



CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE TARN-ET-GARONNE
ORDRE DES MÉDECINS

Les candidats répondent aux questions des Médecins
Rencontre du 2 juin 2017

Nom des candidats : IVAN JACQUEMARD & CELINE TAINURIER Mouvement politique : LA FRANCE INSOUMISE
2^{ème} circonscription du Tarn-et-Garonne

SIMPLIFIER L'ORGANISATION TERRITORIALE DES SOINS AVEC UNE GOUVERNANCE PARTAGÉE

1. **Autonomisation de l'organisation des soins à l'échelon local** (parcours ville-hôpital, prévention, permanence des soins) = Bassin de proximité de santé (BPS).
2. **Démocratie sanitaire** : les médecins veulent être des acteurs locaux engagés et mieux partager les prises de décision avec l'ARS, l'assurance maladie et les pouvoirs publics en général (projets de santé territoriaux, actions locales...).

Vos observations :

La démocratie sociale d'après-guerre a été progressivement neutralisée à compter des années 1970 avant d'être purement et simplement enterrée. Le Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) est quant à lui un exercice technocratique centré sur la seule dimension budgétaire, sans lien avec une politique de santé digne de ce nom. Mais cette démocratie sociale doit être adaptée aux enjeux actuels. Il ne s'agit plus simplement de verser des indemnités journalières et de soigner, avec une pharmacopée limitée, des maladies aiguës. La transition épidémiologique, le défi de la santé environnementale, l'extension du souhait des populations d'être davantage associées à la décision publique supposent d'élargir le tour de table. La création d'une démocratie sanitaire réelle permettra d'amplifier la dynamique de remobilisation citoyenne que nous appelons de nos vœux dans le cadre de la future 6e République. Il convient pour cela de revoir toute l'organisation des différentes instances de gouvernance de notre système de santé :

- *La refonte des instances territoriales chargées de traiter des politiques de santé avec la création de conseils sanitaires de quartier, d'unités territoriales de santé (UTS) et d'union départementales de santé (UDS) qui se substitueront aux Agences régionales de santé (ARS). La région n'est pas un territoire pertinent en matière de santé : zone géographique trop entendue, politiques sociales et médico-sociales qui se définissent en grande partie à l'échelle du département. Ces différentes instances auront en charge l'ensemble des secteurs de l'offre de soins : ville, hôpital, médico-social, prévention.*
- *À tous les maillons de cette chaîne, les décisions seront prises par un collège composé de citoyens (dont une partie pourra être tirée au sort), de représentants des professionnels de santé et de représentants des syndicats professionnels, d'élus locaux, de représentants associatifs et de représentants de l'Etat et de l'Assurance maladie.*

3. **Création d'un portail d'information unique** entre acteur de santé et usager pour chaque BPS. Buts : répondre aux attentes de la population, combattre les déserts médicaux...

Vos observations :

Effectivement, un portail unique est une excellente idée pour clarifier l'offre de soin, de prévention du territoire, il faudra donc travailler ensemble à déterminer quels acteurs de santé pourront participer à ce portail.

ALLEGER ET DECLOISONNER L'EXERCICE PROFESSIONNEL DES MEDECINS

4. **Diminuer la pesanteur administrative** au profit du temps médical. Aide administrative (financements conventionnels) et aide à la sécurité des médecins.
5. **Amélioration de la protection sociale et du mode de rémunération du médecin.** Ex : couverture sociale unique, diversification des modes de rémunération (missions de service public), prise en compte des acquis de l'expérience (progression de carrière).
6. **Coopération inter et intra-professionnelles.** Le médecin traitant est le pivot du système de santé : généralisation d'un n° d'appel médecin traitant / hôpital, télémédecine, amélioration de la mobilité médecine ville/hôpital...
7. **Simplifier les relations avec les organismes gestionnaires :** tiers payant, redéfinition de la place respective de l'Assurance Maladie et des mutuelles complémentaires, relation avec l'ARS...

Vos observations :

Dans notre programme, nous prévoyons la mise en place du « 100% Sécu », c'est à dire la prise en charge des soins et médicaments prescrits à 100% par l'assurance maladie (l'activité assurance maladie des complémentaires sera intégrée dans la Sécurité Sociale, les mutuelles pourront réorienter leur activité vers l'activité des mutuelles dites du secteur 3 : c'est à dire la prévention et l'action sociale, secteurs qu'elles ont particulièrement délaissés).

D'une part, cette mesure permet d'avoir un système de remboursement solidaire, égalitaire et efficient qui évitera aux assurés d'avoir à payer très cher une complémentaire santé et qui leur garantira un remboursement à 100% de leurs soins.

D'autre part, cette mesure simplifiera les démarches administratives des médecins qui auront pour seul interlocuteur l'assurance maladie.

Concernant les hôpitaux, le tout T2A sera également revu. La Tarification à l'Acte, si elle est adaptée à certains actes techniques, ne fonctionne pas pour la prise en charge de maladies chroniques, ou encore des personnes âgées, qui reposent moins sur les actes médicaux que sur un accompagnement interdisciplinaire, thérapeutique, mais aussi social. Nous proposons d'en finir avec le tout T2A et la politique du chiffre : elle ne sera réservée qu'aux actes techniques, standardisés et programmés tandis que les spécialités ayant à traiter des maladies chroniques seront financées par une dotation globale. Pour ce qui concerne les soins palliatifs, il faudra revenir au prix à la journée.

La cotation des actes devra être revue dans son ensemble pour mieux correspondre aux réalités du terrain et aux coûts réels pour les médecins.

Pour lutter contre les déserts-médicaux, nous proposons un grand plan de création de centres de santé pluri-professionnels sur l'ensemble du territoire, centres qui travailleront de manière concertée avec les hôpitaux de proximité. Les professionnels y seront salariés et ces centres pourront être organisés sous forme juridique de Société Coopératives d'Intérêt Collectif ou d'établissements publics, et gérés selon les lieux par la Sécurité Sociale, les établissements hospitaliers, des mutuelles (livre 3 du code de la mutualité) ou des collectivités territoriales. La prévention et la prise en charge des malades chroniques y seront des priorités.

Ces centres seront aussi des lieux de formation privilégiés pour les étudiants se destinant à l'exercice des soins primaires.

Ces collectifs soignants ne sont pas seulement profitables aux patients qui trouvent en un seul lieu l'ensemble des professionnels dont ils ont besoin, lesquels peuvent davantage se coordonner et échanger. Les professionnels y trouvent aussi largement leur compte : les nouvelles générations de soignants souhaitent réduire leur temps de travail, n'acceptent plus d'être disponibles en permanence, cherchent un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée et, surtout, supportent de plus en plus mal les angoisses et la solitude de l'exercice traditionnel.

Pour travailler ensuite à la répartition des médecins sur le territoire, on constate que l'incitation à l'installation ne fonctionne pas. Nous proposons de former, pour celles et ceux qui le souhaitent, des médecins généralistes fonctionnaires : leurs études seront rémunérées et ils devront 10 ans de services en étant affectés dans ces centres de santé.

OUVRIR ET PROFESSIONNALISER LA FORMATION DES MEDECINS

8. **Plaidoyer pour un numérus clausus régionalisé. Socle commun pour toutes les professions de santé.** Equivalence des étudiants en médecine vers d'autres filières ; création d'un portfolio étudiant régulièrement mis à jour tout au long de la carrière.
9. **Meilleure adéquation entre la formation (initiale) et la réalité des exercices.** Stages extra-hospitaliers, note éliminatoire à l'Examen Classant National (ECN).
10. **Formation Médicale Continue (FMC).** Recertification piloté par l'Ordre. Ouvrir les passerelles entre spécialités.

Vos observations :

Nous pensons que le numerus clausus n'est pas adapté à la régulation des besoins de soins. Il n'est ni un régulateur fiable de la démographie médicale, ni un outil efficace de répartition territoriale des futurs médecins et apparaît être inéquitable en regard de son contournement. Seule la limitation du nombre des étudiants basée sur le maintien de la qualité de la formation et donc des capacités pratiques d'accueil est légitime.

Concernant la formation, La PACES doit être moins spécialisée et élargir le socle des programmes pédagogiques en insérant des enseignements communs à d'autres programmes de Licences de l'université dans la logique d'un vrai parcours universitaire Licence, Master, Doctorat. Cela doit conduire à fluidifier l'entrée en 2e année de diverses licences d'étudiants qui n'intégreront pas les filières santé classiques de médecine, maïeutique, pharmacie, odontologie. La sélection pourrait, dès lors, s'organiser sur une seule année universitaire en fin de laquelle les étudiants pourront progresser soit en rejoignant

les filières classiques, soit par leur entrée dans un parcours universitaire leur permettant d'accéder à d'autres professions dont de nouvelles filières de santé préparant à de nouveaux métiers. Dans le même esprit, il faut favoriser l'entrée dans les filières classiques, d'étudiants venant d'autres formations de l'université afin d'assurer une diversité de recrutement, de milieux sociaux et donc au final une richesse professionnelle. Les terrains de stage doivent se diversifier et sortir du tout hospitalier pour se former à l'exercice de la médecine générale. La formation et la valorisation des maîtres de stage et le positionnement des maisons de santé pluri-professionnelles à qualification universitaire sont des clés de reconquête des territoires. La formation doit veiller à développer l'aptitude à un exercice pluri-professionnel en équipe. Pour éviter les contournements, nous proposerons que les étudiants nationaux, européens, et internationaux valident tous l'examen de fin d'études du 2e cycle avec oral, permettant l'attribution d'un certificat de compétences cliniques ouvrant droit à présenter l'ECN, évitant ainsi que des étudiants, d'où qu'ils viennent, peu compétents, accèdent à la responsabilité de malades.

Brève synthèse de vos propositions :

Nous tenions à saluer votre démarche constructive et à vous remercier pour votre invitation à discuter autour de vos propositions le 2 Juin 2017. Nous les prenons bien en compte pour les explorer plus avant et reviendrons vers vous pour échanger sur ces sujets si nous sommes élus.

Dans le cadre de notre campagne nous avons déjà sollicité des professionnels de la santé le 13 avril dernier (infirmiers et infirmières hospitalières et libérales, opérateur radiologie, orthophoniste) afin d'évoquer avec eux leurs préoccupations et toucher du doigt les problématiques. L'échange que nous avons eu ensemble et les propositions de votre livre blanc, complètent bien la vision que nous devons avoir de la médecine dans l'avenir.

Notre vision de la santé ne se limite pas à l'offre de soin ; la santé est pour nous un bien commun auquel tout être humain a droit. La santé englobe les soins mais aussi l'action médico-sociale, l'amélioration de nos conditions environnementales et l'accès aux biens communs : l'air, l'eau, l'alimentation, le vivant, la santé et l'énergie.

La refonte progressiste et démocratique de notre système de santé est une urgence. L'héritage du Conseil national de la résistance (CNR) a été l'objet d'attaques pernicieuses mais résolues depuis trente ans. Il y a urgence à réaffirmer les principes d'égalité et de solidarité. Nous entendons donc procéder à une refonte de notre système de santé qui s'appuiera sur quatre piliers :

- La mise en cohérence des politiques économiques et sociales, environnementales et de santé avec un rôle fondamental accordé à la prévention
- La mise en place d'un système de santé égalitaire et accessible à tous, qui suppose une égalité de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire et une prise en charge intégrale des dépenses de santé par l'assurance maladie.
- La démocratisation des politiques de santé afin de permettre une réappropriation de ces questions par les citoyens et de veiller à ce que ces politiques servent l'intérêt général plutôt que des intérêts particuliers.
- La mise à disposition de moyens financiers à la hauteur de ces enjeux.

Cela passera donc par une refonte des instances territoriales chargées de traiter des politiques de santé, par la mise en place d'un système de remboursement simple et efficace « 100% Sécu », par la révision des cotations des actes, par une refonte du système de financement des hôpitaux en revenant sur le tout T2A, par un grand plan de création de centres de santé pluri-professionnels sur l'ensemble du territoire, par la suppression du numerus clausus et la réforme de la formation.

Nous voulons d'une médecine humaine. La question d'actualité du poids du risque médico-légal pour les médecins qu'ils soient généralistes ou spécialistes est également une de nos préoccupations ; une attention toute particulière sera portée à ce sujet afin de trouver les moyens de diminuer ce risque. Nous avons bien noté également les difficultés liées aux lourdeurs administratives que nous comptons simplifier.

Le Conseil de l'Ordre des Médecins est un acteur majeur connaissant le terrain, et à ce titre doit être intégré à tout processus décisionnaire de politique publique de santé, notamment en terme de prospective démographique, de connaissance des souffrances au travail des médecins.

Recevez nos sincères salutations,

Ivan Jacquemard et Céline Tainturier,
candidats **France insoumise** aux élections législatives des 11 et 18 Juin 2017