimentations et aider à la diffusion des solutions efficaces.

B. Créer et redéfinir les métiers d'auxiliaires médicaux (Axes 2, 3, 4.1, 4.2 et 5)

Il faut investir dans du personnel avec des missions élargies afin de libérer le temps des soignants.

1. *Secrétariat médical à l'assistance de gestion*

Au-delà des tâches de rendez-vous et de dactylographie, valoriser les activités complexes d'intégration du praticien au milieu d'un maillage territorial, au sein des sociétés savantes, des filières de soins, et faire gagner du temps dans la réalisation des actes médico-administratifs.

2. *Aides-médicaux*

Compétences complémentaires d'aides-soignants en action dans les cabinets en médecine de ville, les maisons de santé et toutes structures de soins de proximité. Activités de préparation de la consultation axées sur les questionnaires de dépistage et de prévention, les prises de paramètres physiques de base et aides professionnelles pour les gestes techniques pendant la consultation. Activités semblables aux assistants dentaires.

3. *L'ingénieur(e) de système d'information médical*

Encore en 2018, une partie du personnel soignant n'est pas parfaitement à l'aise avec les outils numériques, et les outils numériques sont rarement adaptés finement à l'activité d'un service.

Il est nécessaire de faire adapter les outils quotidiens souvent monolithiques aux usages précis des services et de faire développer en continu de nouvelles solutions par des professionnels de l'informatique, échangeant quotidiennement avec les soignants.

Ainsi, le recrutement d'un(e) ingénieur(e) par pôle ou par filière permettrait de trouver plus rapidement les solutions technologiques personnalisées aux problèmes de terrain, et permettrait aux soignants de savoir mieux exprimer leurs besoins et leurs retours sur les systèmes informatiques en vue des appels d'offres.

Ces métiers devraient pouvoir être accessibles au cours de toutes les études de santé comme des portes de sortie et de développement personnel vers d'autres métiers de la santé et potentiellement d'autres métiers que le soin.

VII. SE DOTER DES OUTILS DU 21^{EME} SIECLE

A. Un DMP digne de ce nom (Axes 1, 3, et 5)

Aujourd'hui, les systèmes d'information médicale sont centrés sur l'administratif et ne fournissent pas de plus-values aux soignants, à part être un lieu unique d'accès à l'information. Leur utilisation est chronophage et leur ergonomie laisse souvent à désirer.

Le DMP devra répondre à de nombreux défis :

- Intégrer toutes les professions de santé,
- Il ne doit pas être un simple dépôt de données, mais bien un outil d'amélioration des soins en répondant aux demandes des professionnels, via les cahiers des charges,
- Il faut donner les moyens techniques à chaque soignant de comprendre le fonctionnement de ces logiciels,
- Il faut y indexer l'intégralité des données médicales françaises pour permettre la structuration des données par des filtres personnalisés aux usages,
- Il doit être facilement accessible par l'ensemble de la population française. Le patient doit pouvoir être acteur des informations renseignées,
- Il doit être la pierre angulaire d'une recherche en santé publique via une exploitation facilitée mais sécurisée réglementairement de la Big Data.
- Chaque français doit avoir un dossier effectif et complet d'ici la fin du quinquennat.
- La sécurité des données doit être la pierre angulaire de la construction.

B. Des logiciels métiers raffinés (Axes 3)

1. Réguler les marchés

Aujourd'hui, les éditeurs de logiciels profitent du vide juridique pour développer des solutions propriétaires incompatibles en dehors de leurs autres produits afin de se sécuriser des marchés plus étendus, du fait du surcoût monumental que représente un changement complet de système.

Une solution unique ne pouvant jamais correspondre à tous les besoins, il est urgent d'inscrire dans la réglementation l'obligation d'interopérabilité des systèmes afin de contrôler les coûts et faciliter l'évolution des systèmes d'information médicale. Les contrôles doivent être effectifs et amenés à sanction des éditeurs si l'interopérabilité n'est pas respectée.

2. Rédiger plusieurs cahiers des charges

Les logiciels doivent répondre aux besoins d'un utilisateur et donc aux prérogatives d'un métier en particulier. Les Conseils Nationaux Professionnels doivent rédiger, chacun, un cahier des charges des besoins communs à toutes leurs pratiques.

Les filières de soins territoriales devront, une fois structurées, définir leurs besoins afin de faire circuler les bonnes informations facilement à chaque étape des prises en charge pour les différents corps de métiers.

3. Prévoir l'avenir

Il est nécessaire de définir dès aujourd'hui comment les données du système de santé peuvent être indexées afin d'être utilisées anonymement (ex Big Data) par des systèmes d'intelligence artificielle qui pourront contrôler la pertinence des parcours.

Il s'agit de poser dès aujourd'hui des bases réglementaires à la fois plus souples et plus lisibles via un département très développé « CNIL santé ». La sécurité des données restera toujours l'élément central.

C. Des services numériques centralisés : guichets uniques (Axes 1, 3, 4.2 et 5)

1. Pour les soignants

En ce qui concerne l'ensemble des services numériques, il faut une simplification de la mise en place et du dépannage des services numériques pour les professionnels de santé afin de

garantir une véritable exploitation du numérique par l'ensemble des acteurs. Mise en place d'un service dédié de dépannage à destination de tous les soignants pour tous les services mis en place par l'état : plateforme de mise en relation entre professionnels, DMP, dialogue entre les logiciels hospitaliers, annuaire de compétences des professionnels...

Pour le tiers-payant, tous les actes de santé seront facturés directement à la sécurité sociale via la carte vitale, et ce sera à elle de gérer les dialogues avec les différentes complémentaires et mutuelles afin de prémunir les acteurs de terrain de la surcharge administrative et des avances de trésorerie réductrice pour un grand nombre.

2. Pour les patients

Pour contrôler l'accès à leur DMP, pour visualiser la permanence de soins disponible en extrahospitalier, pour faire ses demandes médico-sociales : mise en place d'un guichet unique.

PROPOSITIONS PAR AXE

I. AXE 1 : QUALITE ET PERTINENCE DES SOINS	
I. TERRITORIALITE ET DEMOGRAPHIE	15
C. <i>Équilibre démographique, et qualité des soins (Axes 1, 2, 4.1, 4.2 et 5)</i>	16
II. PERTINENCE ET PROXIMITE	16
A. <i>Mieux niveler les recours : l'après ordonnances Debré (Axes 1, 2, 4.1, 4.2 et 5)</i>	16
B. <i>Filières de soins territoriales (Axe 1, 2, 3 et 5)</i>	17
C. <i>Pilotage des soins de ville (Axes, 1, 2, 4.2 et 5)</i>	17
D. <i>Exploiter toute l'expertise des Urgences (Axes 1, 2, et 5)</i>	17
III. ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE EN SANTE	17
A. <i>Sur le territoire (Axes 1, 2, 4.1, 4.2, 5)</i>	17
E. <i>Evolution continue des compétences (Axes 1, 4.1, 4.2)</i>	19
V. REDONNER DU SENS AU TRAVAIL	21
B. <i>Apprendre à gérer son environnement extérieur (Axes 1, 4.1, 4.2)</i>	22
C. <i>La charge de travail doit être quantifiée et rationalisée (Axes 1, 4.2)</i>	22
VI. EXPERIMENTER, EVALUER, DIFFUSER	22
A. <i>Organiser et structurer les expérimentations (Axes 1, 3, 4.1, 4.2 et 5)</i>	22
VII. SE DOTER DES OUTILS DU 21EME SIECLE	23
A. <i>Un DMP digne de ce nom (Axes 1, 3, et 5)</i>	23
C. <i>Des services numériques centralisés : guichets uniques (Axes 1, 3, 4.2 et 5)</i>	24

II. AXE 2 : FINANCEMENT ET REGULATION

I. TERRITORIALITE ET DEMOGRAPHIE.....	15
A. Evaluation des besoins en professionnels (Axes 2, 4.1 et 5).....	15
B. Promotion des territoires et investissements de formation (Axes 2, 4.1, 4.2 et 5)..	15
C. Équilibre démographique, et qualité des soins (Axes 1, 2, 4.1, 4.2 et 5)	16
II. PERTINENCE ET PROXIMITE	16
A. Mieux niveler les recours : l'après ordonnances Debré (Axes 1, 2, 4.1, 4.2 et 5)	16
B. Filières de soins territoriales (Axe 1, 2, 3 et 5)	17
C. Pilotage des soins de ville (Axes, 1, 2, 4.2 et 5).....	17
D. Exploiter toute l'expertise des Urgences (Axes 1, 2, et 5).....	17
III. ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE EN SANTE.....	17
A. Sur le territoire (Axes 1, 2, 4.1, 4.2, 5)	17
B. Dans les budgets (Axes 2, 4.1, 4.2).....	18
IV. CORRIGER LE SYSTEME DE FINANCEMENT	19
A. Revoir le principe de l'ONDAM (Axes 2).....	19
B. Un statut social unique (Axes 2, 4.2)	20
C. Tarification, financement de l'activité (Axes 2, 4.2 et 5)	20
D. Salaires, intéressement, travail additionnel (Axes 2, 4.1, 4.2).....	21
VI. EXPERIMENTER, EVALUER, DIFFUSER.....	22
B. Créer et redéfinir les métiers d'auxiliaires médicaux (Axes 2, 3, 4.1, 4.2 et 5).....	23

III. AXE 3 : NUMERIQUE

II. PERTINENCE ET PROXIMITE	16
B. <i>Filières de soins territoriales (Axe 1, 2, 3 et 5)</i>	17
III. ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE EN SANTE.....	17
C. <i>Renouveler la pédagogie (Axe 3, 4.1, 4.2)</i>	18
VI. EXPERIMENTER, EVALUER, DIFFUSER.....	22
A. <i>Organiser et structurer les expérimentations (Axes 1, 3, 4.1, 4.2 et 5)</i>	22
B. <i>Créer et redéfinir les métiers d'auxiliaires médicaux (Axes 2, 3, 4.1, 4.2 et 5)</i>	23
VII. SE DOTER DES OUTILS DU 21EME SIECLE	23
A. <i>Un DMP digne de ce nom (Axes 1, 3, et 5)</i>	23
B. <i>Des logiciels métiers raffinés (Axes 3)</i>	24
C. <i>Des services numériques centralisés : guichets uniques (Axes 1, 3, 4.2 et 5)</i>	24

IV. AXE 4.1 : FORMATION

I. TERRITORIALITE ET DEMOGRAPHIE.....	15
A. <i>Evaluation des besoins en professionnels (Axes 2, 4.1 et 5)</i>	15
B. <i>Promotion des territoires et investissements de formation (Axes 2, 4.1, 4.2 et 5)</i> ..	15
C. <i>Équilibre démographique, et qualité des soins (Axes 1, 2, 4.1, 4.2 et 5)</i>	16
II. PERTINENCE ET PROXIMITE	16
A. <i>Mieux niveler les recours : l'après ordonnances Debré (Axes 1, 2, 4.1, 4.2 et 5)</i>	16
III. ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE EN SANTE.....	17
A. <i>Sur le territoire (Axes 1, 2, 4.1, 4.2, 5)</i>	17
B. <i>Dans les budgets (Axes 2, 4.1, 4.2)</i>	18
C. <i>Renouveler la pédagogie (Axe 3, 4.1, 4.2)</i>	18
D. <i>Refondre les statuts de soignants universitaires (Axes 4.1, 4.2 et 5)</i>	19
E. <i>Evolution continue des compétences (Axes 1, 4.1, 4.2)</i>	19
IV. CORRIGER LE SYSTEME DE FINANCEMENT	19
D. <i>Salaires, intéressement, travail additionnel (Axes 2, 4.1, 4.2)</i>	21
V. REDONNER DU SENS AU TRAVAIL	21
A. <i>Prendre en charge les professionnels en détresse (Axes 4.1, 4.2)</i>	21
B. <i>Apprendre à gérer son environnement extérieur (Axes 1, 4.1, 4.2)</i>	22
D. <i>Organiser la sortie des professionnels qui le nécessitent (Axes 4.1, 4.2)</i>	22
E. <i>Etablir une parité de fait (Axes 4.1, 4.2)</i>	22
VI. EXPERIMENTER, EVALUER, DIFFUSER	22
A. <i>Organiser et structurer les expérimentations (Axes 1, 3, 4.1, 4.2 et 5)</i>	22
B. <i>Créer et redéfinir les métiers d'auxiliaires médicaux (Axes 2, 3, 4.1, 4.2 et 5)</i>	23

V. AXE 4.2 : TRANSFORMATION DES METIERS

I. TERRITORIALITE ET DEMOGRAPHIE.....	15
B. <i>Promotion des territoires et investissements de formation (Axes 2, 4.1, 4.2 et 5)..</i>	15
C. <i>Équilibre démographique, et qualité des soins (Axes 1, 2, 4.1, 4.2 et 5)</i>	16
II. PERTINENCE ET PROXIMITE	16
A. <i>Mieux niveler les recours : l'après ordonnances Debré (Axes 1, 2, 4.1, 4.2 et 5)</i>	16
C. <i>Pilotage des soins de ville (Axes, 1, 2, 4.2 et 5).....</i>	17
III. ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE EN SANTE.....	17
A. <i>Sur le territoire (Axes 1, 2, 4.1, 4.2, 5).....</i>	17
B. <i>Dans les budgets (Axes 2, 4.1, 4.2).....</i>	18
C. <i>Renouveler la pédagogie (Axe 3, 4.1, 4.2)</i>	18
D. <i>Refondre les statuts de soignants universitaires (Axes 4.1, 4.2 et 5).....</i>	19
E. <i>Evolution continue des compétences (Axes 1, 4.1, 4.2).....</i>	19
IV. CORRIGER LE SYSTEME DE FINANCEMENT	19
B. <i>Un statut social unique (Axes 2, 4.2)</i>	20
C. <i>Tarifification, financement de l'activité (Axes 2, 4.2 et 5)</i>	20
D. <i>Salaires, intéressement, travail additionnel (Axes 2, 4.1, 4.2).....</i>	21
V. REDONNER DU SENS AU TRAVAIL	21
A. <i>Prendre en charge les professionnels en détresse (Axes 4.1, 4.2).....</i>	21
B. <i>Apprendre à gérer son environnement extérieur (Axes 1, 4.1, 4.2)</i>	22
C. <i>La charge de travail doit être quantifiée et rationalisée (Axes 1, 4.2)</i>	22
D. <i>Organiser la sortie des professionnels qui le nécessitent (Axes 4.1, 4.2).....</i>	22
E. <i>Etablir une parité de fait (Axes 4.1, 4.2).....</i>	22
VI. EXPERIMENTER, EVALUER, DIFFUSER	22
A. <i>Organiser et structurer les expérimentations (Axes 1, 3, 4.1, 4.2 et 5).....</i>	22
B. <i>Créer et redéfinir les métiers d'auxiliaires médicaux (Axes 2, 3, 4.1, 4.2 et 5).....</i>	23
VII. SE DOTER DES OUTILS DU 21EME SIECLE	23
C. <i>Des services numériques centralisés : guichets uniques (Axes 1, 3, 4.2 et 5).....</i>	24

VI. AXE 5 : TERRITOIRES

I. TERRITORIALITE ET DEMOGRAPHIE.....	15
A. <i>Evaluation des besoins en professionnels (Axes 2, 4.1 et 5)</i>	15
B. <i>Promotion des territoires et investissements de formation (Axes 2, 4.1, 4.2 et 5)..</i>	15
1. Evaluation des capacités de formation (Axes 4.1 et 5).....	15
2. Maîtres de Stage et d'internats ruraux (Axes 4.1, 4.2 et 5).....	15
3. Attractivité : Plateforme de mise en relation professionnels-territoire (Axes 4.2 et 5).....	16
C. <i>Équilibre démographique, et qualité des soins (Axes 1, 2, 4.1, 4.2 et 5)</i>	16
II. PERTINENCE ET PROXIMITE	16
A. <i>Mieux niveler les recours : l'après ordonnances Debré (Axes 1, 2, 4.1, 4.2 et 5)</i>	16
B. <i>Filières de soins territoriales (Axe 1, 2, 3 et 5)</i>	17
C. <i>Pilotage des soins de ville (Axes, 1, 2, 4.2 et 5)</i>	17
D. <i>Exploiter toute l'expertise des Urgences (Axes 1, 2, et 5)</i>	17
III. ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE EN SANTE.....	17
A. <i>Sur le territoire (Axes 1, 2, 4.1, 4.2, 5)</i>	17
D. <i>Refondre les statuts de soignants universitaires (Axes 4.1, 4.2 et 5)</i>	19
IV. CORRIGER LE SYSTEME DE FINANCEMENT	19
C. <i>Tarifification, financement de l'activité (Axes 2, 4.2 et 5)</i>	20
VI. EXPERIMENTER, EVALUER, DIFFUSER.....	22
A. <i>Organiser et structurer les expérimentations (Axes 1, 3, 4.1, 4.2 et 5)</i>	22
B. <i>Créer et redéfinir les métiers d'auxiliaires médicaux (Axes 2, 3, 4.1, 4.2 et 5)</i>	23
VII. SE DOTER DES OUTILS DU 21EME SIECLE	23
A. <i>Un DMP digne de ce nom (Axes 1, 3, et 5)</i>	23
C. <i>Des services numériques centralisés : guichets uniques (Axes 1, 3, 4.2 et 5)</i>	24