



XIII^{ème} université d'été de la CSMF
21/22/23 septembre 2007 - Cannes

L'exercice médical demain

Vendredi 19 septembre 2008

Quels nouveaux leviers pour améliorer la relation entre la médecine de ville et l'hôpital ? Synthèse de la table ronde

Experts : Daniel BIGARD, Vice-Président de l'Association Nationale des Médecins Généralistes de l'Hôpital Local, Rachel BOCHER, Présidente de l'Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers, Pascal CHAMPVERT, Président de l'Association des Directeurs au Service des Personnes Agées, Jean-Loup DUROUSSET, Président de la Fédération de l'Hospitalisation Privée, Gérald GALLIOT, médecin généraliste à Saint Piat (28), Pierre LESTEVEL, conseiller du Président de la Fédération hospitalière de France, Luc ALLAIRE, représentant de la DHOS
Animateur : Pascal MAUREL, Directeur Général de « Décision et Stratégie Santé »

Table ronde avec les experts

Pierre LESTEVEL, conseiller du Président de la Fédération hospitalière de France, rappelle que la FHF fédère les hôpitaux locaux et les CHU (au nombre de 31 sur le territoire), ainsi que les établissements médicosociaux. La FHF est consciente que l'hôpital est l'un des éléments de l'offre de soins d'un territoire et qu'il ne peut pas vivre en autarcie : l'avenir de l'hôpital passe donc également par sa capacité à nouer des rapports avec la médecine de ville. Les relations entre l'hôpital et les médecins de ville, Pierre LESTEVEL en convient, ne sont pas toujours faciles. Qui plus est, des conflits existent au sein des hôpitaux entre l'administration et l'équipe médicale. Tous les ans, les sondages montrent que l'hôpital est le service public le mieux perçu des Français. En revanche, pour conserver cette adhésion du public dans un monde qui évolue (croissance des pathologies chroniques), l'hôpital doit changer sa façon de travailler, en coopération avec la médecine de ville.

Jean-Loup DUROUSSET, le représentant des hôpitaux privés, souligne l'interpénétration entre la médecine libérale et les établissements privés : de fait, les médecins libéraux ont souvent été à l'origine de la création d'établissements privés. Au cours des dernières années, les hôpitaux privés se sont concentrés et de nombreux hôpitaux, depuis l'origine propriétés du corps médical, ont été cédés à des groupes. Qu'est-ce qui a été à l'origine de ce mouvement de restructuration ? Jean-Loup DUROUSSET met en avant un double facteur : la raréfaction des ressources et la mise en place des schémas régionaux à l'initiative des ARH. Cette restructuration a permis à l'hospitalisation privée d'asseoir sa notoriété, notamment sur le volet chirurgical, sur le volet des soins de suite et sur le volet de la psychiatrie. Jean-Loup DUROUSSET craint que l'auto-organisation des médecins au sein des établissements privés ne soit perturbée par une réforme trop hâtive.

Pour le médicosocial, Pascal CHAMPVERT évoque les médecins coordonnateurs, créés il y a cinq ans, avec pour mission de réguler l'intervention des professionnels libéraux dans les établissements pour personnes âgées, sur le modèle des référents médicaux dans les hôpitaux ou les cliniques. Parmi les dix missions assignées au médecin coordonnateur, l'une (la sixième) posait un problème sérieux : il était demandé à un médecin de conseiller le directeur dans un sens qui allait si ce n'est en contradiction du moins en forte nuance avec la liberté de prescription. Aujourd'hui, quel constat peut-on faire ? Les dix missions sont appliquées sauf la sixième. Or une disposition qui serait dans le PLFSS pour 2009 consisterait à intégrer dans le budget des établissements pour personnes âgées

l'ensemble des budgets des médicaments. Cette tentative, déjà faite il y a trois ans, a été rejetée : Pascal CHAMPVERT attire l'attention des participants sur la nécessité d'être très vigilant sur ce point. L'association que représente Pascal CHAMPVERT ne peut que s'opposer à une telle disposition.

Daniel BIGARD indique que les hôpitaux locaux (350 établissements) couvrent 10 % de l'hospitalisation publique en France. Le médecin généraliste est, témoigne Daniel BIGARD, « le trait d'union entre l'hôpital local et la ville ». L'essentiel des médecins qui travaillent dans les hôpitaux locaux sont des généralistes qui interviennent à l'acte. Certains peuvent avoir un contrat de médecin coordonnateur. Il semble fondamental à Daniel BIGARD de maintenir les hôpitaux locaux là où cela est possible. L'hôpital local n'est pas un hôpital « au rabais » : il est soumis aux mêmes critères de sécurité que les CHU et offre une prise en charge de proximité de qualité. Les hôpitaux locaux sont situés dans des régions où la démographie médicale est faible.

Gérard GALLIOT rappelle qu'un médecin libéral sur deux participe aux activités hospitalières, par des postes hospitaliers à temps partiel, par la permanence des soins, par une activité de médecin régulateur libéral (centre 15). Le médecin généraliste participe également aux hôpitaux locaux et à l'hospitalisation à domicile. Il a déjà une activité importante dans le cadre de l'hospitalisation publique, en plus de son activité libérale propre, ce qui peut poser problème dans des régions déficitaires. Les relations entre les médecins libéraux et les établissements hospitaliers ont été améliorées par le parcours de soins. Pour Gérard GALLIOT, les échanges d'informations entre la médecine de ville et l'hôpital doivent maintenant être améliorés.

Luc ALLAIRE insiste sur la démarche de décloisonnement qui est engagée. Il n'existe plus d'opposition entre le secteur hospitalier public et privé et entre la ville et l'hôpital. De ce point de vue, la démarche de la DHOS rejoint celle de la CNADE. Reprenant l'exemple de la régulation des urgences évoqué dans la table ronde précédente, le représentant de la DHOS souligne que cette question n'est pas simplement technique, mais renvoie à des choix politiques. Pour décloisonner et instaurer une approche transversale du parcours de soins, la création des ARS est un enjeu majeur des prochaines années. Le projet de loi vise notamment à banaliser les établissements locaux, à ouvrir la possibilité de recruter des médecins libéraux dans l'ensemble des établissements publics, à rapprocher les modes de financement (T2A), à confier des missions de service public comme la permanence des soins à des établissements privés.

Rachel BOCHER considère qu'« avant les structures, il y a les hommes et les femmes » : il faut changer non seulement les textes mais également les rapports entre les médecins. Pour Mme BOCHER, ces changements passent par des temps de paroles et d'échanges. De ce point de vue, le fait que le thème de l'université de la CSMF soit la réforme de l'hôpital lui semble de très bonne augure. Elle souhaite que tous les médecins libéraux puissent travailler une demi-journée à l'hôpital, en étant correctement rémunérés. A cet effet, elle réclame avec insistance l'instauration d'un vrai statut de temps partiel rénové.

Pierre LESTEREL rappelle que la FHF a demandé que les hôpitaux publics puissent travailler contractuellement avec les médecins libéraux. Concernant le service public, la FHF se positionne comme un opérateur de service public hospitalier et ne craint pas la concurrence, à condition que les opérateurs se battent à armes égales. Il pense que le fait que le service public hospitalier soit dans un domaine concurrentiel encadré participe à l'émulation et, in fine, à la qualité des soins. Concrètement, que fait l'hôpital public pour mieux travailler avec la médecine libérale ? Pierre LESTEREL préconise de définir un cadre juridique permettant de mettre en place ces coopérations, d'alléger les lourdeurs bureaucratiques (sensibiliser les responsables administratifs et médicaux à la nécessité de nouer des rapports constructifs avec les libéraux) et de fluidifier les échanges d'informations entre la ville et l'hôpital.

Débat avec la salle

Jean-François REY considère, comme Rachel BOCHER, que la démographie médicale pousse à multiplier les coopérations à tous les niveaux. Il rappelle que, dans les établissements, le prix du médicament est également compris dans l'hospitalisation. Par ailleurs, il constate que les présidents de CME sont largement oubliés. Enfin, la permanence des soins est assurée bien souvent à titre gracieux.

Danièle GUERIN, médecin généraliste à Bordeaux, témoigne que la liberté de prescription est d'ores et déjà rognée : les directeurs d'établissement choisissent de passer des contrats avec de gros

fournisseurs pour tirer les prix vers le bas. A l'avenir, ils seront certainement tentés, par souci de simplification, de passer des conventions avec le médecin soignant de l'ensemble de ses patients : le risque est de bafouer la liberté de choix de son médecin.

Un participant constate une convergence des missions entre le public et le privé, mais des écarts tarifaires substantiels. Il invoque l'accessibilité au plateau technique lourd : les dossiers portés par les praticiens libéraux se heurtent à des refus fondés non pas sur une estimation des besoins, mais sur des a priori idéologiques. Il lui semble urgent de changer le regard réciproque entre les médecins libéraux et les médecins publics et d'instaurer des rémunérations respectueuses du travail des médecins libéraux.

Philippe EYGUIERE, médecin généraliste, déplore les faibles rémunérations accordées aux médecins libéraux qui interviennent à l'hôpital local. De fait, les médecins généralistes participent à la permanence des soins, mais ne sont pas rémunérés pour le travail qu'ils fournissent : il n'est pas logique que la mission de service public soit ainsi sous-payée, surtout dans les zones où la démographie médicale est faible.

Daniel BIGARD convient que les rémunérations des médecins libéraux qui interviennent à l'hôpital local sont insuffisantes. Concernant la permanence des soins, une revalorisation a été actée le 15 décembre 2007 dans la mesure où il n'existe pas de redondance de la permanence des soins entre la ville et l'hôpital. Cela dit, il existe des possibilités d'être rémunéré à hauteur de 2C par nuit. Jean-Loup DUROUSSET constate que le mode de rémunération exclusif à l'acte n'est plus adapté, dans la mesure où les médecins libéraux qui interviennent à l'hôpital ont vu leurs activités se diversifier. Jean-Loup DUROUSSET se réjouit que la participation à la formation des jeunes médecins soit inscrite dans le projet de loi : il s'agit d'une condition fondamentale pour tisser des liens entre médecins publics et médecins privés.

Pour Jean-Claude VIERA, tous les médecins sont au service public et leurs missions ont vocation à se rejoindre. Il se félicite également des échanges qui auront lieu au niveau de la formation. Les missions sont à définir, ainsi que les statuts : les statuts doivent coïncider, notamment au niveau des rémunérations.

Annabelle SANSENE est heureuse que soit évoqué le sujet de la formation car elle est persuadée que le lien entre la ville et l'hôpital passe par les échanges au niveau de la formation. Par ailleurs, elle souhaite savoir où en est le projet d'instaurer un médecin coordonnateur uniquement hospitalier.

Luc ALLAIRE n'est pas en mesure de répondre à cette dernière question, qui n'est pas du ressort de la DHOS. Concernant les statuts, qui ont été abondamment évoqués lors de la table ronde, il rappelle que le projet de loi prévoit un statut de contrat pour les médecins : les contours de ce contrat devront être définis avec les représentants des syndicats. Sur la convergence, il lui semble nécessaire de ne pas aborder cette question de manière simpliste : il invite les participants à lire à ce sujet le rapport de Pierre-Louis BRAS.

Pascal CHAMPVERT considère que la question des dispositifs médicaux n'est pas fermée. Il est convenu avec le ministère et avec l'assurance maladie de dresser un bilan financier des dispositifs médicaux dans un an. Sur ces questions, les directeurs d'établissements et les syndicaux professionnels du public comme du privé doivent travailler ensemble et s'opposer à l'intégration des médicaments.

Rachel BOCHER est ouverte à toute proposition concernant l'évolution des rémunérations, à condition que l'indépendance professionnelle des uns et des autres soit préservée. Elle invite les hospitaliers et les libéraux à ne pas se laisser enfermer dans des contrats contraignants.