

Propositions du Collectif Inter-Hôpitaux Pour le Ségur de la Santé 2020

4^e Pilier : « Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers »

Objectifs : réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins – organiser des filières et permettre un accès universel et équitable aux services de santé sur le territoire incluant les dispositifs de prévention, les soins primaires, la médecine spécialisée de ville ou hospitalière et les structures de recours avec un plateau technique - rompre le cloisonnement actuel

Constats : Les inégalités sociales de santé (ISS) sont un problème majeur de santé publique (13 ans de différence d'espérance de vie entre petits et gros revenus, gradient social important dans l'obésité des enfants et des adultes, dans les maladies cardiovasculaires, dans les cancers...). Le système de soins n'est pas la cause principale de ces ISS (ce sont les déterminants sociaux de santé : travail, école, logement...) mais il y participe et devrait les diminuer ou au moins ne pas les aggraver. La part attribuable du système de soins à ces inégalités de santé et de recours aux soins est aujourd'hui établie. L'absence de réelle coordination ville / hôpital participe à maintenir ces écarts de prise en charge.

Les défis à relever sont nombreux :

Tout d'abord celui du **vieillissement de la population avec l'accroissement des maladies chroniques** et la nécessité de suivis à long terme, nécessitant une coordination des professionnels de santé. Les patients âgés doivent pouvoir bénéficier d'un continuum de prise en charge, au fur et à mesure de la gradation des soins requis.

Mais **le défi de la prévention est également majeur** ; Il faut agir en amont des facteurs de morbidité à l'origine des maladies.

Enfin il est primordial **d'intégrer tous les patients et usagers** dans des pratiques de santé communautaires, et les inclure dans les débats de la démocratie sanitaire.

L'organisation de la lutte contre les déserts médicaux sera un élément indispensable de la lutte contre les inégalités socio-territoriales de santé.

Pour rappel, le **Collectif Inter Hôpitaux (CIH)**, né en automne dernier, a pour vocation d'alerter sur l'urgence de doter l'hôpital public des moyens nécessaires pour fonctionner.

Ce collectif national non syndical regroupe **tous les personnels hospitaliers** (médicaux, non médicaux, administratifs, techniques, etc..) **et les usagers**.

Le CIH demande des mesures fortes pour « Sauver l'hôpital public » :

- **Arrêt des plans d'économie** et de l'appauvrissement de l'hôpital,
- **Revalorisation des rémunérations** des hospitaliers, pour des salaires équivalents à ceux de nos voisins européens,
- **Adaptation des lits et des effectifs aux besoins de santé dans chaque territoire**, à la demande de soins, aux missions de service public de santé, et pour ne plus fonctionner en flux tendu de façon permanente,
- **Refonte des modes de décision** du financement à tous les échelons (de l'Assurance Maladie jusqu'au niveau de recours aux soins), en y associant professionnels de santé et usagers, avec notamment un **changement de la gouvernance** de l'hôpital pour une direction équilibrée associant personnel médical et non médical, administratifs et usagers.

Le CIH s'attachera principalement, au sein de ce groupe de travail, à être force de proposition en ce qui concerne le service Public Hospitalier et sa coordination avec les autres acteurs de santé, au sein du « maillage » de son territoire.

Le projet territorial de santé doit répondre au principe de graduations des soins :

- **1^{er} recours** : acteurs médico sociaux à domicile - médecine générale et soins primaires de proximité (pharmaciens, IDE, kinésithérapeute...), ville/hôpital de référence
- **2^e recours** : médecine spécialisée ambulatoire, ville/ hôpital de référence
- **3^e recours** : médecine spécialisée hospitalière non ambulatoire et si besoin recours aux CH de référence de surspécialisation

Points forts

- **L'accès universel aux soins de qualité** sur tout le territoire, **aux tarifs remboursés par la sécurité sociale (SS)** est un des objectifs à atteindre. Il faut définir un **large panier de prévention, de soins et de services remboursé à 100%** par la SS. Il faut dé-rembourser les traitements coûteux et inutiles, ou dits « de confort » ou « alternatifs ».
- L'accès aux soins pour tous suppose une **programmation sanitaire reposant sur l'évaluation des besoins nationaux/régionaux et organisant la complémentarité équitable** (et non la concurrence) avec le secteur libéral et les établissements offrant une prise en charge par la SS.
- **Tous les assurés doivent avoir un médecin traitant pour réaliser les soins courants** et assurer leur **pilotage dans le système de santé. Trinôme médecin-pharmacien-IDE** pour les maladies chroniques ou patients poly pathologiques.
- Revalorisation du **secteur 1** et **mise en extinction progressive du secteur 2 en ville comme à l'hôpital (cf : pilier 2)**. Développement pour les maladies chroniques, d'une dotation populationnelle, fonction du nombre de patients suivis ou par capitation. Intégration des missions de coordination, dépistage, prévention et éducation thérapeutique dans les rémunérations.
- **Développement des consultations par des infirmiers de pratiques avancées et des infirmiers cliniciens, en ville comme à l'hôpital.**
- Développement des **maisons de santé pluri professionnelles libérales et centres de santé salariés, qui doivent avoir un même « cahier des charges ».**
- Il est nécessaire de redéfinir la continuité et le **partage obligatoire de la permanence des soins par tous les acteurs de santé du territoire** (secteur public et le secteur privé/libéral).
- Les **hôpitaux publics doivent participer à la lutte contre les déserts médicaux** (temps de travail partagé ville/hôpital – télémédecine – consultations avancées – formation d'IDE en pratique avancée et IDE de coordination et parcours de soins).
- **Création d'équipe médicale et paramédicale de santé publique dans chaque hôpital**, responsable de la relation avec les professionnels du territoire et **création d'un assistanat « ville-hôpital »**
- **Ouverture de lits en SSR et régulation de son accès et de sa durée de séjour.**
- **Refondation des agences régionales de santé (ARS)**, qui doivent assurer leur mission de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.
- **Les spécialités médico-psycho-sociales doivent mieux se coordonner.** Ces soins souvent complexes ne doivent pas être du ressort majoritaire de l'hôpital public, mais équitablement partagés entre tous les acteurs de santé du territoire.
- Le **secteur médicosocial, la psychiatrie et la situation de l'Outre-mer nécessite un traitement particulier** pour renforcer la réponse aux besoins

PLAN :

MEDECINE DE 1er RECOURS : médecine générale de proximité, ville/ centres hospitaliers de référence

- A- La médecine de proximité et les soins primaires**
- B- Maisons et centres de santé**

PLACE DE L'HOPITAL PUBLIC AU SEIN DU MAILLAGE TERRITORIAL

- A- Rôle sur le territoire et permanence des soins**
- B- Gouvernance des hôpitaux publics en lien avec le territoire**
- C- Les centres hospitaliers de référence**
- D- Lutte contre les déserts médicaux et coordination Ville/Hôpital**

SITUATION DES TERRITOIRES D'OUTRE-MER

SECTEUR MEDICO SOCIAL

PLACE PARTICULIÈRE POUR LA PSYCHIATRIE

MEDECINE DE 1^{er} RECOURS :

Médecine générale de proximité, ville/ centres hospitalier de référence

La **baisse du nombre de médecins en ville**, en particulier pour les spécialistes en médecine générale, concomitante à une augmentation des besoins de soins (vieillesse de la population et augmentation des maladies chroniques) contribue aux difficultés actuelles de l'hôpital public.

La **crise de l'hôpital public a pour partie son origine dans la déstructuration de la médecine dite de proximité** (médecins généralistes et spécialistes majoritairement libéraux).

La disparition de la permanence des soins dans de nombreux territoires amène la population à s'orienter vers les urgences hospitalières. Ainsi les **patients sont de plus en plus nombreux à reporter leur demande de soins vers les urgences** parce qu'ils n'ont plus accès pour des raisons géographiques (déserts médicaux) ou financières (dépassements d'honoraires, absence de tiers payant intégral, absence de complémentaire santé, reste à charge), aux soins de proximité.

Pour ces raisons, le CIH propose des pistes afin **d'améliorer l'accès aux soins de proximité pour éviter le report vers l'hôpital public lequel ne bénéficie pas de l'organisation ni des dotations suffisantes pour prendre en charge la plupart de ces demandes de soins.**

Par ailleurs, le paiement à l'acte, étendu à l'hôpital, est source d'effets pervers. Le mode de financement des activités de médecine de proximité doit également être repensé avec ses acteurs.

L'organisation de l'offre de soins actuelles en silo (médecine de ville -hôpital – médicosocial – prévention) doit être **décloisonnée avec des fonctionnements et financements « intégrés » propices au travail en équipe.**

A- La médecine de proximité et les soins primaires

Tous les assurés doivent avoir un médecin traitant **pour réaliser les soins courants** et assurer leur **pilotage dans le système de santé.**

Le patient atteint de maladie chronique complexe ou poly pathologique doit avoir un médecin traitant pour les soins courant et le pilotage, mais aussi des médecins spécialistes référents. Le Médecin traitant reste le coordinateur de ce projet de soins, au sein d'un **trinôme médecin - pharmacien – IDE (dont IDE de pratique avancée)**. Le suivi des patients atteints de maladies chroniques fréquentes, doit être organisé en fonction de la démographie médicale et paramédicale du territoire, et confié aux médecins généralistes et pharmaciens, ou aux infirmiers de pratique avancée dont il faut accélérer le déploiement.

Ce recours direct aux auxiliaires médicaux doit pouvoir s'ouvrir également à d'autres professionnels (kinésithérapeutes, orthoptistes, pédicure podologue, psychologue ...), en lien avec les médecins référents.

Ce suivi doit inclure l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage, impliquant souvent un soutien psychologique et nécessitant une aide sociale. Il suppose un **travail en équipe pluri professionnelle avec :**

- **Un dossier médical partagé**
- **Des discussions collectives de dossiers complexes**
- **Le suivi de formation commune**

- **La mise en place de protocole d'évaluation des pratiques et de recherche clinique et épidémiologiques**

Cette première ligne doit être en lien avec les médecins spécialistes de 2^e recours en ville ou à l'hôpital, voir avec les équipes hospitalières référentes de 3^e recours.

Concernant, les modalités de rémunération en libéral, 2 secteurs peuvent être proposés et deux modalités de rémunérations :

- Rémunérations à l'acte
 - Un **secteur 1 revalorisé** (financement correct de la médecine préventive – revalorisation des financements au forfait des pathologies chroniques et des patients les plus socialement vulnérables – financement de la rédaction ou formulaires/dossiers visant à obtenir des droits aux patients)
 - Un **secteur 3 non conventionné**
- Avec une **extinction progressive du secteur 2**. La réévaluation des actes sous cotés en secteur 1, permettra la disparition des dépassements en secteur 2.

Les modalités de rémunérations des médecins assurant le suivi des patients atteints de maladies chroniques, devraient pouvoir être sous la forme d'une dotation populationnelle, fonction du nombre de patient suivis ou par capitation (dotation annuelle par patient avec des niveaux de gravité simples, liés à l'âge et aux déterminants socioéconomiques), avec un cahier des charges à respecter selon les pathologies.

Il s'agit donc de **revaloriser la rémunération des soins de 1^{er} recours pour tous les professionnels y participant**. Des primes d'attractivité dans les territoires en difficulté démographique pourront être développées.

Les missions de **dépistage, prévention et éducation thérapeutique** doivent être développées, et incluses dans les rémunérations.

La gestion par des **communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS)** doit se faire en lien avec les usagers et les élus, indépendamment des mutuelles ou assurances privées. Les CPTS doivent se déployer sur tout le territoire.

B- Maisons et centres de santé

Il s'agira de développer des **maisons de santé pluri professionnelles libérales et centres de santé salariés**, pour répondre aux besoins de la population, satisfaire les aspirations des professionnels à travailler en groupe et avec différents professionnels de santé ou du secteur médico-social. Cette activité d'équipe permet la mise en œuvre de politiques territoriales de santé.

Ces nouvelles structures **doivent avoir un même « cahier des charges »**. En cas de rémunération à l'acte, la prise en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire, la pratique du tiers payant et l'absence de dépassement doit en être la règle pour éviter les renoncements aux soins, actuellement évalués à 30% dans les populations les plus socialement vulnérables. L'activité de ces structures de soins primaires doit répondre aux besoins de leur patientèle, mais également aux besoins de la population de leur territoire, assurant notamment des missions de prévention et de promotion de la santé. Elles doivent également assurer la **permanence des soins** pour désengorger les urgences.

Elles doivent être **un lieu de formation** des professionnels de santé, ainsi qu'un **lieu de recherche** en santé primaire.

Ces maisons/centres intégreront rapidement des infirmiers de pratique avancée, en sus d'infirmiers libéraux, et développeront les coopérations et transferts de compétence sur la base de protocoles entre les médecins généralistes et les IDE. Les consultations infirmières pourront permettre une plus grande fluidité, avec des consultations non programmées ou des consultations de suivi de pathologies chroniques.

En cas de besoins, les praticiens hospitaliers des hôpitaux pourraient y proposer des consultations spécialisées comme cela est déjà proposé dans certaines structures¹

Ces structures seront motrices dans le développement de la télémédecine, ainsi que des nouveaux métiers en santé.

Le fonctionnement de ces structures doit être pérenne et financé par la sécurité sociale.

¹Cf mise à disposition de temps médical et paramédical dans des centres de santé en ile de France

PLACE DE L'HOPITAL PUBLIC AU SEIN DU MAILLAGE TERRITORIAL

A- Rôle sur le territoire et permanence des soins

L'hôpital public souffre depuis plus de 10 ans d'un sous financement qui a participé à sa désorganisation, entraînant une fuite de ses personnels et finalement une baisse d'« efficience » et produisant un cercle vicieux destructeur.

Il conviendra, pour que l'hôpital public soit à même de bien mener ses missions, de lui donner des moyens suffisants sanctuarisés, et d'adapter le nombre de personnels soignants formés et le nombre de lits aux besoins de santé et aux missions de service public de santé.

L'hôpital doit s'ouvrir sur son environnement, faire davantage de place à la santé publique en tant que discipline carrefour, donner un rôle plus grand aux patients dans leurs prise en charge.

Les hôpitaux publics participent à tous les soins du 1^{er} au 3^e recours, et contribuent à leur coordination au sein du maillage territorial.

Le projet médical de l'hôpital doit s'inscrire dans un **projet territorial de santé concrétisé par des partenariats** passés avec les différents établissements et acteurs intervenant sur le territoire.

L'hôpital public accueille tous les patients à la différence des structures privées qui peuvent choisir leurs activités. Ses missions d'accueil diffèrent de l'exercice privé lucratif. Il faut veiller à l'absence de distorsion injustifiée entre les rémunérations des professionnels, à compétence identique et à travail égal, et s'orienter **vers une convergence des rémunérations**. Il faut mettre fin au « mercato » entre les établissements pour l'embauche des médecins et des paramédicaux spécialisés, dits « rentables »).

Les établissements de santé de proximité, qu'ils soient privés non lucratifs ou publics, doivent avoir le même cahier des charges. La permanence des soins doit être partagée équitablement entre tous les acteurs de santé du territoire. Il faut une revalorisation de la rémunération pour participation à cette permanence.

La disparition du ticket modérateur en soins primaires et la pratique du tiers payant en soins primaires permettra à l'hôpital de remplir sa mission : prise en charge des urgences adressées par la médecine de ville, prise en charge des patients poly pathologiques, complexes en phase de crise ou de décompensation.

Les usagers ne doivent pas en supporter les frais si l'hôpital public n'assure pas l'ensemble des missions de santé. Aucun surcoût ne peut être justifié dans un système de santé assurant l'égalité et l'universalité de l'accès aux soins dans les structures publiques et privées non lucratives.

B- Gouvernance des hôpitaux publics en lien avec le territoire

Les besoins de santé doivent être recensés sur le territoire, en intégrant une dimension écologique à tout projet.

S'inscrivant dans une vision à long terme, la gestion des hôpitaux publics doit rompre avec la recherche de l'équilibre des comptes, laisser place aux investissements nécessaires et contribuer à une politique de prévention des risques sanitaires.

Cette gouvernance suppose une **planification sanitaire nationale et régionale**. Il faut évaluer pour chaque territoire les besoins des populations et pour y répondre, organiser la coordination avec la médecine de ville, et la complémentarité entre les hôpitaux publics et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC).

Les **restructurations/regroupements des établissements publics doivent répondre à des règles transparentes** prenant en comptes **les besoins de la population en priorité**. Il conviendra de faire un bilan de la **cohérence des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT)** du point de vue de l'amélioration de la coordination des soins d'une part, et d'autre part de l'empilement des strates administratives produisant une gouvernance complexifiée. Ces **regroupements ne doivent pas avoir pour finalité première la réduction des moyens, mais bien le projet de santé répondant à des objectifs de pertinence de soins**.

Il faut privilégier les filières de soins plutôt que les regroupements d'établissements non dictés par des besoins en soins. Les structures de soins ne doivent pas être définies par leur appartenance disciplinaire mais par leur fonctionnalité pour les patients. Il faut réaffirmer **la responsabilité d'une équipe pluridisciplinaire** au sein d'un territoire, en renforçant les liens entre professionnels (y compris avec ceux des autres champs de la santé: secteurs médicosocial et social, élus locaux et les collectifs d'usagers).

Les centres hospitaliers doivent garder une relative autonomie au sein du GHT. La mutualisation des fonctions supports (achats – cuisine interne – lingerie - logiciel informatique...) doit être un processus partagé et validé entre les principaux acteurs/utilisateurs des établissements (personnels – usagers – collectivité..). **La recherche de la rentabilité ou d'économies ne doit pas être l'unique raison guidant la mutualisation des moyens**, mais bien l'intérêt du patient et de la collectivité dans une perspective écologique et à long terme.

Les projets actuels se soldant par une **diminution du nombre de lits d'hospitalisation doivent être rediscutés**, dans l'optique de la réévaluation des besoins du territoire de santé et d'une adaptabilité du système de santé aux crises. La fiche 2 - 5 du recueil de fiches pratiques sur l'efficacité hospitalière élaboré par la direction générale de l'offre de soins, définit comme valeurs cibles nationales des taux d'occupation de 95 % en médecine et chirurgie et 85 % en obstétrique. Ce taux d'occupation exigé est contre-productif pour des structures de soins ayant une activité non programmée tel que les centres hospitaliers. Les fluctuations d'activité inhérentes au « non programmé » exigent un taux d'occupation maximal de 80% pour éviter les situations de saturations des lits. Le manque de lit inhérent à ces objectifs conduit à des hospitalisation de patients dans des services non spécialisés dans la prise en charge de la pathologie présentée par le patient, ce qui constitue une perte de chance pour le patient, alourdi au final le cout des prises en charge avec des délais de séjours allongés et participe au découragement des soignants médicaux et paramédicaux contraints à des prises en charge dont la qualité n'est pas celle attendue. Il conviendra de réviser cette fiche pratique.

L'ouverture de lits de SSR, avec une régulation de l'accès/durée de séjour au SSR est à instituer, pour développer l'aval du MCO. Le besoin en lits de MCO sera plus faible si l'aval est plus développé (SSR acceptant les patients lourds, USLD...). La prise en charge sociale à l'hôpital doit être renforcée, car c'est un facteur allongeant les durées de séjours.

La **priorité de l'ARS sera la santé publique, la veille sanitaire et l'organisation de l'offre de soins** pour renforcer l'accès universel aux soins sur le territoire. Les ARS doivent appliquer le programme de santé national voté au début du quinquennat avec les moyens alloués mais aussi le projet régional de santé.

L'autonomie de l'échelon régional doit être favorisée en renforçant la décentralisation. Le directeur de l'ARS doit être autonome mais aussi rendre des comptes au président du conseil régional. Il a un

rôle dans le rééquilibrage territorial en favorisant la complémentarité. Le Directeur général de l'ARS dans sa mission de contrôle, répond devant le ministère de l'application de la réglementation sanitaire. Pour sa mission de gestion, il travaille en nécessaire collaboration avec le président du conseil régional. L'ARS doit soumettre son programme annuel régional au débat et au vote indicatif de la conférence régionale de santé et de l'autonomie, ainsi qu'au conseil régional, avant son adoption définitive.

Le fonctionnement des ARS doit être **transparent** sur l'utilisation des financements avec un allègement des procédures pour les rendre réactives. Nous proposons une réduction de la lourdeur bureaucratique, ainsi qu'un allègement de ce millefeuille administratif avec fusions/simplification des différentes agences sanitaires. Tout projet de restructuration élaboré par les ARS doit préalablement être soumis aux collectivités territoriales concernées.

C- Les centres hospitaliers de référence

L'attractivité du personnel médical et paramédical du secteur public doit être une priorité. En effet, les hôpitaux publics ont dû faire face à une vague de départs non remplacés de praticiens hospitaliers et d'infirmiers ces dernières années, entraînant une nette dégradation des conditions et rythmes de travail pour ceux qui restent. La permanence des soins dans de nombreuses spécialités est menacée, notamment la pédiatrie/maternité, la radiologie, l'anesthésie-réanimation, la psychiatrie, la cardiologie....

Les centres hospitaliers (CH) dits périphériques, pour garantir une qualité des soins pour tous et en particulier de nos aînés, ne doivent pas se voir départir de nombreuses de leurs spécialités médicales et chirurgicales de premier recours au profit de grand centre ou structure de proximité privée, et au détriment de la population. **Le maintien des spécialités** est aussi un motif d'attractivité et de fidélisation des personnels dans une perspective d'émulation professionnelle, de coopération aux soins mais aussi de participation à la formation des étudiants en santé et des personnels médicaux. L'embauche de **personnels médicaux diplômés à l'étranger** a permis le maintien de certaines activités et spécialités. Ces personnels, **doivent pouvoir être rémunérés de façon équivalente à leurs confrères pour les mêmes activités**, ainsi que pouvoir obtenir du temps dédié supplémentaire pour continuer leur formation avec du compagnonnage.

A noter, que les effectifs d'internes sur les centres hospitaliers périphériques sont de plus en plus faibles. La permanence des soins repose sur des médecins thésés. Le manque de médecins et donc de compagnonnage des étudiants, le parc immobilier vétuste voir insalubre de nombreux hôpitaux, le faible effectif d'internes conduisant à un nombre de gardes mensuelles élevées... constituent un frein à la venue de nouveaux médecins. Ces CH doivent pouvoir accueillir de façon pérenne les internes, qui doivent être répartis de façon équitable entre les structures de santé du territoire. **Les besoins de lits, de personnels, d'internes et de spécialistes doivent être définis conjointement entre CHU et CH, selon les besoins populationnels. Les temps partagés médicaux et non médicaux doivent être développés entre établissements.** Il faut aussi pouvoir introduire rapidement des équipes d'infirmières de pratiques avancées et cliniciennes pour recentrer le temps médical sur ses objectifs.

Les étudiants en santé doivent être formés en nombre suffisant pour assurer les besoins de la population et se préparer au défi de la longévité et des patients âgés. La formation de ces jeunes professionnels doit se faire au plus près du territoire. Tous les internes qui le souhaitent doivent pouvoir accéder à **un assistantat à temps partagé CHU/CH (60% / 40% ou 50%/50%)**, sans limitation du nombre de poste, avec engagement sur le poste au moins 1 an avant (trop de candidats quittent une région en difficulté faute de visibilité sur leurs assistantats). Le post-internat stabilise les praticiens dans les régions en difficulté démographique.

Les créations de poste d'assistantat « ville-hôpital » doivent permettre aux jeunes médecins généralistes de garder une place à l'hôpital et une place en ville et ainsi commencer à amorcer de manière pérenne et structurée une meilleure collaboration ville/hôpital. Enfin, il faut arrêter de penser que la médecine générale est en ville et n'a pas sa place à l'hôpital. L'objectif est bien de sensibiliser l'ensemble des étudiants de médecine à une vision globale du patient et non uniquement par une seule « lorgnette de spécialité », y compris à l'hôpital.

De plus, les centres hospitaliers périphériques accueillent très majoritairement (versus les autres structures MCO) les personnes âgées poly pathologique. Ces soins devront être valorisés et financés par une dotation populationnelle à la hauteur des enjeux du vieillissement de la population et de la lutte contre l'âgisme. Les personnels soignants de toutes spécialités dans ces établissements doivent être moteur dans l'accompagnement et le soin du grand âge, avec des formations et dotations.

Un socle commun de formation à la "médecine polyvalente hospitalière" pour toutes les spécialités est nécessaire. Il faut éviter de morceler les prises en charge des patients à l'hôpital, et faciliter la coordination au sein de l'hôpital et avec les acteurs du domicile ou de la ville. Ainsi la permanence médicale des soins ne reposera pas exclusivement sur les médecins généralistes/polyvalents, et elle pourra rester attractive pour les médecins dits "spécialistes" ainsi formés. (Création d'une formation spécialisée transversale (FST) en médecine polyvalente, révision des maquettes de DES afin que le socle de médecine polyvalente soit renforcé.)

Le parc hospitalier doit bénéficier de rénovation/reconstruction au même titre que les hôpitaux de grande ville/CHU ou dit "pôle d'excellence".

Les CH doivent garder un lien privilégié avec les CHU, notamment pour la formation, les suivis conjoints de patients et l'harmonisation des pratiques. Les postes partagés de soignants entre CH/CHU/Structure de ville (médecins – IDE en pratique avancée....) doivent être encouragés.

D - Lutte contre les déserts médicaux et Coordination Ville/Hôpital

Les hôpitaux publics doivent participer à la lutte contre les déserts médicaux

- **Par des consultations avancées (réalisées régulièrement au sein de structures médicales de proximité par des médecins spécialisés hospitaliers s'y déplaçant)**
- **Par la formation d'infirmiers cliniciens expérimentés ayant des compétences précises et limitées en matière diagnostique et thérapeutique, travaillant en lien avec une structure de santé**
- **Par des liens préférentiels avec les professionnels qui travaillent dans ses structures médicales de proximité**
- **Par le développement de la télémédecine (téléconsultation, téléexpertise, télésuivi). La Télémédecine peut se développer dans les zones sous dotées, mais ne peut remplacer le déplacement indispensable des professionnels.**
- **Par une politique d'attractivité financière et sur les conditions de travail, des jeunes médecins au sein du service public hospitalier, avec des temps de travail partagés CHU/CH/structure de proximité.**

Dans chaque hôpital, une équipe médicale et paramédicale avec des compétences en santé publique devrait être responsable de la **qualité des soins et des relations avec les professionnels du territoire.** Cette politique doit être élaborée et mise en œuvre avec l'ensemble des équipes hospitalières, répondre aux besoins de santé publique et elle doit inclure des représentants des patients.

Il faut obtenir la nécessaire coordination entre la médecine de proximité participant à la permanence de soins, avec les soins de 2ème recours, les centres hospitaliers de référence, les SSR du territoire et les établissements médico-sociaux, grâce à la mise en place de réseaux ville/hôpital, notamment pour les patients avec pathologie chronique ou de grands syndromes gériatriques.

Pour cela il faut développer ou avancer la mise en œuvre :

- ⇒ **D’outils informatiques adaptés et utilisables par la ville comme l’hôpital**
- ⇒ **Un dossier médical partagé.**
- ⇒ **Des nouveaux métiers (assistants médicaux – infirmière de pratique avancée, coordonnateurs de soins après hospitalisation avec les soignants référents en ville)**
- ⇒ **Des exercices professionnels partagés entre la ville et l’hôpital**
- ⇒ **Développement des CPTS pour une meilleure coordination des soins entre la ville et l’hôpital, entre les différents acteurs medico sociaux, entre les différents acteurs du soin sur un territoire**

La coordination des services sociaux avec notamment la psychiatrie, pédiatrie et gériatrie, doit être renforcée. Les soins à l’hôpital en gériatrie, pédiatrie, psychiatrie, addictologie, nutrition... n’ont de sens, sans la prise en charge sociale. Le décroisement entre le sanitaire et le médico-social est une priorité.

- Enjeu majeur du maintien à domicile des personnes dépendantes qui le souhaitent, âgées ou non.
- Réorganisation de la médecine de l’enfance dans un service unifié intégrant les services sociaux de l’enfance et la pédopsychiatrie
- Dépistage de la vulnérabilité sociale en ville comme à l’hôpital.

SITUATION DES TERRITOIRES D’OUTRE-MER

Les territoires des Outre-mer ont des spécificités communes : éloignement de la métropole, insularité, surcoûts, monopoles économiques, fréquence des maladies infectieuses émergentes essentiellement liées aux arboviroses s’accompagnant de crises sanitaires fréquentes (chikungunya, dengue), vulnérabilité aux pandémies, absence de recours médicaux extra géographiques, risques naturels géographiques (cyclones...), population aux conditions socio-économiques précaires, prévalence des facteurs de risques cardiovasculaires plus élevée et espérance de vie diminuée par rapport à la métropole.

- Les territoires d’Outre-mer subissent un retard structurel en offre de soins qui doit faire l’objet d’une évaluation précise spécifique par territoire, d’un projet de mise à niveau de l’offre de soin, assorti d’un budget spécifique.
- Le taux de prise en charge ambulatoire doit être en adéquation avec les particularités des Outre-Mer : prévalence plus élevée de comorbidité, niveau socioéducatif moins élevé, accès limité aux transports, enclavements géographiques avec durée trop longue de transport.
- Le nombre de lits dans les établissements de santé doit tenir compte de l’absence de recours extra géographique en offre hospitalière, de la fréquence des crises sanitaires liées aux arboviroses et de la vulnérabilité insulaire liée aux épidémies, outre le taux éligible à une prise en charge ambulatoire moindre qu’en métropole.
- Les restructurations hospitalières doivent veiller à garder des services de proximité et éviter les mutualisations excessives médico-techniques qui pénalisent le fonctionnement de chaque hôpital isolé lors des aléas climatiques (cyclones, radiers submergés en fortes pluies, condamnant les communications entre établissements).

SECTEUR MEDICO SOCIAL

L'ouverture de plages d'hébergement en structures médicosociales et autres lieux de vie adaptés (foyers de postcure, foyers d'accueil médicalisé, appartements thérapeutiques et sociaux, maisons communautaires avec maintien de l'ouverture vers la cité) est un objectif majeur pour éviter les séjours coûteux au sein de services hospitaliers inadaptés.

L'Aide Médicale d'Etat doit être intégrée au régime général de la Sécurité Sociale (enjeu de santé publique – économie de gestions – prévention des surcoûts liés au retard de soins - accès à une carte vitale - lutte contre les refus de soins)

PLACE PARTICULIÈRE POUR LA PSYCHIATRIE

Des projets territoriaux de santé mentale doivent être élaborés pour combler les défaillances de l'accès aux soins et de la réinsertion psychosociale, avec un pilotage opérationnel appuyé sur des Conseils locaux de santé mentale ayant des missions et des moyens de fonctionnement clairement établis.

L'organisation des soins en secteurs doit assurer la triple activité de prévention, de suivi et de postcure afin de permettre la cohérence et la continuité des parcours entre le premier recours généraliste et les urgences, les soins spécialisés et les actions de réinsertion sociale.

- Nécessité de plans territoriaux de santé mentale avec des budgets augmentés très significativement en termes de prévention et suivi, médical et médico-social.
- Majoration des places en hébergement de vie adapté.
- Vraie coordination sur un territoire sous la responsabilité d'une équipe en lien avec usagers et élus du territoire.
- Augmentation des étudiants en médecine formés en psychiatrie, pédopsychiatrie et en addictologie.

L'enjeu de la refondation du système de santé est majeur. L'universalité et l'égalité d'accès aux soins est un pilier républicain. La santé publique doit être le socle de l'organisation. Elle doit permettre d'agir résolument pour développer les politiques de prévention et de réductions des inégalités sociales et territoriales de santé. La réponse à ces défis passe par l'implication de tous les acteurs de santé dans les territoires du développement des politiques de prévention jusqu'à la participation à la permanence des soins.