

## Séjour de la santé, la médecine libérale face à la crise covid

### Contribution de l'URPS Médecins Hauts-de-France

**20/06/2020**

**Pour tout complément d'information, merci de contacter :**

Caroline DE PAUW

Directrice

Ligne directe : 03 20 14 22 11/ 06 69 78 08 15

E-mail : [caroline.depauw@urpsml-hdf.fr](mailto:caroline.depauw@urpsml-hdf.fr)

Dr Philippe CHAZELLE

Président

L'épidémie de Covid 19 que nous traversons tous actuellement n'a pas fini de produire des effets sur notre système de santé.

Dans le cadre des travaux et de la consultation relatifs au Ségur de la santé, l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) Médecins Hauts-de-France, souhaite apporter sa contribution au débat de manière constructive en relatant les éléments qui furent essentiels dans la gestion de cette crise tout en faisant état des points de vigilance pour éviter de reproduire les fonctionnements aboutissant le plus souvent à renforcer les inégalités sociales et territoriales de santé.

### **Préambule – la crise de la covid-19 vue par les médecins libéraux des Hauts-de-France**

Il est impossible d'être force de proposition de cette concertation sans prendre le temps d'expliquer comment la crise a été vécue par les médecins libéraux des Hauts-de-France et comment l'URPS Médecins Hauts-de-France s'est mobilisée :

- Ce qui a longtemps prédominé et prédomine encore pour la plupart des médecins libéraux est le sentiment d'abandon et d'impuissance de l'Etat : abandon dans l'incapacité d'entendre la médecine de ville, d'abord l'Oise, puis l'Aine, puis le sud du Nord et la Somme, qui ont alerté sans relâche mais ne semblent pas avoir été suffisamment pris au sérieux, peut-être du fait que la crise a commencé par toucher la ville et non l'hôpital dont les alertes ont tout de suite déclenché la mise en place des plans blancs... ;  
Impuissance dans l'incapacité de protéger la médecine de ville, à commencer par la désinformation sur les stocks de masques qui ont tellement manqué aux médecins, leur imposant de devoir développer un système D comme dépannage auprès des citoyens pour pouvoir être protégés. Cela en serait risible s'il ne s'agissait pas littéralement de vie ou de mort. Il est incompréhensible que la transparence n'ait pas eu lieu sur ce sujet avec des discours discordants qui laisseront des traces dans la confiance des médecins envers l'Etat. Les masques FFP2 en sont l'illustration parfaite : ces derniers inutiles jusqu'à il y a peu, le masque chirurgical suffisant largement, alors que, depuis la semaine du 15/06, ils sont remis systématiquement à tous les médecins de la région, quelle que soit leur spécialité, à raison de 24 /semaine. Impuissance à protéger les médecins en leur proposant des tests pour pouvoir se protéger et protéger leurs proches. La crédibilité associée à la décision étatique ne peut qu'être ternie dans ces circonstances...  
Ce sentiment est également associé à nos partenaires de l'ARS que nous avons côtoyés étroitement pendant toute la crise, et que nous avons vu tout tenter afin de trouver des solutions rapides mais également qui se retrouvent parfois dans l'incapacité de mettre en œuvre les solutions, faute de décentralisation suffisante pour pouvoir prendre des initiatives régionales comme acheter des masques quand d'autres régions avaient des stocks qu'ils n'ont pas souhaité partager...
- La non reconnaissance de la médecine libérale dans le vécu de cette crise : si les formes les plus graves ont été gérées à l'hôpital, la plupart des cas relevait de la médecine de ville, qui n'a pas pourtant bénéficié que d'une reconnaissance et d'une légitimité plus que minimales dans la gestion de cette crise.
- L'incompréhension enfin, sur des décisions qui semblaient à la limite de l'éthique, voire dangereuses avec les tentatives de priorisation de publics avant même que les capacités hospitalières ne soient saturées, la gestion inhumaine envisagée des fins de vie ou encore les violations de libertés fondamentales des patients (déni du droit au consentement, chosification des personnes, atteinte à l'exercice et au libre accès au médecin traitant, obsèques etc.).

Malgré tout cela, les médecins libéraux ont été exemplaires dans cette gestion de crise.

- Ils n'ont pas déserté leurs cabinets bien que n'ayant pas les protections suffisantes ;
- ils ont respecté l'arrêt de leur activité, en cabinet et en établissement de santé privé, subissant de lourdes pertes financières ;

- ils n'ont pas abandonné leurs patients et ont développé des nouveaux usages comme le recours à la téléconsultation et ont réorganisé leurs cabinets pour permettre aux patients de revenir dans des conditions de sécurité optimales ;
  - Ils ont accepté de cesser leur activité en cliniques afin qu'elles se mettent en situation de recevoir des réanimations en nombre ;
  - ils se sont portés volontaires pour aider là où le besoin en était exprimé, notamment dans les EHPAD ou les hôpitaux demandeurs, faisant fi parfois de tensions, montrant ainsi une solidarité dans le cadre de la lutte contre le coronavirus ;
  - ils se sont organisés, sur les territoires, afin de trouver des réponses, que ce soit en centre covid ou non, dans un monde où il était devenu difficile de savoir comment trouver un spécialiste pour un patient non suspect covid, de réaliser une radio pour un patient non suspect covid, de réaliser des soins dentaires, où des patients avec des cancers en train d'évoluer étaient enfermés chez eux avec des rendez-vous annulés et que , les médecins traitants les découvraient par hasard. Ils ont apporté leur contribution pour que les patients soient pris en charge, en sécurité, et tenter de limiter au maximum les pertes de chance.
  - ils participent activement aux résultats encourageants de sortie de confinement en étant en première ligne du contact tracing, en proposant une réponse médicale dans les stratégies qui évoluent tous les jours (hôtels, dépistages cluster, dépistages organisés quartiers sensibles etc.).
- En résumé, ils ont su maintenir un travail de qualité au bénéfice de leurs patients quand ils manquaient de tout...

A l'image des médecins libéraux, l'URPS Médecins Hauts-de-France, dès le début de la crise, a réorganisé toutes ses activités pour les orienter dans le soutien à la gestion de la lutte contre la covid en commençant par créer une cellule de gestion de crise composée de 6 élus mobilisés 24h/24, 7j/7, en lien avec l'équipe de direction.

En lien avec l'ARS avec laquelle des réunions hebdomadaires ont été organisées, des stratégies d'interventions concertées ont été construites, mobilisant ainsi l'URPS Médecins sur :

- l'information aux médecins libéraux via une lettre d'information quasi-quotidienne (42 envois de mi-mars à mi-juin, 6125 envois à chaque fois et un taux d'ouverture de 50 à 60%), permettant ainsi aux médecins d'avoir une information validée et vérifiée sur laquelle s'appuyer. Ces informations étaient ensuite disponibles sur notre site <http://www.urpsml-hdf.fr/coronavirus-covid-19/> (**passage de 8130 utilisateurs en 2019 à 120 142 de mi-mars à mi-juin 2020, de 100 à 300 par jour, France entière<sup>1</sup>**), et, pour partie, sur notre page facebook (passage de 150 en 2019 à 534 qui aiment notre page et 625 qui la suivent en 2020) ;
- le renforcement des connaissances avec l'organisation de webinaires faisant participer infectiologues, hygiénistes mais également l'ARS et l'Assurance Maladie et répondant aux questions de terrain (26/03/2020 - Coronavirus et conduites à tenir, 621 participants et 1152 visionnages en replay ; 05/05/2020 - Médecine libérale et sortie de confinement, 493 participants et 402 visionnages en replay ; 13/05/2020 : mise en pratique des politiques de sortie de confinement, 304 participants et 180 visionnages en replay) ;
- les réponses aux questions pratiques via la gestion d'une boîte mail spécifique pour laquelle des réponses sont données (3797 mails reçus de début mars à mi-juin, allant de 10 à 1495 par semaine et une moyenne d'une centaine), ainsi qu'un standard téléphonique intégralement tourné vers la réponse aux questions des médecins libéraux ;
- le relais des signaux faibles repérés sur le terrain via les réunions de coordinations hebdomadaires proposées, régionales ou territoriales, avec l'URPS Médecins seule mais également aux côtés des autres URPS ;

---

<sup>1</sup> Répartition des utilisateurs du site : Ile-de-France : 33 182 ; Hauts-de-France : 17 973 ; Auvergne-Rhône-Alpes : 12 606 ; Occitanie : 9 453 ; Nouvelle Aquitaine : 9 077 ; Grand-Est : 7 172 ; Provence-Alpes-Côte d'Azur : 7 097 ; Pays de la Loire : 4 451 ; Bretagne : 4 124 ; Normandie : 3 858 ; Bourgogne-Franche-Comté : 3 070 ; Centre-Val-de-Loire : 2 967 ; Corse : 279 ; 12 non connus.

- le soutien aux médecins y compris dans les territoires en travaillant les arbres décisionnels et en élaborant des propositions de réponses anticipant les pires scénarii qui ont pu être heureusement évités ou qui sont en cours de mise en place comme les équipes ambulatoires covid ;
- la liaison avec les secteurs du médico-social et social afin de permettre une présence médicale si nécessaire et développer les usages de la téléconsultation pour permettre une continuité des soins essentielle pour les structures continuant d'héberger du public ;
- la vulgarisation auprès du public vulnérable en organisation des webinaires « coronavirus » sur certains quartiers politiques de la ville en répondant aux questions de la population pour diminuer la souffrance psychologique associée à cette épidémie.

Au vu de cette implication sans faille, nous ne pouvons que constater amèrement notre non association directe au Ségur quand nos missions, définies par le législateur, **précisent que les URPS participent notamment « aux actions de veille sanitaire et de gestion de crises sanitaires »**. Vous trouverez malgré tout notre contribution issue d'une concertation avec l'ensemble des élus de notre Union mais également fruit d'une implication sans faille de l'URPS Médecins depuis sa création pour contribuer à l'amélioration de la santé de la population.

## **Pilier 1 – Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent**

### **1- Revaloriser la médecine de ville pour éviter une crise désincitative à l'installation des futurs médecins libéraux et permettre de renouer des liens équilibrés public-privé :**

#### 1.1. Revaloriser financièrement et symboliquement la médecine de ville :

- Revalorisation financière car les médecins libéraux français, notamment les généralistes, sont, vis-à-vis de leurs homologues européens, parmi les moins payés. Il sera important d'être attentif au sentiment de déclasserment que pourrait avoir les médecins libéraux si le secteur hospitalier obtenait un alignement, justifié par ailleurs, sur la moyenne européenne des rémunérations, sans conduire une réflexion identique pour la médecine de ville et la médecine générale.

Ces mesures pourraient conduire à une crise désincitative d'installation en médecine de ville et il est indispensable de réduire l'écart de désavantages entre les conditions proposées par le salariat Vs les conditions de l'exercice libéral, sauf à en souhaiter son extinction...

Cette revalorisation financière sera d'autant plus essentielle qu'étant rémunérés à l'acte, les médecins connaissent et vont connaître un manque à gagner important : achats d'Équipements de Protections Individuels et de produits spécifiques d'entretien dont les tarifs atteignent des montants scandaleux, temps passé au nettoyage et à la désinfection réduisant drastiquement le nombre de patients accueillis, les possibilités opératoires en établissement et d'autant les honoraires encaissés.

Il y a nécessité que soient plafonnés les tarifs associés à ces nouveaux besoins de sorte à ce que certains industriels peu scrupuleux ne fassent des bénéfices indécents sur le dos de la covid

- Revalorisation symbolique car cette crise n'a pas concerné que l'hôpital et si les cas graves ont été pris en charge par ce dernier, toutes les autres formes symptomatiques l'ont été par la ville ce qui est d'autant plus vrai avec la sortie de confinement.

#### 1.2. Maintenir les acquis de la covid pour améliorer la protection sociale du médecin généraliste libéral :

- A l'image des mesures prises par l'Assurance Maladie en matière de dédommagement des charges pour les médecins libéraux, réalisation d'un versement a priori des indemnités de la CARMF (Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France) permettant ainsi de ne pas soumettre les médecins à une double peine : avoir à gérer leur maladie mais également la vulnérabilité financière associée. Certains médecins malades de la covid en début de crise (mars) n'avaient toujours pas perçu le moindre dédommagement à la mi-juin, nécessitant une trésorerie importante pour pouvoir couvrir une absence d'activité brutale de près d'un trimestre. A l'image du dispositif de l'Assurance Maladie, le versement a priori de cette aide après demande du dossier avec une régularisation si besoin par la suite semble être une mesure pleine de bon sens et facilement opérationnelle.
- Maintenir les acquis de la covid en réduisant de 90 à 15 jours la carence imposée par la CARMF. Ces 90 jours sont également un repoussoir à l'installation pour des médecins traitants qui pourraient n'en avoir aucun en exerçant dans le secteur public. L'arrêt de travail réalisé par le médecin traitant doit pouvoir être reconnu.
- Renforcer l'accès à des couvertures assuranciennes dès le troisième jour d'arrêt de travail en développant une formation sur les caractéristiques contractuelles assuranciennes dans la formation initiale pour les futurs libéraux afin de développer une culture assurancière et donner aux médecins les moyens de choisir en toute connaissance leur niveau de protection. Dès lors que le médecin est conventionné, il est impératif de permettre la mise en place d'un contrat de base d'assurance incluant une couverture de perte d'exploitation soudaine en cas « fermeture administrative des cabinets » comme ce fut le cas avec le confinement, afin de permettre la garantie d'un revenu minimum garanti.

## **2- Revaloriser le rôle du médecin généraliste et du médecin traitant dans la coordination des EHPAD et, plus généralement du secteur médico-social :**

### **2.1 Revaloriser le statut de médecin coordonnateur d'EHPAD :**

La crise de la covid a mis en lumière de nombreux EHPADs sans médecin coordonnateur, entraînant ainsi une perte de chance pour leurs résidents dont l'accès aux soins s'en trouvait affecté ainsi que l'organisation de la réponse sanitaire à l'intérieur de l'établissement.

Si l'URPS Médecins a permis de mobiliser des renforts libéraux pour pallier la crise, ces médecins ne souhaitent pas pérenniser leur implication, notamment faute de salaire suffisamment attractif et au vu des contraintes associées. Il est donc indispensable de revaloriser le salaire du médecin coordonnateur qui n'est plus en adéquation avec les attendus de la fonction.

Sans cette revalorisation, le changement structurel espéré grâce à la mobilisation des médecins libéraux pendant la crise n'aura pas lieu, faute de modèle économique valorisant mais aussi de reconnaissance symbolique des missions du médecin coordonnateur au sein d'un EHPAD..

### **2.2 Faire évoluer le métier de médecin coordonnateur d'EHPAD à médecin de structure médico-sociale :**

Il est également important de pouvoir consolider le rôle du médecin coordonnateur, notamment en période de crise sanitaire, et d'inclure ces éléments dans les DU (Diplômes Universitaires) de médecin coordonnateur.

Par ailleurs, il serait intéressant de créer des médecins coordonnateurs dans tous les établissements médico-sociaux et permettrait ainsi d'avoir des ressources opérationnelles rapidement. La création d'un DU de médecin coordonnateur de structure médico-sociale pourrait être étudié même si la crise covid a montré quelques similitudes dans les interventions à réaliser quelle que soit la nature de l'établissement médico-social, voire social.

### **2.3 Créer une supervision libérale pour accompagner les médecins volontaires :**

Une supervision libérale par un médecin coordonnateur senior pour accompagner les médecins coordonnateurs renforts semble utile et complémentaire des référents gériatriques mobilisés sur les territoires et qui ont très bien fonctionné par ailleurs. Ce binôme jeune médecin volontaire/médecin senior EHPAD pourrait permettre aux médecins volontaires mais rétifs au fait de devoir repasser un DU de gériatrie, de réaliser des Validations d'Acquis d'Expériences grâce à l'acquisition de ces nouvelles pratiques supervisées apprises directement sur le terrain.

## **3- Associer les médecins libéraux, principaux concernés, dans la transformation des métiers :**

« Tout ce qui est fait pour nous, sans nous, est fait contre nous » disait Mandela. Il en est de même pour les médecins qui voient depuis quelques temps les champs de compétences de leurs collègues professionnels de santé être élargis sans même qu'une concertation n'ait eu en lien en amont, créant ainsi des tensions interprofessionnelles qu'il est ensuite difficile de dépasser sur le terrain.

### **3.1. Téléconsulter et dématérialiser plutôt que renouveler les ordonnances :**

- Si la possibilité de renouveler les ordonnances par les pharmaciens a pu être salutaire au tout début de la crise, du fait de la soudaineté du confinement et le temps de laisser aux médecins le temps de réorganiser leurs modalités de consultation, ce renouvellement ne doit pas perdurer dans le temps.

Bien qu'associés au renouvellement de prescription, trop peu de pharmaciens ont rempli leur obligation d'information aux médecins traitants laissant ces derniers dans l'impossibilité de savoir si leurs patients poursuivaient ou non leur traitement sereinement ou s'ils avaient renoncé à leurs soins. Autoriser le renouvellement des prescriptions plus d'une fois c'est nier l'utilité de la consultation qui lui est rattachée et qui sert pourtant à refaire le point avec le patient.

L'URPS Médecins ne peut que regretter que les représentants des médecins libéraux n'aient pas été associés à ces transformations du système de santé pour éviter les fausses bonnes idées quand les pertinentes sont oubliées.

- Plutôt qu'une autorisation de renouvellement de traitement, délétère pour le patient sur le long terme, il serait intéressant de développer le recours à la réalisation de la téléconsultation assistée par le pharmacien et la dématérialisation de l'ordonnance qui permettrait ainsi aux pharmaciens de jouer un rôle collaboratif dans un trinôme patient/médecin/pharmacien.

### 3.2. Initier et réévaluer les forfaits attribués aux nouvelles pratiques dont le développement est limité faute d'une juste valorisation :

- Exemple de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) où, si les Hauts-de-France ont la chance d'avoir 37 équipes éducatives de proximité composées de soignants libéraux (41 en fin d'année 2020) actives, son déploiement reste freinée par le modèle économique qui y est associé avec une base forfaitaire peu souple, égalitaire, entraînant un désengagement de la part des médecins libéraux sur la réalisation effective des ateliers, du fait d'un modèle économique désavantageux par rapport à leur rémunération habituelle.

Il est également indispensable de pouvoir envisager une valorisation de la pratique de ETP en individuel avec la création d'un acte.

La revalorisation du coordonnateur de programmes ETP, non couvert par le forfait patient, reste un point bloquant dans le développement de l'Éducation Thérapeutique de médecine de ville.

- Exemple aussi de la télé-expertise où le modèle économique de l'Assurance Maladie est tellement peu incitatif qu'aucune spécialité ne souhaite la déployer dans les conditions proposées. Or, l'expérimentation en Hauts-de-France sur la téléexpertise en dermatologie montre que lorsque la rémunération est négociée avec les représentants de la profession, le modèle économique fonctionne et les usages se développent, avec un service rendu aux patients indéniable.

Cette illustration peut être élargie à la plupart des nouveaux usages de télémédecine où, faute de courage financier suffisant, les usages restent limités aux seuls militants pour ces causes, donnant à tort, l'impression d'un désintérêt de ces professions pour la transformation numérique de leurs métiers et donnant la part belle aux industriels qui finissent parfois par imposer leur doctrine qui peut être en décalage avec les vœux des médecins de terrain et des usagers.

Ainsi, la télésurveillance, notamment en pneumologie, pourrait être un outil très efficace dans la gestion de cette crise covid et la lutte contre la perte de chance si le modèle de financement du programme qui s'y rattache, ETAPES (Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours En Santé), était concerté et accepté par la profession, ce qui n'est pas le cas du fait de moyens mal répartis (entre prestataire de service, accompagnement ETP etc.) et insuffisants.

- Il pourrait également être intéressant de développer des nouveaux usages comme les téléconsultations asynchrones qui permettent d'avoir des échanges différés entre médecin traitant et spécialiste(s) pour définir d'une stratégie autour d'un cas complexe. Ce cas d'usage n'a pas encore été envisagé dans sa rémunération mais aurait trouvé toute son utilité en période épidémique face à une pathologie peu connue.

### 3.3. Développer la formation initiale pour permettre une transformation éclairée des métiers

- Intégrer des modules relatifs aux enjeux de la télémédecine et leur déclinaison opérationnelle pour permettre aux médecins de rééquilibrer leur rapport de forces avec les industriels et exprimer leurs souhaits plutôt qu'accompagner les propositions de ces derniers.
- Intégrer l'Éducation Thérapeutique et l'approche motivationnelle dans la formation initiale de tous les professionnels de santé

### 3.4. Passer de la consultation à l'association de la médecine de ville dans les nouvelles organisations envisagées

On ne compte plus les propositions faites de réorganisations du système de soins dans lesquelles les médecins libéraux sont censés être impliqués : délégations de tâches, expérience avortée des

PTA (Plateformes territoriales d'Appui), articles 51, etc. Au vu de notre expérience, il paraît essentiel de rappeler que consultation de la médecine libérale ne veut pas dire association de la médecine libérale.

Ainsi, dans le cadre des articles 51, il est important que l'URPS Médecins puisse non seulement être associée à la fois dans la rédaction des lettres d'intention et dans la rédaction du cahier des charges pour lequel il est arrivé que l'association s'arrête de manière unilatérale. C'est au prix de cette concertation que pourront émerger des projets concertés collés aux réalités de tous les professionnels engagés.

Il est indispensable que l'association de la médecine de ville reprenne sens et qu'elle puisse se réaliser dans des temporalités compatibles avec les agendas libéraux mais également avec le dimensionnement des dossiers concernés (on ne boucle pas en 15 jours en dossier prévoyant de révolutionner une profession...).

## Pilier 2 – Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins

### 1- Soutenir une politique forte impliquant les URPS :

#### 1.1 En finir avec le « saupoudrage » de moyens sur la prévention:

Dans le cadre de sa mission de participation « aux actions de prévention et de promotion de la santé » dévolue par l'État, l'URPS Médecins Hauts-de-France ne peut que regretter la faiblesse de moyens qui sont alloués sur la prévention et sa distribution à un nombre important d'acteurs visant souvent le même objectif. L'implication des URPS semble indispensable pour permettre une coordination de ces interventions, une lisibilité par les médecins de terrain mais également une recherche d'efficacité des actions menées, les porteurs de projets méconnaissant souvent les réalités des médecins de ville.

L'URPS Médecins revendique une expertise de terrain qui leur est souvent objectée et souhaitent réaliser des co-constructions de projet avec la reconnaissance financière de leur engagement permettant de déployer des actions ambitieuses.

Par exemple il pourrait ainsi être envisageable de co-porter des actions avec notre partenaire régional qu'est Promotion Santé Hauts-de-France pour développer une éducation populationnelle relative aux gestes barrières en direction du grand public et des professionnels de santé.

#### 1.2 Soutenir les innovations territoriales :

Dans le cadre de sa mission de participation « à l'organisation de l'exercice professionnel, notamment de la permanence des soins mais aussi de nouveaux modes d'exercice », l'URPS Médecins Hauts-de-France propose d'investir auprès des équipes territoriales qui proposent des actions ambitieuses et ne peuvent les mettre en place faute de moyens.

Il est cependant important de ne pas les sous-tendre à des contraintes et indicateurs empêchant la mise en place des actions. La rapidité du déblocage des fonds est également essentielle pour pouvoir démarrer les activités envisagées.

#### 1.3 Soutenir les aménagements de bâtis pour permettre des réorganisations si nécessaire :

Dans le cadre de sa mission de participation « à l'élaboration et la mise en œuvre des mesures destinées à améliorer l'aménagement de l'offre de soins sur le territoire et l'accès aux soins des patients », l'URPS Médecins Hauts-de-France propose de libérer les financements pour des extensions de bâti (prêts garantis par État pour éviter qu'un praticien en fin de carrière ait à prendre ce risque financier) et ainsi avoir des locaux adaptés avec des bureaux supplémentaires permettant d'accueillir d'autres professionnels, comme ce fut le cas pendant la crise covid.

### 2- Développer la recherche en ville pour la ville et par la ville

#### 2.1. Associer la médecine de ville aux recherches qui la concerne :

L'URPS Médecins est trop souvent associée en aval des projets de recherche, que ce soit pour trouver des médecins investigateurs, fournir des listings, relayer des appels à volontaires etc.

Contrairement aux autres champs, les recherches impliquant la médecine libérale n'associent que rarement les principaux destinataires de l'étude qui se retrouvent avec des protocoles et des questionnements inadaptés à leurs réalités. Il est impératif que ces recherches soient adossées à des expertises de médecine de ville qui ne pourraient que bonifier les recherches.

L'URPS Médecins et les médecins libéraux auraient ainsi pu être associés dans les études sur les traitements potentiels de la covid ou leurs effets indésirables...

#### 2.2. Financer à la médecine de ville ses projets de recherche :

Il est important de pouvoir faire confiance aux acteurs de santé libéraux pour développer eux-mêmes des recherches, voire des recherches-actions sans être obligés d'être associés à des laboratoires de recherche universitaires. Les compétences scientifiques existent aussi en ville et le partenariat avec des laboratoires doit pouvoir se faire même si le portage est réalisé par des professionnels de santé et leur représentation comme l'URPS Médecins.

L'URPS Médecins Hauts-de-France a eu la chance d'être retenue dans le cadre d'un appel à projet de recherche de l'InCa mais n'a pu répondre qu'en étant associée à un GIP qui en assurait le portage. Cette solution est inadaptée à la recherche actuelle.

Il est indispensable que les structures associatives comme les URPS puissent candidater comme promoteur de recherche en s'entourant de compétences universitaires si besoin. Certains projets se sont retrouvés bloqués ou différés quand les compétences et l'envie de travailler étaient là, faute de pouvoir faire assumer ce portage à l'URPS Médecins.

Cet ancrage de terrain permettrait d'avoir des recherches à visée opérationnelles permettant d'évaluer la pertinence de stratégies d'interventions ou nouvelles organisations.

### 2.3. Permettre l'accueil des internes de santé publique dans les URPS :

Avec la crise covid, nous avons eu l'occasion d'accueillir temporairement une interne. Cette courte expérience a montré l'intérêt de pouvoir bénéficier de la présence d'internes de santé publique au sein de l'URPS Médecins, afin de nous épauler pour développer des projets de recherche pertinents.

## **3- Permettre une politique de formation ambitieuse**

### 3.1. Renforcer l'interconnaissance public/privé par une formation commune et des stages croisés :

Afin de fluidifier les relations en temps de crise épidémique, il pourrait être utile que les praticiens aient l'occasion de faire des stages en public mais également dans le privé.

### 3.2. Soutenir et financer des formations hors DPC (Développement Professionnel Continu), territorialisées :

Si le DPC permet de financer un nombre de formations conséquent pour les médecins, ces modalités sont inadaptées pour pouvoir soutenir les activités de l'URPS Médecins Hauts-de-France qui propose des temps d'échanges territorialisés, le plus souvent pluriprofessionnels, visant à créer des liens avec des ressources locales existante et développer une culture commune sur des priorités de santé régionales .

Ces modalités n'étant pas adaptées à un DPC dont les crédits sont limités et épuisés de plus en plus précocement, il est indispensable que le FIR (Fonds d'Intervention Régional) puisse être mobilisé pour former les professionnels de santé entre eux et leur permettre de créer les liens qui leur seront ensuite utiles dans leurs quotidiens professionnels.

## **4- Investir dans des nouveaux outils permettant la mise en lien virtuelle des professionnels de santé :**

### 4.1. Investir dans les nouveaux moyens de communication de mise en lien rapides et sécurisés :

Le recours à des messageries communautaires type WhatsApp sur les territoires (CPTS par exemple) a permis de faire circuler rapidement l'information et a été un outil utile dans la prévention de l'épuisement ou de souffrance psychologique pour les professionnels de santé parfois isolés dans leur exercice.

Il serait donc utile que la puissance publique investisse pour permettre ces communications directes à des échelons infra-territoriaux. C'est par exemple l'ambition que se donne PREDICE en Hauts-de-France mais qui n'a pu être mis en place dans la temporalité épidémique.

### 4.2. Investir dans un portail permettant de suivre la trajectoire d'un patient :

Favoriser le parcours de soins du patient avec l'échange sécurisé entre les professionnels de santé (entre les différents secteurs, sanitaire, médico-social et social) et limiter les ruptures de soin (échange sécurisé, plateforme,...), la redondance d'examens etc.

L'épidémie a montré la nécessité de pouvoir échanger très rapidement, non seulement des données comme les scanners thoraciques, les analyses biologiques pour conforter des diagnostics à l'aune des connaissances qui évoluaient de jour en jour, mais également la nécessité de pouvoir avoir sur un même portail les différents outils mobilisables pour ne pas avoir le contact tracing d'un côté, le logiciel de téléconsultation, de l'autre, le logiciel métier et parfois le(s) logiciel(s) de suivi du patient. L'URPS Médecins rappelle son souhait d'avoir un portail d'interfaçage pour tous

les services de télémédecine pour que les médecins n'aient pas à s'adapter à la technique et ainsi en augmenter le recours en médecine de ville. C'est par exemple l'ambition que se donne PREDICE en Hauts-de-France mais qui n'a pu être mis en place dans la temporalité épidémique.

Il serait utile d'avoir un portail unique permettant d'utiliser des applications web accessibles en mobilité, inter opérables et accessibles.

#### 4.3. Rendre effective l'interopérabilité des outils ayant la même finalité :

L'épidémie a montré la difficulté de travailler en coordination avec des professionnels qui n'utiliseraient pas la même interface de téléconsultation quand il s'agit de faire une téléconsultation ou une téléexpertise accompagnée ou encore des applications de suivi et de surveillance comme les outils de télésuivi covid où il est impossible d'avoir un patient qui aurait un suivi hospitalier et un second en ville sans que ces derniers ne soient interconnectés.

### Pilier 3 – Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes

#### 1- Diminuer les pertes de chance et retards aux soins en proposant un Plan de Continuité d'Activité Libéral :

Le recours unique à la gestion hospitalière pour prendre en charge la crise, notamment dans ses débuts en a montré les limites. Il y a nécessité à s'appuyer sur le potentiel de la médecine libérale pour contribuer à la continuité des soins et pouvoir mobiliser à bon escient toute l'offre de soin disponible, y compris libérale.

##### 1.1. Développer les équipes de soins spécialisées pour pouvoir organiser des réponses adaptées :

La covid a montré la difficulté d'avoir une visibilité de l'offre médicale, notamment spécialisée, en cas de conditions exceptionnelles. Pourtant, certaines spécialités s'étaient organisées de manière à pouvoir assurer une continuité des soins et apporter leur expertise à leurs confrères.

La mise en place d'équipes de soins spécialisées permettrait d'avoir des interlocuteurs identifiés pour construire des réponses territoriales.

Pour pouvoir contribuer à leur mise en place, l'URPS Médecins a besoin de pouvoir contacter rapidement les médecins de spécialité pour leur permettre d'arrêter une organisation adaptée et doit pouvoir disposer des adresses électroniques pour pouvoir communiquer rapidement avec ces derniers.

##### 1.2 Formaliser une coopération public/privé permettant de maintenir la continuité des soins :

- Lors du plan blanc aurait pu être renforcée la coopération public/privé et notamment le transfert/renvoi des urgences non covid sur les établissements privés n'assurant pas d'accueil de covid.

Cette anticipation aurait montré qu'une prise en charge hors covid était possible, y compris pendant le confinement. De nombreux patients ayant cru que l'hôpital ne prenait plus en charge que de la covid ou par peur d'être contaminés, des retards de prise en charge auraient été évités.

Le renforcement des missions principales de l'hôpital, à savoir la gestion des cas complexes et rares de niveau 3 et le relais vers la médecine de ville de la gestion des cas chroniques doit d'autant plus être conforté en période épidémique.

- Lors du plan blanc aurait également pu être renforcée la coopération public/privé et notamment le transfert/renvoi d'urgences covid sur les établissements privés assurant un accueil de covid. Il est heureux que le nombre de patients n'aient pas été plus fort car le fait de ne pas avoir envoyé de patients a limité les acquis d'expérience des équipes médicales des cliniques privées en prenant en charge un ou deux patients, approche qui aurait été salutaire si le nombre de patients avait été plus fort avec un envoi massif sur les cliniques. Les cliniques privées ne peuvent pas être qu'un supplétif hospitalier, elles doivent être un partenaire à part entière.
- Les arrêts d'activité en établissement de santé pourraient être tempérés, de sorte à ne pas transformer un principe de précaution en principe d'inaction. Au vu de l'expérience covid, il est tout-à-fait possible de stopper toutes les activités sanitaires non urgentes en 48h. Il est donc tout-à-fait envisageable d'anticiper les reprises, quitte à envisager une nouvelle fermeture au besoin, ce qui limite les pertes de chance pour les patients et les pertes financières importantes de médecins libéraux qui ne sont pas dédommagés par des cliniques dont les coûts de fonctionnement leur sont assurés par des dotations exceptionnelles.

##### 1.3 Prévenir la désorganisation des soins en assurant une distribution des EPI équitable et non égalitaire :

Une partie de la désorganisation et de la fermeture des cabinets est venue de l'incapacité à pouvoir s'équiper en EPI. Il est donc indispensable de s'assurer d'une répartition non pas égalitaire mais bien en fonction des réalités sanitaires des territoires. A l'image de ce qui avait été fait au début de la pandémie, il est important que les médecins exerçant dans les clusters ou alentours

puissent bénéficier d'un nombre plus important équipements de protections individuels renforcés (davantage de FFP2 que de masques chirurgicaux si les stocks étaient encore en tension par exemple), contrairement aux territoires où le secteur ne circulait pas du tout ou très peu. Il aurait pu être intéressant de différencier les équipements proposés entre les zones rouge/orange et verte, leur permettant ainsi de maintenir leur activité dans des conditions de sécurité.

#### 1.4 Anticiper les ruptures brutales d'activité :

- L'URPS Médecins peut soutenir les territoires aux organisations non formalisées dans les situations où un médecin avec une patientèle importante est amené à brutalement stopper son activité sans pouvoir l'anticiper. L'URPS Médecins peut alors travailler en lien avec les médecins et les professionnels de santé du territoire pour trouver la solution optimale (report sur les autres médecins, recrutement d'un remplaçant, etc.).
- Il est important de pouvoir faire évoluer les contrats de remplacement pour mettre en place la dématérialisation de la signature. Un médecin en capacité d'exprimer explicitement son accord mais dans l'impossibilité de signer un contrat pourrait malgré tout l'officialiser pour qu'un remplaçant occupe son cabinet et se charge de la prise en charge de ses patients, permettant ainsi une continuité des soins et une moindre perte de revenus pour le médecin hospitalisé. Un contrat d'adjoint temporaire où la délégation de signature reviendrait au représentant des ayants droits ou serait signé par le conseil de l'Ordre, pourrait être une solution.

#### 1.5 Mettre en place des flux dédiés associant pleinement le médecin traitant et respectant les logiques territoriales :

Une offre supplémentaire dédiée spécifiquement aux patients suspectés de covid-19 a été mise en place sur certains territoires, les centres covid. Si ces ressources ont été nécessaires au moment du pic épidémique, l'expérience a montré que c'est l'ensemble de l'offre de médecine libérale qui doit être mobilisée.

Le médecin traitant doit rester en première ligne pour prendre en charge ses patients. Ces nouvelles ressources doivent l'associer pleinement pour être efficaces, ce qui nécessite de vérifier qui est venu consulter dans ces centres, en amont pour confirmer l'indisponibilité du médecin traitant et en aval pour s'assurer du relais par le médecin traitant. L'envoi direct et systématique de régulation d'urgence à des centres dédiés n'a abouti qu'à générer des tensions avec des médecins qui avaient la capacité de poursuivre la prise en charge de leurs patients.

Les souhaits des professionnels de santé des territoires doivent primer, aucune modalité d'organisation ne doit être privilégiée et chaque territoire doit définir les modalités d'organisation les plus adaptées en fonction des ressources existantes (consultation dédiée en cabinet isolé, flux dédié dans une structure unique, flux dédié dans plusieurs cabinets, centre dédié).

A la fin de cette crise, il apparaît nécessaire d'évaluer les flux et centres dédiés covid mais également de clarifier le circuit de validation/labellisation de ces centres.

Ces centres covid semblent avoir été utiles pour les médecins qui n'étaient pas en capacité de recevoir leurs patients et ont également permis de mobiliser les médecins traitants qui souhaitaient continuer à s'engager.

Leur mise en place a cependant été freinée par certaines contraintes comme le nombre important d'indicateurs à compléter ou encore le versement différé des fonds à percevoir pour pouvoir fonctionner rapidement. Par ailleurs, sans mobilisation de leur personnel habituellement dédié à leurs organisations territoriales (CPTS, MSP, etc.), la structuration de ces centres en accord avec tous les professionnels de santé libéraux du territoire aurait tout simplement été impossible à faire.

## **2- Protéger les médecins**

La crise covid a été l'occasion de montrer l'inadéquation des moyens envisagés au vu des besoins dans une telle crise, voire une faillite de l'État dans son impossibilité de fournir les EPI utiles et demander à la solidarité de s'exprimer... Cette imprévoyance a pu contribuer non seulement des décès mais

également des séquelles physiques ou psychologiques dont nous n'avons pas encore pu mesurer l'ampleur...

#### 2.1. Anticiper les stocks d'EPI nécessaires à la gestion d'une crise longue par les médecins :

Il est indispensable qu'une anticipation des stocks soit réalisée avec une mise à disposition des EPI au moins 1 mois avant les pics épidémiques.

Si ce n'est pas le cas, l'État doit pouvoir organiser en urgence l'approvisionnement en garantissant des prix stables et décents pour permettre aux professionnels de s'équiper eux-mêmes en cas de seconde vague ou autre période épidémique. Cet équipement doit pouvoir être valorisé dans la rémunération des médecins.

Il y a également nécessité à anticiper les baisses de stocks pour en prévenir les ruptures.

Cette anticipation est d'autant plus importante que le double masque est indispensable pour éviter un nouveau confinement en cas de seconde vague.

#### 2.2. Organiser le rôle des médecins à risque en période de crise :

Sur les 21 médecins libéraux décédés (source CARMF), presque tous avaient plus de 60 ans et relevaient donc des populations identifiées comme vulnérables.

Afin de protéger les médecins libéraux, il est nécessaire de pouvoir non seulement arriver à identifier la population que pourrait représenter les médecins vulnérables mais également organiser des échanges pour connaître le niveau de risque acceptable à leur faire courir, l'idéal étant de trouver une organisation permettant de les mobiliser sans les exposer.

#### 2.3. Apporter un soutien psychologique aux professionnels de santé libéraux en élargissant l'accès aux outils de soutien de crise pour les personnels hospitaliers :

Certains médecins libéraux touchés par la Covid ont été stigmatisés par leurs propres patients qui les suspectaient de les avoir possiblement contaminés ou ont vu leur famille être elle-même stigmatisée, leurs enfants non pris en charge à l'école, même après guérison etc. Les libéraux ont été placés sous le coup d'une double menace : la perte de leur vie par la maladie et la perte de leur travail (ce qui pour un libéral est crucial car, la perte de la clientèle signe la fin de la carrière professionnelle avec les conséquences qu'on imagine pour lui et sa famille).

Nombreux sont également les médecins libéraux non touchés par la covid mais qui souffrent de symptômes qui laisseraient penser à du stress post-traumatique (cauchemars etc.).

S'il existe des dispositifs nationaux que nous connaissons, il semble néanmoins important de pouvoir avoir une 1ère ligne de réponse territorialisée avec des écoutants comprenant les réalités du territoire appelant. Rien qu'à notre échelle régionale, ce que vivent les médecins de l'Oise ou de la Somme est bien différent de ce que vivent les médecins du Nord ou du Pas-de-Calais.

En lien avec l'ARS et les CUMP (Cellules d'Urgence Médico-Psychologique), les professionnels de santé ont pu bénéficier de la même réponse que les soignants hospitaliers et ainsi être assurés, tant de la qualité de la réponse, que de la compréhension de la logique territoriale avec renvoi vers d'autres ressources si besoin.

#### 2.4. Anticiper la possible désorganisation territoriale suite au covid :

Les retours des médecins de terrain laissent à penser que le choc psychologique lié à cette épidémie pourrait également avoir des conséquences en matière de couverture sanitaire avec des départs en retraite plus précoces qu'envisagés avant la crise.

Au vu de la moyenne d'âge des médecins sur certains territoires il sera essentiel d'anticiper ces départs pour pouvoir prévenir d'une désorganisation et d'un épuisement des médecins restant dont les patients du territoire pâtiraient également.

Il serait également intéressant d'objectiver si cette crise pourrait infléchir des envies d'installation chez des médecins qui pourraient avoir peur de ne pas être suffisamment protégés en cas de crise de cette nature.

#### 2.5. Prioriser les tests en direction de tous les soignants, y compris des libéraux

### **3- Pérenniser et développer le choc de simplification administratif permis par la crise covid :**

#### **3.1. Maintenir et élargir à la télé-médecine la simplification administrative obtenue pour la téléconsultation :**

- Le consensus est unanime sur le fait que la simplification des rendus compte demandés par l'Assurance Maladie a été un solide pivot dans développement de l'usage de la téléconsultation et une piste de solution dans la facture numérique contre laquelle l'État se mobiliser.

Il est demandé à ce que cet usage perdure au-delà de la crise mais soit également proposé pour d'autres actes de télé-médecine comme la télé-expertise pour en développer l'usage.

- Un autre facteur ayant facilité son essor aura également été l'assouplissement des critères de téléconsultation dont les supports ont été assouplis : téléphone simple, visio simple etc. Les médecins libéraux ont montré qu'il n'en avait pas dévoyé l'usage avec la sortie de confinement et ces assouplissements pourraient être maintenus, amenant une plus-value tangible pour les patients et une réduction de la fracture numérique.
- Enfin, la possibilité de prescrire en envoyant directement l'ordonnance aux pharmaciens doit pouvoir être maintenue. Le renforcement des usages de MSS (Messagerie Sécurisée de Santé) devrait permettre de contribuer à la résolution de ce problème.

#### **3.2. Conserver le recouvrement par les caisses de la prise en charge des tickets modérateurs pour les patients les plus vulnérables :**

La crise épidémique a montré la faisabilité du recouvrement en direct par l'Assurance Maladie des patients exonérés de ticket modérateur et permettant ainsi d'améliorer l'accès aux soins grâce à la mise en place d'un tiers payant intégral et la dispense totale d'avance de frais. Conformément aux demandes des médecins, cet acquis doit pouvoir être conservé pour permettre la mise en place d'un tiers payant intégral envers les plus vulnérables même si son élargissement complet est loin d'entraîner une adhésion majoritaire parmi les représentants de la profession.

#### **3.3. Simplifier la mobilisation des médecins volontaires :**

- simplifier la réquisition par l'ARS pour les structures sociales :

Si les ARS ont permis une réquisition facilitée en cette période de crise, certaines réquisitions temporaires n'ont cependant pas pu être mises en place dans certaines structures identifiées à risque et au besoin validées par le Département, faute de formalisation officielle de l'accord informel donné par le Président du Département.

Ce problème de tutelle sur les structures et d'impossibilité de réquisitionner auraient pu entraîner une perte de chance importante en cas d'entrée du virus dans ces structures, ce qui, heureusement, n'a pas été le cas mais mériterait d'être anticipé pour l'avenir.

- simplifier la réquisition des remplaçants :

Si les Ordres ont permis une simplification de la procédure pour pouvoir réquisitionner des médecins remplaçants (thésés ou non), il serait utile d'envisager un aménagement pour ces réquisitions ponctuelles et urgentes, de sorte à ne pas devoir mobiliser de médecins libéraux pour en être le référent, pouvant être source de perte de temps précieux.

- Organiser la dématérialisation de la signature des contrats d'adjoints :

Comme dit précédemment (cf 1.4.) il est important de pouvoir faire évoluer les contrats de remplacement pour mettre en place la dématérialisation de la signature et ainsi faciliter l'obtention de l'accord d'un médecin brutalement hospitalisé pour prévoir son remplacement.

#### **3.4. Poursuivre la simplification des démarches permettant l'innovation :**

Si les articles 51 sont une première pierre pour permettre aux médecins libéraux de pouvoir envisager des nouveaux modes d'exercice et de rémunération portés par eux, force est de constater que la charge administrative associée est encore très importante et en limite le recours par les principaux intéressés.

Il est donc important de pouvoir soutenir les URPS pour leur permettre d'initier des projets portés par les libéraux et dépasser le stade de partenaires de projets souhaités par d'autres.

### 3.5. Simplifier les contraintes administratives freinant le déploiement de l'Éducation Thérapeutique en ville :

L'URPS Médecins a permis l'émergence de 37 équipes éducatives de proximité (41 en fin d'année 2020), toutes actives et notre région aura près de 650 professionnels de santé libéraux formés à l'ETP en 2020 pour mettre en place des programmes ambulatoires.

Ce nombre est cependant insuffisant et il est important de revaloriser ou simplifier les rendus compte demandés aux équipes si la volonté politique est d'en développer le recours.

La charge administrative s'est accrue d'année en années avec un forfait n'évoluant pas et finit par être un repoussoir pour les sceptiques tant les contraintes associées à la mise en place d'un tel projet sont fortes.

Il est également important d'avoir une meilleure visibilité des ressources (associatives, éducatives) pour les patients chroniques et les professionnels sur les territoires afin de faciliter l'orientation des patients.

### 3.6. Simplifier le recours des médecins aux usages de télémédecine :

- Accompagner les professionnels de santé à l'accompagnement de ces nouveaux usages en créant des postes d'accompagnement technique de terrain en télémédecine, à l'image de ce qui est fait modestement par notre URPS Médecins et qui a démontré son efficacité.
- Simplifier les accès à la MSS Santé aux secrétaires des structures publiques et privées.

## **4- Reconnaître l'expertise et donner les moyens aux URPS Médecins de remplir leur mission de participation « aux actions de veille sanitaire et de gestion de crises sanitaires » :**

### 4.1. Donner les moyens de communiquer rapidement en direction de tous les médecins libéraux, remplaçants compris :

- Encadrer mais autoriser les URPS à disposer d'une adresse MS Santé pour leur permettre de communiquer les informations essentielles par rapport à la crise, ces adresses étant les plus pérennes :

Comme dit dans le préambule, la mission d'information de l'URPS Médecins a été reconnue comme essentielle dans la gestion la crise covid. Afin de poursuivre sa mission d'alerte, il est indispensable que l'Union puisse avoir les adresses mail des médecins adhérents de sa région. Les informations ayant évolué d'heure en heure, seule la voie électronique s'est avérée compatible avec la temporalité de la crise épidémique et des prises de décisions.

Si l'Assurance Maladie a fourni les adresses mail sécurisées des médecins, son usage est aujourd'hui tellement restrictif qu'il nous est impossible d'envoyer une information sanitaire, même pour signaler l'existence d'un cluster pour contribuer à la non diffusion du virus. Il est important que les URPS puissent disposer d'une messagerie sécurisée pour pouvoir communiquer en leur direction tout en encadrant son usage. Notre Union a perdu un temps utile et fait perdre un temps précieux aux médecins en début de crise à appeler les 6000 médecins de la région dont nous n'avions pas encore l'identité électronique.

- Par ailleurs, cette crise a montré la nécessité que soit partagée l'information avec les médecins installés mais également avec leurs remplaçants afin de leur permettre d'avoir le même niveau d'information et ainsi permettre une acculturation covid commune. L'URPS Médecins ne dispose pas aujourd'hui des coordonnées des médecins remplaçants et il est essentiel qu'elle puisse les avoir pour leur faire bénéficier du même niveau d'information que les autres médecins libéraux.

### 4.2. Organiser des coordinations de crise :

Suite à l'épidémie de covid, il est apparu indispensable de pouvoir avoir des échanges fréquents permettant une réactivité qui a montré ses preuves.

- Avoir des liens directs avec les ressources nécessaires à la crise : la mise en lien par l'ARS de ressources utiles que ce soit à l'ARS, mais également un infectiologue et un hygiéniste dédiés à l'URPS Médecins, ont été particulièrement aidants pour consolider les informations transmises aux médecins libéraux. Le relais auprès d'autres structures comme la cellule régionale d'éthique ou la CUMP ont permis de construire d'autres réponses utiles. Certains liens ont cependant manqué et identifier des relais au sein d'autres ministères comme la direction du travail etc. auraient pu nous faire gagner un temps précieux.
- L'organisation de réunions régionales bilatérales hebdomadaires ARS/URPS Médecins mais aussi ARS/inter-URPS a permis d'échanger des informations pratiques cruciales et d'assurer une coordination inter-professionnelle.
- L'organisation de réunions départementales a également permis d'avoir une compréhension plus fine du vécu de la crise et des actions ajustées à mettre en place. Sur notre échelle des Hauts-de-France, les 5 départements n'ont pas vécu les événements au même moment.
- Il aura cependant manqué une coordination territoriale plus fine en cas de crise, l'échelon de la sous-préfecture pouvant paraître intéressant. Cette coordination ne peut se faire sans voir identifier un pilote légitime pour coordonner tout le monde en intersectoriel.

#### 4.3. Donner les moyens aux URPS de mobiliser les ressources médicales libérales utiles :

- La crise covid a montré que la réserve sanitaire nationale pouvait présenter quelques limites. Ainsi l'URPS Médecins a pu coopérer avec l'ARS pour pouvoir mobiliser les médecins libéraux disponibles pour venir en renfort sur leurs territoires et pour des missions bien identifiées. Il a ainsi été permis de trouver des renforts pour les EHPADs, pour les hôtels dédiés au covid, pour réaliser les dépistages organisés dans les sites sensibles (quartiers politiques de la ville, structures identifiées à risque, clusters etc.), de compléter les équipes de référents gériatriques etc. Cette coopération intelligente associant les libéraux doit être maintenue sans envisager l'URPS Médecins comme un prestataire de service mais bien comme un partenaire qui permet d'éviter des écueils opérationnels par sa connaissance complémentaire de terrain.
- Afin de pouvoir identifier les ressources mobilisables en cas de besoin, l'URPS Médecins a besoin de disposer d'un répertoire exhaustif et à jour des adresses électroniques des médecins libéraux et médecins remplaçants, ces derniers étant souvent plus disponibles dans la temporalité associée aux clusters par exemple.

#### 4.4. Apporter l'expertise de terrain de l'URPS Médecins au pilotage et sa déclinaison opérationnelle :

- inclusion de l'URPS Médecins à la cellule de crise pour permettre des relais efficaces avec les médecins de terrain, aux côtés des CHRU permettant ainsi de conforter des orientations et stratégies partagées.
- Conforter le principe initié à la sortie de confinement d'association de l'URPS Médecins aux équipes mobilisées sur les tracing complexe avec une composition ARS/Hôpital/URPS Médecins.
- Le début de la crise s'est accompagné d'un flux incessant d'informations avec informations/contre-informations, nécessité de clarification, explicitations. L'URPS Médecins a joué ce rôle auprès des médecins libéraux de tri, hiérarchisation mais aussi simplification des organisations proposées avec création d'arbres décisionnels en appui des documents cadres ARS validés par URPS concernés/ARS et COREB.
- Mise en place d'un réseau de médecins vigies de terrain couvrant l'ensemble du territoire pour remonter les signaux faibles d'alerte sanitaires :  
Ce réseau permettrait ainsi de pouvoir faire remonter les éléments suivants :
  - ✓ A l'image de ce qu'avait pu faire le GROG (Groupement Régional d'Observation de la Grippe), ces médecins pourraient être les relais épidémiologiques des cas vus en ville et pas uniquement à l'hôpital. A l'image de la contribution de SOS Médecins, on pourrait imaginer une contribution des médecins généralistes avec une activité conventionnelle nécessitant cependant de prévoir une formation au codage.
  - ✓ alerte sur les clusters potentiels, sur les patients à risque à accompagner etc.

- ✓ plus généralement, tous signaux d'alerte relatifs à la veille sanitaire permettant d'anticiper d'autres crises via des motifs ou des fréquences de consultation nécessitant une investigation par l'ARS.
- Consolider les modalités d'alerte des médecins sur des situations identifiées comme problématique.

#### 4.5. Associer l'URPS Médecins à la communication officielle très relayée et très écoutée :

- Travailler les messages nationaux en lien avec le terrain, ce qui aurait peut-être permis d'intégrer plus vite la symptomatologie confirmée (anosmie, agueusie par exemple) ou encore d'éviter les messages dirigeant tous les patients suspects vers les urgences quand leur médecin traitant était en capacité d'assurer une consultation à distance pour permettre une pré-régulation et ainsi éviter de submerger les régulations et les urgences, etc.  
Des communications régionales complémentaires ont également pu être réalisées grâce aux signaux faibles remontés par la médecine de ville.
- Maintenir les acquis du port du masque et d'hygiène des mains pour permettre ainsi de prévenir d'autres pathologies comme la grippe saisonnière ou autres pathologies comme les gastro-entérites, rhino-pharyngites etc. mais également permettre une éducation populationnelle pour être capable de se reconfiner tout en restant en activité.

### **5- Mieux coordonner le médico-social dès le début de la crise – anticiper les futures crises**

#### 5.1. Faire entrer la pratique de la téléconsultation dans ce secteur avec les praticiens habituels, que ce soit en EHPAD ou dans les autres secteurs médico-sociaux :

- La crise épidémique a montré que la téléconsultation était possible via des offres plus légères complémentaires avec tablette/smartphone etc. Si le chariot permet de faire bien plus de choses, peut-être son recours est-il prématuré tant que l'usage de la téléconsultation simple n'est déjà pas maîtrisé.  
Il est important de faciliter le recours à la téléconsultation par le médecin généraliste et valoriser son intervention au sein de ces structures afin de pallier le manque de médecins dans les établissements sociaux et médico-sociaux.
- Si les ressources médicales internes n'étaient pas suffisantes, la crise a montré qu'il était possible d'avoir recours à des infirmiers libéraux pour réaliser des téléconsultations assistées.
- Cette acculturation à la téléconsultation simple ou accompagnée sur site par un infirmier libéral pourrait également être transposée aux autres structures médico-sociales pour permettre une continuité des soins particulièrement importante en période de crise épidémique.

#### 5.2. Renforcer la présence/supervision médicale dans l'ensemble des établissements médico-sociaux, voire sociaux identifiés comme à risque du fait du public accueilli :

- Au-delà de mieux préparer les médecins à cette gestion atypique, il y a nécessité de clarifier et renforcer la position du médecin coordonnateur dans les décisions organisationnelles médicales en cas de crise sanitaire et notamment le respect de la décision médicale par les équipes administratives et soignantes. Dans le cadre de la covid-19, il a parfois été problématique de faire entendre la voix médicale et l'application de réorganisations nécessaires (sectorisation covid/non covid etc.) ou encore l'application des gestes barrières, faisant courir une perte de chance insupportable aux résidents de ces structures.
- Mettre des médecins coordonnateurs dans tous les établissements médico-sociaux afin de pouvoir organiser la réponse sanitaire en cas de crise épidémique.

#### 5.3. Simplifier les conduites à tenir pour les médecins :

- En complément du Kit EHPAD ministériel, l'URPS Médecins a créé des conduites à tenir en EHPAD issues des premières remontées de terrain avec 10 recommandations clefs en cas de crise sanitaire. Ces documents courts et synthétiques se sont avérés très utiles pour gagner du temps sur la transmission du virus

- Ils ont également été utilisés, en les adaptant au contexte, dans d'autres structures médico-sociales et sociales à risque pour réaliser une prévention primaire et anticiper les éventuelles survenues de cas de covid
- Réaliser une conduite à tenir pour les médecins traitants quant à leur prise en charge et messages à délivrer aux familles des patients en situation de handicap.

#### 5.4. Renforcer les moyens permettant d'anticiper la crise :

- Organiser une réponse en EHPAD et à domicile en nuit profonde y compris en téléconsultation quand il n'y a pas d'entrée en hôpital gériatrique.
- Permettre des dérogations pour constituer des stocks (oxygène, produits de sédation par exemple) sans qu'il ne faille les assigner à des patients qui n'ont pas encore déclarés la covid.

#### 5.5. Décloisonner les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour améliorer les prises en charge :

- Réaliser le décloisonnement et l'interconnaissance avant l'arrivée de la crise :  
Par son CPOM avec l'ARS, l'URPS Médecins a mis en place, en partenariat avec le collectif inter-URPS des Hauts-de-France et le CREA (Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée) Hauts-de-France, des soirées de sensibilisation territorialisées afin de faciliter la prise en charge des personnes en situation de handicap. Ce type d'initiative a permis à l'URPS Médecins d'être identifiée par les acteurs du champ médico-social, permettant ainsi une meilleure coopération des différents acteurs durant la crise sanitaire.
- Penser une organisation territorialisée plutôt que sectorisée : faire émerger une logique territoriale de prise en charge des patients et voir quelle solidarité peut être mise en place entre les différents secteurs avec des patients covid pouvant être pris en charge temporairement par d'autres structures bénéficiant d'oxygène par exemple mais pose la question de la tarification de ces établissements dont les dérogations exceptionnelles doivent être anticipées.

## Pilier 4 – Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers

Avant de commencer, l'URPS médecins regrette la formulation de ce pilier, les médecins souhaitant de ne pas être « au service » des usagers mais bien accompagner, soigner. La symbolique de la sémantique n'est jamais une valeur marginale...

### 1- Plébisciter les URPS pour développer la fédération des acteurs dans les territoires :

#### 1.1. Dans la communication des pairs par les pairs :

La gestion de la crise covid a montré la capacité des URPS à pouvoir conduire des communications efficaces, des pairs pour les pairs. Il est intéressant de capitaliser sur ce potentiel.

#### 1.2. Dans l'accompagnement des nouvelles organisations territoriales

L'URPS Médecins n'a eu de cesse que d'accompagner l'ensemble des libéraux dans leurs projets en étant à l'écoute de leurs besoins.

Nous accompagnons ainsi les médecins souhaitant faire émerger des dynamiques d'ESP, MSP, CPTS.

Ces accompagnements devraient être portés par les URPS qui connaissent les réalités des professionnels de terrain et devraient être soutenus par leurs ARS dans cette démarche.

Mais il est également important de pouvoir prendre en compte les médecins qui ne souhaiteraient pas entrer dans de telles démarches, comme c'est le cas pour les MSP.

#### 1.3. Dans le développement de l'inter-professionnalité

Les URPS ont su créer une Union des URPS Hauts-de-France témoignant ainsi de la possibilité de concrétiser l'inter-professionnalité sur les missions qui leur ont été dévolues.

Notre implication collective permet ainsi de rendre compte de tous les modes d'exercice et de développer des actions correspondant aux préoccupations de ces professionnels.

### 2- Territorialiser les éléments mentionnés pilier 3 (plan de continuité d'activité libérale etc.)

### 3- Renforcer les organisations territoriales : maintenir la continuité des soins

#### 3.1. Reconnaître et accompagner les organisations territoriales que ce soit dans organisations reconnues (MSP, CPTS) ou ad hoc

- La CPTS, ressource pertinente pour organiser une réponse libérale :  
La CPTS a cependant pu être une ressource pertinente pour organiser une réponse libérale concertée en période épidémique et aurait pu être le bon échelon pour gérer le stock et la distribution des EPI.  
La mise en place de groupes WhatsApp aura permis aux médecins d'avoir un relais et un soutien qui s'est avéré indispensable en cas de crise.
- Anticiper les limites de ces organisations :  
Si la CPTS permet de pouvoir obtenir la participation de toutes les formes d'exercice, il est cependant important d'anticiper des écueils possibles :
  - ✓ Quelle légitimité pour ces structures si le poids des adhérents ne représente pas la totalité des professionnels d'un territoire ?
  - ✓ Du fait de la non opposition sur les territoires couverts proposés, quel maillage territorial sera proposé si d'autres professionnels proposent une CPTS dont une partie serait commune. Qu'en sera-t-il des projets suivants ?
- Fluidifier les financements des CPTS qui sont actuellement obligés d'attendre la temporalité des décideurs (ARS, CPAM)

#### 3.2. Développer les Équipes de Soins Spécialisées :

Continuité du soin par spécialités pour assurer une continuité des soins sur tous les territoires et que pourraient faciliter les URPS.

### 3.3. Mettre en place des équipes légères d'intervention rapides composées de professionnels de santé libéraux :

La crise covid nous a permis d'envisager la mise en place d'équipes « coville », équipes légères de ville structurées en binôme de professionnels de santé libéraux, et réparties sur les territoires, pour mettre en oeuvre un accompagnement personnalisé répondant aux besoins des patients présentant des signes d'infection au covid-19 et de leur entourage, afin de faciliter la compréhension des consignes, d'optimiser l'efficacité des mesures d'isolement, limiter la surexposition, et protéger les personnes vulnérables.

Cette modalité d'intervention pourrait tout-à-fait être transposée à d'autres pathologies et présentent l'avantage de trouver des solutions rapides, légères. Le portage par les URPS permet de ne pas avoir à créer une nouvelle structure ad hoc.

### 3.4. Repenser les organisations établissements de santé public/privé :

Repenser les organisations établissements de santé public/privé pour que le privé soit associé pleinement aux gestions de crise et ne soit pas le supplétif de l'hôpital. L'engorgement des hôpitaux aurait pu être prévenu quand les cliniques attendaient qu'on leur envoie des patients covid ou des urgences.

Si l'identification des libéraux avait été plus forte, la perte de chances pour les patients n'aurait pas été aussi patente, les urgences et les activités prioritaires non covid auraient pu être assurées par les établissements privés et la médecine de ville aurait pu continuer à recevoir des patients en assurant un tri grâce à la téléconsultation et à la prise de rendez-vous.

### 3.5. Travailler sur la téléconsultation en Permanence Des Soins :

### 3.6. Mettre en place des n° d'appels dédiés urgence pour les médecins de ville

Permettre une souplesse de créer une ligne directe dédiée à destination des seuls médecins généralistes et pour des urgences vitales comme cela a pu être réalisé dans l'Oise quand les urgences étaient complètement saturées d'appels covid ne permettant plus la prise en charge des autres urgences.

## **4- S'appuyer sur le médecin traitant**

### 4.1. Sur les dépistages organisés :

Ne pas les faire sans lien avec le médecin traitant qui peut adresser des patients mais surtout va devoir gérer les suites.

L'information du médecin traitant reste fondamentale, pour toutes les situations, que le résultat soit positif comme négatif.

### 4.2. Auprès des populations vulnérables comme les quartiers politique de la ville :

L'URPS Médecins expérimente un webinaire « questions de covid » avec des centres sociaux afin de permettre de diffuser une parole médicale de proximité dans des quartiers où l'information officielle est parfois mal perçue. L'objectif est de pouvoir recréer du lien avec la médecine de ville pour donner envie de retourner consulter et ainsi limiter la perte de chance de ces publics vulnérables.

Il s'agit également de réduire le stress psychologique important qu'ont connu ces publics suite au confinement.

**Nous ne pouvons terminer cette contribution sans mentionner un élément essentiel dans le cadre d'une refonte de notre système de santé, l'éthique dont la crise de la covid a montré qu'elle pouvait parfois être oubliée. L'URPS Médecins souhaite donc ajouter un pilier transversal aux 4 autres déjà listés.**

**Éthique :**

#### **1. Refuser de faire des sélections mortifères a priori :**

**Ne pas faire des choix nationaux sans connaître les logiques territoriales pour limiter les décès « par anticipation », ce qui a failli se passer sur certains territoires où des patients suspects**

d'EHPAD étaient refusées en hospitalisation pour préserver des capacités d'accueils alors que des lits étaient disponibles...

## **2. Secret médical :**

Il est important de rappeler la nécessité du secret médical qui a sévèrement été malmené, tout comme la confidentialité des données de santé des patients du fait du développement des usages numériques et de la contagiosité associée à la maladie.

Il doit être veillé à ce secret médical pour préserver la tranquillité des personnes contaminées qui souhaiteraient rester dans l'anonymat. Trop de libertés ont été prises dans des territoires ou secteurs ne le permettant plus, pouvant avoir des conséquences dramatiques sur la qualité de vie et l'équilibre psychologique des personnes concernées.

La concertation du Ségur de la santé pourrait s'appuyer sur les 4 principes de l'éthique médicale : autonomie, bienfaisance, non malfaisance et justice. Nul doute qu'avec ces leitmotivs en tête les propositions ne pourraient que convenir à tous les partenaires autour de la table. Ce n'est qu'en travaillant de manière concertée que le système pourra réaliser une (r)évolution pour le bénéfice de tous et en premier lieu des patients.