

Remettre le patient au cœur du système de santé

Respectable Loge, Triple Union, Orient de Dinan, Région 9

Mots-clefs : Déserts médicaux, Attractivité, Planification, Financement, Liberté d'installation, Télémedecine, Parcours de soin

Problématique

Premier constat : Le développement des déserts médicaux

Le numerus clausus a eu pour conséquence une diminution de l'offre de soins, qui, mise en perspective de la liberté d'installation, a créé de façon mathématique des déserts médicaux là où les conditions d'exercice ou tout simplement de vie sont considérées comme dégradées. C'est ainsi que l'on constate un net déséquilibre entre le nord et le sud de la France, entre les villes universitaires et les zones rurales ou périurbaines.

Ceci témoigne d'une démission des pouvoirs publics vis à vis de l'égalité d'accès aux soins de santé, au point de laisser des pans entiers du territoire dans l'impossibilité d'obtenir une réponse médicale dans des délais raisonnables.

Second constat : Une perte d'attractivité des professions soignantes :

Si de manière générale au sein de nos sociétés ultralibérales on fait l'amer constat d'une valorisation insuffisante du travail, c'est particulièrement vrai pour les professions infirmières et aides-soignantes dont le pouvoir d'achat n'a cessé de diminuer depuis 20 ans. Un salaire infirmier ne permet désormais tout simplement plus de se loger dans certaines grandes villes, Paris en tête. Il est temps de corriger le tir sauf à accepter que l'on ferme des lits, voire des services, non pas cette fois par mesure d'économie, mais faute de pouvoir recruter.

Troisième constat : Les limites des plateformes téléphoniques, de la télémedecine, des dispositifs de RV par internet.

La crise du COVID a eu parfois pour conséquence une saturation des standards téléphoniques du 15, au risque de retarder le déclenchement des secours pour des urgences vitales.

Certains patients se disent livrés à eux même et se perdent dans le dédale des rendez vous auprès de certains spécialistes.

Il est devenu désormais parfois impossible de joindre un praticien, même pour les professionnels de santé eux-mêmes.

Quatrième constat : Une marchandisation du soin :

La tarification à l'activité (T2A) a entraîné la paupérisation de l'hôpital par ses effets pervers. L'« hôpital-entreprise » est désormais condamné à produire toujours plus d'actes, actes eux-mêmes de moins en moins bien rémunérés dans la mesure où l'enveloppe nationale votée au parlement (l'ONDAM) est contrainte.

Le secteur privé au sein de l'hôpital, véritable hérésie, source d'inégalité dans un espace public où chacun, quel que soit son statut social, doit bénéficier de la même qualité de prise en charge.

Les dépassements d'honoraires dans le secteur privé se passent de commentaires.

Cinquième constat : L'attitude discutable du corps médical :

Dans son implication dans le domaine de la permanence des soins qu'elle a abandonné peu à peu depuis 2002, la faisant reposer sur un volontariat qui ne pouvait à terme que s'épuiser.

Dans le refus de revenir sur le tabou de la liberté d'installation des médecins comme vu précédemment.

Sixième constat : La situation calamiteuse de la santé au travail

Les solutions entrevues

Chapitre 1 : Un retour de l'état et de la planification avec :

Préconisation 1 : Une définition au niveau national de la politique de santé publique intégrant une politique de santé au travail digne de ce nom et une délégation au niveau régional de la mise en œuvre de cette politique :

Préconisation 2 : Répartition, dimensionnement et définition claire des missions et activités confiées aux établissements de santé publics et privés au sein des territoires de santé existants, intégrant les obligations de coopération public-privé, là où elles s'avèrent indispensables.

Préconisation 3 : Définition de secteurs de santé primaires géographiquement identifiés, regroupant plusieurs communes avec création dans chacun de ces secteurs, d'une maison de santé regroupant les professionnels de santé médicaux et paramédicaux, à l'image des initiatives déjà initiées dans certaines zones géographiques.

Préconisation 4 : Diversification des modes d'activités et de rémunération permettant au sein de ces structures un exercice libéral ou salarié selon les préférences des praticiens.

Chapitre 2 concernant les médecins :

Préconisation 5 : La remise en cause de la liberté d'installation des médecins, au moins à la phase initiale de la carrière, et ce d'autant plus que les études de médecine sont à la charge de l'état et qu'il semble logique d'exiger en retour un engagement des jeunes diplômés à exercer là où les effectifs des professionnels de santé sont en deçà de la moyenne nationale.

Préconisation 6 : Le retour d'une participation obligatoire de tout médecin à la permanence des soins, en médecine ambulatoire comme en établissement de santé public ou privé.

Chapitre 3 concernant le financement des établissements de soin :

Préconisation 7 : L'abandon du tout T2A, à la fois consumériste et source d'appauvrissement des structures de soins.

Préconisation 8 : Attribution d'une plus grande place aux professionnels de santé soignants dans les processus de décision et de gouvernance et coup d'arrêt à l'inflation des postes administratifs au sein des hôpitaux.

Chapitre 4 concernant l'attractivité des professions soignantes :

Préconisation 9 : Une revalorisation des rémunérations des personnels soignants afin de rendre leur attractivité à ces carrières professionnelles essentielles qui, elles, ne peuvent être délocalisées.

Chapitre 5 concernant les plateformes téléphoniques d'appel, la télémédecine, les secrétariats :

Préconisation 10 : Des modalités de sollicitation des plateformes téléphoniques d'appel qui permettent de préserver un décroché et une réponse rapide à toute demande relevant de l'urgence médicale (la saturation du 15 durant la crise de la COVID 19 est à ce titre inquiétante) orientant l'appelant vers la filière permanence des soins pour tout autre motif d'appel. Ce dispositif est d'ores et déjà celui qui est privilégié mais il mérite d'être mieux doté et structuré

Préconisation 11 : Le développement de la télémédecine dans le suivi des patients chroniques s'appuyant notamment sur les diplômés récemment créés d'infirmiers de pratique avancée (IPA).

Préconisation 12 : Une réflexion sur les secrétariats médicaux doit également être menée afin que : tout praticien puisse être joint directement par un patient ou un autre professionnel de santé en cas d'urgence aux heures ouvrables.

que les patients ne soient pas livrés à eux même dans le dédale des rendez- vous d'un parcours de soin qui se révèle parfois extrêmement complexe.

L'état doit planifier l'organisation des soins dans un souci d'égalité d'accès pour tous les français, quitte à remettre en cause la liberté d'installation des jeunes médecins au début de leur carrière. Il doit favoriser la diversification des modes d'exercice et de rémunération des médecins de soins primaires au sein de maisons de santé réparties sur tout le territoire, repenser la permanence des soins, développer l'attractivité des métiers du soin en libéral comme en établissement public ou privé par une juste valorisation du travail, abandonner la tarification à l'activité dans les hôpitaux, et remettre le patient au centre d'un système de santé pensé et organisé pour lui, et autour de lui.