

# SMG congrès 6 et 7 décembre 2013

## Atelier vendredi 6/12/13 après-midi - animation : Patrick et Sylvie

thème :

Sommes-nous concernés par la question des diagnostics de santé ?

Comment pourrions-nous y participer ?

Qu'est-ce que cela changerait si nos pratiques étaient orientées par des diagnostics de santé ?

Sommes-nous concernés par la question des diagnostics de santé ?

### Obstacles financiers →

- subventions pas pérennes → mendicité/ démerde → Il y a urgence à définir un système national de santé avec des financements adaptés
- Paiement à l'acte
- Réunions en journée pas rémunérées
- Géographique : déserts médicaux, il y a urgence à définir les besoins, mais tête dans le guidon (Yveline)
- La « pyramidalisation » des savoirs → ce serait bien que les soignants sortent de leurs schémas, que les soignés sortent de leur schémas → se donner du temps pour réfléchir (Ariane)
- Nécessité de **concertation** +++ entre les acteurs (Adeline)
- Des décisions politiques locales sont prises sans concertation, la mairie fait venir un médecin (Anne)
- Manque de volonté politique
- Manque de démarche collective → Il y a urgence à réunir les 3 acteurs : élus, population, professionnels de santé (Patrick)
- Il est parfois difficile d'évaluer les expériences et leur efficacité. Exemple de créer des alternatives à l'hospitalisation par le maintien à domicile, on se heurte au cloisonnement entre médical et social (Jacques)
- La **formation initiale** ne parle pas des besoins de santé. Les étudiants en médecine de 2<sup>ème</sup> cycle ne pensent qu'à l'ECN, pas de rencontres avec d'autres/ Syndicats d'étudiants en médecine « apolitiques » (Virgile, Ariane) Il faudrait que dans la formation initiale, on apprenne à travailler ensemble et à se rencontrer (Franca)
- La **FMC** est le seul abord du collectif, mais cela passe encore très souvent par l'industrie pharmaceutique (Jean-Luc)

Comment pourrions-nous y participer ?

Les structures existantes

- Les ARS qui ont remplacé les DASS puis les DISS, sont des structures désormais énormes, manquent de personnels (Jacques)
- L'exemple de la Case Santé à Toulouse : c'est quasiment un lieu de vie, les usagers sont très impliqués et participent à la détermination de leurs besoins de santé (Jacques)
- ASV : ce qui a vécu a disparu (Patrick) Il y a eu une volonté politique d'écraser les USB (Bernard)
- Les PRAPS sont très éloignées des préoccupations quotidiennes de la population (Sylvie)
- Peut-être faudrait-il cesser de parler d'expérimentations et parler de projets, pour des projets de service public, les financements seraient pérennes. On recevrait des financements sans formater le projet (Christian)

- Il y a une question de temporalité : nos patients « durent » beaucoup plus longtemps que les ministres de la santé ... Les plans trucs succèdent aux plans bidules, la relation a besoin de temps pour se construire (Gaëlle)
- Après discussion avec Christian Paul, il semble que les députés PS sont très loin d'être sur la même ligne, ils ont très peur des médecins et le lobbying des syndicats CSMF et consort est très fort à l'Assemblée. (Anne)
- Influence du Conseil de l'Ordre très forte
- Reprendre puissance et pouvoir sur les conditions de vie, donc de santé, c'est quand il s'agit de partager le pouvoir que ça coince, on voit comment ça se passe par exemple sur la réduction des risques en addictologie. (Adeline)
- Pouvoir faire face au pouvoir médical et apprendre à s'en défendre (Ariane)
- Le premier interlocuteur d'un patient quelle que soit sa fonction, doit rester le même car il lui fait confiance, cela n'empêche pas de travailler collectivement par la suite. (Lionel)
- Rétablir les élections à la Sécu (Virgile)

Inventer des nouveaux métiers :

- Médiateur santé
- Organisateur communautaire comme au Québec (Adeline)
- On manque de sociologues et de toxicologues pour intervenir sur les déterminants (Patrick)
- Un salarié municipal dont le travail serait d'entendre les citoyens sur leurs besoins de santé. (Ariane)

### **Atelier vendredi 6/12/13 après-midi - animation : Martine et Séraphin**

#### 1- Comment aller vers le collectif ?

*Freins :*

le système libéral (ex : les pharmaciens ne peuvent pas être intégrés aux Maisons de santé à cause de la TVA...)/

des espaces où expérimenter

cloisonnements des différents métiers, hôpital-ville, médecins-infirmiers, praticiens-politiques

la pression des entreprises privées (assurances etc.)

la formation des étudiants, qui manque de réflexion sur comment travailler ensemble

le paiement à l'acte

la hiérarchie et l'hospitalocentrisme

*Atouts :*

politique de lutte contre la désertification

souhait des jeunes médecins

projet de certaines communes (CLS)

nouveaux modes de financement (NMR, permanence des soins...sans oublier les réseaux)

*exemple : l'expérience des maisons médicales belges, avec un budget basé sur un forfait par patient inscrit, chez les médecins infirmiers et kinés*

*Projets :*

SCOP santé, sur le modèle de la coopérative (à l'étude avec la Fédération des maisons de santé qui regroupe 400 MS et 1000 projets)

Transmission des expériences au cours de la formation (exemple : forum de médecine générale à la faculté : Nantes, Paris (Ile de France))

Travail collectif autour du patient, sans hiérarchie. Chartes respectant les compétences de chacun (définies dans le code de la santé publique)

Mettre la fac à la campagne, enseigner/prendre des stagiaires en médecine générale (externes, internes, SASPAS)

Faire participer les habitants patients usagers

## 2- Comment faire participer les usagers ?

Organiser des débats dans les espaces publics. Le milieu associatif est très riche en France  
Ne pas en rester aux associations de malades (problème de leur financement)

Qui représente qui ?

Inviter les usagers aux formations des professionnels

Comment naît la dynamique ?

Exemple du CHUC StDenis (comité habitants usagers citoyens) : questionnaire, et déambulations

-> Rendre des services : remplir les papiers, organiser des petits-déjeuners, puis un atelier cuisine...

Comment financer ces activités ?

Que les appels d'offres soient faits par les associations selon leurs besoins et leurs projets et pas par les institutions vers les associations

## 3- Comment faire un diagnostic de santé et avec qui ?

Avec les citoyens : Ateliers santé ville ?

Avec les sciences sociales : géographes de la santé, en stage sur le terrain, ou sociologues anthropologues de la santé -> proposer des lieux de stage

En lien avec les associations

A l'école : avec les enseignants (problème de disponibilité pour des réunions en dehors du travail/blocage des syndicats), -> proposer des supervisions

avec les parents d'élèves

avec les travailleurs sociaux

Créer des liens entre chercheurs – décideurs – population -> exiger une restitution

Organiser des rencontres avec citoyens, étudiants en sciences sociale, professionnels de terrain, enseignants, élus locaux... personnes ayant des expériences différentes et des fondamentaux communs

*On a oublié les médecins du travail...*

## **Atelier vendredi 6/12/13 après-midi – rapporteur : Evelyne Malaterre**

Besoins de santé, diagnostic de santé, en quoi sommes nous concernés ?

Pourquoi la mise en place de nouvelles structures de santé n'essaime-t-elle pas ? Par exemple l'association Santé Bien Etre à Saint-Denis ou la Case de Santé à Toulouse : ces idées n'ont pas été reprises.

Ces expériences existent car au départ un groupe de personnes, militantes, pleines d'énergie ont conçu un projet correspondant à une situation, à des besoins particuliers, dans des bassins de vie particuliers. Elles ont nécessité un grand investissement de patients et de soignants, une recherche de financements, qui ne sont pas pérennes.

Tout ceci fait que ces nouvelles structures ne sont pas reproductibles ailleurs.

Pourquoi les soignants ne s'impliquent-ils pas ?

Difficultés de travail : les jeunes générations ont envie de travailler en équipe pluridisciplinaire, avec kiné, infirmiers... donc dans le collectif, donc avec délégation de tâches, ce qui paraît plus difficile pour d'autres.

Cette difficulté n'est pas propre à la médecine libérale et au paiement à l'acte, mais existe aussi à l'hôpital (salarial), dans l'enseignement.

Y a-t-il un avantage économique au regroupement des soins ? Ceci n'a jamais été étudié.

Pour que des médecins travaillent ensemble, il faut financer le temps de coordination, de secrétariat.

De plus en plus de maisons de santé existent, qui ne sont que des projets immobiliers, mais avec peut-être une salle de réunion, et donc plus de rencontres entre soignants. Elles fonctionnent avec un paiement à l'acte.

Rares sont les maisons de santé avec salariat : celles dépendant de municipalités ou de mutuelles, les autres sont de faux salariats.

Pour les jeunes médecins, la question des conditions de vie et de travail est essentielle. Les jeunes s'installent plus facilement là où des maîtres de stage ont été dynamiques.

Les autres difficultés de ces nouvelles expérimentations sont l'absence de volonté politique, l'absence de financement pérenne.

Notre proposition serait de demander des financements pour des expérimentations locales non contraintes, avec une évaluation discutée a posteriori.

Ces expérimentations sont fonction de situations locales, des diagnostics de santé sont nécessaires, impliquant des soignants, mais aussi d'autres acteurs (toxicologues...)