

Stratégie nationale de transformation du système de santé

20 Propositions des Jeunes médecins

Sommaire

Introduction 3.

I.

Les chantiers de transformation du système de santé 5.

- I.A « Inscrire la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques » 6.
- I.B « Accompagner la transformation du travail et des métiers dans le secteur public hospitalier » 9.
- I.C « Financement et rémunération » 14.
- I.D « Accélérer le virage numérique » 17.
- I.E « Adapter les formations aux enjeux du système de santé » 20.
- I.F « Repenser l'organisation territoriale de soins » 25.

II.

Les propositions des "Jeunes médecins" 28.



Introduction

Les « Jeunes médecins » entendent s'impliquer fortement dans la stratégie de transformation du système de santé dont le Ministère des solidarités et de la santé a lancé les travaux en mars dernier.

Le système de santé est inadapté face aux enjeux actuels (démographiques, épidémiologiques et technologiques). Les « Jeunes médecins » proposent des mesures réellement novatrices et pour certaines disruptives sans lesquelles la situation ne fera que s'aggraver tant pour la population que pour les conditions de travail des médecins. Les « Jeunes médecins » sont ceux qui vont exercer dans les quarante prochaines années. Ils se mobilisent pour que la transformation du système de santé ne soit pas un énième colmatage mais le levier d'une profonde adaptation pour que la qualité des pratiques et l'accès aux soins soient garantis tout en assurant la soutenabilité financière et l'épanouissement des personnels de santé et des médecins en particulier.

Le levier majeur des réformes portées par les « Jeunes médecins » qui irriguera en fait l'ensemble du système de santé et les transformations en cours repose sur une meilleure répartition des médecins (et en fait de l'ensemble des professionnels de santé) entre les soins ambulatoires de proximité, le second recours et le second recours expert, ce qui supprimera en outre de facto les « déserts médicaux » en offre de soins de premiers recours. Cette meilleure répartition est capitale car toutes les politiques mises en œuvre pour favoriser le fameux virage ambulatoire sont des échecs. Les soins de proximité – le premier recours – ne cessent de s'amoindrir malgré les promesses et plans de réforme du système de soins au profit des autres types de prises en charge. Il est frappant de constater l'abîme entre les intentions de mieux équilibrer les différentes prises en charge et les mesures prises qui ne permettent pas d'inverser la tendance. Même l'augmentation notable du numérus clausus à l'entrée des études de médecine depuis le début des années 2000 ne parvient pas à développer le premier recours. Les effectifs des médecins généralistes libéraux fondent et vont continuer à le faire jusqu'à au moins 2025. Le nombre de médecin augmente, celui des praticiens de premiers recours diminue. Cherchez l'erreur !

Le vieillissement de la population va s'accélérer avec le passage du baby-boom de l'après-guerre au papy-boom actuel et à venir. Les plus de 85 ans aujourd'hui au nombre de 1,5 millions seront 5 millions dans trente ans. A cette révolution démographique s'ajoute une révolution épidémiologique bien décrite avec le développement des pathologies chroniques et multiples chez une même personne qui nécessitent l'ardente obligation d'en développer la prévention, de mieux les accompagner et de coordonner

de manière plus efficace les différentes prises en charge en associant étroitement le médico-social.

L'enjeu est colossal car sans une réelle prise en compte des bouleversements actuels, le système de soins sera dans l'incapacité de répondre à ces nouveaux besoins. Il sera paralysé par une forte demande qui ne trouvera pas de solutions adaptées. Les difficultés d'accès à un médecin ne feront que s'accroître. De même que les tensions dans les services d'urgence (embouteillés par exemple du fait qu'une décompensation chez une personne âgée n'aura pas été anticipée) et les contraintes dans les Ehpad par un afflux de patients à l'état de santé plus précaire. La régulation économique aggravera la situation faute de réformes de structure, la technique du rabot perdurera entraînant par là même des surcoûts par l'impossibilité d'adapter les réponses à la nouvelle donne. Le cercle vicieux déjà engagé prendra de l'ampleur.

Les « Jeunes médecins » proposent de développer franchement la médecine ambulatoire de proximité (le premier recours) par une mesure forte. Car depuis plus de dix ans, répétons-le, cet objectif revendiqué par les pouvoirs publics tant de droite que de gauche s'est soldé par un échec.

Cette mesure est simple. Que 70% des choix au moment de la formation des étudiants en médecine soient affectés à la médecine ambulatoire de proximité (le premier recours) dont l'organisation et le périmètre d'action seront efficacement adaptés à cette nouvelle donne. La médecine ambulatoire ne se résumera pas à une médecine générale « ancien modèle » mais élargira considérablement le domaine d'expertise de cette dernière à tous les soins ne nécessitant de plateau technique. Les 30% autres seront affectés au second recours en établissement avec plateau technique.

Il s'agit d'inverser réellement la tendance car comme le note la Drees, depuis 2012, le nombre total de médecins a certes progressé de 4,5 % pour atteindre 226 000 médecins en activité au 1^{er} janvier 2018 mais au cours de cette période, le nombre de médecins de la spécialité de médecine générale a stagné (+0,7 %) tandis que le nombre des autres spécialistes a progressé de 7,8 %. Quant aux médecins généralistes libéraux, leur nombre a régressé de 2% alors que les autres spécialistes libéraux ont augmenté de 2,4% si bien que globalement le nombre de médecins libéraux n'a pas évolué (+0,04 %). En revanche, le nombre de salariés et particulièrement en spécialités autres que la médecine générale a lui fortement augmenté (respectivement +11,1 % et +13,9 %). L'augmentation du nombre de ces spécialistes et notamment salariés explique ainsi la hausse des effectifs de médecins au cours des six dernières années.

Le projet global défini par les « Jeunes médecins » dans ce document vise donc à orienter l'offre de soins prioritairement vers l'offre ambulatoire dont le périmètre serait redéfini. Ainsi, les « Jeunes médecins » déclineront des propositions dont le but sera d'atteindre cet objectif.

I.

Les chantiers de transformation du système de santé

I.A

« Inscrire la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques »

Enjeux pour les pouvoirs publics

« Prescrire les bons traitements et les bonnes prises en charge au bon moment »



« Inscrire la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques »

« Prescrire les bons traitements et les bonnes prises en charge au bon moment »

« Lutter contre les gaspillages et intégrer les nouvelles technologies », c'est ce que préconise l'OCDE en termes de réformes en santé. Une proportion importante des dépenses de santé est en effet au mieux inefficace au pire constitue un véritable gaspillage dans les pays de l'OCDE.

L'institution internationale estime qu'un cinquième des dépenses de santé pourraient être utilisé à de meilleurs fins.

Le gaspillage est de trois ordres. Premièrement les patients ne reçoivent pas les bons soins. Cela peut concerner la redondance d'examens, la pratique de soins à faible valeur, non efficaces, administrés hors des recommandations cliniques ou encore les événements indésirables évitables. Deuxièmement les résultats pourraient être obtenus en dépensant moins en utilisant des produits moins coûteux. Enfin trop de ressources sont détournées de la production de soins : gaspillage administratif et bien sûr les abus, fraudes et corruptions.

Les causes sont multifactorielles de même que les solutions. Tout d'abord reconnaître l'existence du problème, ce qui est fait aujourd'hui en France par la forte implication et volonté de la ministre des Solidarités et de la santé. Ensuite développer une meilleure connaissance par le développement d'indicateurs de santé à condition que ceux-ci soient simples, adaptés à la réalité du soin dans sa complexité, non chronophages et non dispendieux et ainsi permettent aux professionnels d'avoir un regard sur leurs pratiques et de les comparer. Enfin convaincre patients et soignants et surtout instaurer des systèmes de financement qui favorisent la fourniture de soins les plus appropriés par les professionnels le plus pertinents.

C'est donc un ensemble de mesures qui permettra d'inscrire la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques. Au centre de cette démarche se trouve la formation continue des professionnels de santé et des médecins en particulier à un moment où les besoins de santé évoluent de façon marquée avec le vieillissement de la population et la transition épidémiologique, où les innovations tant pharmaceutiques que technologiques et numériques bouleversent les habitudes et les concepts et alors que les exigences de patients sont de plus en plus prégnantes.

C'est pourquoi les « Jeunes médecins » sont favorables sans aucune ambiguïté à une recertification organisée tous les cinq ans et labellisée par les Conseils nationaux professionnels (CNP) qui regroupent les sociétés savantes, les syndicats de la profession et l'université.

La certification devra s'appuyer sur des données d'analyse de pratique réelle, s'inscrire dans une logique d'uniformisation européenne et se placer en étroite articulation avec la formation continue. L'accès de cette dernière doit être simplifié et ne plus dépendre du mode d'exercice. Les jeunes médecins souhaitent la création d'un compte personnel de formation (CPF) en euros pour chaque médecin quel que soit son mode d'exercice, libéral ou salarié, ville ou hôpital, et facilement mobilisable, par exemple via une application mobile comme c'est prévu dans la réforme actuelle des CPF des salariés des entreprises. Un fonds commun de financement gagnerait à être créé pour instaurer la transparence et mettre sur le même pied d'égalité tous les médecins.

PROPOSITION 1

Instaurer un processus de recertification labellisé par les Conseils nationaux professionnels (CNP) et l'Université, s'inscrivant dans une logique d'uniformisation européenne.

PROPOSITION 2

Création d'un Compte personnel de formation (CPF) en euros mobilisable simplement via une application mobile comme le prévoit la réforme actuelle pour les salariés des entreprises. Tout en assurant un financement

I.B

« Accompagner la transformation du travail et des métiers dans le secteur public hospitalier »

Enjeux pour les pouvoirs publics

« Proposer un nouveau contrat social aux professionnels de santé, en cohérence avec les orientations du comité interministériel de la transformation publique »



« Accompagner la transformation du travail et des métiers dans le secteur public hospitalier »

« Proposer un nouveau contrat social aux professionnels de santé, en cohérence avec les orientations du comité interministériel de la transformation publique »

Pour transformer le travail et les métiers dans le secteur hospitalier en cohérence avec les orientations du comité interministériel de la transformation publique, il faut concevoir les métiers des professionnels de santé et des médecins en particulier dans une perspective globale.

Il est intéressant de noter que le Gouvernement s'est récemment « engagé à bâtir un nouveau modèle de conduite des politiques publiques qui, en redonnant sens et cohérence à l'action publique, doit mettre fin à une vision décliniste et résignée de l'intervention publique. Le Gouvernement a pour ambition de renouer les fils de la confiance entre les agents et les usagers en redonnant à chacun les moyens et outils pour agir à son échelle.

« Cette ambition est aussi un impératif pour répondre aux transformations profondes qui traversent notre société et vont bouleverser les métiers et les modes d'action publique. L'irruption du numérique, le développement des nouveaux usages collaboratifs, l'évolution des attentes des usagers vers plus de proximité, les ruptures attendues de l'intelligence artificielle et des données de masse.

« Cette ambition s'est traduite dans la conception innovante de la démarche « Action publique 2022 » qui responsabilise les ministères pour construire leur programme de transformation, en dialogue étroit avec le comité « Action publique 2022 » et le comité Jeunes « J22 ».

« Sans attendre, des chantiers transversaux ont été engagés pour agir sur les facteurs clefs de la transformation qui concernent le cadre quotidien de l'intervention des agents et constituent les conditions du succès des réformes qui suivront : ressources humaines, simplification et qualité de service, transformation numérique des services publics.

« Ces mesures s'adressent en premier lieu aux agents publics, qui se verront proposer un nouveau contrat social pour accompagner l'évolution de leurs métiers et libérer leurs initiatives » concluent les pouvoirs publics.

En ce qui concerne le système de soins et notamment l'hôpital, il faut redonner de la cohérence aux interventions et missions des professionnels de santé et en particulier aux médecins pour qu'ils retrouvent le sens de leurs actions sans dilution et incertitudes quant aux caractéristiques de leurs périmètres.

Offre ambulatoire.

Les « Jeunes médecins » considèrent qu'il faut sanctuariser la spécialité ambulatoire de premier recours dont le mode d'exercice sera exclusivement ambulatoire et regroupera l'ensemble des soins de premiers recours. Dans le cadre de l'allongement de la durée de la maquette du DES de Médecine Générale, il sera donné la possibilité de réaliser une option de spécialisation de 1 an. Cette option offrira la possibilité, dans le cadre de sa pratique quotidienne, d'orienter ses consultations vers des pratiques de premier recours appartenant aujourd'hui à une partie du champ de compétences des spécialités de ville (pédiatrie, gynécologie médicale, ophtalmologie, psychiatrie...). Ceci renforcera à la fois le lien ville-hôpital dans le cadre de la formation (réalisation de stages couplés ville-hôpital en lien avec l'option choisie) et garantira l'acquisition de compétences pratiques qui fait aujourd'hui défaut au support de formation que représentent les Diplômes Universitaires (DU). Cette option pourrait être réalisée soit durant le troisième cycle des études de médecine (TCEM) soit tout au long de la carrière pour permettre des évolutions de carrière. Cette recommandation est renforcée par le résultat de l'enquête réalisée récemment par l'Intersyndicale Nationale des Internes (ISNI) auprès de 644 internes de la spécialité de médecine générale. Cette enquête, parue le 7 juin 2018, rapporte que dans le cadre d'un allongement d'une année du DES de médecine général, les internes de cette spécialité privilégient une vision optionnelle de cette année supplémentaire avec la volonté de se former au sein des autres spécialités appartenant à ce jour aux spécialités dites de ville. La réalisation d'un deuxième DES permettra également de passer d'une pratique de premier recours vers une pratique de second recours, et vice versa, si le praticien en émet le souhait. L'acquisition de compétences managériales est aussi clé pour les médecins du premier recours, notamment dans le cadre de l'exercice regroupé.

Hôpitaux locaux.

Les « Jeunes médecins » recommandent la reconversion des hôpitaux locaux : soit en structures pré-hospitalières, gérées par la médecine ambulatoire de premier recours, visant à limiter le recours systématique aux centres hospitaliers de second recours tout en permettant une surveillance médicale sécurisée (durée de séjour limitée à 48h), et la prise en charge des urgences « ambulatoires » soit en SSR et structures d'accueil médico-sociales visant à désengorger les occupations de lits dans les structures de second recours pour les situations qui ne nécessitent plus un plateau technique expert.

Offre de second recours.

Le second recours doit être assuré par deux types d'établissement.

Le second recours proprement-dit par les établissements privés (à but lucratif ou non) et le second recours expert par les établissements publics.

Des ponts doivent être créés pour les médecins entre ces deux types d'établissement. Les « Jeunes médecins » proposent de créer pour tous les médecins de second recours un statut unique de praticien hospitalier public titulaire que chaque médecin en fonction de son exercice privé ou public pourra moduler de 0% (plein temps privé lucratif ou non lucratif) à 100% (plein temps public) tout en permettant des activités mixtes. Un médecin pourra ainsi plus facilement passer de l'un à l'autre et conservera les avantages acquis dans le public au prorata du temps passé. Le passage de l'un à l'autre se fera en fonction des postes disponibles pour une durée déterminée ou non. Ce système facilitera les liens entre ces deux secteurs et les évolutions de carrière.

Aujourd'hui le principal statut des médecins exerçant dans les établissements publics de santé (EPS) est celui de praticien hospitalier (PH). Pour acquérir ce statut, il faut passer le concours national (CNPH) organisé une fois par an par le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG) au prix, dans certains cas, de devoir subir des situations d'attente sur des postes contractuels et précaires. Les jeunes médecins proposent que ce statut soit automatiquement octroyé à tout médecin ayant obtenu son diplôme d'État de docteur en médecine délivré par une Faculté européenne et exerçant une spécialité de second recours.

Revoir la gouvernance hospitalière.

La gouvernance hospitalière n'est pas aujourd'hui satisfaisante. Il existe certes une grande diversité de méthodes de management mais globalement les médecins considèrent qu'ils ne sont assez associés aux décisions. Les praticiens souhaitent être responsabilisés et ne plus être placés sous l'autorité d'un directeur qui est devenu un chef d'entreprise, l'œil rivé sur la régulation économique, la recherche de croissance et la réduction des déficits. Les médecins comme les personnels de santé ont le sentiment d'être perçus comme des agents économiques auxquels on assigne la production de richesse. Il faut redonner une véritable coresponsabilité entre les directeurs et le corps médical, mutation urgente et mobilisatrice qui peut passer par différentes voies.

Les « Jeunes médecins » proposent la création de directeurs médicaux à l'instar de ce qui se fait dans les Centres de lutte contre le cancer (CLCC) et d'autres pays européens. Les directeurs des Centres de lutte contre le cancer sont nommés par arrêté ministériel

suite à l'avis (favorable) du conseil d'administration des Centres de lutte contre le cancer concernés et de la Fédération française des Centres.

Un renforcement urgent et significatif des moyens des Commissions médicales d'établissement (CME) et du management médical est également nécessaire. Les présidents des Conférences nationales des CME des Centres hospitaliers (CH), des centres hospitaliers spécialisés (CHS) et des Centres hospitaliers universitaires (CHU) déploreraient récemment malgré une « coresponsabilité avec le Directeur sur la politique de la qualité et la sécurité des soins et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers » que les moyens reconnus réglementairement « peinent à se traduire sur le terrain ». Il en va de même pour la formation des chefs de service et des chefs de pôle. Ceci est particulièrement préjudiciable alors que « leur exercice quotidien s'intensifie dépassant les compétences réglementaires : gestion des conflits, animation des équipes

PROPOSITION 3

Mieux définir les missions et rôles de chacun et redonner du sens à tous grâce la structuration de l'offre de soins des médecins (70% pour l'ambulatoire de premier recours et 30% pour le second recours).

PROPOSITION 4

Distinguer deux types de structures de second recours, l'une assurée par les acteurs du privé pour les soins de routine et l'autre assurée par le secteur public pour les prises en charges lourdes et complexes.

PROPOSITION 5

Développer largement les structures médico-sociales permettant de désengorger le second recours et fluidifier les prises en charge.

PROPOSITION 6

Créer un statut unique de praticien hospitalier public titulaire permettant d'exercer sur les deux types de second recours public et privé que chaque praticien pourra faire moduler en fonction de son aspiration professionnelle et de ses priorités personnelles et familiales.

PROPOSITION 7

Revoir la gouvernance hospitalière avec la création de directeurs médicaux et renforcer les moyens octroyés aux CME.

I.C

« Financement et rémunération »

Enjeux pour les pouvoirs publics

« Traduire les nouvelles organisations de soins et l'effort de prévention dans l'adaptation et l'évolution des modes de rémunération et de régulation »



« Financement et rémunération »

« Traduire les nouvelles organisations de soins et l'effort de prévention dans l'adaptation et l'évolution des modes de rémunération et de régulation »

Le financement, la régulation et les rémunérations doivent traduire l'objectif de mieux prévenir et prendre en charge les maladies chroniques au plus près des citoyens. La volonté de développer une médecine de proximité s'est pour le moment heurtée à la lourdeur des structures et l'insuffisance de la régulation. Il convient donc de mieux distinguer les soins de premier recours des soins de deuxième recours voire de second recours expert en graduant l'offre de soins. Et en adaptant le financement et les rémunérations en conséquence.

Les modalités de financement seront adaptées à chaque niveau de parcours :

- 1^{er} recours ambulatoire : panachage de paiement à l'acte en lien avec la pertinence des actes et de paiement forfaitaire en lien avec des missions de santé publique et l'aide au renouvellement d'équipement. Diversification des activités rémunératrices via la possibilité d'accéder à des outils de dépistage et de prise en charge ambulatoire (fond d'œil, réfraction, spirométrie, etc. .)
- Second recours : assuré par les établissements privés (à but lucratif ou non) sur le modèle du paiement à l'acte avec une part forfaitaire valorisant et favorisant la qualité des soins (complications post-opératoires) et centré uniquement sur des activités standardisées avec des durées de prises en charge raccourcies.
- Second recours expert : assuré par l'institution publique avec une approche régaliennne et un mode de financement forfaitaire (ou global) permettant une prise en charge longue pour des pathologies complexes avec la nécessité de regroupement en plateaux techniques experts.
- Médicosocial : donner de véritables moyens au monde médicosocial. Faciliter l'accès au financement via un flux unique avec les ARS. Création d'un statut de l'aidant permettant le maintien des personnes avec handicap dans leur environnement.

Les « Jeunes médecins » revendiquent aussi pour les tous les médecins libéraux, de premier comme de second recours, la possibilité d'accéder au secteur 2 (secteur conventionné à honoraires libres) avec des engagements de modération tarifaire pour supprimer cette organisation à deux vitesses. Sera alors venu le temps d'engager des renégociations avec la représentation « Jeunes médecins » visant à réévaluer certains

actes aujourd'hui insuffisamment valorisés pour celles et ceux installés et pratiquant des honoraires au tarif opposable. C'est cette juste valorisation des actes en secteur 1 qui rendra ce secteur attractif et permettra ainsi la mise en place d'un tiers payant généralisé (TPG) sécurisé pour l'ensemble des acteurs.

Afin d'encourager l'installation des jeunes médecins en libéral, les « Jeunes médecins » proposent une exonération des cotisations à la Carmf (Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France) de cinq ans, quelle que soit la zone d'installation, sans pour autant décaler le point de départ des droits et sans qu'y soit associées des contreparties quant au lieu d'installation.

PROPOSITION 8

Adapter les modalités de financement à chaque niveau de parcours, ambulatoire de premier recours, second recours et second recours expert.

PROPOSITION 9

Donner accès à l'ensemble des praticiens au secteur 2 dans une vision visant à réinventer la distinction qui existe actuellement entre les deux secteurs tarifaires sans gager l'accessibilité financière de l'accès aux soins par la population.

PROPOSITION 10

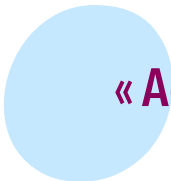
Libérer les forces vives et favoriser une installation précoce en exonérant les jeunes installés de la cotisation à la Carmf pendant les cinq premières années tout en leur garantissant la couverture sociale qui est associée.

I.D

« Accélérer le virage numérique »

Enjeux pour les pouvoirs publics

« Adopter pour notre système de soins une stratégie pour engager son virage numérique qui positionne le patient au cœur de l'organisation »



« Accélérer le virage numérique »

« Adopter pour notre système de soins une stratégie pour engager son virage numérique qui positionne le patient au cœur de l'organisation »

Les « Jeunes médecins » veulent et doivent s'impliquer dans le développement de solutions innovantes en santé intra et extra hospitalière. C'est à la fois leur volonté, et une nécessité pour que ces solutions soient pertinentes et adressent de vrais besoins du terrain. L'avènement de la « French Tech » chez les jeunes médecins passe par plusieurs leviers :

- Encourager les doubles cursus au cours : tant dans des secteurs technologiques (bio-informatique, informatique, datascience) que pour l'entrepreneuriat (MBA, MSc Business) afin de fournir les organisations de soins tant ambulatoires (maisons de santé ambulatoire, hôpitaux locaux reconvertis) que de second recours en Directeurs Médicaux
- Introduction à l'entrepreneuriat, et à l'écosystème de l'innovation en général, au même titre que les étudiants ingénieurs
- Terrains de stages dédiés
- Transfert de technologies et statut juridique clairs permettant la création de structure type Start-up avec rôle exécutif au cours de la formation initiale et continue

La formation initiale et continue des jeunes médecins dans le champ du numérique doit être développée en s'inscrivant dans un objectif de multidisciplinarité. En effet, l'innovation numérique et technologique en Santé implique impérativement la coopération de professionnels issus de formations initiales différentes : ingénieurs, développeurs informatiques, profils commerciaux et, bien sûr, médecins.

Le rôle des jeunes médecins est central. En effet, les nouvelles solutions technologiques exploitent ou génèrent toutes des données de santé concernant des patients. Seuls des médecins sont habilités, aptes et légitimes à traiter de telles données et à garantir de leurs utilisations dans l'intérêt des patients. A ce titre, il est essentiel et indispensable que les médecins prennent une place active et centrale dans la révolution numérique en cours.

L'une des principales barrières sur la route des jeunes médecins souhaitant s'impliquer dans cette révolution, à l'heure actuelle, est leur manque total de contact avec l'écosystème « French Tech ». Une solution simple, efficace, et ayant fait ses preuves

(notamment dans les pays anglo-saxon) est de permettre aux étudiants en médecine, très tôt dans leur cursus, de suivre quelques cours en communs avec des ingénieurs. Ces cours en commun ont la double vertu d'enseigner des bases technologiques et entrepreneuriales aux étudiants en médecine, mais aussi de leur créer des contacts « en dehors de l'hôpital » et des opportunités de collaboration.

Reprises dans le document de l'Ordre des médecins : « Médecins et patients dans le monde des data, des algorithmes et de l'intelligence artificielle », les propositions du Centre canadien aux médias et de littératie numérique doivent être incluses dans la formation des médecins. Elles décrivent les compétences clés en trois mots : utiliser, comprendre et créer.

- Utiliser fait référence aux connaissances techniques permettant d'utiliser aisément l'ordinateur et Internet.
- Comprendre, c'est acquérir un ensemble de compétence pour analyser, évaluer et utiliser à bon escient l'information disponible sur le web. Ces compétences participent au développement de l'esprit critique.
- Créer, c'est savoir produire des contenus et communiquer efficacement en utilisant divers outils et médias numérique.

C'est ainsi que le dialogue pourra s'accroître avec les patients dans toutes ses facettes : information et implication de ces derniers, qui sont également des acteurs importants dans l'innovation.

PROPOSITION 11

Les nouvelles solutions technologiques exploitent ou génèrent les données de santé des patients. Donner aux médecins les moyens de prendre une place active et centrale dans la révolution numérique en cours.

PROPOSITION 12

Inclure dès la deuxième année d'études, des cours en commun avec des cursus ingénieurs, concernant les bases de l'innovation.

PROPOSITION 13

Favoriser et faciliter les double cursus avec des filières non « médicales » : technologiques et management.

I.E

« Adapter les formations aux enjeux du système de santé »

Enjeux pour les pouvoirs publics

« Réinterroger les formations des professionnels de santé pour qu'elles s'adaptent au système de santé de demain : la prévention, les parcours de santé, les coopérations interprofessionnelles. Les futurs professionnels en seront les principaux acteurs, et ils doivent y être sensibilisés »



« Adapter les formations aux enjeux du système de santé »

« Réinterroger les formations des professionnels de santé pour qu'elles s'adaptent au système de santé de demain : la prévention, les parcours de santé, les coopérations interprofessionnelles. Les futurs professionnels en seront les principaux acteurs, et ils doivent y être sensibilisés »

Les « Jeunes médecins » partagent le diagnostic de la Conférence des Doyens des facultés de médecine mais divergent sur certains points clé des propositions des Doyens.

Ainsi, les propositions des « Jeunes médecins » sont les suivantes.

Suppression du numérus clausus, dans le cadre exclusif d'une réforme globale des études santé pour instaurer davantage de souplesse entre les différentes filières de type licence – master - doctorat. Le numérus clausus a été créé en 1971 après le boom des étudiants en médecine post 1968. Près de 13 000 étudiants ont été admis en deuxième année de médecine en 1969, soit plus de 20% du nombre de médecins en exercice à l'époque (60 000). En 1972, le numerus clausus a été fixé à 8 588 et a atteint son plus bas niveau en 1993 à 3 500 pour remonter à 8 124 en 2017. Ainsi 110 000 médecins ont été formés entre 1970 et 1979, 53 000 entre 1980 et 1989, 33 000 entre 1990 et 1999 et 54 400 de 2000 à 2009. Ces variations montrent la valse-hésitation troublante des pouvoirs publics et au-delà expliquent les problèmes de la démographie médicale d'aujourd'hui. Il convient aujourd'hui d'adapter la formation des médecins aux besoins du pays et aux capacités de formation des facultés.

1^{er} cycle universitaire (parcours Licence) :

- Permettre l'entrée en Master Médecine via un parcours Licence indifférencié avec réalisation de modules optionnels (anatomie, physiologie, etc.) à validation obligatoire. Ceci devrait favoriser une vraie inclusion au sein de l'université, une diversification des profils et une vraie reconnaissance du parcours universitaire si l'étudiant se trouve dans l'impossibilité de rentrer dans un parcours médecine.
- Regrouper les différentes UFR sur un modèle d'une UFR par région avec possibilité pour l'ensemble des étudiants ayant validés un parcours Licence plus option d'y concourir

2^{ème} cycle universitaire (parcours Master) :

- Instauration d'un Master Médecine différencié proposant différentes possibilités : médecine ambulatoire de premier recours (avec options) pour 70% des effectifs, sciences chirurgicales, sciences de l'imagerie, sciences immunologiques, pathologies tumorales, etc. Des options transversales à l'ensemble des masters seront créées pour favoriser les passerelles. Il sera possible ainsi de changer de master. Il s'agit d'un processus actif et choisi.
- Favoriser la réalisation du doubles cursus MD-Msc, MD-MBA...
- Chaque Master Médecine donnera accès à un troisième cycle différencié offrant accès pour chacun à un ou plusieurs DES dont les compétences auront été acquises lors du parcours Master. L'accès à ces différents DES se fera via un examen national classant permettant de concourir pour l'ensemble des UFR régionales et déterminant ainsi le choix du DES et le parcours de formation.

3^{ème} cycle universitaire :

- Maintien de la réforme telle qu'elle est engagée pour les phases 1 et 2 avec nouvelle répartition entre spécialité ambulatoire de premier recours et autres spécialités de second recours.
- Passer le DES de Médecine Générale (devenant Spécialité ambulatoire de premier recours) à 4 ans avec possibilité de réaliser une option de 1 an de médecine de ville (ophtalmo, gynéco, pédiatrie, psychiatrie...) avec un exercice exclusivement en ambulatoire
- Révision de la phase 3 avec un statut calqué sur celui d'assistant plein et entier et un choix selon un modèle de big matching national sur l'ensemble du territoire et pour l'ensemble des offreurs de soins (public/privé). C'est à l'interne de démarcher son futur terrain de stage agréé phase 3.

Accès aux valences universitaires.

Redonner à l'Université la pleine possession de ses moyens universitaires notamment sur la composante médecine/santé (sortir du statut dérogatoire) en l'incitant fortement à créer de façon autonome des postes à valence universitaire via des partenariats public/privé ou institution/université orientés sur la santé.

Abroger les ordonnances Debré 1958 qui avaient leur justification à l'époque (fort investissement sur l'hôpital et la recherche) et qui ont créé le plein temps hospitalier avec la triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Il s'agit aujourd'hui de dissocier le U (valence Universitaire) du H (praticien obligatoirement rattaché à un CHR-U) et de permettre à l'Université de contractualiser avec l'ensemble des offreurs de soins du premier comme du second recours sur des objectifs d'enseignement et/ou de recherche. Maintenir la double appartenance Soins et Universitaire.

Harmoniser le support statutaire des postes universitaires non titulaires en ne gardant que le statut de PHU (en y reversant le contingentement actuel des postes de CCU-AH et AHU actuels) devenant Praticien Universitaire Contractuel (PUC). Transformer les postes universitaires titulaires de PU-PH en PU-PC (Professeurs des Universités – Praticiens Cliniciens) permettant tous les modes d'exercice. Réévaluer les postes de titulaires tous les 5 ans en fonction de leur production universitaires tant dans le champ de l'enseignement que de la recherche.

Accès aux valences managériales.

Alors que les Directeurs Médicaux, tout comme les chefs de pôles et de services occuperont des rôles décisionnaires dans l'élaboration des projets médicaux et du recrutement des personnels soignants, il ne semble plus concevable que ce type de responsabilités puisse être confié sans prérequis en terme de compétences managériales. Ainsi, les « Jeunes médecins » considèrent comme un nécessaire absolu l'obligation de valider un cycle de formation en management (Master, MBA...) réaliser dans le cadre de la formation initiale ou continue.

PROPOSITION 14

Instaurer un parcours Licence indifférencié avec réalisation de modules optionnels (anatomie, physiologie, etc.) à validation obligatoire pour favoriser une vraie inclusion au sein de l'université, une diversification des profils et une vraie reconnaissance du parcours universitaire si l'étudiant se trouve dans l'impossibilité de rentrer dans un parcours médecine.

PROPOSITION 15

Instaurer un Master Médecine différencié pour les grandes branches de la médecine et en particulier la médecine ambulatoire de premier recours qui absorbera 70% des effectifs, avec des options transversales à tous les master pour permettre des passerelles. Chaque master orienté vers une pratique de second recours pourra donner accès à un ou plusieurs DES.

PROPOSITION 16

Passer le DES de Médecine Générale à 4 ans avec possibilité de réaliser une option de 1 an de médecine de ville (ophtalmo, gynéco, pédiatrie, psychiatrie...) avec un exercice exclusivement en ambulatoire.

PROPOSITION 17

Abroger les ordonnances Debré en remplaçant la double appartenance Hospitalo-Universitaire par une double appartenance Soins et Université. Sortir les UFR de Médecine/Santé du statut dérogatoire en renforçant leur prérogative sur les postes universitaires.

PROPOSITION 18

Donner accès à l'acquisition de compétences managériales nécessaire indispensable comme prérequis à l'accès de fonctions de Directeurs Médicaux, Chefs de pôles, Chefs de Service.

I.F

« Repenser l'organisation territoriale de soins »

Enjeux pour les pouvoirs publics

*« Faire évoluer l'organisation territoriale de
la santé pour décroisonner les acteurs »*



« Repenser l'organisation territoriale de soins »

« Faire évoluer l'organisation territoriale de la santé pour décloisonner les acteurs »

La régulation 70%-30% (entre le premier et le second recours) permettra un maillage plus étroit des soins ambulatoires et ainsi de renforcer l'accès territorial aux soins. Accès qui bénéficiera aussi de la réduction de la fracture numérique et du développement de la télémedecine.

Les structures de soins ambulatoires de 1^{er} recours doivent pouvoir bénéficier d'un accès simple et rapide aux examens de radiologie et de biologie les plus fréquents, notamment pour les pôles ou centres de santé et les maisons de garde qui disposeront ainsi d'un plateau médico-technique et assureront la permanence des soins associée à la dispense d'avance de frais pour les patients (tiers payant). Cette organisation permettra de désengorger les services d'urgence hospitalière. C'est par une offre médicale ambulatoire de proximité de premier recours attrayante et simple que les patients cesseront de privilégier les urgences hospitalières pour des motifs qui n'en relèvent pas dans près de la moitié des cas.

Les « Jeunes médecins » sont favorables aux transferts de compétences (et de responsabilité) aux infirmières/infirmiers en pratique avancée et autres professionnels de santé, sous réserve d'une formation adaptée et de conditions d'exercice bien définis. Les « Jeunes médecins » sont opposés à toute mesure coercitive.

Les « Jeunes médecins » sont prêts à prendre toute leur part dans la nécessaire responsabilisation territoriale des professionnels de santé pour que l'offre de soins et de santé soit adaptée aux besoins de la population, pour autant qu'un cadre et une organisation soient définis par les pouvoirs publics avec l'objectif à la fois de respecter et encourager les initiatives locales et de privilégier l'efficacité par une structuration de la démarche. Cela doit également passer par la création de Directeurs Médicaux ayant à la fois la charge d'un centre de santé ambulatoire, mais également de la coordination des soins ambulatoires de premiers recours sur un territoire en lien avec les instances tutélaires (ARS, CPAM...)

PROPOSITION 19

Assurer une meilleure organisation territoriale des soins par la régulation 70%-30% (entre le 1^{er} et le second recours). Faciliter pour les soins ambulatoires de premier recours la réalisation d'examens de radiologie et de biologie. Favoriser le transfert de compétences aux infirmières/infirmiers en pratique avancée et autres professionnels de santé. Les « Jeunes médecins » sont opposés à toute mesure coercitive.

PROPOSITION 20

Structurer la démarche de responsabilisation territoriale des professionnels de santé pour en favoriser l'efficacité à travers la création de Directeurs Médicaux de l'offre ambulatoire.

II.

Les propositions des «Jeunes médecins »

Les propositions des «Jeunes médecins»

Proposition 1

Instaurer un processus de recertification labellisé par les Conseils nationaux professionnels (CNP) et l'Université, s'inscrivant dans une logique d'uniformisation européenne.

Proposition 2

Création d'un Compte personnel de formation (CPF) en euros mobilisable simplement via une application mobile comme le prévoit la réforme actuelle pour les salariés des entreprises. Tout en assurant un financement transparent.

Proposition 3

Mieux définir les missions et rôles de chacun et redonner du sens à tous grâce la structuration de l'offre de soins des médecins (70% pour l'ambulatoire de premier recours et 30% pour le second recours).

Proposition 4

Distinguer deux types de structures de second recours, l'une assurée par les acteurs du privé pour les soins de routine et l'autre assurée par le secteur public pour les prises en charges lourdes et complexes.

Proposition 5

Développer largement les structures médico-sociales permettant de désengorger le second recours et fluidifier les prises en charge.

Proposition 6

Créer un statut unique de praticien hospitalier public titulaire permettant d'exercer sur les deux types de second recours public et privé que chaque praticien pourra faire moduler en fonction de son aspiration professionnelle et de ses priorités personnelles et familiales.

Proposition 7

Revoir la gouvernance hospitalière avec la création de directeurs médicaux et renforcer les moyens octroyés aux CME.

Proposition 8

Adapter les modalités de financement à chaque niveau de parcours, ambulatoire de premier recours, second recours et second recours expert.

Proposition 9

Donner accès à l'ensemble des praticiens au secteur 2 dans une vision visant à réinventer la distinction qui existe actuellement entre les deux secteurs tarifaires sans gager l'accessibilité financière de l'accès aux soins par la population.

Proposition 10

Libérer les forces vives et favoriser une installation précoce en exonérant les jeunes installés de la cotisation à la Carmf pendant les cinq premières années tout en leur garantissant la couverture sociale qui est associée.

Proposition 11

Les nouvelles solutions technologiques exploitent ou génèrent les données de santé des patients. Donner aux médecins les moyens de prendre une place active et centrale dans la révolution numérique en cours.

Proposition 12

Inclure dès la deuxième année d'études, des cours en commun avec des cursus ingénieurs, concernant les bases de l'innovation.

Proposition 13

Favoriser et faciliter les double cursus avec des filières non « médicales » : technologiques et management.

Proposition 14

Instaurer un parcours Licence indifférencié avec réalisation de modules optionnels (anatomie, physiologie, etc.) à validation obligatoire pour favoriser une vraie inclusion au sein de l'université, une diversification des profils et une vraie reconnaissance du parcours universitaire si l'étudiant se trouve dans l'impossibilité de rentrer dans un parcours médecine.

Proposition 15

Instaurer un Master Médecine différencié pour les grandes branches de la médecine et en particulier la médecine ambulatoire de premier recours qui absorbera 70% des effectifs, avec des options transversales à tous les master pour permettre des passerelles. Chaque master orienté vers une pratique de second recours pourra donner accès à un ou plusieurs DES.

Proposition 16

Passer le DES de Médecine Générale à 4 ans avec possibilité de réaliser une option de 1 an de médecine de ville (ophtalmo, gynéco, pédiatrie, psychiatrie...) avec un exercice exclusivement en ambulatoire.

Proposition 17

Abroger les ordonnances Debré en remplaçant la double appartenance Hospitalo-Universitaire par une double appartenance Soins et Université. Sortir les UFR de Médecine/Santé du statut dérogatoire en renforçant leur prérogative sur les postes universitaires.

Proposition 18

Donner accès à l'acquisition de compétences managériales nécessaire indispensable comme prérequis à l'accès de fonctions de Directeurs Médicaux, Chefs de pôles, Chefs de Service.

Proposition 19

Assurer une meilleure organisation territoriale des soins par la régulation 70%-30% (entre le 1^{er} et le second recours). Faciliter pour les soins ambulatoires de premier recours la réalisation d'examens de radiologie et de biologie. Favoriser le transfert de compétences aux infirmières/infirmiers en pratique avancée et autres professionnels de santé. Les « Jeunes médecins » sont opposés à toute mesure coercitive.

Proposition 20

Structurer la démarche de responsabilisation territoriale des professionnels de santé pour en favoriser l'efficacité à travers la création de Directeurs Médicaux de l'offre ambulatoire.

Contact

Emanuel LOEB

Président de Jeunes Médecins

president@isncca.org

06 50 93 64 60

Franck Verdonk

Vice-président de Jeunes Médecins

president@snjar.fr

06 77 78 38 77