

LA FRANCE

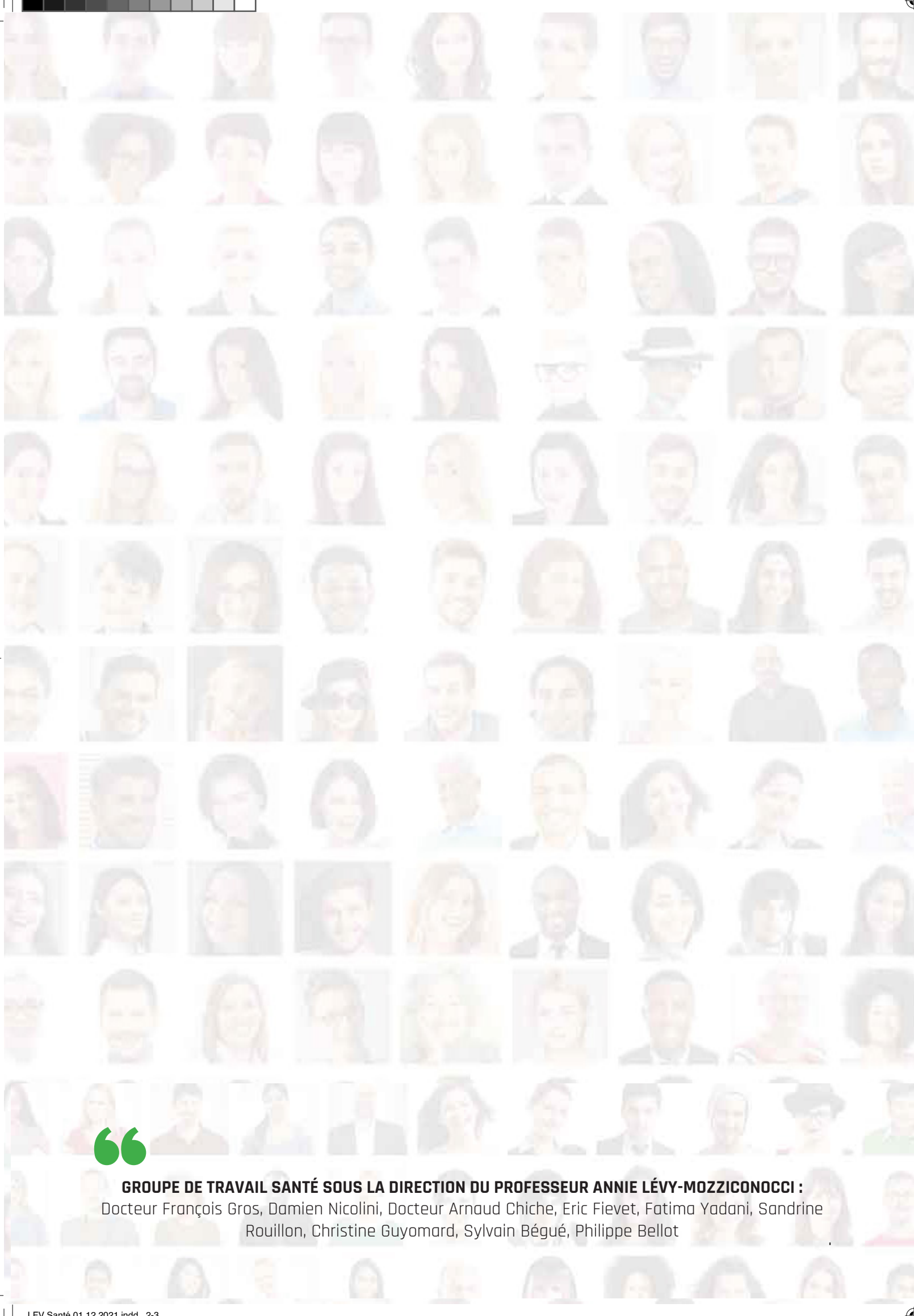
**VRAIMENT !**

LE MINISTÈRE DES CITOYENS !

# OFFRE DE SOIN ET TERRITOIRES : LES HUSSARDS DE LA SANTÉ

RAPPORT- SUITES DONNÉES À LA CONCERTATION LANCÉE  
PAR LE MOUVEMENT LAFRANCEVRAIMENT !

**DOCUMENT PROVISOIRE**



## SOMMAIRE

---

**I.** Les nouveaux défis  
du système de sante

**II.** Verbatim

**III.** Les pistes d'amélioration/  
les solutions citoyennes

- A. Pour la medecine de ville
- B. Pour l'hôpital



**GRUPE DE TRAVAIL SANTÉ SOUS LA DIRECTION DU PROFESSEUR ANNIE LÉVY-MOZZICONOCCI :**  
Docteur François Gros, Damien Nicolini, Docteur Arnaud Chiche, Eric Fievet, Fatima Yadani, Sandrine Rouillon, Christine Guyomard, Sylvain Bégue, Philippe Bellot



## OFFRE DE SOIN ET TERRITOIRES : LES HUSSARDS DE LA SANTÉ

### Ou comment, notamment, lutter contre la désertification médicale

Nous voulons renouer avec la vocation de service au public qui replace les enjeux financiers à un rang second, c'est-à-dire comme un moyen et non une fin en soi, telle que l'escalade des profits dans ce secteur le donne à voir ces dernières décennies.

Nous voulons retrouver l'esprit du serment d'Hippocrate, celui d'une vocation au service des autres : par exemple, l'intégration des jeunes médecins dans le système de santé publique avec de très fortes incitations pour l'installation dans les territoires en désertification, en cabinet ou dans des maisons locales de santé. Nous voulons, enfin, un hôpital public financé d'abord et avant tout pour sa capacité à absorber la demande du public et à redonner aux soignants et à tous ses personnels l'envie de faire ces métiers.

En d'autres termes, l'offre de soin et la santé doivent devenir l'une des premières priorités du prochain mandat présidentiel.

Elles doivent aussi faire l'objet d'une vaste concertation et donner lieu à la création d'un Conseil National Citoyen de la santé, afin que plus aucune décision d'ampleur dans ce domaine ne soit prise sans un débat devant les Français.

Nous préconisons pour cela une remise en question complète de la logique qui prévaut dans ce secteur et d'une doctrine qui s'est imposée : on attire les meilleurs profils d'abord par l'argent (consultations privées dans les hôpitaux publics, tarification à l'activité qui a progressivement rogné sur les missions d'intérêt général etc.). Bien entendu la société a évolué et les attentes ont changé, celles des patients toujours plus exigeants et pressés, celles des médecins attentifs à leur confort de vie. C'est pourquoi les rôles doivent être redistribués entre la médecine de ville, laquelle doit renouer avec la présence sur le terrain, la connaissance personnalisée de la patientèle, le diagnostic complet et humain, et l'hôpital qui doit rester le deuxième niveau de réponse, adossé à ses équipements de pointe.

Pour cela dans un esprit de « Hussards de la santé » une nouvelle génération doit être invitée à s'installer en ville et dans la ruralité avec une approche de « service au public » dont la contrepartie doit se traduire pour eux par une sécurisation de leur parcours, une prise en charge des frais d'installation, la régularité du revenu, la limitation des prélèvements sociaux et la garantie d'une retraite digne de ce nom, ce qui n'est absolument pas le cas aujourd'hui. Tandis que ceux qui ont choisi l'Hôpital doivent être mieux reconnus.

En quelque sorte l'avènement d'une nouvelle approche professionnelle et publique avec l'émergence de nouveaux métiers, à l'image, auprès des publics fragiles, des médiateurs de la santé.

**Aurélié Gros et Annie Lévy-Mozziconacci**



I.

---

## LES NOUVEAUX DEFIS DU SYSTEME DE SANTE

### Selon que vous serez puissant ou misérable...

« Face à la maladie, nous ne sommes pas égaux », une réalité bien prosaïque que vivent nos concitoyens dans leur chair et pour laquelle ils attendent chaque jour que le système de santé, comme on dit, leur apporte de nouvelles réponses, l'espoir de nouveaux progrès.

Mais cette réalité vécue au quotidien se double désormais du sentiment que l'organisation des soins dans notre pays est dépassée, prise de court par l'inflation de la demande, confrontée à une pénurie de moyens, et en particulier en matière de personnels, et plus grave encore qu'une forme d'injustice est en train de s'installer : la prise en charge de la consultation, le parcours de santé et les chances de guérison seraient intimement liés à son lieu de résidence et à son réseau relationnel.

Selon que l'on soit installé dans une localité bien équipée et bien desservie, selon ses moyens et sa capacité à prendre en charge les soins ou le parcours semé d'embûches à l'hôpital, nos chances sont différentes.

Une forme d'injustice qui est de plus en plus mal vécue par les français, mais aussi bien évidemment par les professionnels du secteur, souvent proches du découragement.

Nous avons recueilli ici le fruit des analyses et des réflexions proposées par des citoyens, des praticiens de terrain, réunis dans nos débats et groupes de travail.

### Quelques définitions

#### Médecine de ville :

L'offre de soins de ville regroupe tous les professionnels de santé libéraux ou salariés. Les agences régionales de santé travaillent avec ces professionnels pour structurer une offre régionale répondant aux besoins des populations, et pour impulser des modes innovants d'organisation.

Au niveau local : la prise en charge sanitaire au plus près des usagers de la santé

Les structures de ville – dites aussi ambulatoires – concernent les médecins généralistes et spécialistes, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens, les sages-femmes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues...

Ces professionnels, libéraux ou salariés, exercent à titre individuel en cabinet, en groupe ou de manière coordonnée en maison ou centre de santé.

Ces structures, établissements et professionnels s'organisent, sous la supervision des ARS, pour permettre une prise en charge organisée : des « soins primaires » – dits aussi de premier recours ou de proximité – centrés autour des médecins généralistes, qui assurent également l'orientation de leurs patients, vers des soins de second recours dispensés par les médecins spécialistes voire de troisième recours en établissement de santé ou en structure adaptée.

Cette organisation est conditionnée par une coordination des soins entre tous les acteurs : c'est l'objectif des parcours de santé, de soins et de vie.

### Système hospitalier :

L'hôpital public et l'hôpital privé constituent, en France, les deux principales catégories d'établissements de soins.

### Qu'est-ce qu'un hôpital public ?

L'hôpital public désigne un établissement de santé géré par l'État français. En tant que tel, l'hôpital public est rattaché à une mission de service public dans le domaine de l'accès aux soins. Les personnes employées au sein d'un hôpital public (secrétaires médicales, infirmières, etc.) sont des fonctionnaires rémunérés par l'État pour leur travail. À noter qu'en France, l'hôpital public est le seul établissement de santé autorisé à réaliser des interventions précises comme les greffes. On retrouve également dans les prérogatives de l'hôpital public la possibilité de se présenter comme un établissement de recherche et de mener des actions de formation et de prévention.

### Qu'est-ce qu'un hôpital privé ?

Souvent appelé « clinique » dans le langage courant, l'hôpital privé est un établissement de soins géré par une entreprise privée (ou une association). Dans ce domaine, il est fréquent de distinguer l'hôpital privé à but lucratif (une entreprise investit dans le domaine de la santé avec comme objectif de réaliser un chiffre d'affaires annuel) et l'hôpital privé à but non lucratif (qui participe alors aux missions de la fonction publique). À noter qu'il existe également des hôpitaux privés non conventionnés avec l'Assurance Maladie.

### Hôpital public VS hôpital privé

Le mode de financement des établissements de soins constitue la principale différence entre l'hôpital public et l'hôpital privé. En France, les hôpitaux publics perçoivent une dotation globale annuelle accordée par l'État pour exercer leurs missions. La rémunération des hôpitaux privés dépend avant tout de l'activité de chaque établissement (un hôpital privé qui n'accueille pas de patient est ainsi condamné à la fermeture). Toutefois, la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) a rapproché les modes de financement entre ces deux secteurs. Il n'existe pas en théorie de différence entre hôpital privé et hôpital public en matière de réglementation, de qualité de soin et de procédure de suivi. (source mutuelles)

### Numerus clausus :

L'expression numerus clausus provient du latin où elle signifie littéralement « nombre fermé ». Elle caractérise la limitation, décidée par une autorité publique ou professionnelle, du nombre de personnes admises à concourir, à exercer une fonction ou un métier, à recevoir un grade, etc.

Cette limitation, exprimée par la fixation d'un effectif limite, est censée permettre le déploiement de moyens nécessaires et suffisants pour répondre aux besoins.

### En résumé

*« Avec le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques, la demande de soins ne cesse d'augmenter pendant que l'offre médicale devient de plus en plus complexe. Les médecins, généralistes comme spécialistes, sont répartis de façon hétérogène sur le territoire et deviennent de moins en moins accessibles. Cette inaccessibilité devient critique, de plus en plus de personnes renoncent aux soins.*

*Notre système de santé n'a plus le choix et doit évoluer vers une médecine plus collaborative avec les professionnels paramédicaux et les professionnels du médico-social ou du social.*

*Cette réorganisation est délicate à mettre en place, les médecins sont habitués à travailler librement et individuellement. Toutefois, les jeunes médecins ne veulent pas être isolés et sont favorables à travailler dans des structures comme dans les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) ou les centres de Santé (CDS). Les CPTS, introduites récemment dans cette nouvelle organisation des soins, ont montré l'importance du travail groupé lors de la crise sanitaire que nous traversons. Ces nouvelles structures collaboratives, MSP, CDS, CPTS... sont très prometteuses et se complètent bien. » résume bien le centre de documentation des mutuelles.*



## II.

---

# VERBATIM

### Parcours de santé, parcours du combattant

*« Ce qui faisait l'excellence de la médecine en France c'était la connaissance des patients, le réseau des praticiens correspondant aux différentes pathologies et une forme du diagnostic très poussée, basée sur l'échange entre praticiens et la qualité relationnelle »*

*« Certains témoignages des pratiques actuelles des médecins généralistes attestent d'une grande différence de pratique entre de jeunes diplômés de la médecine française et des contractuels roumains, lesquels par exemple pratiquent encore la base de la médecine : observation, auscultation complète, c'est-à-dire l'examen médical physique. »*

*« Les nouvelles générations de praticiens estiment que l'examen clinique n'est plus autant nécessaire lorsqu'on dispose d'une machine performante qui peut suppléer. »*

*« On a totalement occulté puis oublié la sémiologie c'est-à-dire l'exercice des sens au service du diagnostic  
Le médecin généraliste reste indispensable pour coordonner l'ensemble des soins apportés à un patient. »*

*« Nous évoquons ici les parcours de santé qui débutent par de la médecine de ville, laquelle a constitué une forme d'excellence à la française, basée sur la bonne connaissance de la patientèle. » « La santé c'est un sacré dossier qui nécessiterait de fabriquer un consensus avec des professionnels de tous les niveaux  
L'argent a pris une trop grande place. »*

*« Le bon système de santé c'est celui qui est basé sur le retour à la médecine traditionnelle plutôt qu'à la médecine industrielle. C'est-à-dire un système basé d'abord sur le diagnostic »*

*« Quand on fait de la médecine générale on est préparé à ça. Normalement... »*

Devant cette prise de conscience et ces réactions nous avons développé notre analyse



## LE CONSTAT D'ANNIE-LÉVY- MOZZICONACCI :

*« Partons d'abord d'un constat partagé : Le Covid-19 nous a fait sortir du bois et de nos évidences ; plus rien ne sera comme avant, en espérant que des progrès dans notre organisation soient réalisés.*

*Le schéma d'organisation des soins entre l'ambulatoire et le parcours à l'hôpital a été complètement bousculé.*

*Et c'est précisément le grand enseignement : ce qui doit évoluer c'est le lien médecine de ville vs hôpital*

*On a désormais besoin d'une vision globale du territoire, des territoires sur lesquels vivent les patients, on doit aussi avoir une vision globale pour l'organisation du « soin » en intégrant toutes les spécificités, toutes les interactions mais aussi les relations de cause à effet entre les décisions des praticiens de ville et ceux qui assurent ensuite ou quelques fois en parallèle le parcours hospitalier.*

*Les inégalités d'accès aux soins sont différentes d'un territoire à l'autre.*

*Il ne doit pas rester un seul territoire isolé.*

*Il doit y avoir une continuité afin de limiter au maximum les risques pour tous, en ayant bien conscience que des « territoires » non couverts font courir des risques à l'ensemble de la population. Là aussi la pandémie en a fait la terrible démonstration.*

*L'ambulatoire nécessite des coopérations de tous les acteurs de la santé mais avec des moyens. Prenons l'exemple des CPTS, ce n'est pas une boucle WhatsApp qui peut permettre de gérer un territoire ; il faut y développer des plateformes, de la logistique, de l'accompagnement humain.*

*Il faut donc s'assurer que ce parcours de soin soit accessible et que les professionnels ne courent pas toute la journée après une réponse. D'une certaine façon, on doit rapprocher par certains aspects la médecine de ville, l'ambulatoire, de la prise en charge à l'hôpital, dont la grande force reste toujours qu'elle est globale et « intégrée ».*

*Ce que le Covid-19 nous a permis de comprendre c'est qu'il manque des maillons qu'il manque une réflexion globale sur la prise en charge globale Ville/Hôpital et que nous sommes au début de cette révolution.*

*Il faut donc dresser un état des lieux et nous sommes nombreux à nous y employer, professionnels, associations, travailleurs sociaux, élus etc.*

*Notre rapport « les hussards de la santé » est en quelque sorte une contribution à ce vaste chantier.*

*Car les inégalités de territoire face à la santé doivent reculer. Impérativement et donc au bénéfice de tous ».*

**Annie Lévy-Mozziconacci**



### III.

---

## LES PISTES D'AMELIORATION/ LES SOLUTIONS CITOYENNES

Les réunions menées sur ce thème par notre mouvement et les réflexions issues des contributions de nos membres ont permis de faire émerger quatre priorités qui sont autant de contre-propositions citoyennes à la stratégie nationale de santé

### A. Pour la médecine de ville

#### 1. Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé

Développer l'analyse des besoins et des attentes des citoyens selon les territoires (la périphérie parisienne, la ruralité, les quartiers de Marseille) ; du coup le rôle des élus de terrain et des associations évolue ; l'organisation étatique qui a du mal à le prendre en compte, aussi, par exemple, le fonctionnement actuel des ARS qui seront conduites à leur décentralisation effective.

Donner un rôle aux praticiens pour enclencher le parcours de soins dans lequel ce ne serait plus l'usager qui se retrouverait seul dans ce parcours qualifié de parcours du combattant mais plutôt la coordination des praticiens entre eux. Ce qui conforte les projets de maison de santé de proximité. Autrement dit il faut s'appuyer sur le fonctionnement considéré comme relativement rassurant de l'hôpital (on est pris en charge successivement par plusieurs spécialités en fonction des besoins) pour le déployer dans la médecine de ville

Désacraliser la médecine et faciliter l'accès en fonction d'indicateurs pertinents.

Il faut en développer une vision territoriale : avec des géographes, des sociologues ayant une analyse fine.

#### PROPOSITION 1 :

Généraliser les plateformes de coopération de soins primaires entre professionnels sur un territoire afin de permettre à chaque praticien de construire le parcours du patient à partir notamment du dossier médical partagé et de la ressource constituée par l'ensemble des professionnels inscrits. Doter les CPTS de moyens administratifs et logistiques



## 2. Donner la priorité à la prévention

Ici nous développons notamment notre retour d'expérience sur ce que nous avons vu dans les quartiers nord de Marseille et en particulier comment la stratégie de prévention trouve ses limites dans un territoire très éloigné sur le plan des pratiques médicales, d'un parcours d'accès à la santé.

La sensibilisation des publics éloignés doit être une priorité : des campagnes nationales de prévention avec des tutoriels éducatifs beaucoup plus concrets et percutants (et non très institutionnels comme actuellement) dans les écoles

L'idée majeure c'est d'intégrer la santé dans les centres sociaux, d'aller dans les lieux de vie et au plus près des populations en dépassant les barrières sociales et parfois linguistique.

### PROPOSITION 2 :

Créer en grand nombre des postes de médiateurs de santé (une nouvelle fonction)

Les médiateurs de santé doivent être le premier chaînon du parcours de soin pour les populations les plus éloignées est donc forcément dans le quartier afin de dépasser toutes les barrières. Il peut s'agir de postes créés pour des travailleurs sociaux, ou des formations développées pour que les personnels des centres sociaux deviennent le premier niveau d'information pour la partie de la population, grandissante, qui ignorent tout de ses droits et devoirs en matière de santé.

C'est comme cela que l'on peut rendre accessible le parcours de soin.

## 3. Rééquilibrer les études de médecine vers la médecine générale

Ces dernières semaines, nombre de responsables et de journalistes ont mis l'accent sur les études de médecine, avec la supposée fin du numérus clausus, les réformes de l'internat, la question de la contrepartie des études par une obligation d'installation suggérée par des élus ou encore la possible territorialisation des études à l'instar des promotions d'enseignants par académie.

Toutes ces pistes méritent d'être regardées de près et discutées avec les futurs médecins, au risque sinon de devenir repoussoir.

Une chose est apparue dans le cadre de nos débats et de nos concertations : la médecine générale n'est pas assez bien présentée et mise en valeur. Elle est même assez mal connue des futurs médecins. Nous proposons de mettre le paquet pour rééquilibrer cet état de fait.

### PROPOSITION 3 :

Il s'agirait de permettre aux étudiants en médecine, en sus de la possibilité

actuelle de faire un internat complet dédié à la médecine générale, d'ouvrir une année d'internat en ville pour les futurs spécialistes des autres disciplines (et pas seulement comme aujourd'hui de faire des stages de médecine générale et quelques passages rapides chez des praticiens installés en ville).

Deux mesures s'imposent : concernant le cursus complet de médecine générale avec internat ouvert à environ 3500 places actuellement, ouvrir une quatrième année passée principalement en cabinet auprès d'un médecin.

Et concernant les autres spécialités, ouvrir à la fin de la 6ème année (fin de deuxième cycle) après obtention du DFASM (diplôme de formation approfondie en sciences médicales), un pré-internat en ville d'un an, accessible donc à toutes les futures spécialités.

## 4. Réaffirmer la place des usagers

La santé est un enjeu majeur de la citoyenneté, à l'image de l'approche plus globale et environnementale de l'écologie ; il ne peut être pensé de politiques publiques, ni même être espéré de solides avancées et progrès, si le citoyen dans ses comportements, ses décisions, ses choix, n'est pas associé à la conception même des solutions. C'est pourquoi sa place d'utilisateur doit être réaffirmée et consolidée sans délaissier un seul de nos territoires comme c'est le cas concernant les outre-mers ou la Corse ;

Comité des usagers : il faut leur faire jouer un rôle transversal

Il faut réfléchir à un autre rôle que celui d'être juste des « notateurs » de niveau de satisfaction.

Ils sont justement des usagers des parcours de soins et il pourrait y avoir un équivalent dans la prise en charge médicale en ambulatoire.

### PROPOSITION 4 :

Créer un conseil citoyen (avec tirage au sort) pour chaque CPTS afin d'évaluer et contrôler l'efficacité des politiques publiques de santé par territoire.

Et instaurer, pour accompagner l'une des premières priorités nationales que doit être la santé, le Conseil national citoyen de la santé, sorte d'ONG santé qui veillera à l'information régulière des décideurs et pourra à tout moment mettre le projecteur sur les situations non prises en charge



## B. Pour l'hôpital

### 1. Pour en finir avec la grande souffrance des hospitaliers

Tout le monde concède que l'Hôpital est en train de craquer, ses personnels sont sur les rotules et les équipes s'amenuisent à mesure que les arrêts se succèdent. Il y a donc lieu de chercher des solutions concrètes et d'application immédiates, quand bien même il faudrait rechercher leur financement dans un plan de relance propre à l'Hôpital.

#### PROPOSITION 5 :

Il est proposé de modifier les ratios de soignants c'est-à-dire de modifier le nombre de patients par infirmier et aide-soignant, avec effet immédiat.

Basé sur une grande étude australienne publiée dans the Lancet, les effets bénéfiques sur la mortalité hospitalière sont immédiats, tout comme ceux sur les durées de séjour et le nombre de réadmissions potentielles. Des économies à long terme, représentant le double du coût des embauches supplémentaires sont réalisables ; Il est à noter que cette étude a été réalisée hors période Covid :

Entre 2016 et 2018, plus de 400000 patients, 17000 infirmiers dans 55 hôpitaux du Queensland, état australien. Les résultats sont saisissants : baisse de la mortalité de 7 %, baisse des durées de séjour de 3%, amélioration de la qualité de vie au travail, amélioration de facto de l'attractivité, économies de 69 millions de dollars, coût des embauches de 33 millions de dollars.

### 2. Pour un message de dignité adresse a l'ensemble des personnels

Une approche salariale nouvelle est absolument nécessaire afin de retrouver un discours de dignité crédible pour les autorités sanitaires et entendables par les équipes ; une composante « fidélité » pourrait être imaginée afin de reconnaître ce qui a justement tant marqué les français durant ces vagues de crise sanitaire : la fidélité de l'engagement des soignants.

#### PROPOSITION 6 :

Il est devenu absolument indispensable de décider d'une augmentation de tous les salaires d'au moins 10%, puis de bien calibrer la reconnaissance des métiers et de l'engagement.

Une Prime/pack Fidélité : pour une activité de 3 ans dans le même service (équivalent temps plein) déclenche une prime fidélité « expertise ». Une

Prime/pack grand âge étendue aux services de soins.

Une activité de 3 ans dans le même service (équivalent temps plein) avec participation aux actions de formation déclenche une prime « grand âge expert ». Un Pack d'installation : tout nouveau contrat signé avec un engagement de 3 ans dans un service entraîne une prime d'installation one-shot et un contrat de formation.

D'autres mesures pourraient accompagner ce plan : une action pour les praticiens hospitaliers salariés du public et du privé à but non lucratif ; un reclassement des PH et la disparition de la double grille ; le décompte des horaires et plafonnement du temps de travail à 48h ; la sanctuarisation et l'encouragement, l'intéressement à la formation médicale continue

#### PROPOSITION 7 :

Décider d'une forme de revalorisation de la permanence des soins, selon des modalités précises : une infirmière de nuit a une prime de 1euro brut par heure, un médecin de garde gagne 18 euros de l'heure ; il faut donc imaginer une prime de nuit infirmière à 10 euros de l'heure et une prime de nuit des médecins à 50 euros de l'heure.

L'avantage considérable qui en sera retiré c'est la fin de la problématique des intérimaires et une attractivité relancée.

Plus largement cela répond à divers objectifs : la rémunération à la hauteur des acteurs de la santé ; lutter contre la pénurie de personnel et une réelle prise en compte de la réalité de l'offre et de la demande, du volume de lits, de l'équipement en matériel.

#### MAIS AUSSI D'AUTRES PISTES D'AMÉLIORATIONS ET DE PROPOSITIONS (ABORDÉES DANS NOS RÉUNIONS)

##### PAROLES DE PROFESSIONNELS :

- La répartition des professionnels sur le territoire : la réalité de la désertification

*« Pourquoi les jeunes diplômés ne souhaitent plus s'installer en médecine de ville ; parce que le métier a changé et en particulier en lien avec la demande des patients, lesquels souhaitent une réponse rapide et une prise en charge quasi immédiate de la pathologie.*

*Cette prise en charge nécessitent l'utilisation de machines perfectionnées, de technologie de pointe auxquelles les médecins de ville n'ont pas accès en premier rideau de médecine qu'ils sont. »*

*« Quelles mesures pour lutter contre la désertification médicale : Les mesures d'obligation ne sont pas la bonne piste, Il faut favoriser la vocation, on peut bien sûr orienter vers des zones avec des aides mais jamais obliger. »*

*« On peut fixer une carte des besoins avec tous les zones en manque de couverture médicale »*

« Il faut plutôt créer les conditions favorables à l'installation : aides à l'installation, rémunération, locaux neufs, maisons médicales. Ce n'est pas aux patients de chercher un médecin, c'est à la puissance publique et tant pis (ou tant mieux) si c'est une forme de nationalisation »

- La question des remplacements : un certain nombre de professionnels après leurs études se spécialisent dans les remplacements plutôt que de s'installer.

Pour créer des vocations il faut anticiper la carrière possible dans la médecine de ville et donc instituer une sorte d'internat « médecine de ville » pour la dernière année de leur cursus (voir proposition infra développée dans C). En effet, il s'agirait là d'une bonne intégration professionnelle, alors qu'à ce jour c'est plutôt l'hôpital qui donne le sentiment d'un accueil du jeune médecin plus rassurant et plus collectif, ne laissant pas le jeune professionnel seul face au malade.

-Une alternative, la maison de sante

« Elle constitue une sorte de partenariat public privé : la médecine doit rester libérale pour rester dans l'esprit du système de soins français, même si l'on doit constater que la rémunération est relativement faible en comparaison à ce qui existe ailleurs en Europe.

Sinon cela nécessite que le médecin fasse 70 heures par semaine pour avoir une bonne rémunération. Donc il faut augmenter le tarif de la consultation et diminuer les charges fixes ».

- Les infirmières de pratique avancée (paragraphe à compléter)

- La télémédecine (idem)

- Le secteur de l'aide à domicile (idem)



## CONCLUSION

Mailler le territoire et mettre de la sensibilité et de la qualité d'écoute à tous les étages de notre système de santé. Voilà le grand défi et voilà la priorité. Déjà, il nous faut affirmer un principe : ce maillage de territoire doit intégrer les acteurs sociaux (et nos échanges internationaux récents, par exemple avec des pays de la méditerranée nous le confirment ; cette nécessité est une constante dans toutes les organisations de santé qui se préoccupent des plus fragiles)

La collaboration ville-hôpital doit être accompagnée de prises en charge pour les plus démunis pour dépasser les différences de moyens de chaque patient.

Du coup on va pouvoir raccourcir des hospitalisations, avec une médecine pré-hospitalière

Et ainsi ramener une population éloignée des soins (à l'exemple des SDF)

Cela suppose que l'on facilite la prise en charge de ces patients.

Il faut, deuxième priorité, mettre en place au côté des CPTS (communauté professionnelle et territoriale de santé) une logistique puissante.

Actuellement les Cpts fonctionnent comme en médecine de crise ; il suffirait d'apporter des moyens à un fonctionnement salué par tous et mettre des agents publics pour assurer de la fluidité, les prises de rendez-vous, le suivi inhérent à toute prise en charge.

Car, pour finir, la médecine est malade globalement :

Un interne passe désormais le plus clair de son temps à l'hôpital dont il est devenu le pilier.

Et l'hôpital est devenu pour ainsi dire le lieu de formation des internes et non plus le lieu de l'excellence où chacun rêverait de travailler.

Maintenant le graal ce n'est plus l'hôpital, car il manque d'argent pour investir et proposer le meilleur plateau technique.

L'argent ce sont les cliniques privées

La tendance ce sont les regroupements de spécialistes

L'hôpital est plutôt un dispensaire

Les PU PH quittent l'hôpital

Tout le monde essaie de sauver sa peau et pense à son bien être

On voit apparaître : les jeunes généralistes préfèrent faire des remplacements et ils gagnent bien mieux leur vie ()

Et ils font monter les enchères pour les salaires

L'escalade continue

Le rapport au métier n'est plus un sacerdoce

Quand on était interne on était fier d'être la cheville ouvrière du service

Eux sont d'abord en formation et ont beaucoup de cours ; ils raisonnent en investissement de carrière ;

Pourquoi pas de créer des statuts hybrides entre ville et hôpital  
Comme les attachés ; ils seraient bien payés et ne resteraient pas isolés en cabinet, ni constamment sous pression à l'hôpital.  
A revaloriser ; le praticien contractuel, vacataire ; des agents de service public  
Du coup en créant des partenariats H et V.  
L'Hôpital et la Ville pourrait à terme ne former plus qu'un ensemble coordonné et permettre non seulement le parcours du patient mais aussi celui du praticien.  
Un très beau défi collectif.

## **LA FRANCE VRAIMENT**

113, Rue Saint-Charles  
75015 Paris

**contact@lafrancevraiment.fr**  
**www.lafrancevraiment.fr**

**Aurélie GROS - Présidente - 07 85 28 76 34**  
**Stephane PELLET - Vice-Président - 06 85 08 93 80**

**twitter : @FranceVraiment / facebook**

---

### **LES AUTEURS :**

Annie LEVY-MOZZICONACCI, est Médecin généticien, Maître de conférences, praticien hospitalo-universitaire à l'Hôpital Nord (AP-HM) ; Elle a largement contribué à la nouvelle prise en charge des allo-immunisations rhésus pour les femmes enceintes rhésus D négative en proposant, par une simple prise de sang, à la mère d'obtenir le génotypage rhésus du fœtus à partir de l'analyse de l'ADN fœtal dans le sang maternel.

Présidente de l'association I2M (innover pour Marseille Métropole) et vice-présidente du mouvement LFV-LeMinistèredesCitoyens, elle a coordonné ce rapport.

### **GROUPE DE TRAVAIL SANTÉ SOUS LA DIRECTION DU PROFESSEUR ANNIE LÉVY-MOZZICONOCCI :**

Docteur François Gros, Damien Nicolini, Docteur Arnaud Chiche, Eric Fievet, Fatima Yadani, Sandrine Rouillon, Christine Guyomard, Sylvain Bégué, Philippe Bellot

---



LA FRANCE

**VRAIMENT !**

LE MINISTÈRE DES CITOYENS !

