

T H I N K T A N K

# ÉCONOMIE SAN+É

LA RECOMMANDATION

2 0 2 3

**UNE NOUVELLE MÉTHODE pour transformer  
le système de santé**

**Globale, impliquant et responsabilisant tous les acteurs  
simultanément sur chaque territoire avec un financement  
dédié et marquant une rupture**



#thinktankeconomiesante

UNE PUBLICATION

**Les Echos  
Le Parisien**  
ÉVÉNEMENTS

## LE THINK TANK **ÉCONOMIE** SAN+É

*Le Think Tank Économie Santé, développé par Les Echos Le Parisien Evénements, en collaboration avec Philippe Leduc, publie chaque année une recommandation issue de ses travaux.*

*Ce groupe de réflexion dédié à l'économie de la santé s'inscrit dans le prolongement des conférences des Echos Le Parisien Evénements.*

### LES OBJECTIFS DU THINK TANK **ÉCONOMIE** SAN+É

Apporter une contribution concrète et pragmatique en s'appuyant sur une démarche originale et transversale. En se focalisant sur le rôle et la responsabilité de chacun des acteurs et opérateurs pour une meilleure qualité des soins, un réel accès aux soins pour tous et une optimisation des dépenses.

L'originalité du Think Tank Économie Santé repose sur la qualité des membres de son comité. Ils sont, bien sûr, experts du système de soins, mais aussi, et surtout, d'horizons différents, ce qui garantit la qualité et l'indépendance de la démarche.

### LE THINK TANK **ÉCONOMIE** SAN+É

- Est indépendant et ouvert sur la société ;
- S'appuie sur des travaux de recherche ;
- Se situe dans une perspective d'intérêt général, ce dernier ne se réduisant pas à une alliance d'intérêts particuliers ;
- Produit des recommandations ;
- S'inscrit dans le temps ;
- Médiatise largement ses conclusions, notamment lors des conférences des Echos Le Parisien Evénements et sous différentes formes, papier et électronique.

---

**UN BLOG POUR ÉCHANGER ET DÉBATTRE**  
**[www.thinktank-economiesante-blog.fr](http://www.thinktank-economiesante-blog.fr)**

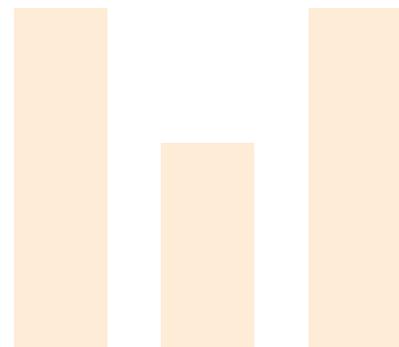
---

Le blog du Think Tank Économie Santé est un lieu de débats et de propositions pour enrichir la connaissance et la réflexion de chacun. Sur ce blog, les travaux du Think Tank sont soumis à la discussion.

Sur le blog du Think Tank Économie Santé sont également publiés régulièrement des billets sur l'actualité du secteur, avec le plus souvent le document concerné en lien pour faciliter l'appropriation de la thématique et les prises de position.

# SOMMAIRE

<b>LES MEMBRES DU THINK TANK</b> .....	<b>4</b>
<b>Personnalités invitées et remerciements</b> .....	<b>6</b>
<b>UNE NOUVELLE MÉTHODE pour transformer le système de santé</b> <b>Globale, impliquant et responsabilisant tous les acteurs simultanément</b> <b>sur chaque territoire avec un financement dédié et marquant une rupture</b> .....	<b>7</b>
<b>LA RECOMMANDATION // ARGUMENTATION</b> .....	<b>9</b>
▶ Un constat désespérant .....	9
▶ Population, professionnels et Administration .....	10
▶ Les objectifs sont bien connus .....	11
▶ Les outils sont nombreux .....	11
▶ La volonté politique est là, mais... .....	13
<b>LA RECOMMANDATION 2023</b> .....	<b>14</b>
▶ 1. REDONNER DU SENS en clarifiant les objectifs, en renforçant l'attractivité des métiers, en renouvelant le management et en alliant la méthode technocratique et la méthode pragmatique par une grande mue de l'Administration .....	14
▶ 2. CRÉER DES « COALITIONS DE SANTÉ TERRITORIALES » en impliquant et en responsabilisant globalement toutes les parties prenantes, avec un financement dédié et une obligation de résultat .....	16
▶ 3. FORMER MIEUX ET IMPLIQUER LE PARLEMENT .....	19
Références .....	19
<b>CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES DES MEMBRES DU THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ</b> .....	<b>20</b>
<b>LES RECOMMANDATIONS DU THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ 2012-2023</b> .....	<b>35</b>





**Jean-Philippe ALOSI**  
 Directeur des affaires  
 publiques et gouvernementales,  
**AMGEN**



**Philippe AMOUYEL**  
 Chef du service de santé publique,  
 épidémiologie, économie de la  
 santé et prévention & professeur  
 des universités, **CHU DE LILLE**



**Christian ANASTASY**  
 Ancien Directeur général,  
**ANAP ET IGAS** ; Président,  
**PERSAN CONSEIL**



**Martine Aoustin**  
 Ancienne Directrice générale,  
**ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON**



**Michel BALLEREAU**  
 Missions coopérations européennes  
 et internationales en santé auprès  
 du Secrétaire général,  
**MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
 ET DE LA SANTÉ**



**Sophie BEAUPÈRE**  
 Déléguée générale,  
**UNICANCER**



**Daniel BENAMOZIG**  
 Sociologue,  
 Directeur de recherche,  
**CNRS SCIENCES PO**



**Anne-Françoise  
 BERTHON**  
 Experte



**François BLANCHECOTTE**  
 1<sup>er</sup> Vice-président,  
**LES LIBÉRAUX DE SANTÉ**



**Jean-Yves BLAY**  
 Président,  
**UNICANCER**



**Gilles BONNEFOND**  
 Ancien Président,  
**USPO**



**Jean BOURHIS**  
 Président,  
**POLAR SANTÉ**



**Bruno CARRIÈRE**  
 Conseiller de la Gouvernance,  
**UNIHA**



**Gaétan CASANOVA**  
 Ancien Président,  
**INTERSYNDICALE NATIONALE  
 DES INTERNES (ISNI)**



**Michel CAZAUGADE**  
 1<sup>er</sup> Vice-président,  
**GRUPE PASTEUR MUTUALITÉ**



**Jean-Michel CHABOT**  
 Universitaire,  
 Santé publique



**Clément  
 COMMUNAL HAOUR**  
 Responsable des Affaires  
 gouvernementales  
**BRISTOL MYERS SQUIBB**



**Laurence COMTE-ARASSUS**  
 Directrice générale, France BeLux  
 et Afrique francophone,  
**GE HEALTHCARE**



**Claude ÉVIN**  
 Avocat ; Ancien Ministre



**Félix FAUCON**  
 Responsable de la mission  
 d'audit des fonds européens,  
**INSPECTION GÉNÉRALE DES  
 AFFAIRES SOCIALES (IGAS)**



**Olivia FRAIGNEAU**  
 Présidente Intersyndicale  
 nationale des internes,  
**ISNI**



**Pascale GELIN**  
 Directrice prospective santé  
 en territoire,  
**NOVARTIS**



**Olivier  
 GOËAU-BRISSONNIÈRE**  
 Président,  
**FÉDÉRATION DES SPÉCIALITÉS  
 MÉDICALES (FSM)**



**David GRUSON**  
 Directeur du programme  
 santé, **GRUPE LUMINESS** ;  
 fondateur, **ETHIK-IA** ; membre du  
 comité de direction de la chaire  
 santé, **SCIENCES PO PARIS**



**Alexis HERNOT**  
 Directeur général,  
**CALMEDICA**



**Florence HERRY**  
 Cofondatrice,  
**LIBHEROS**



**Élisabeth HUBERT**  
 Présidente,  
**FÉDÉRATION NATIONALE  
 DES ÉTABLISSEMENTS  
 D'HOSPITALISATION À DOMICILE  
 (FNEHAD)** ; Ancienne Ministre

# UNE NOUVELLE MÉTHODE pour transformer le système de santé



**Christophe LANNELONGUE**  
Ancien Directeur général,  
**AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ (ARS) GRAND EST**



**Maela LE VAGUERESSE**  
Directrice régionale des relations institutionnelles & économiques  
**NOVARTIS**



**Bertrand MAS-FRAISSINET**  
Président,  
**GRUPE PASTEUR MUTUALITÉ**



**Étienne MINVIELLE**  
Professeur,  
**ÉCOLE POLYTECHNIQUE-CNRS GUSTAVE-ROUSSY**



**Ludovic MOY**  
Gynécologue,  
spécialisé en infertilité



**Béatrice NOËLLEC**  
Directrice des relations institutionnelles et de la veille sociétale,  
**FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP)**



**Jean-Paul ORTIZ**  
Ancien Président,  
**CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS (CSMF)**



**Michel PAOLI**  
Conseiller santé à la direction générale,  
**GRUPE IMA - INTER MUTUELLES ASSISTANCE**



**Emma PELTAIS**  
Secrétaire générale en charge de la démocratie étudiante,  
**FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTUDIANT.E.S EN SCIENCES INFIRMIÈRES (FNESI)**



**Benoît PÉRICARD**  
Expert



**Antoine PERRIN**  
Directeur général,  
**FEHAP**



**Gérard RAYMOND**  
Président,  
**FRANCE ASSOS SANTÉ**



**Isabelle RIOM**  
Médecin urgentiste,  
**ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX DE PARIS (AP-HP)**



**Vincent ROQUES**  
Directeur de cabinet,  
**FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE (FHF)**



**Erika SAILLANT**  
Directrice stratégie et marketing, France BeLux,  
**GE HEALTHCARE**



**Christine SCHIBLER**  
Déléguée générale,  
**FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP)**



**Corinne SEGALEN**  
Présidente,  
**CALMEDICA**



**Anne SMETANA**  
Attachée santé,  
**AMBASSADE DU DANEMARK EN FRANCE**



**Laetitia STEFFEN**  
Directrice associée affaires gouvernementales,  
**BRISTOL MYERS SQUIBB**



**Yaël THOMAS**  
Président,  
**ASSOCIATION NATIONALE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE FRANCE (ANEMF)**



**Marc VILLACEQUE**  
Ancien Président,  
**SYNDICAT NATIONAL DES CARDIOLOGUES**



**Direction et animation :**  
**Philippe LEDUC**  
Directeur,  
**THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ**



**Gestion de projet :**  
**Laëtitia DE KILKHEN**  
Responsable de projet,  
**LES ECHOS LE PARISIEN ÉVÉNEMENTS**

## PERSONNALITÉS INVITÉES



### André ACCARY

Président du Conseil départemental,  
Saône-et-Loire



### Nathalie FOURCADE

Secrétaire générale,  
HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE  
L'ASSURANCE MALADIE (HCAAM)



### David GUILLET

Président,  
FÉDÉRATION DES COMMUNAUTÉS  
PROFESSIONNELLES TERRITORIALES  
DE SANTÉ (CPTS)



### Patrick HASSENTEUFEL

Professeur de science politique,  
UNIVERSITÉ DE VERSAILLES



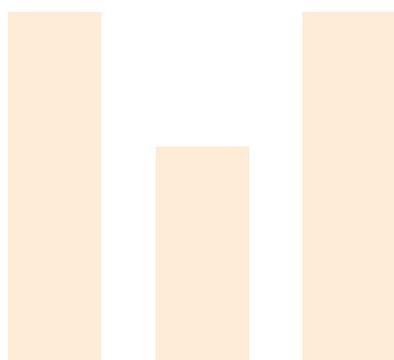
### Natacha LEMAIRE

Rapporteur général  
Expérimentations Article 51



### Dominique PON

Ancien Délégué ministériel  
numérique en santé



## REMERCIEMENTS

Merci aux personnalités ci-dessus, qui ont accepté de participer à une réunion du Think Tank Économie Santé et de répondre à toutes nos questions après un exposé préliminaire sur une nouvelle méthode pour transformer le système de santé.

Merci également aux Echos Études, pour leur remarquable documentation, et à Hospimedia, source d'informations aussi précieuses qu'exhaustives.

## UNE NOUVELLE MÉTHODE pour transformer le système de santé

### Globale, impliquant et responsabilisant tous les acteurs simultanément sur chaque territoire avec un financement dédié et marquant une rupture

#### Le système de santé n'a jamais paru aussi gravement fragilisé.

Et, pourtant, ce n'est pas faute d'efforts et de moyens alloués. Depuis plus de vingt ans, les rapports et les réformes se sont enchaînés. Le Covid-19 n'a fait qu'aggraver une situation déjà précaire. Ce constat est évident et interroge. Comment est-ce possible? Comment toutes les énergies déployées n'ont-elles pas réussi à conjurer la dégradation en cours? Les résultats ne sont pas au rendez-vous. La prévention est insuffisante. Les Français ont de plus en plus de difficultés à accéder à des soins de qualité. Les professionnels de santé, en ville comme à l'hôpital ou dans le secteur médico-social, sont en souffrance.

**Et, pourtant, la France a tous les talents**, les outils et les financements pour transformer le système de santé. Les objectifs de transformation sont bien documentés. Les outils pour les atteindre sont nombreux et bien décrits. Alors, pourquoi n'y arrive-t-on pas? Quelles sont les causes de ce blocage? La réponse va de soi. C'est une question de méthode. Celle déroulée depuis au moins deux décennies n'est pas la bonne. Les pouvoirs publics, les professionnels de santé, les chercheurs, les experts, les élus et les industriels ne sont pas assez concentrés sur un objectif commun avec suffisamment de responsabilisation et d'implication, de fluidité, d'incarnation et de proximité pour transformer les nombreux essais développés.

**La crise actuelle est sévère.** Elle l'est tout autant que la pandémie de Covid-19. Elle réclame des mesures de même intensité. Une même mobilisation et une identique remise en cause des habitudes. Mais elle est de nature différente, plus complexe, plus diffuse et sans vrai responsable identifié. Elle est donc plus difficile à appréhender pour sortir de ce paysage délétère et éviter les pertes de chance en matière de santé et de prise en charge pour chacun. La principale difficulté étant le manque de soignants (qu'il prendra nécessairement du temps à combler) et leur épuisement tant moral que physique.

La situation étant ankylosée, faut-il tout chambouler, comme bon nombre le proposent, pour créer un choc et redistribuer les cartes, les responsabilités et les pouvoirs? Faut-il confier la santé aux Régions? Déclencher un big-bang au sein de l'État, accusé de tous les maux? Privatiser? Étatiser? Libérer? Contraindre? Non, car cela rajouterait du désordre à l'inefficacité, des difficultés aux insuffisances. Une nouvelle méthode doit s'appuyer sur les réformes structurelles en cours et les initiatives qui marchent, en leur donnant un nouveau cadre mobilisateur.

**Alors, que faire de nouveau**, de différent et d'efficace, au moment où les pouvoirs publics disent avoir pris la juste mesure de la gravité de la situation et, justement, avancent avec une nouvelle méthode qu'ils déclinent en mobilisant les territoires avec le Conseil national de la refondation (CNR) Santé et le concept de boîte à outils à appliquer sur les territoires, tout en martelant le principe des « droits et devoirs ».

**Le président de la République**, face à une situation qui ne fait que s'aggraver, a présenté un nouveau plan pour la santé le 6 janvier 2023 au centre hospitalier Sud-Francilien (CHSF). Ses objectifs sont :

- « gagner du temps médical »
- « réorganiser les soins à l'hôpital pour retrouver une échelle humaine »
- « redistribuer les efforts pour assurer une permanence et une universalité des soins »

Il est encore trop tôt pour mesurer les effets des mesures proposées pour atteindre ces objectifs. Mais la principale difficulté risque de perdurer : comment mobiliser tous les acteurs, par quelle méthode? On en revient à la méthode.

**Le ministre de la Santé et de la Prévention**, dans un discours très volontariste lors des vœux aux forces vives, le 30 janvier 2023, a décliné sa méthode après avoir décrit « dix objectifs clefs pour inventer l'avenir de notre système de santé » : « Notre méthode, elle sera celle du Conseil national de la refondation en santé. C'est notre méthode de travail pour que citoyens, élus et professionnels, dans tous les territoires, fassent alliance et trouvent ensemble les voies pour changer les choses et bouger les lignes au plus près du terrain. C'est notre méthode d'action, qui doit permettre d'entraîner toutes les forces vives de notre système de santé. »

**La ministre déléguée chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé, Agnès Firmin Le Bodo**, a également précisé le 30 janvier que « c'est, en effet, à partir du terrain que nous construirons la santé de demain, dans une logique de confiance, de coopération et de subsidiarité », tout en insistant sur l'idée qu'« être pragmatique et solidaire, c'est enfin mieux s'organiser à l'échelle départementale et à l'échelle des bassins de vie, pour définir, territoire par territoire, les besoins de santé et les solutions les plus adaptées ». Et d'appeler à conclure avec « une mobilisation et une responsabilisation de tous : État et collectivités, ville et hôpital, public et privé » un « pacte territorial » dans chaque territoire.

**La Recommandation 2023 du Think Tank Économie Santé s'inscrit dans cette logique territoriale (largement partagée aujourd'hui) impliquant toutes les parties**

► UNE NOUVELLE MÉTHODE

prenantes, mais en proposant une organisation nettement plus engageante que celle des CNR Santé, dont les listes de propositions, certes, sont bien souvent pleines de bonnes intentions, mais disparates et guère structurantes.

**Une méthode adaptée au contexte qui a changé.** Au cours des dernières décennies, la population a changé. Notre culture a changé. Les maladies ne sont plus les mêmes. Les malades ont une relation différente aux soins et à la santé. Les professionnels de santé aspirent à d'autres conditions de travail et de vie. Ils refusent le stakhanovisme, l'absence de responsabilisation et un exercice dégradé. Le numérique transforme les métiers ainsi que les interactions entre les parties prenantes, à commencer par la relation patient-professionnel de santé. Les industriels et les start-up connaissent une période de fortes innovations. Même les pouvoirs publics et les administratifs ont changé et affichent leur volonté de composer avec toutes les parties prenantes. On n'a pas assez tenu compte de toutes ces évolutions, même si, bien sûr, nul n'est resté les deux pieds dans le même sabot. Des initiatives ont été prises ici ou là, des expérimentations tentées, des concepts nouveaux discutés. Mais cela ne suffit pas. Il faut les renforcer par une implication plus forte, les systématiser et les financer.

Une nouvelle méthode doit tenir compte de cet environnement qui a changé. Il est nécessaire que chacun adhère à la transformation proposée. Cela passe par une association aux décisions, par la capacité d'expliquer en tenant compte de la diversité des points de vue pour les challenger. Le droit à l'erreur doit être assumé pour justement oser, mesurer et corriger. Cette nouvelle méthode doit permettre de retrouver la confiance qui fait souvent défaut dans le public comme dans le privé. Bref, il s'agit là d'une véritable révolution tant pour les pouvoirs publics et l'Administration que pour les acteurs et professionnels de santé. Et celle-ci ne sera possible qu'à certaines conditions, qui font l'objet de cette Recommandation.

**La méthode de transformation du système de santé** doit donc changer en imprimant une rupture.

Les discussions entre la cinquantaine des membres du Think Tank Économie Santé, d'origines, d'expériences et d'horizons différents, furent vives ainsi qu'avec les invités, qui nous ont apporté des contributions décisives de par leur vision et le goût des échanges constructifs.

**Le nœud gordien<sup>(1)</sup> à trancher est clair. C'est réussir à faire travailler ensemble, sur chaque territoire, les professionnels de santé (ville et hôpital, public et privé, médecins et « paramédicaux », travailleurs sociaux, etc.) et les pouvoirs publics, qu'il s'agisse du ministère de la Santé et de ses Directions, des agences régionales de santé (ARS) et aussi de l'Assurance maladie.** Un fossé existe encore trop souvent d'un côté et de l'autre ; chacun déplorant l'incompréhension, l'incompétence ou le caractère hors sol de l'autre. Bien commode, parfois, pour ne rien changer. Et

(1) L'expression *nœud gordien* désigne, métaphoriquement, un problème qui ne présente pas de solution apparente, finalement résolu par une action radicale. Par extension, la nature radicale de la solution apportée à ce problème a forgé l'expression *trancher le nœud gordien*.

en associant aussi les élus territoriaux et les représentants des citoyens et des patients, les acteurs du secteur économique et les assurances complémentaires santé.

Vœux pieux ? Illusoire ? Impossible ? Non, à condition d'allier :

- la définition claire de « mission de santé publique » pour tous les acteurs
- la clarification et la priorisation des situations de blocage sur chaque territoire et une réponse globale impliquant toutes et tous
- l'instauration d'une obligation de résultat fondée sur l'évaluation

“

**Dans la vie, il n'y a pas de solutions. Il y a des forces en marche : il faut les créer, et les solutions suivent.**

Antoine de Saint-Exupéry

Réunir sur chaque territoire tous les acteurs pour élaborer les solutions concrètes est une gageure. Mais y a-t-il d'autres solutions ? Certes, cela nécessite une volonté politique, une Administration agile, un assouplissement des normes, des professionnels coopérants, des élus dynamiques et des moyens financiers. Est-ce impossible ? C'est le sens de l'Histoire. La création des communautés hospitalières de territoire (CHT), transformées en groupements hospitaliers de territoire (GHT), puis celle des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont autant de tentatives non abouties de placer le territoire au centre. Il faut les régénérer en tirant profit des enseignements de cette effervescence et en supprimant le fossé entre la ville et les établissements hospitaliers.

Pour y arriver :

**1) REDONNER DU SENS**

en clarifiant les objectifs, en renforçant l'attractivité des métiers, en renouvelant le management et en alliant la méthode technocratique et la méthode pragmatique par une grande mue de l'Administration

**2) CRÉER DES « COALITIONS DE SANTÉ TERRITORIALES »**

en impliquant et en responsabilisant globalement toutes les parties prenantes, avec un financement dédié et une obligation de résultat

**3) FORMER MIEUX ET IMPLIQUER LE PARLEMENT**

► VOIR LA RECOMMANDATION PAGE 14

## LA RECOMMANDATION 2023 // ARGUMENTATION

### ► Un constat désespérant

Un peu d'histoire, récente. Il y a dix ans, le « Projet global pour la stratégie nationale de santé » du Comité des « sages » présidé par Alain Cordier est rendu public et est, à l'époque, salué par tous ou presque. Tant par la Fédération hospitalière de France (FHF) que par MG France – le Syndicat des médecins généralistes – ou encore les infirmiers. Une critique toutefois : la place insuffisante de la prévention. En 19 recommandations, il propose une profonde transformation du système de santé, qui perturbe un peu la ministre de la Santé en place. Il y a dix ans, la vision était claire.

Jeter un coup d'œil sur ces mesures permet de voir le chemin parcouru ou, plutôt, le chemin non parcouru :

1. Promouvoir la santé de chacun et de tous
2. Impliquer et accompagner la personne malade, soutenir l'entourage
3. Créer une instance représentative des associations des usagers du système de santé. Un service public territorial de santé : six recommandations
4. Favoriser la constitution d'équipes de soins de santé primaires
5. Garantir pour les malades chroniques une coordination des professionnels de santé, sous la responsabilité du médecin traitant
6. Renforcer les outils d'appui à l'intégration des acteurs territoriaux
7. Créer un service public de l'information pour la santé
8. Se donner les outils de la coordination et de la continuité ville-hôpital
9. Optimiser la place de l'hôpital dans le territoire de santé
10. Aider à la transmission d'informations entre professionnels de santé
11. Développer la télémédecine à bon escient
12. Mieux garantir la pertinence des organisations et des actes
13. Réformer les modalités de rémunération et de tarification
14. Repenser la formation pour répondre aux nouveaux enjeux
15. Œuvrer au développement de nouvelles fonctions et de nouveaux métiers de santé
16. Mieux cibler et mieux coordonner les programmes de recherche
17. Renforcer les capacités prospectives et stratégiques
18. Avec les ARS, faire le choix de la subsidiarité
19. Réorganiser le pilotage national

Seulement quatre points ont vu une réalisation complète : le troisième, avec la création de France Assos Santé ; le septième, avec la création d'un service d'information en santé, même s'il est quelque peu discret ; le dixième, avec le Ségur du numérique ; et le onzième, pour la télémédecine (grâce au Covid-19). C'est peu.

Une autre manière de voir les difficultés rencontrées entre les objectifs et les réalisations, c'est de regarder les présentations des récentes et successives lois Santé ou les têtes de chapitre de celles-ci. Les intentions sont toujours bonnes et frappées au coin du bon sens.

**Dans le communiqué de presse du Conseil des ministres du 22 octobre 2008, qui annonce le projet de loi HPST (votée le 21 juillet 2009) portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, il est indiqué que « ce projet montre la volonté du gouvernement de répondre aux attentes et aux besoins de nos concitoyens en matière de santé ».**

« Il propose une modernisation globale du système de santé et apporte des réponses aux grands enjeux que sont l'accès de tous aux soins, le décloisonnement entre l'ambulatoire, l'hôpital et le médico-social, l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques, la santé des jeunes et, d'une manière générale, la coordination du système de santé. »

« Le fonctionnement de l'hôpital est modernisé, ses missions sont précisées et les liens entre médecine de ville et hôpital sont renforcés. Le pilotage de l'hôpital, sous la conduite du chef d'établissement, dont le rôle est renforcé, est recentré sur le projet médical, cœur du projet d'établissement. »

« L'objectif du projet de loi est également de mieux adapter l'offre de soins aux nouveaux besoins de la population, aux évolutions techniques et aux attentes des professionnels de santé. L'évolution de la médecine impose, notamment, de travailler sur les complémentarités entre l'hôpital de proximité et les plateaux techniques les plus sophistiqués. C'est le sens de la création des communautés hospitalières de territoire, qui permettront aux établissements de coordonner leurs interventions et leurs ressources, dans une logique de gradation des soins, pour mieux répondre aux besoins de la population. »

« La loi entend améliorer la répartition des médecins sur le territoire et l'accès aux soins de ville. Pour assurer un meilleur accès au médecin de garde, la permanence des soins sera désormais organisée au niveau de chaque région, prenant ainsi en compte les spécificités locales. Le nombre de médecins formés dépendra davantage des besoins locaux. La coopération entre professionnels de santé sera facilitée, ce qui permettra notamment de renforcer le rôle des professions paramédicales dans le système de santé. »

« Renforcer la politique de prévention. Pour protéger la santé des jeunes, il est proposé notamment d'interdire la vente d'alcool aux mineurs et celle des cigarettes aromatisées dites cigarettes "bonbons". L'objectif est également de développer l'éducation thérapeutique des patients, pour améliorer les conditions de vie et la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. »

« La loi crée les agences régionales de santé (ARS). Ces nouveaux organismes réuniront les moyens de l'État et de l'Assurance maladie au niveau régional en simplifiant les structures. Les agences déclinèrent dans un cadre territorial



les objectifs du projet de loi : faciliter l'accès aux soins et l'accès à l'information, décloisonner les soins de ville et ceux dispensés à l'hôpital afin de simplifier le parcours de santé des patients et développer la qualité et la sécurité du système de santé. »

Quinze ans après, il y a loin de la coupe aux lèvres.

**Les titres de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé** sont également édifiants et montrent bien les intentions pertinentes qui sont dans l'air du temps, mais qui restent aujourd'hui encore des objectifs à atteindre.

- **Titre liminaire** : Rassembler les acteurs de la santé autour d'une stratégie nationale partagée
- **Titre I<sup>er</sup>** : Renforcer la prévention et la promotion de la santé
- **Titre II** : Faciliter au quotidien les parcours de santé

L'équipe de soins primaires est définie : « C'est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. [...] L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. »

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont pour objectif « d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours » : « La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé. Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé. Le projet de santé précise en particulier le territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé. À défaut d'initiative des professionnels, l'agence régionale de santé prend, en concertation avec les unions régionales des professionnels de santé et les représentants des centres de santé, les initiatives nécessaires à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé. »

Les missions des infirmiers en pratique avancée (IPA) sont précisées : « Les auxiliaires médicaux peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant, ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé, ou en établissements médico-sociaux coordonnés par un médecin, ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire. »

**Titre III** : Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé avec, comme chapitre 1<sup>er</sup>, « Innover en matière de formation des professionnels »

**Titre IV** : Renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire

**Titre V** : Mesures de simplification

**La dernière loi Santé, celle du 24 juillet 2019**, est annoncée par un communiqué de presse le 13 février 2019. Le projet de loi vise à instaurer un système de santé mieux organisé dans les territoires, avec notamment la mise en place de nouvelles structures de santé de proximité. On le voit, l'objectif reste le même, ce qui signe par défaut l'échec au moins en grande partie des tentatives précédentes.

« La stratégie "Ma santé 2022", annoncée par le président de la République le 18 septembre 2018, apporte des réponses globales aux défis actuels du système de santé, notamment les inégalités territoriales, le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques. »

« Le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé vise à faire émerger un système de santé mieux organisé dans les territoires, renforçant l'accès aux soins. Il favorise les coopérations entre les acteurs et les métiers de la santé, et assure à chaque Français la qualité et la sécurité des soins. Il dépasse les approches sectorielles et apporte des réponses globales et cohérentes aux enjeux auxquels est confronté le système de soins. Cette réforme globale du système de santé commence dès les études, avec une refonte des parcours de formation et en particulier la suppression du numerus clausus, qui permettra d'augmenter le nombre de médecins formés. Ce projet de loi promeut également de nouvelles organisations territoriales pour accélérer le décloisonnement entre les différents acteurs et les faire se retrouver dans les territoires, au sein d'un collectif de soins de proximité, au service de la santé de la population et il renouvelle les hôpitaux de proximité. Le projet de loi accélère, enfin, le déploiement des outils et ressources numériques pour soutenir l'innovation, accompagner les professionnels comme les usagers et atteindre les objectifs d'accessibilité et de qualité des soins. »

La loi « est complétée par des mesures visant à renforcer la structuration des soins de ville et à libérer du temps médical, afin notamment de lutter contre les difficultés d'accès à un médecin traitant et aux soins non programmés ».

C'est clair. Le diagnostic est partagé, mais, manifestement, la manière pour atteindre ces objectifs n'a pas permis à ce jour de résoudre les difficultés actuelles du système de santé qui ont tendance à s'aggraver, même si la convergence des idées et les outils inventés et déployés vont dans le bon sens.

### ► Population, professionnels et Administration

La population a changé, on l'a dit. Les citoyens ne sont plus les mêmes. Ils voient davantage le soin comme un bien de consommation auquel ils ont droit et qui doit être à portée de main tout de suite et tout le temps. Cela déstabilise à



la fois les organisations (engorgement des urgences) et les professionnels de santé (rendez-vous non honorés, violence). Les patients ont également changé, avec de plus en plus de malades chroniques polypathologiques qui relèvent d'une prise en charge adaptée, plus longue, plus complexe. Mais aussi des patients plus impatientes qui, pour un problème aigu non vital, vont privilégier la télémédecine ou les centres de soins non urgents.

Les professionnels de santé connaissent une bascule. Les sexagénaires en nombre, car n'ayant pas été confrontés aux pires années du *numerus clausus*, au début de leurs études, vont partir à la retraite. Ils ne comptent pas leurs heures. Ils vont être remplacés par des plus jeunes moins nombreux et qui veulent davantage concilier vie professionnelle et vie privée. D'où l'aggravation de la démographie médicale en nombre de médecins (surtout généralistes), en acte par médecin et surtout en densité par rapport à la population, qui continue, elle, de croître et de vieillir. Les infirmiers et infirmières en établissements n'acceptent plus les conditions de travail qui se sont dégradées, avec des changements de planning fréquents, un manque de responsabilisation, des rémunérations insuffisantes et, à Paris, des conditions de logement et de transports difficiles. Si bien qu'ils et elles préfèrent s'expatrier, changer de métier ou partir en dehors de la région Île-de-France.

L'Administration aussi a connu des évolutions notables. Son credo, c'est d'être à l'écoute des professionnels de santé. Mais la route est longue. Elle hésite encore entre « explicitation des décisions » et « co-construction ».

Tous ces changements impliquent d'innover en matière d'organisation, de partage des tâches et d'écoute, et de responsabilisation. Le management des professionnels de santé doit être réinventé.

Des initiatives ont été prises ici ou là, des expérimentations tentées, des concepts nouveaux appliqués. Mais cela ne suffit pas. Il faut les renforcer, les faciliter, les systématiser et les financer.

### ► Les objectifs sont bien connus

Les trois dernières lois Santé, dont les intentions ont été rappelées plus haut, sont claires. voire répétitives.

Prévenir plutôt que guérir. Améliorer l'accès aux soins, en particulier aujourd'hui pour les 600 000 patients en affection de longue durée (ALD) qui n'ont pas de médecin traitant, et accompagner les patients dans le parcours de soins pour éviter les ruptures. Faciliter l'expertise médicale pour éviter les errances diagnostiques. Donner du temps médical aux médecins en accélérant un partage des tâches consensuel, pratique, non théorique, en fonction des spécificités locales et en augmentant le nombre des assistants médicaux. Instaurer la coordination des soins avec des équipes de soins de proximité et une graduation des réponses. Organiser les coopérations ville-hôpital, public-privé, là encore en fonction des spécificités locales. Développer la qualité, la sécurité et

la pertinence des soins. Accroître l'attractivité des métiers en améliorant les conditions de travail et en redonnant du sens. Réduire les inégalités de santé sociales et territoriales, qui sont importantes en France. Faciliter et encourager les innovations.

### ► Les outils sont nombreux

Au fil des ans et des lois Santé, les pouvoirs publics ont créé un nombre impressionnant d'outils, de structures et de concepts, pour mieux organiser la santé en France et sur les territoires. L'imagination n'a pas manqué. Tout y est, parfois en doublon, voire plus. Chacun répond à une logique forte, mais globalement, vu la situation actuelle, cela ne marche pas. L'édifice est là mais désarticulé, manquant de cohérence et de connexions entre ses différentes composantes. Si bien que la responsabilité est diluée. Les résultats ne sont pas au rendez-vous.

**La stratégie nationale de santé (SNS)** est définie tous les cinq ans (bientôt tous les dix) par le gouvernement, en fonction des recommandations du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) sur l'état de santé de la population française, ses principaux déterminants et aussi des stratégies d'action envisageables.

La SNS 2018-2022 avait pour objectifs :

- Mettre en place une politique de promotion de la santé incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé
- Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé
- Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers
- Priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune

**Le projet régional de santé (PRS)**, en cohérence avec la SNS et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, définit les objectifs des ARS sur cinq ans (2018-2022) et les mesures pour les atteindre. Il est censé être élaboré avec tous les acteurs de santé et soumis à concertation. C'est, précisent les pouvoirs publics, « le cadre d'action pour tous les acteurs de santé : professionnels, collectivités territoriales, établissements et services de santé et médico-sociaux, porteurs de politique publique, etc. ». Il vise à la coordination des politiques publiques dans le domaine de l'environnement, de l'alimentation, de l'éducation, de l'aménagement du territoire, du travail, du logement, etc.

Ses objectifs sont de :

- réduire les inégalités sociales et territoriales
- Indiquer les besoins et implantations pour l'exercice des soins de premier et second recours





- Fixer pour chaque zone les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre des établissements et des services médico-sociaux
- Définir l'offre d'examen de biologie médicale

**Les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA).** Présentées comme une instance de démocratie sanitaire et un lieu privilégié de concertation, les CRSA, créées par la loi HPST de 2009, concourent, par leur avis (consultatif), à la politique régionale de santé. Elles participent aux travaux d'évaluation du projet de schéma régional de santé. Elles sont composées d'une centaine de membres en huit collèges : collectivités territoriales, usagers, conférences de territoire, partenaires sociaux, acteurs de la cohésion et de la protection sociale, acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé, offreurs de services de santé et personnalités qualifiées. Participent également, avec voix consultative : le préfet de région, le président du conseil économique, social et environnemental régional (CESER), des représentants issus des services déconcentrés de l'État, du directeur général de l'ARS ainsi que des représentants de l'Assurance maladie (régime général, MSA). En Île-de-France, par exemple, la CRSA s'est structurée en quatre commissions spécialisées distinctes : Prévention (30 membres), Organisation des soins (46), Prise en charge et accompagnement médico-sociaux (30) et Droits des usagers du système de santé (14).

**Les conseils territoriaux de santé (CTS)** sont une instance de démocratie sanitaire en santé installée au niveau de chaque département des régions (loi de janvier 2016 de modernisation de notre système de santé). Les CTS participent à la réalisation du diagnostic territorial partagé, contribuent à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé. Il est informé des créations des dispositifs d'appui à la coordination (DAC). Les CTS sont composés de 34 à 50 membres au moins : professionnels et offreurs de services de santé, usagers, collectivités territoriales, représentants de l'État et de l'Assurance maladie et personnalités qualifiées.

**Les contrats locaux de santé (CLS)** sont un outil pour les ARS et une collectivité territoriale, ayant pour objectif de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé et mettre en œuvre des solutions pour une offre de santé de proximité.

**Les groupements hospitaliers de territoire (GHT),** créés en 2016, régissent la coopération entre plusieurs établissements publics de santé d'un même territoire. Il en existe 136 de taille variable, en fonction du nombre d'établissements (de 2 à 20), des territoires desservis (de 100 000 habitants à 2,5 millions) et de la masse budgétaire (de moins de 100 millions à plus de 2 milliards d'euros). L'objectif est de soigner mieux à moindre coût par la coopération autour d'un projet médical partagé.

**Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS),** créées en 2016, sont un collectif de professionnels de santé libéraux dont l'objectif, par la coordination de leur

exercice, est de mieux structurer les soins de proximité dans un territoire défini. Plus de 300 ont signé un accord avec l'Assurance maladie, représentant 40 % du territoire national.

**Les Unions régionales des professionnels de santé (URPS),** créées en 2009, représentent et accompagnent les professionnels de santé libéraux en fonction de leur secteur d'activité : médecins libéraux (ex-URML), infirmiers libéraux, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, pédicures-podologues, orthoptistes, orthophonistes, sages-femmes, biologistes. Par exemple, l'URPS médecins libéraux d'Île-de-France est censée participer, notamment, à la préparation et à la mise en œuvre du projet régional de santé, à l'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins, en vue, entre autres, de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins, à l'organisation de l'exercice professionnel, notamment en ce qui concerne la permanence des soins, la continuité des soins et les nouveaux modes d'exercice, à des actions dans le domaine des soins, de la prévention, de la veille sanitaire, de la gestion des crises sanitaires, de la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique, à la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, avec les réseaux de santé, les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé, ou des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins, au déploiement et à l'utilisation des systèmes de communication et d'information partagés, à la mise en œuvre du développement professionnel continu. Les dispositions d'aide à la coordination (DAC) apportent un appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux pour leurs patients complexes qui cumulent plusieurs difficultés. Ils remplacent une myriade d'autres dispositifs spécialisés : les plateformes territoriales d'appui (PTA), les dispositifs MAIA (autonomie), les coordinations territoriales d'appui (CTA) et les centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

À cela, il faut rajouter la création :

- des **infirmiers en pratique avancée (IPA)**, en 2016, encore en nombre limité (1 700), mais l'objectif de 5 000 devrait être atteint en 2024. Ils ont une responsabilité accrue dans cinq champs d'intervention : les urgences, la dialyse, l'oncologie, la psychiatrie et les pathologies chroniques.
- des **assistants médicaux**, en 2018, pour redonner du temps médical aux médecins libéraux, au nombre de 3 500 et dont l'objectif est désormais de 10 000.
- du **service sanitaire**, lancé en 2018 pour les 47 000 étudiants en santé, qui favorise l'interdisciplinarité. Les étudiants des différentes filières en santé travaillent ensemble pour réaliser des projets communs dans le cadre de la prévention et la promotion de la santé. Ils interviennent dans les établissements scolaires, les lieux de vie, les entreprises, etc.

Les outils sont là, ils se mettent en place doucement en regard de l'urgence de la situation et, on l'a dit, indépendamment



les uns des autres. Mais la situation reste toujours aussi tendue. Il ne suffira donc pas d'accélérer, mais de changer de paradigme, de façon de procéder.

### ► La volonté politique est là, mais...

On l'a vu, les pouvoirs publics ont posé au cours des vingt dernières années le bon diagnostic et proposé des outils intéressants, mais cela n'a pas suffi. Comme si le dernier kilomètre était infranchissable.

Les notions, les mots et les expressions des responsables de la santé et des parlementaires sont consensuels : « territoire », « proximité », « accès aux soins », « parcours de soins simplifié », « allez vers », « collectifs en ville comme à l'hôpital », « coopération entre acteurs », « organisation plus structurée », « coordination », « travail en équipe », « attractivité des métiers », « santé et virage numérique », « interopérabilité », « innovation », « prévention ».

Pour bien affirmer leur volonté réformatrice, les pouvoirs publics ne lésinent pas sur les concepts ronflants : « projet global », « stratégie nationale », « modernisation », « transformation », « mutation », « efficacité des politiques publiques », « simplification », « investissements massifs », « démocratie sanitaire », comme si, conscients des difficultés d'application, ils tentaient de conjurer le sort par l'expression de mots mobilisateurs pour « embarquer » tout le monde. La volonté de réformer avec les professionnels de santé n'est pas nouvelle. Les États généraux de l'offre de soins (EGOS) datent de 2008.

Le Conseil national de la refondation en santé (CNR Santé) en est le dernier exemple en date. Cette idée est volontariste. François Braun l'a très bien dit dans son discours de lancement du CNR Santé, le 3 octobre 2022 au Mans : « Les engagements de nos illustres prédécesseurs [du Conseil national de la résistance, réuni à Paris pour la première fois en mai 1943], force est de constater aujourd'hui que nous nous en sommes éloignés. Et la situation à laquelle nous faisons face aujourd'hui n'est pas acceptable à bien des égards.

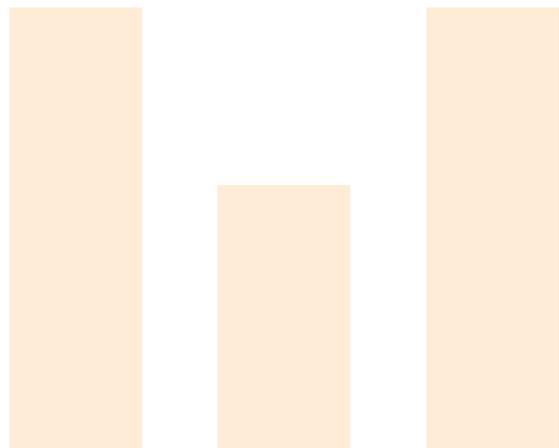
- Je ne peux accepter que l'espérance de vie continue d'être déterminée par la situation économique de chacun. Rendez-vous compte : chez les hommes, l'écart d'espérance de vie entre les cadres et les ouvriers est de plus de sept ans. Sous ce chiffre se cachent toutes les inégalités sociales et territoriales contre lesquelles nous devons nous battre, sans répit.
- Je ne peux accepter que 6 millions de Français, et parmi eux 600 000 personnes souffrant d'une maladie de longue durée ou encore de très nombreux compatriotes précaires ou vivant avec un handicap, ne soient pas suivis par un médecin traitant.
- Je ne peux accepter que 40 % des cancers et 80 % des problèmes cardiovasculaires surviennent alors qu'ils pourraient être évités.

- Je ne peux accepter qu'ici, dans le département de la Sarthe, le nombre de médecins généralistes libéraux soit de 59 pour 100 000 habitants, alors que la moyenne nationale se situe à 85 pour 100 000. Que le nombre de chirurgiens-dentistes dans ce même département soit de 39 pour 100 000, contre 66 France entière. Je parle de la Sarthe, mais je pourrais parler de bien d'autres de nos territoires. Je ne peux accepter que dans le département du Gers le nombre de cardiologues libéraux soit de 2,1 pour 100 000, contre 10,9 France entière. Pas plus que je ne peux accepter que dans nos outre-mers jusqu'à 23 % de nos compatriotes soient touchés par l'obésité, contre 17 % en métropole ; ou que ces territoires présentent un taux de mortalité maternelle périnatale quatre fois supérieur à celui de l'Hexagone.
- Je ne peux accepter qu'en 2021 près de 2 300 étudiants infirmiers, soit 13 % des effectifs de rentrée, quittent les instituts après deux mois de formation, alors même que nous en manquons cruellement, notamment dans nos hôpitaux.

Je n'irai pas plus loin dans la description de nos difficultés. Ces chiffres parlent d'eux-mêmes et nous les connaissons tous. Je l'ai déjà dit, je ne serai pas le ministre du diagnostic, je veux être le ministre de l'action. Les échanges que nous venons d'avoir, et pour lesquels je remercie chacun d'entre vous, témoignent de notre prise de conscience collective : l'heure est à la recherche de solutions pour refonder notre système de santé.

Trouver des solutions concrètes avec l'ensemble des parties prenantes, en mobilisant toutes nos forces dans tous nos territoires, c'est l'esprit du Conseil national de la refondation, que le président de la République a lancé le 8 septembre dernier [2022] à Marcoussis. »

Et c'est vrai que ces réunions, bien organisées, sont un lieu précieux de prises de conscience, d'échanges et de propositions, cependant, sans être forcément anecdotiques, elles sont limitées et circonscrites à des problématiques particulières qu'il faudra replacer dans une démarche globale d'action. Si bien que le président de la République a dû prendre la parole, le 6 janvier 2023, pour accélérer le tempo face aux mécontentements grandissants de la population, des élus nationaux comme locaux et des professionnels de santé.



## LA RECOMMANDATION 2023



### ► 1. REDONNER DU SENS en clarifiant les objectifs, en renforçant l'attractivité des métiers, en renouvelant le management et en alliant la méthode technocratique et la méthode pragmatique par une grande mue de l'Administration

#### Clarifier les objectifs et donner du sens pour que tous les acteurs aillent dans la même direction sur un même territoire

**Primum movens : savoir de quoi on parle et définir où l'on veut aller.** « Si vous ne savez pas où aller, n'importe quel chemin vous y mènera » (Lewis Carroll).

Les objectifs affichés sont connus, mais ils sont tellement nombreux dans un système de santé complexe aux multiples intervenants qu'on s'y perd, et le risque est, comme actuellement, de diluer et amoindrir les effets des résolutions. Les instruments pour déterminer les priorités nationales et territoriales sont nombreux, ils vont de la simple grille d'analyse à des méthodes plus élaborées utilisant un grand nombre de critères. Raynald Pineault (Montréal), dans son ouvrage qui fait référence *La Planification de la santé : Concepts, méthodes, stratégies*, recommande une procédure de triage. Sans négliger les enjeux politiques et de pouvoir, les acteurs impliqués étant nombreux et n'ayant pas forcément les mêmes intérêts.

Ces grandes priorités pourraient être :

- Accès à la santé et organisation et coordination du parcours de soins
- Réduction des inégalités sociales et territoriales de santé
- Intervention en amont sur les causes
- Réduire la mortalité prématurée évitable

**Avant cela, la priorité des priorités, c'est de définir des valeurs communes pour tous les acteurs.** Une des valeurs que tous les acteurs partagent, c'est celle du travail bien fait, d'apporter la meilleure prise en charge au patient. Cela peut être un puissant levier, mais cela ne va pas autant de soi qu'on pourrait le penser. Les considérations techniques sont souvent mises en avant, alors qu'elles ne devraient intervenir que dans un second temps. Par exemple, les soignants à l'hôpital déplorent que : « Dans les réunions, c'est toujours la même question : "Comment réduire les budgets?" »

Sur chaque territoire, ces principes doivent être pris en compte, au plus près des parties prenantes.

**Prioriser des objectifs partagés territoriaux reposant sur des valeurs communes.**

#### Renforcer l'attractivité des métiers. Renouveler les méthodes de management

« Répondre aux difficultés actuelles par une focalisation sur les structures et les statuts correspond à une paresse intellectuelle » (Étienne Minvielle). Ce qui compte, ce sont les dynamiques collaboratives. Si les acteurs ne s'entendent pas, cela donne des résultats très modérés. Là est l'enjeu.

Qu'il s'agisse des établissements hospitaliers ou des collectifs de soignants en ville, l'attractivité des métiers est la priorité des priorités en redonnant du sens, mais aussi en améliorant les conditions de travail et en impliquant plus les intéressés en valorisant le travail d'équipe. Les travaux en ce domaine sont nombreux, les initiatives aussi. Il est urgent d'accélérer. Il est intéressant de noter que, dans les 30 pistes d'action pour les 12 prochains mois de l'AP-HP de septembre 2022, une grande partie propose, avant les considérations économiques, des pistes pour recréer les conditions de l'attractivité et de la capacité à fidéliser (conciliation vie professionnelle/vie privée, comment trouver sa place et se projeter dans une carrière à l'hôpital, charge de travail, manque de temps médical et soignant, esprit d'équipe et cohésion au sein des services). Et aussi les principes d'un meilleur management (comment favoriser un fonctionnement plus simple, fluide et efficace, fondé sur les principes de dialogue, de confiance et de proximité)<sup>(2)</sup>. Il ne s'agit pas de transformer les médecins, les chefs de service, les infirmières et infirmiers en managers, mais de les sensibiliser avec une formation et un recrutement adaptés<sup>(3)</sup>. Il en va de même pour les professions libérales de santé, parmi lesquelles le sentiment d'épuisement et de manque de considération est largement répandu.

#### Allier la méthode technocratique et la méthode pragmatique par une grande mue de l'Administration

**Comment faciliter la mise en œuvre des réformes et faire en sorte que les acteurs adhèrent à cette démarche? Et que ces réformes soient perçues comme légitimes?**

En France, on consacre beaucoup de temps à élaborer des plans, des projets de loi, mais l'intérêt pour ces réformes décroît rapidement dès qu'elles sont adoptées. Les moyens consacrés à la mise en œuvre effective et à l'évaluation sont insuffisants.

(2) Edmondson, A. C., *Teaming: How Organizations Learn, Innovate, and Compete in the Knowledge Economy*, San Francisco, John Wiley & Sons, 2012.

(3) Minvielle, É., *Le Patient et le Système*, Paris, Seli Arslan, 2018.



Raynald Pineault oppose deux modèles polaires :

- **Le modèle rationnel technocratique**, scientifique, le plus pertinent possible, idéal mais qui ne correspond pas aux attentes des acteurs et qui n'a aucune chance d'être mis en œuvre.
- **À l'extrême opposé, le modèle pragmatique**, qui part vraiment des attentes des acteurs, avec l'inconvénient de ne pas être forcément très cohérent et de donner beaucoup de poids aux groupes de pression les plus influents, alors qu'ils ne sont pas les plus concernés par les bénéfices pour la communauté.

Il faut faire un va-et-vient entre les deux, allier *evidence base* et recherche de consensus. Il est très important de mettre tous les acteurs en contact, professionnels, patients et en particulier les élus, pour rendre plus concrets pour les professionnels les attentes et les besoins de la population.

### Redéfinir les obligations de missions de service public santé pour tous

#### Dans une logique de droits et devoirs en matière de missions partagées

Les missions de service public en santé sont précisément définies dans le Code de la santé publique pour les établissements hospitaliers publics et privés qui y contribuent. Le service public de santé hospitalier est un tout et ne se scinde pas en missions dans lesquelles on peut piocher en fonction de son activité (publique ou privée), comme cela avait été prévu dans la loi HPST de 2009 et supprimé dans la loi Santé suivante.

Il n'en demeure pas moins que tous les professionnels de santé disposent de droits et aussi de devoirs, comme le souligne à juste titre le ministre des Solidarités et de la Prévention François Braun, de même que certains syndicats professionnels. Ces devoirs doivent être redéfinis pour mobiliser tout le monde et ne laisser personne sur le bord du chemin, par esprit de clarté et aussi et surtout pour faciliter l'organisation dans les territoires. En sachant, comme le proposent là encore certains syndicats, que ces devoirs pourraient être assurés non pas individuellement, mais collectivement sur un territoire : par exemple, l'obligation de garde. Aux professionnels de santé de les mettre en œuvre.

Pour rappel, voici ce que prévoit le Code de la santé publique pour le service public hospitalier :

« Les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui exercent en leur sein garantissent à toute personne qui recourt à leurs services :

- Un accueil adapté, notamment lorsque la personne est en situation de handicap ou de précarité sociale, et un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé ;
- La permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'agence régionale de santé compétente, dans les conditions prévues au présent Code ou, à défaut, la prise en charge par un autre établissement de santé ou par une autre structure en mesure de dispenser les soins nécessaires ;
- L'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité ;
- L'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du Code de la sécurité sociale.

Le patient bénéficie de ces garanties, y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux. Les établissements de santé assurant le service public hospitalier sont, en outre, tenus aux obligations suivantes :

- Ils garantissent la participation des représentants des usagers du système de santé. Pour les établissements de santé privés, cette participation est réalisée par l'intermédiaire de représentants avec voix consultative. En l'absence de conseil d'administration, de conseil de surveillance ou d'organe en tenant lieu, le chef d'établissement est tenu de consulter les représentants des usagers siégeant au sein de la commission des usagers, sur la stratégie et la gestion de l'établissement, dans des conditions fixées par voie réglementaire ;
- Ils transmettent annuellement à l'agence régionale de santé compétente leur compte d'exploitation.

Les établissements de santé mettent également en œuvre les actions suivantes :

- Ils peuvent être désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour participer aux communautés professionnelles territoriales de santé ;
- Ils peuvent être désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé en cas de carence de l'offre de services de santé ou dans le cadre du projet régional de santé mentionné pour développer des actions permettant de répondre aux besoins de santé de la population ;
- Ils développent, à la demande de l'agence régionale de santé et pour les établissements de santé privés, après avis des commissions et conférences médicales d'établissement, des actions de coopération avec d'autres établissements de santé, établissements médico-sociaux et établissements sociaux ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé ;



► 1. REDONNER DU SENS

- Ils informent l'agence régionale de santé de tout projet de cessation ou de modification de leurs activités de soins susceptible de restreindre l'offre de services de santé et recherchent avec l'agence les évolutions et les coopérations

► 2. CRÉER DES « COALITIONS DE SANTÉ TERRITORIALES » en impliquant et en responsabilisant globalement toutes les parties prenantes, avec un financement dédié et une obligation de résultat

C'est la mesure phare de la Recommandation 2023 du Think Tank Économie Santé. La plus disruptive. Et clef, en matière de méthode.

Ambitieux mais réaliste et, surtout, indispensable. C'est une rupture franche avec l'existant.

**Il s'agit de donner aux parties prenantes sur leur territoire la capacité de s'organiser et de prendre les décisions nécessaires avec une liberté d'action et un financement dédié, en veillant à leur représentativité et avec quelques garde-fous. C'est ainsi qu'il sera possible de résoudre les problèmes locaux en bonne intelligence, car en proximité, et ainsi de recréer la confiance nécessaire.**

Depuis plus de vingt ans, les pouvoirs publics essaient d'organiser le système de santé dans chaque territoire, mais le constat est décevant. L'idée est venue au cours d'une réunion du Think Tank : « Il faut enfermer les acteurs et ne les laisser sortir que lorsque les solutions auront été trouvées, argumentées, acceptées et mises en forme. » Cela nécessite, bien sûr, quelques prérequis décrits dans les autres points de cette Recommandation.

**C'est d'ailleurs ce que préconisait le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) en 2018**, certes avec des termes un peu ampoulés mais pertinents : « Mettre en place une force de pilotage du changement associant l'ensemble des acteurs et largement déconcentrée au niveau régional dans sa mise en œuvre. La transformation proposée engage l'ensemble des acteurs du champ de la santé entendue au sens large et nécessite une synchronisation de l'action dans les différents secteurs et à différentes échelles... Cette identité de vue doit s'exprimer par des orientations gouvernementales claires... Le pilotage doit s'appuyer sur une dynamique d'acteurs de terrain... et de nouvelles méthodes d'action privilégiant simplicité et rapidité, participation et autonomie des acteurs. L'action publique dans le champ de

(4) La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits. Et ce, dès lors que ces nouvelles organisations contribuent à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé. Il s'agit là d'une véritable opportunité pour tester de nouvelles approches, puisque ce dispositif permet de déroger

possibles avec d'autres acteurs de santé pour répondre aux besoins de santé de la population couverts par ces activités [...] »

la santé se caractérise par un foisonnement d'interventions et de normes qui ne cesse de s'amplifier et provoque un véritable collapsus du secteur... Des simplifications radicales sont par conséquent à entreprendre pour redonner de la clarté à l'action publique et des latitudes aux acteurs du changement... Redonner de l'autonomie aux acteurs dans un cadre de responsabilité clair, qu'il s'agisse des ARS, des établissements, des collectivités professionnelles, des usagers... Donner aux acteurs la capacité de faire, d'observer les résultats des actions entreprises et d'en tirer collectivement les enseignements... »

« **L'Administration devra lâcher prise** », ce qui n'est pas une mince affaire si l'on en croit la responsable des Expérimentations « article 51 »<sup>(4)</sup>, formidable initiative qui montre bien les atouts et les difficultés d'expérimentations tant du côté des porteurs de projet que, surtout, du côté de l'Administration. Un directeur général d'ARS réfutait récemment le terme *co-construction*, qui ne serait pas honnête, lui préférant l'expression *explicitation des décisions prises*. La route est encore semée d'embûches.

**Le corps des soignants, surtout les médecins, est atomisé**, complexe, et sa représentation pléthorique et dispersée. Leurs représentants sont nationaux et catégoriels, alors que les objectifs sont régionaux et pluricatégoriels. Associés au sein de leur territoire, les soignants seront plus à même de sortir d'une sorte de corporatisme restrictif.

**Tous les acteurs du territoire doivent être impliqués**, l'ARS bien sûr, avec ses directions départementales renforcées, mais aussi tous les professionnels de santé hospitaliers et libéraux, publics et privés, les collectivités territoriales et leurs élus, les assurances maladie et les acteurs économiques. Il s'agit de faire du maillage entre le local et le central, en partant de l'expérience vécue<sup>(5)</sup>.

à de nombreuses règles de financement de droit commun, applicables en ville comme en établissement hospitalier ou médico-social. Le dispositif est opérationnel depuis avril 2018 et a fait l'objet de bilans après 6, 18 et 36 mois de fonctionnement.

(5) Lorino P., *Pragmatism and Organization Studies*, Oxford University Press, 2018.



**Cette approche existe déjà, mais uniquement en cas de situation critique**, et elle n'est ni contraignante ni systématisée. Par exemple, fin décembre 2022, le directeur général de l'ARS Occitanie et ses équipes indiquent qu'« [ils ont] réuni l'ensemble des représentants des établissements hospitaliers publics et privés, et des professionnels de santé libéraux de toute la région. Tous sont appelés à une pleine mobilisation pendant cette période de fin d'année pour assurer la prise en charge de tous les patients qui le nécessitent et garantir l'accès aux soins urgents. Ils sont invités à assurer un fonctionnement solidaire et coordonné de leurs activités, afin de garantir un accès aux soins aussi fluide que possible pour chacun des patients pris en charge. Les épidémies actuelles suscitent, en cette fin d'année, une forte activité de soins dans toute la région. Ces épidémies impactent aussi toutes les équipes soignantes, qui sont mobilisées dans un contexte d'absentéisme fortement lié à l'épidémie de Covid-19. L'engagement de tous ces professionnels de santé hospitaliers et libéraux doit s'accompagner, pour tous les patients, d'un recours adapté aux soins imprévus et urgents : pour bénéficier de la solution la plus adaptée à chaque situation, le bon réflexe est toujours de téléphoner avant de se déplacer ».

Cette mobilisation structurée, permanente et évaluée en continu implique un nouveau partage des tâches qui réponde aux nécessités territoriales et non pas aux décisions nationales, forcément inadaptées, qui suscitent la crainte des professionnels, en particulier des médecins. Même si un cadre global adaptable en fonction des spécificités locales est nécessaire. Le Comité de liaison des institutions ordinaires (CLIO), qui réunit les ordres de sept professions (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues), a pris une position importante en octobre 2022 (même si elle a suscité quelques divergences ensuite) dans le but d'« accompagner la mise en œuvre de mesures pragmatiques, adaptées aux problématiques territoriales et, surtout, pouvant avoir un impact immédiat en matière d'amélioration de l'accès à la santé et d'attractivité des professions de santé. Il s'agit notamment de favoriser les actions de coopération entre professionnels de santé, la transversalité des prises en charge, mais aussi la valorisation des compétences des professionnels de santé. Les propositions visent à construire une organisation de la médecine de ville répondant au principe "du bon professionnel de santé, au bon endroit, au bon moment" ».

Il propose quatre axes :

- 1) améliorer l'accès au médecin traitant en développant le partage d'actes et d'activités entre médecins et professionnels de santé ;

- 2) accélérer la mise en œuvre des mesures existantes en faveur de l'élargissement des missions des professionnels de santé, des transferts d'activité et assurer la mise en cohérence de la réglementation ;
- 3) améliorer la lisibilité du système de santé au travers d'une organisation définie et partagée entre les professionnels et la population ;
- 4) valoriser les compétences des professionnels de santé à travers des dispositifs de formation et garantir une démographie des professionnels de santé cohérente avec les besoins de la population.

Des tensions entre professions sont apparues à la suite de cette prise de position, et des excès de communication de certaines d'entre elles. Des médecins dénoncent une « vente à la découpe de la médecine générale » ou craignent un « exercice illégal de la médecine », mais la réalité locale devrait permettre de trouver des accords pertinents.

**L'État garant de l'efficacité des liens.** L'ancien directeur de l'ARS Île-de-France Aurélien Rousseau, de janvier 2020 à l'été 2021, donc au cœur de la pandémie de Covid-19, donne corps, dans un récent ouvrage, à cette organisation des « coalitions de santé » déployée lors du Covid-19 et qu'il faut pérenniser aujourd'hui.

L'État et les ARS ne doivent pas imposer des mesures venues d'en haut, mais être « un garant des coalitions ». « Dans nombre de champs, explique-t-il, le rôle [de l'État] de garant de l'efficacité des liens entre les différentes parties prenantes impliquées dans ces coalitions était prévu par les textes, même si tout n'avait pas été planifié, loin de là. » Et de citer « la mobilisation collective et du soutien réciproque entre l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée... avec un système d'information partagée renseigné plusieurs fois par jour ». Et il n'hésite pas à enfoncer le clou : « Cette approche globale a été indispensable. Je risque l'expression, cette "unité de commandement" a permis de débloquent des situations et de pousser, voire de contraindre, à la coordination. [...] On est passé de la nécessité de garantir la coordination à celle de construire des coalitions. [...] Être garant des coalitions, c'est aussi assumer de dire qui est le mieux placé pour agir et assurer parfois une fonction d'arbitre. [...] La coalition est forcément un combat et un exercice de frottement. » Il ne s'agit pas de « donner des ordres », conclut l'ancien directeur d'ARS, mais d'un « exercice de construction ».

**Autre expérience parmi d'autres, celle du président du département de Saône-et-Loire, André Accary**, qui en a discuté les fondements et les réalisations avec les membres du Think Tank Économie Santé. « En 2015, j'ai constaté qu'en 2018 la moitié des médecins généralistes libéraux du



► 2. CRÉER DES « COALITIONS DE SANTÉ TERRITORIALES »



département pourrait prétendre à partir à la retraite et que le renouvellement malgré les aides (financement, accueil des étudiants, locaux, etc.) n'allait suffire à combler les départs des médecins généralistes », explique-t-il. D'où l'idée de créer des centres de santé à l'échelle du département. « La loi ne l'autorisait pas, à l'époque – ce n'était pas dans les compétences du département, on n'avait le droit que d'avoir des médecins de prévention –, mais la loi ne l'interdisait pas non plus. » Après une intense concertation pendant plus d'un an avec les parties prenantes, dont, bien sûr, l'ARS et l'Assurance maladie, les maires et le monde médical, « qui manifestait une vraie compréhension », un premier centre a été ouvert en janvier 2018, puis six et bientôt sept, en centre-ville avec des antennes simples ou renforcées sur chaque secteur de la Saône-et-Loire. Les centres ont une petite salle d'urgence, sont ouverts de 8 heures à 20 heures du lundi au samedi matin, avec, dans certains, une permanence le dimanche matin. Des consultations de télé-médecine sont organisées, en particulier avec les EHPAD ou le CHU, toujours avec un soignant des deux côtés. Les médecins recrutés sont salariés (« sans surenchères »), ils sont motivés par le projet de santé. « Ils viennent faire ce pour quoi ils ont été formés, 100 % de la médecine. » C'est aujourd'hui manifestement un succès, « même si le renouvellement n'est pas encore suffisant partout »; et si l'équilibre financier nécessite un apport complémentaire de la part du Département.

**Concrètement, les « coalitions territoriales de santé » auront la responsabilité d'identifier et de prioriser les points de blocage sur leur territoire et de trouver les solutions.** Il existe, en effet, un potentiel de créativité important au niveau local mais qui est entravé par un maquis réglementaire et l'absence de financement dédié. La collectivité des parties prenantes avec des règles de décision et de responsabilisation collective pourra ainsi, en retrouvant la confiance mutuelle, oser, mesurer et corriger. Autour de la table se retrouveront les hospitaliers publics et privés, les professionnels de santé libéraux, les CPTS, les élus, les acteurs économiques, etc. L'ARS sera le garant que ce système fonctionne, qu'enfin réellement toutes les parties prenantes élaborent ensemble des solutions concrètes.

**Quel territoire.** Aux parties prenantes aussi de décider du territoire à prendre en compte.

**Représentativité.** Les coalitions territoriales de santé devront être représentatives.

**Quant à la forme réglementaire et administrative de cette organisation : plus elle sera simple, mieux cela sera.**

Faut-il créer une nouvelle structure avec le risque d'une inflation administrative ou bien, au contraire, reprofiler et dynamiser une structure déjà existante ?

La nouvelle structure pourrait être un groupement territorial d'organisation des soins (GTOS). Il s'agit de donner de vrais leviers aux professionnels pour créer une nouvelle organisation des soins sur leur territoire. Le GTOS réunirait toutes les parties prenantes impliquées en veillant à leur représentativité.

Le GTOS pourrait mettre en place en dérogation des règles statutaires et indemnitaires et des dispositifs conventionnels des rémunérations majorées pour les professionnels libéraux et hospitaliers, afin de mettre en œuvre les activités correspondant à l'atteinte des objectifs fixés. Un décret devrait d'ailleurs être prochainement publié, donnant au directeur d'ARS un droit à dérogation pour certaines réglementations. La gouvernance du GTOS serait organisée à partir d'un conseil d'administration (CA) qui rassemblerait des représentants des quatre composantes : les CPTS, les établissements de santé (ES), l'hôpital public et privé, les établissements et services médico-sociaux (ESMS) et les collectivités territoriales. La majorité au CA serait donnée aux présidents de CPTS, mais chaque composante (CPTS, ES, ESMS et collectivités territoriales) bénéficierait d'un droit de veto sur les décisions majeures, par exemple, le vote du budget. Le secrétariat du CA serait assuré par la délégation départementale de l'ARS et la CPAM du département.

(Voir, page 20, l'article de Christophe Lannelongue, qui a synthétisé et mis en perspective, à partir des discussions au sein du Think Tank Économie Santé, cette organisation.)

Une autre organisation est possible en utilisant l'existant : c'est-à-dire les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) ou les conseils territoriaux de santé (CTS).

**Consacrer les financements nécessaires à chaque « coalition de santé territoriale »**

**« Ne jamais gaspiller une bonne crise » (Winston Churchill)**

Là, il ne s'agit pas de gaspiller de l'argent, mais de saisir l'opportunité de cette crise qui n'en finit pas.

Les financements devront être importants et innovants, sans crainte d'échappement. Bon nombre de réformes passées ou en cours ont disposé de moyens financiers insuffisants au départ. Ceux-ci ont été régulièrement augmentés, mais cette attitude frileuse des autorités de santé a entravé la dynamique dès le départ. Cela a été le cas, en particulier, pour les CPTS et les assistants médicaux.

Dans le cadre des « coalitions de santé territoriales », celles-ci disposeront du budget nécessaire pour le financement des mesures prises et la rémunération des professionnels. Le GTOS bénéficierait d'un financement global sous forme d'une dotation départementale du fonds d'intervention régional (FIR). Il pourrait mettre en place des rémunérations majorées complémentaires pour les professionnels libéraux



et hospitaliers, avec une seule limite : un plafond annuel pour chaque professionnel, intégrant l'ensemble des rémunérations.

### **Piloter les « coalitions de santé territoriales » par les données de santé**

**Le partage des connaissances, au-delà du pilotage, est un puissant facteur de cohésion**

Tout au long de la pandémie de Covid-19, des systèmes d'information ont été développés et amplifiés de manière

tout à fait performante, en particulier pour le suivi territorialisé de l'épidémie et la vaccination. SI-DEP a recensé l'ensemble des résultats de dépistage, et « Contact Covid » les cas index et leurs cas contacts. L'exploitation des données est capitale pour la réussite des politiques publiques, de même que leur appropriation par les acteurs et professionnels de santé. C'est en plus un élément clef pour la convergence des acteurs locaux, en particulier les élus. Et, ainsi, pour permettre à tous les acteurs de travailler ensemble sur des bases homogènes, fiables et partagées.

## ► 3. FORMER MIEUX ET IMPLIQUER LE PARLEMENT

### **Former mieux et en diversifiant**

**L'enseignement doit aussi faire sa révolution**

Pas de méthode valable si la formation ne suit pas ou, plutôt, ne précède pas et rend possible ces transformations. Formation initiale avant tout, avec la nécessité de la transversalité, de mieux connaître l'ensemble du système de santé, la gestion de projet, voire le management, et surtout les ressorts de la prévention, toutes disciplines insuffisamment présentes dans les enseignements. Et particulièrement avec des formateurs qui représentent la diversité de l'exercice : par exemple, en faculté de médecine, bien veiller à ne pas se limiter à des enseignants médecins.

**Incarner les mesures et, à côté de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pluriannuel, instaurer un Objectif national et territorial Santé (ONT Santé), également pluriannuel**

**Sur chaque territoire, cette dynamique gagnera à être fortement incarnée et évaluée par le Parlement**

Un suivi national est nécessaire pour partager les initiatives qui marchent et modifier la loi, autant qu'il sera nécessaire, non pas tous les cinq ans, mais chaque année dans le cadre d'un nouvel objectif de santé publique (ONT Santé) qui complètera l'objectif financier, forcément réducteur.

### **Prôner la sobriété et renforcer vraiment la pertinence des soins**

**Le juste soin**

La santé n'échappe pas à la sobriété, qui doit irriguer toute la méthode de transformation en revenant à un vieux concept jamais vraiment adopté à une large échelle : le juste soin. De même, la pertinence des soins est au cœur de la méthode, par souci de sécurité et de réduction des gaspillages, et aussi dans le but de dégager des marges de manœuvre pour le financement, dans une logique gagnant-gagnant (voir la Recommandation du Think Tank Économie Santé de 2019).

## RÉFÉRENCES

**Un projet global pour la stratégie nationale de santé : 19 recommandations du comité des « sages »**, Alain Cordier (président), Geneviève Chêne, Gilles Duhamel, Pierre de Haas, Emmanuel Hirsch, Françoise Parisot-Lavillonnière, Dominique Perrotin, 2013.

**Contribution à la stratégie de transformation de notre système de santé**, Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, avis et rapport, 2018.

**Organisation des soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité**, Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, avis, septembre 2022.

**La Planification de la santé : Concepts, méthodes, stratégies**, Raynald Pineault, avec la collaboration de Carole Daveluy, Éditions JFD inc., Montréal (Québec), 2<sup>e</sup> édition, 2020.

**La Blessure et le Rebond. Dans la boîte noire de l'État face à la crise**, Aurélien Rousseau, Odile Jacob, 2022.

# CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES

## ► LE PARI DE LA CONFIANCE : CONFIER L'ORGANISATION DES SOINS AUX PROFESSIONNELS DANS CHAQUE TERRITOIRE



**Christophe LANNELONGUE**

Ancien Directeur général,  
**AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ (ARS) GRAND EST**

La crise du système de santé s'approfondit, alors que de nombreuses initiatives ont été prises ces dernières années pour améliorer la réponse aux besoins de santé de la population et l'organisation des soins. Mais les résultats obtenus ont été plus limités qu'attendu.

L'analyse des difficultés des services d'urgence peut aider à identifier les causes profondes de ce qui apparaît comme un échec dramatique à réguler le système de santé. Il apparaît notamment que l'absence d'un cadre national d'objectifs, l'incapacité à traiter en profondeur les questions de partage des responsabilités entre les professionnels et à transformer le système de rémunération ont été des facteurs pénalisants.

Mais c'est surtout la difficulté à mobiliser les acteurs de manière coopérative en proximité qui peut expliquer les résultats limités de ces efforts. Malgré l'engagement des professionnels sur le terrain, la gestion très centralisée et, corrélativement, l'absence d'un cadre structuré pour la coopération des acteurs en proximité ont bloqué l'émergence de réponses efficaces.

Pour sortir par le haut de la crise du système de santé, c'est-à-dire d'abord pour améliorer l'accès de chacun à des soins de qualité, cette note propose le développement de la responsabilité populationnelle des professionnels de santé en leur confiant une mission d'organisation des soins au niveau territorial.

Il pourrait ainsi être créé, dans chaque département, un groupement territorial d'organisation des soins (GTOS) sous la forme d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) associant les CPTS, le GHT et les représentants des structures, l'hospitalisation privée à but lucratif ou non, des structures du médico-social et les élus représentants du conseil départemental et des communautés de communes, pour organiser les soins au mieux des besoins des habitants du territoire et d'abord gérer les missions d'intérêt général.

### Depuis une quinzaine d'années, des efforts considérables pour adapter le système de santé

Ces quinze dernières années, c'est-à-dire notamment à partir des ordonnances Juppé et, plus tard, avec les lois Bachelot et Touraine, des efforts importants ont été engagés pour adapter le système de santé à un contexte démographique et épidémiologique en pleine transformation, et faire bénéficier tous nos concitoyens des progrès majeurs dans le domaine des technologies médicales.

Ces efforts ont conduit à un renouveau de la planification nationale (la stratégie nationale de santé, SNS) et surtout régionale (les projets régionaux de santé, PRS), à l'engagement d'une démarche de modernisation de l'hôpital public (la réforme de la tarification à l'activité [T2A], la mise en place des communautés hospitalières de territoire [CHT], puis des groupements hospitaliers de territoire [GHT], à des démarches de renforcement des soins de ville à travers la création des maisons de santé, puis la mise en place des CPTS et des équipes de soins primaires) et, même si c'est plus modeste que ce que l'on aurait pu souhaiter, à un développement des actions de prévention et de promotion de la santé. Des améliorations considérables ont été engagées dans la formation des professionnels (par exemple, à travers les réformes des différents cycles des études de médecine, la mise en place des infirmiers en pratique avancée, etc.).

L'axe majeur de ces réformes a été de promouvoir un décloisonnement de notre système de santé et de développer la coopération entre les acteurs sur deux plans :

- sur le plan clinique, c'est à dire par le développement du travail en équipe dans la prise en charge d'un patient, notamment entre médecins, infirmiers et pharmaciens, en mettant le plus possible le médecin traitant, et sous son égide l'équipe pluridisciplinaire, en situation de promouvoir des parcours de santé optimisés ;

- sur le plan territorial, par le développement de la coopération entre les acteurs, au sein de l'hôpital public (avec les CHT, puis les GHT et le développement en leur sein de l'hôpital de proximité) et entre les professionnels de ville avec les CPTS, et en mettant en place un outil de coordination, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

À partir de 2010, la création, puis la montée en régime des ARS avec notamment la mise en place, dans chaque région, du fonds d'intervention régional (FIR), puis celle de la procédure dite « article 51 » ont permis de soutenir, quoique de manière hétérogène selon les régions, les démarches d'innovation.

La mise en place des conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA) et des conseils territoriaux de santé (CTS) a permis de débattre des questions d'organisation du système de santé au niveau territorial. Dans le domaine de la santé mentale, des démarches de projet territorial de santé mentale (PTSM) et la constitution de conseils territoriaux de santé mentale ont fait émerger de nombreux projets de meilleure prise en charge des personnes, parfois fondés sur une meilleure prise en compte de leurs attentes (par exemple, dans le cadre des actions inspirées par la charte Romain-Jacob). De nombreuses collectivités se sont engagées : tout d'abord, les conseils départementaux (par exemple, à travers la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie), puis les communautés de communes, à l'origine de nombreuses démarches de contrats locaux de santé (CLS), mais aussi les Régions (notamment dans le cadre de leurs responsabilités d'aménagement du territoire ou de formation des professionnels de santé).

La mise en œuvre de ces politiques d'incitation à la coopération était d'autant plus fondée qu'elles permettaient, en mutualisant les ressources, de faire face aux tensions croissantes liées à la pénurie de personnels soignants, en développant de nouveaux partages de responsabilité entre les professionnels de santé.

Dans la dernière période, la crise du Covid-19 a conduit à une multiplication des partenariats au

niveau territorial et donc à un décloisonnement entre les acteurs de l'hôpital public et privé et de la ville, pour assurer le déploiement des masques, la mise en place des centres de test, de vaccination et l'accompagnement des publics les plus défavorisés vers les soins.

Malgré l'engagement des acteurs au niveau territorial et la mise en place de dispositifs assortis de financements conséquents, force est de constater qu'il n'a pas été possible de faire évoluer autant qu'il aurait fallu le système de santé. Aujourd'hui, pour beaucoup de nos concitoyens, l'accès à la santé est fortement dégradé et les inégalités de santé s'accroissent.

### La crise des urgences, un révélateur des blocages qui ont conduit à des difficultés majeures pour le système de santé

La crise des urgences est ancienne et elle s'est développée bien avant la crise du Covid-19, même si celle-ci a été un accélérateur puissant. En effet, depuis plusieurs années, on assistait dans beaucoup de territoires à un « effet ciseaux » :

- une forte augmentation du nombre de passages aux urgences, due à un nouveau contexte démographique (le vieillissement de la population) et aux limites de la prise en charge en ville (en soins non programmés). L'augmentation des passages a traduit aussi les difficultés d'organisation de la filière gériatrique et, d'abord, celle de la prise en charge à domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Mais elle s'explique aussi par l'insuffisance des actions de prévention de la perte d'autonomie (par exemple, la vaccination contre la grippe), du fait de la sous-médicalisation des EHPAD et de la mauvaise organisation des parcours de malades chroniques.
- des difficultés croissantes pour mobiliser les ressources adaptées, dans un contexte de crise de démographie médicale aggravée par des politiques de management et de gestion des ressources humaines en santé. Fondamentalement, les systèmes de management et de rémunération ainsi que les dysfonctionnements organisationnels ont conduit à une fuite des professionnels des services dans



► CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES (suite)

lesquels ils étaient les plus nécessaires. Il s'agissait, notamment, des difficultés d'organisation des centres 15 et des services d'urgence, des effets de la coupure entre les services d'urgence et les autres services de l'hôpital, mais aussi de l'absence d'appui sur la médecine de ville pour développer l'accueil en soins non programmés dans les cabinets des médecins traitants ou développer des centres de soins non programmés adossés à des plateaux techniques d'imagerie et de biologie de cliniques privées.

Dans un contexte de plus en plus difficile, les professionnels se sont mobilisés avec le soutien de beaucoup d'ARS et de leurs délégations territoriales. Ainsi, dans plusieurs territoires, des efforts ont été engagés pour renforcer les centres 15, avec l'apport de professionnels libéraux, pour développer en liaison avec les CPTS l'accueil en soins non programmés, parfois avec l'aide de logiciels permettant aux professionnels de déclarer des plages de disponibilité, et pour mieux organiser les parcours au sein de l'hôpital et entre la ville et l'hôpital et le médico-social.

En s'appuyant sur ces expériences, le ministère de la Santé et de la Prévention a promu, à partir de fin 2019, la mise en place de services d'accès aux soins (SAS) associant ville et hôpital, pour optimiser l'orientation des patients vers les services d'urgence. Mais cette démarche, ralentie par la crise du Covid-19, s'est heurtée à la difficulté d'organiser une coopération équilibrée et intégratrice entre toutes les composantes du système de santé public/privé, ville/hôpital et médico-social.

En effet, ces efforts se sont heurtés à une forme d'immobilisme du niveau central (ministère et Assurance maladie) ou à des blocages au sein des hôpitaux publics, mais aussi du côté des professionnels libéraux. L'influence des lobbys nationaux, notamment hospitaliers, sur les pouvoirs publics et le cloisonnement entre l'administration centrale du ministère et la Caisse nationale d'assurance maladie n'ont pas permis de surmonter ce qu'on peut qualifier de « blocages structurels » dans le système de santé. On citera trois exemples :

- Le premier concerne l'incapacité du ministère à traiter sérieusement la question de l'intérêt médical à l'hôpital public. Pour bloquer la flambée des rémunérations, il a choisi une approche réglementaire en essayant d'empêcher

les comptables de verser des rémunérations au-delà d'un plafond légal. Cette approche, qui permettait d'éviter le débat sur les rémunérations des praticiens hospitaliers, n'a pas empêché la poursuite de l'augmentation des rémunérations des intérimaires à des niveaux toujours plus élevés, plaçant les responsables hospitaliers dans un dilemme impossible : soit accepter ces rémunérations extravagantes, soit fermer des services. Les responsables syndicaux des internes avaient proposé de créer un dispositif de régulation dans lesquelles des praticiens hospitaliers auraient pu venir en appui d'hôpitaux de leur région, pour un nombre de jours limité à des montants de rémunération raisonnables. Cette approche a été rejetée par l'administration centrale du ministère, car elle aurait conduit à une discussion sur les rémunérations des praticiens publics.

- Le deuxième exemple de cette incapacité à surmonter des blocages structurels concerne l'association des professionnels de santé libéraux et du secteur privé de l'hôpital à la mise en œuvre des missions d'intérêt général concernant la régulation, les services d'urgence, la prise en charge en soins non programmés et aussi l'organisation des transports. Les textes organisant le service public hospitalier et les modes de rémunération des professionnels libéraux ont conduit à ce que, sauf dans le cas de financements apportés par certaines ARS, l'hôpital public assume ces missions sans engagements définis au niveau territorial (par des financements définis sans contrepartie au seul niveau national) et sans incitations à ce que des professionnels libéraux y soient associés.
- Le troisième exemple concerne les difficultés à dégager des financements, pourtant d'ampleur limitée, pour améliorer les filières de prise en charge des personnes âgées; du renforcement des services de court séjour gériatrique à la mise en place d'équipes mobiles ou au recrutement d'infirmières pour assurer la présence de nuit en EHPAD et mieux organiser le recours à la téléconsultation. La diffusion de ces bonnes pratiques s'est révélée très difficile en l'absence d'une capacité pour les acteurs de pouvoir s'organiser au niveau territorial.

Beaucoup de ces blocages sont le résultat des difficultés du système de rémunération, donnant

trop peu de place à la valorisation du temps passé par les professionnels de santé et à la prise en compte de leurs contraintes réelles dans l'exercice des fonctions, empêchant ainsi le développement d'activités valorisées à un bon niveau. Ces règles nationales statutaires ou conventionnelles n'ont pas permis d'enrayer la perte d'attractivité de l'hôpital public et ont bloqué la participation des libéraux à des activités essentielles (par exemple, l'offre de soins non programmés).

Il apparaît qu'un pilotage trop centralisé et trop normatif a conduit à un certain immobilisme, en empêchant une vraie prise de responsabilité des professionnels et le développement de réponses adaptées au niveau de chaque territoire. Les débats en cours au niveau conventionnel montrent la difficulté à dégager des solutions « simples et pratiques » au niveau national, alors qu'il apparaît au niveau local de très nombreuses initiatives portées de manière consensuelle et qui permettraient un meilleur emploi des financements du système de santé.

Pour sortir de la crise, il est grand temps de prendre le chemin inverse, c'est-à-dire de sortir de la centralisation, qui débouche sur une approche uniforme des situations, et donc de partir du dialogue entre professionnels au niveau territorial pour construire des compromis sur le terrain et, avec l'appui des institutions, améliorer concrètement l'organisation des soins.

### **Confier aux professionnels et aux élus des responsabilités en matière d'organisation des soins et la mise en place dans chaque département d'un groupement territorial d'organisation des soins (GTOS)**

Résoudre les immenses difficultés auxquelles fait face le système de santé suppose de faciliter le dialogue au niveau territorial entre les acteurs, à commencer par les professionnels, et de leur permettre de se mettre d'accord sur le développement d'activités nouvelles à l'hôpital et en ville, en créant les incitations nécessaires à leur engagement.

Mais, pour que cet engagement débouche sur des solutions concrètes, il faut leur donner de vrais leviers d'action et, notamment, leur permettre de s'affranchir du carcan bureaucratique qui encadre les

rémunérations. Pour ce faire, il est proposé la mise en place d'un cadre structuré de coopération permettant de développer de nouvelles activités de réponse aux besoins et de rémunérer les professionnels sur la base de leur investissement en temps, mais aussi de l'atteinte d'objectifs contractualisés.

Ce cadre structuré de coopération placé sous la responsabilité directe des professionnels pourrait être créé à travers la mise en place, dans chaque département, d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) chargé de l'organisation territoriale des soins qu'on pourrait appeler le « groupement territorial d'organisation des soins » (GTOS).

Dans chaque département, le GTOS associerait des représentants des CPTS, du ou des GHT et des autres composantes de l'hospitalisation, des représentants des établissements et des services du médico-social, mais aussi le président du conseil départemental et des représentants des communautés de communes.

Le GTOS assurerait une mission d'appui aux projets de transformation de l'organisation du système de santé dans la gestion des missions d'intérêt général, notamment dans trois domaines :

- l'organisation et le financement des services de régulation, et des services d'urgence et de l'offre de soins non programmés en ville ;
- l'organisation et le financement des filières gériatriques et des parcours des malades chroniques (développement des services de court séjour des équipes mobiles, pour renforcer le soutien médical des EHPAD) ;
- la gestion du renforcement des ressources humaines pour un meilleur accès aux soins (notamment à travers le financement d'assistants partagés et de stages d'internat).

Ses missions seraient mises en œuvre à travers le développement d'activités nouvelles : par exemple, le renforcement de la présence de professionnels libéraux aux centres 15, le développement de l'offre en soins non programmés, le soutien au centre de soins immédiats adossés aux cliniques privées, l'appui au développement de la petite chirurgie en maisons de santé, l'amélioration de l'offre transport des patients en taxi pour accéder à des soins non programmés en ville, etc.

Le pilotage du GTOS serait fondé sur la recherche de résultats. Des objectifs clefs seraient définis dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) passé par le GTOS avec l'ARS



► CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES (suite)

et le réseau de l'Assurance maladie, par exemple : temps de passage maximal aux urgences limité à 2 heures, développement des orientations des centres 15 pour des prises en charge en ville, mise en place d'un soutien à domicile pour toute sortie hospitalisation, etc.

Pour mettre en œuvre ses missions et atteindre ses objectifs, le GTOS bénéficierait d'un financement global sous forme d'une dotation départementale du fonds d'intervention régional (FIR), calculé pour représenter au total dans chaque région la moitié des dotations du FIR répartie entre les départements, au prorata de la population (avec un plancher fixé pour permettre le financement de projets ambitieux dans les départements ruraux). Mais, surtout, le GTOS pourrait mettre en place par dérogation des règles statutaires et indemnitaires et des dispositifs conventionnels des rémunérations majorées pour les professionnels libéraux et hospitaliers pour mettre en œuvre les activités correspondant à l'atteinte des objectifs

fixés avec une seule limite, un plafond annuel pour chaque professionnel, intégrant l'ensemble des rémunérations.

La gouvernance du GTOS serait organisée à partir d'un conseil d'administration (CA) qui rassemblerait des représentants des quatre composantes : les CPTS, l'hôpital public et privé (établissements de santé, ES), les établissements et services médico-sociaux (ESMS), et les collectivités territoriales. La majorité au CA serait donnée aux présidents de CPTS, mais chaque composante (CPTS, ES, ESMS et collectivités territoriales) bénéficierait d'un droit de veto sur les décisions majeures : par exemple, le vote du budget. Le secrétariat du CA serait assuré par la délégation départementale (DT) de l'ARS et la CPAM du département.

Le GTOS intégrerait les DAC, les SAS et les formes déjà présentes de coopération ville-hôpital. Il articulerait très étroitement ses actions avec les conseils territoriaux de santé (CTS), dont il en serait en quelque sorte le bras armé. ■

► **SUPPRIMER LES SERVICES DE CHIRURGIE POTENTIELLEMENT DANGEREUX, CAR LEUR ACTIVITÉ EST TROP FAIBLE : CONVAINCRE OU IMPOSER, QUELLE EST LA BONNE MÉTHODE ?**



**Christian ANASTASY**  
 Ancien Directeur général, ANAP ET IGAS; Président, PERSAN CONSEIL

**Les dépenses inutiles liées à une mauvaise organisation du système de santé sont largement renseignées et représentent des dizaines de milliards d'euros de dépenses inutiles.**

Les exemples abondent : délivrance inefficace de soins, manque de coordination entre la médecine de ville et l'hôpital, redondances d'actes et examens, complications et réhospitalisations évitables, sur- ou sous-traitements, procédures administratives inappropriées ou prix inadaptés... sans oublier le maintien de services de chirurgie à trop faible activité qui, faute de seuils minimums d'activités imposés par l'État, continuent leur trop faible activité, souvent de qualité médiocre. Dans la majorité des pays de l'OCDE, des seuils minimums d'activité déterminent les autorisations d'exercice de cette discipline parfois risquée pour le citoyen.

**La chirurgie en France**

Chaque année sont réalisées dans 7 400 salles d'opération réparties dans plus de 950 établissements de santé de statut public ou privé près de 6 millions d'opérations chirurgicales avec anesthésie, généralement en toute sécurité et pour le mieux-être des patients. Elles représentent environ 20 % des dépenses hospitalières (près de 20 milliards d'euros). Cependant, ainsi que le souligne la Cour des comptes, plus de 10 % des établissements de santé autorisés à effectuer cette activité, soit un peu plus d'une centaine, ont une activité inférieure à celle préconisée par toutes les sociétés savantes médicales, sans que jamais leurs autorisations ne soient retirées par les autorités de contrôle. De plus, les actes chirurgicaux réalisés sont diversifiés et, de fait, individuellement trop rares pour un entraînement suffisant des équipes. Le risque existe donc bien d'événements indésirables graves, car

ces établissements ne disposent ni des plateaux techniques du niveau requis, ni surtout d'équipes médicales et soignantes suffisantes pour assurer la continuité des soins.

### **Toutes les études et recommandations scientifiques montrent qu'il est mieux pour un patient d'être opéré dans un service ayant une activité chirurgicale conséquente!**

Ainsi, en 2009, l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) prouve que, pour cinq interventions fréquentes (chirurgie pour cancer du côlon, pontage aorto-coronarien, accident vasculaire cérébral, résection pancréatique et prothèse totale de hanche), la probabilité de réadmission, ou de mortalité, est plus élevée dans les structures à faible activité chirurgicale.

La Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) souligne quant à elle, en mars 2010, qu'« en général une équipe réalise bien ce qu'elle a l'habitude de faire et que toute technique sporadique en matière d'anesthésie-réanimation est un facteur majeur de risque ».

En 2012 et 2015, la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) établit, dans ses rapports annuels « Charges et produits », que la durée moyenne de séjour et la probabilité de complications sont moindres dans les établissements dont l'activité est importante et spécialisée que dans ceux à faible activité.

Enfin, les Académies nationales de médecine et de chirurgie estiment indispensable, depuis plus de quinze ans, le regroupement d'activités de chirurgie disséminées. À titre d'exemple, elles précisent en 2016 que, pour la chirurgie cardiaque, « la condition d'atteindre des masses critiques suffisantes est subordonnée à 600 actes par an pour au moins 3 chirurgiens, réalisant chacun 200 interventions ». Pourtant, le seuil actuel reste toujours fixé, pour cette discipline à très fort potentiel de risques, à 400 interventions par an sans minimum par chirurgien.

### **Néanmoins, ces recommandations n'ont jamais été prises en compte.**

Leur respect aurait dû provoquer la fermeture d'un peu plus de 100 structures publiques ou privées potentiellement dangereuses sur le territoire national, mais le scrupuleux tollé, notamment

d'élus locaux confondant souvent *proximité* et *qualité*, a fait reculer les gouvernements successifs. Pour mémoire, deux exemples de velléités gouvernementales fondées sur des recommandations scientifiques constantes sont ainsi restées sans suite :

- En 2004, le ministère de la Santé avait invité les agences régionales de l'hospitalisation à « faire évoluer les sites de chirurgie ayant une activité annuelle inférieure à 2 000 interventions avec anesthésie, car, en deçà de ce niveau d'activité, il existe un risque en matière de sécurité des soins pour les patients pris en charge ».
- En 2010, le ministère de la Santé avait même préparé deux projets de décrets s'appuyant sur les recommandations académiques fixant à 1 500 actes annuels au minimum le seuil d'activité en chirurgie. Pourtant, à ce jour, les autorisations d'activité chirurgicale de ces services continuent d'être renouvelées, pérennisant ainsi des pratiques chirurgicales incertaines pour les patients, indépendamment du caractère inapproprié des dépenses induites!

### **L'État doit donc enfin promouvoir la réforme de la chirurgie, différée depuis vingt ans!**

La qualité du service rendu à la population doit prévaloir par rapport à tout éventuel petit calcul électoral en faveur du maintien de l'emploi local! Certes, convaincre les élus locaux et les tenants du confort illusoire de la proximité au détriment de l'excellence ne sera pas aisé. Mais il convient cependant d'aboutir à la suppression, dans notre pays, de tous ces services de chirurgie potentiellement dangereux, car leur activité trop faible, leurs équipements médiocres, leurs équipes médicales insuffisamment étoffées et entraînées, indépendamment de leur qualité personnelle, rendent impossible à assurer aux patients, dans des conditions favorables, la permanence des soins post-interventionnels!

Gageons que l'État saura bien vite réutiliser à bon escient les économies substantielles réalisées par la fermeture de ces services dangereux, tant au bénéfice des patients que pour l'amélioration des conditions de travail des personnels, notamment ceux affectés dans des services de chirurgie à forte activité qui, pour ce qui les concerne, ne disposent pas toujours des moyens suffisants! ■

## ► POUR RÉUSSIR LES DÉLÉGATIONS DE TÂCHES, IL FAUT CHANGER LA MÉTHODE !



**Jean-Paul ORTIZ**  
 Ancien Président,  
**CONFÉDÉRATION DES  
 SYNDICATS MÉDICAUX  
 FRANÇAIS (CSMF)**

### Les délégations sont au cœur des évolutions indispensables de l'organisation de notre système de santé.

Tout d'abord, parce que l'exercice médical évolue vers le regroupement non seulement pluridisciplinaire, mais pluriprofessionnel, où le travail en équipe s'impose dans tous les secteurs. Le savoir est aujourd'hui beaucoup plus éclaté et partagé entre les différents acteurs. L'heure du médecin omniscient prenant en charge un patient ignorant est révolue. Le patient atteint de pathologies chroniques multiples doit être accompagné dans son parcours de soins par de nombreux intervenants : médecin généraliste ou d'autres spécialités, infirmier, kinésithérapeute, diététicienne, psychologue, etc., lui permettant de devenir un acteur de sa propre santé. Cette prise en charge en équipe amène chacun, en particulier le médecin, à déléguer au plus près du patient certaines activités que, hier encore, il faisait seul. Cette réalité du quotidien se construit déjà aujourd'hui dans le climat de confiance et de connaissance interpersonnelle que la proximité au plus près du patient favorise.

**Les métiers des différents professionnels de santé doivent évoluer** et cela est légitime dans une société moderne. Chacun veut avoir des perspectives de carrière et une évolution professionnelle, dans une société marquée par une transformation accélérée dans tous les domaines. Les contours des métiers sont donc amenés légitimement à évoluer au gré des progrès médicaux et de l'évolution des technologies médicales. Déléguer dans un système organisé permet de valoriser chacun tout en garantissant une prise en charge de qualité.

**La crise démographique actuelle oblige tous les soignants à répondre à l'impératif de l'accès aux soins pour tous les Français dans des délais raisonnables et en assurant une qualité des soins optimale.** Le temps médical manque et la rareté de cette ressource humaine doit amener le médecin à se recentrer sur son cœur de métier – soigner – et à valoriser son expertise et sa compétence en le

déchargeant de tâches et d'activités que d'autres acteurs peuvent réaliser à sa place.

**Malgré ce constat partagé par tous les soignants, la délégation de tâches se heurte pourtant à des obstacles et des réticences majeurs.** En témoignent les mouvements actuels des médecins, qui réunissent la représentation professionnelle dans tous ses aspects : syndicats, ordre des médecins, etc. Certains y voient un corporatisme étroit et la volonté de garder une suprématie d'un autre temps. En fait, la réalité est plus complexe. Mettre en place une délégation de tâches se heurte d'abord à un problème culturel : le médecin n'est plus l'alpha et l'oméga de la prise en charge du patient ; il n'est plus le seul savant ; il partage avec d'autres le suivi de ce patient devenu mieux informé. Du piédestal où il dominait seul l'ensemble du dispositif, il doit se retrouver chef d'équipe, à manager différents acteurs. Or, sa formation ne l'a jamais préparé à cela, au contraire.

**Mettre en place de la délégation de tâches passe par une coordination renforcée** et très bien organisée entre les différents soignants. Or, le retard dans ce domaine est énorme. La transmission de l'information, l'effectivité du dossier médical partagé (DMP) et la mise en place d'outils de coordination grâce au numérique sont des points majeurs à résoudre d'urgence.

**La délégation de tâches doit être acceptée par le patient.** Présentée comme la solution pour les déserts médicaux, le danger est grand de voir s'installer une médecine à deux vitesses : les citadins auraient accès à un médecin, pendant que les ruraux ou les habitants des quartiers défavorisés devraient se contenter d'autres professionnels de santé en accès direct, rappelant les officiers de santé. Déléguer doit se faire dans un climat de confiance partagé, en particulier avec le patient...

**Enfin, reste le problème financier :** dans chacun des métiers, déléguer une tâche simple à un professionnel moins formé mais capable de

l'effectuer doit s'accompagner d'une valorisation de l'expertise. L'opposition forte des syndicats médicaux témoigne de cette angoisse : la consultation médicale, en particulier en médecine générale, est devenue complexe, plus longue, prenant en charge des patients âgés polypathologiques nécessitant un temps d'écoute et un investissement intellectuel importants. Mais elle est toujours à un tarif unique ridiculement bas (25 euros). Conserver dans son activité médicale des consultations simples, à faible valeur ajoutée, plus courtes, permet de garantir le modèle économique du médecin libéral. Ne pas aborder cet aspect, c'est entraîner un rejet massif des délégations de tâches. Ceci explique que la virulence des réactions médicales contre des dispositions prises par des députés au hasard des lois, car toute évolution des contours de métiers doit garantir à chaque acteur son équilibre économique. Ce qui vaut pour le médecin vis-à-vis des autres professionnels de santé vaut également pour l'infirmière vis-à-vis de l'aide-soignante, pour les toilettes par exemple.

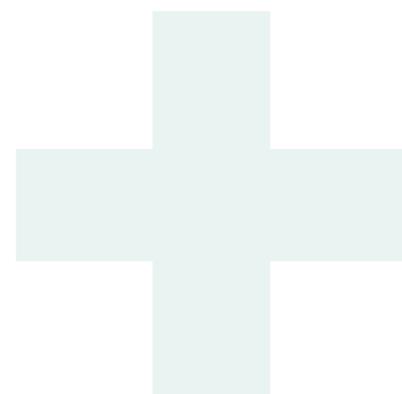
**L'échec des tentatives de délégation est bien celui de l'échec de la méthode :** la brutalité des dispositions législatives votées par les députés ne fait que répondre aux lobbyings de tel ou tel corps professionnel sans concertation avec les autres professions, nécessairement impactées.

**Il faut donc changer la méthodologie** pour faire accepter par tous une délégation de tâches dans une nouvelle organisation. Ceci doit partir des expériences de terrain : dans nombre de structures organisées et regroupées, telles que

les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou les communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), les médecins ont déjà mis en place des délégations auprès d'infirmières, de kinésithérapeutes, etc. Le recueil de toutes ces expériences doit être transmis à une « conférence nationale » chargée d'organiser la délégation et faire évoluer les missions de chacun dans le parcours du patient sur la base de ces exemples. Cela impactera sur le contenu des diverses formations professionnelles.

Cette conférence nationale doit réunir l'ensemble des acteurs concernés : syndicats professionnels, ordres, organismes payeurs (CNAM), associations de patients, Haute Autorité de santé. Dans un délai prédéfini et forcément contraint (quelques semaines à quelques mois), cette conférence nationale devra définir les évolutions des contours de métiers, les nouvelles organisations mises en place, les délégations mises en place et garantir l'équilibre économique de chacune des professions. Ceci devra se traduire dans des textes législatifs, réglementaires et conventionnels, dans la recherche d'un consensus partagé. Mais, avant cela, il faut que l'ensemble des acteurs partagent des valeurs communes : la recherche et la garantie de qualité des soins, l'accès des soins pour tous, quels que soient le lieu ou le statut social du patient. Le temps nécessaire pour la mise en place de ces évolutions peut être court, si elles sont construites et acceptées par tous.

Changer de méthode est impératif pour réussir la transformation de notre système de santé : la délégation en est un exemple. ■



## ► LA MÉTHODE D'UNICANCER EN MATIÈRE DE « RESSOURCES HUMAINES » ET D'ATTRACTIVITÉ



### UNICANCER

- 1 Pr Jean-Yves BLAY, Président
- 2 Sophie BEAUPÈRE, Déléguée générale
- 3 Michael CANOVAS, Directeur de cabinet
- 4 Nicole BOUWYN, Directrice des ressources humaines
- 5 Camille BARON, Responsable projets transversaux

**Du fait des multiples innovations scientifiques, thérapeutiques et organisationnelles, la cancérologie a connu de grandes (r)évolutions ces dernières années. Les parcours de soins, de plus en plus complexes et personnalisés, sont dorénavant réalisés majoritairement hors de l'hôpital. Pour sécuriser les soins et éviter les pertes de chances, excellence et coordination sont nécessaires. Les carrières professionnelles doivent, quant à elles, être dynamiques pour s'adapter à ces changements profonds et aux aspirations des nouvelles générations de soignants.**

À ces grandes transformations se sont ajoutées des difficultés aiguës pour les établissements de santé, liées aux pénuries de personnel dans un certain nombre de filières et à une crise de « sens », ressentie par de nombreux professionnels. Des tensions en ressources humaines (RH) inédites, révélées et amplifiées par la crise sanitaire, qui nécessitent une stratégie forte pour les établissements et des mesures urgentes au niveau national.

### 1. Une stratégie « ressources humaines » de branche dynamique, au service de l'attractivité des carrières

Par sa quête d'excellence et la force de son réseau, Unicancer et les centres de lutte contre le cancer (CLCC) participent constamment à faire progresser les soins et la recherche en cancérologie. Établissements de santé privés à but non lucratif, chargés de missions universitaires et réalisant une activité 100 % publique, les CLCC ne pratiquent ni activité libérale ni dépassement d'honoraires. Malgré leurs nombreux atouts, et à l'instar de l'hôpital public, les CLCC sont confrontés à des problématiques sociales fortes : absentéisme, emplois en tension, difficultés de recrutement et de

fidélisation, postes vacants et lits fermés faute de personnels, etc. Pour les personnels paramédicaux et les praticiens, les CLCC deviennent moins attractifs dans plusieurs spécialités majeures, remettant ainsi en cause leur capacité à réaliser leur mission.

Un défi de l'attractivité que la Fédération Unicancer entend relever par un dialogue social riche et constructif avec ses partenaires sociaux. La FNCLCC Unicancer est la fédération patronale des 18 centres de lutte contre le cancer, représentante de la convention collective nationale (CCN) des 22 000 salariés de la branche des CLCC. La Fédération mène un travail important de négociation collective, qui s'est particulièrement intensifié à la suite du Ségur de la santé. En effet, Unicancer est une fédération patronale active : 27 accords sociaux ont été signés depuis 2020 (accord emploi-formation ; revalorisations salariales et parcours des aides-soignants, auxiliaires de puériculture, IDE et manipulateurs en électroradiologie, assistantes médicales ; transposition des mesures issues du Ségur de la santé et de la hausse du point d'indice dans la fonction publique, nouvelle rédaction des fiches emploi de la CCN, accord sur l'emploi des travailleurs handicapés, etc.).

La mise en place d'un nouveau système d'information de gestion des ressources humaines (SIRH), commun à tous les CLCC, a également permis de faciliter les analyses prospectives sur les différents métiers et de disposer de données instantanées sur les effectifs, les rémunérations, les indicateurs RH, etc.

Enfin, l'année 2023 sera consacrée à la rénovation du système de classification et de rémunération de la convention collective des CLCC. Bien qu'il ait connu plusieurs aménagements, il convient de le réadapter aux nouveaux besoins, métiers et cursus de formation.

### 2. La Fédération formule des propositions concrètes au niveau national pour renforcer l'attractivité des carrières en santé

Dans un contexte global de pénurie de personnel médical et paramédical, et d'augmentation des

besoins liés au vieillissement de la population, Unicancer appelle de ses vœux, comme les autres fédérations, un plan plus ambitieux de formation et de développement des compétences des professionnels de santé. Dans cette logique, Unicancer a lancé son propre organisme de formation et développe son offre de formation et de certification pour les professionnels.

Politique salariale, formation, valorisation des compétences, qualité de vie au travail et reconnaissance professionnelle sont des leviers prioritaires pour redynamiser l'emploi en santé et consolider les équipes de soins. L'enjeu est de rendre plus flexible l'organisation du travail et de valoriser le cœur de métier des soignants, des praticiens et des chercheurs. Il s'agit également de miser sur l'universitarisation des professions de santé et de renforcer les passerelles entre formations, pour ouvrir de nouvelles perspectives professionnelles et favoriser l'interdisciplinarité.

Troisième axe, Unicancer prône un développement fort de l'implantation du métier d'infirmier en pratique avancée (IPA) et propose d'étendre la pratique avancée à d'autres professions paramédicales, telles que les manipulateurs en électroradiologie médicale, les diététiciens et les techniciens de laboratoire. Pierres angulaires de la coordination de prises en charge complexes, les 50 IPA des CLCC sont répartis dans les 18 CLCC.

### 3. Unicancer lance une démarche prospective ambitieuse pour anticiper les évolutions RH et leur impact managérial

Afin d'anticiper l'impact des évolutions scientifiques, techniques et sociétales sur le système de prise en charge du cancer en France, et plus particulièrement sur les CLCC, Unicancer a lancé, début 2023, une démarche prospective à horizon dix ans. À travers cette stratégie ambitieuse articulée autour de quatre axes, Unicancer souhaite interroger tous les enjeux : l'évolution des parcours de soins et de la prise en charge ; l'aide à la décision médicale par l'analyse de données ; les ressources humaines (métiers, formations, attractivité) et la gouvernance et le positionnement stratégique.

Pour le volet « RH », les travaux prospectifs consisteront à prévoir l'évolution des métiers et des modes de management, puis à définir les dispositifs à mettre en place pour préserver l'attractivité des CLCC et leur capacité à fidéliser leurs professionnels. Il s'agira également d'élaborer et de proposer des formations diversifiées et adaptées à ces évolutions, pour préparer au mieux les professionnels aux métiers et compétences de demain (numérique, datas, intelligence artificielle, etc.).

Pour accompagner cette dynamique, la Fédération Unicancer pourra s'appuyer sur l'expertise reconnue du Pr Yvon Berland, auteur en 2002 d'un rapport<sup>(6)</sup> remis au ministre de la Santé sur la démographie des professions de santé et dont les préconisations ont contribué aux grandes transformations de ces vingt dernières années en matière de formations, de métiers et de modes d'exercice des professionnels de santé<sup>(7)</sup>. ■

(6) Rapport « La Démographie des professions de santé », novembre 2002, <https://www.vie-publique.fr/rapport/25827-mission-demographie-des-professions-de-sante>

(7) « Vingt ans après, quid des propositions du rapport Berland ? », *Les Tribunes de la santé*, n° 73, 2022/3 (n° 73), p. 63-73, <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2022-3-page-63.htm>

► CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES (suite)

► QUAND RIEN N'AVANCE, IL FAUT REVENIR AUX FONDAMENTAUX



**Gilles BONNEFOND**  
 Ancien Président,  
 USPO

Le constat est partagé par tous : manque de temps médical, inégalités d'accès aux soins, besoins de la population plus importants, manque de coordination entre hôpital et ville et entre les acteurs de la ville. Mais les réponses sont poussives, voire contre-productives, et ressemblent plus à de l'évitement pour finalement ne rien changer vraiment.

**Changer la façon d'aborder l'évolution de l'organisation des soins en trois étapes**

Commencer par évaluer les besoins de la population du territoire en fonction des spécificités (population plus âgée, prévalence de certaines pathologies, habitat isolé, etc.).

Ensuite, regarder l'offre de soins présente (médecins, spécialistes, hôpitaux, autres professionnels de santé, etc.).

Enfin, utiliser et mettre en place les protocoles nationaux qui permettent à la population de ce territoire d'avoir un niveau d'accès aux soins comparable aux autres. La mise en place de cette organisation en fonction des besoins est sous la coresponsabilité de l'ARS et de l'Assurance maladie.

**Changer la sémantique pour organiser les parcours de soins**

1- Nous ne sommes pas sur des transferts de compétences ou des partages de compétences, mais sur l'utilisation des compétences acquises par les paramédicaux et pharmaciens au cours de leur formation initiale ou par la formation continue (les pharmaciens vaccinent et les études de pharmacie intègrent maintenant cet acte, comme les dépistages).

2- Abandonner l'expression *délégation de tâches*, qui confère au seul médecin la possibilité de faire ou non. Ce qui explique le blocage et la lenteur dans le développement de la coordination, au prétexte également d'une coresponsabilité.

**Déployer les expérimentations**

Nous voyons clairement que les pratiques d'exercice coordonnées expérimentées dans les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les centres de santé améliorent l'accès aux soins

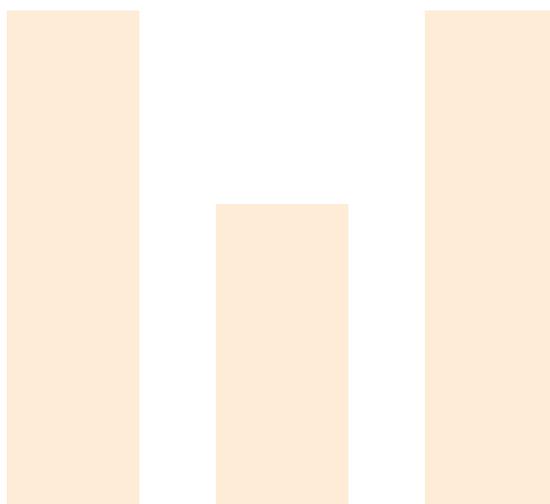
et permettent aux professionnels de santé de travailler plus sereinement en étant plus efficaces. Ces modes d'exercice sont transposables dans les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) à travers l'utilisation des protocoles nationaux validés par les autorités de santé. Nous devons passer des phases d'expérimentation à la possibilité de l'appliquer sur les territoires qui le nécessitent. Le développement du numérique en santé (messagerie sécurisée de santé [MSS] et espace numérique du patient) permet de faciliter, de partager et d'accélérer les échanges avec l'équipe de soins du patient, mais aussi les services hospitaliers.

Ces protocoles prévoient le rôle de chaque professionnel en pleine responsabilité pour les missions qui lui sont attribuées.

**Faire évoluer les modes de rémunération**

Le paiement à l'acte est un frein à ce travail en équipe choisie par le patient. Il est indispensable de favoriser un mixte entre acte et forfait et, pour certains modèles, vers un salariat, comme dans les centres de santé.

L'évolution vers un paiement forfaitaire concerne la prise en charge du parcours du patient chronique d'une durée d'un an pour chaque professionnel intervenant auprès de ce patient. Un paiement à l'acte pour les autres patients et soins non programmés. Une incitation forte dans le mode de rémunération pour s'engager dans un exercice coordonné. ■



## ► POUR UN SERVICE PUBLIC DE SANTÉ



### FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP)

**1 Christine SCHIBLER**, Déléguée générale

**2 Béatrice NOËLLEC**, Directrice des relations institutionnelles et de la veille sociétale



La crise sanitaire que notre pays a subie ces dernières années, et qui ne peut sans doute pas encore totalement se conjuguer au passé, a servi de révélateur sur de nombreux aspects de notre système de santé. Elle a amplifié dans des délais très courts les usages de la santé numérique. Elle a assoupli certaines rigidités administratives face à l'urgence. Elle a aussi, et surtout, favorisé des coopérations inédites entre acteurs de santé de tous statuts. Les leçons de la pandémie doivent être tirées, tant cette expertise et cette intelligence collective méritent d'être pérennisées et sanctuarisées.

Mais comment y parvenir? Comment éviter qu'après la crise nous assistions à une régression de notre capacité à travailler ensemble au service des populations? Comment faire émerger un cadre propice à la pleine collaboration des acteurs sanitaires et médico-sociaux dans des logiques de parcours?

Le service public hospitalier (SPH) propose aujourd'hui un cadre trop rigide, opposant les acteurs, alors qu'ils se retrouvent sur l'essentiel, à savoir le service rendu aux populations. En effet, le SPH, issu de la loi Touraine de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, témoigne d'une approche quasi organique de la notion, centrée sur les obligations qui lui sont associées, par opposition à la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST) de 2009, qui offrait une approche centrée sur les missions. En cela, ce cadre est aujourd'hui largement frappé d'obsolescence.

D'abord, la crise sanitaire a démontré que les établissements publics, privés d'intérêt collectif et privés pouvaient, ensemble, et sous la régulation équilibrée des agences régionales de santé (ARS), répondre aux mêmes besoins de santé. Et donc, la crise a prouvé qu'une lecture par statuts était inopérante, par opposition à une approche

par missions; ces missions qui peuvent nous rassembler, au service des populations. Le rapport de la commission d'enquête du Sénat relatif à la situation de l'hôpital et à l'avenir du système de santé, publié en avril 2022, ne dit pas autre chose : « Les procédures rigides découlant des dispositions législatives et réglementaires associées au SPH constituent des obstacles à une coexistence optimale des différents types d'établissements. » De l'avis des sénatrices et sénateurs, le SPH ne permet pas, tel qu'il est conçu aujourd'hui, les déclassements indispensables à notre système de santé.

La seconde raison qui fonde la nécessité d'une revisite profonde du SPH tient à l'évolution même des modes de prise en charge et au déclassement ville-hôpital : cette évolution fait qu'il convient de passer d'un « service public hospitalier » à un « service public de santé », axé autour du parcours du patient et de sa fluidité. Dans ce cadre, le raisonnement ne se fait plus seulement en fonction de l'offre, mais aussi et surtout en fonction des besoins et des attentes des patients citoyens, auxquels il convient de répondre. Un exemple intéressant est l'ordonnance du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), qui a défini leurs missions de service public : amélioration de l'accès aux soins, organisation de parcours de soins, développement d'actions territoriales de prévention, développement de la qualité et de la pertinence des soins, accompagnement des professionnels de santé sur leur territoire, participation à la réponse aux crises sanitaires, etc. Le nouveau service public de santé engloberait établissements de santé et médecine libérale, acteurs sanitaires et médico-sociaux, indépendamment de leur statut.

Ce service public de santé aurait deux caractéristiques majeures : il serait fondé sur les missions et non sur les statuts, et réunirait les acteurs à égalité de droits comme de responsabilités. Les principes d'égalité, de continuité, de permanence des soins et d'accès aux soins pour tous doivent, à ce titre, et conformément au souhait exprimé par

► CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES (suite)

le président de la République dans ses vœux, être partagés par tous les acteurs de santé et de soins ; et l'hospitalisation privée est évidemment prête à y prendre toute sa part. Aussi, le cadre de ce service public de santé rénové permettrait la participation pleine et entière des hôpitaux et cliniques privés, à égalité de devoirs avec le public.

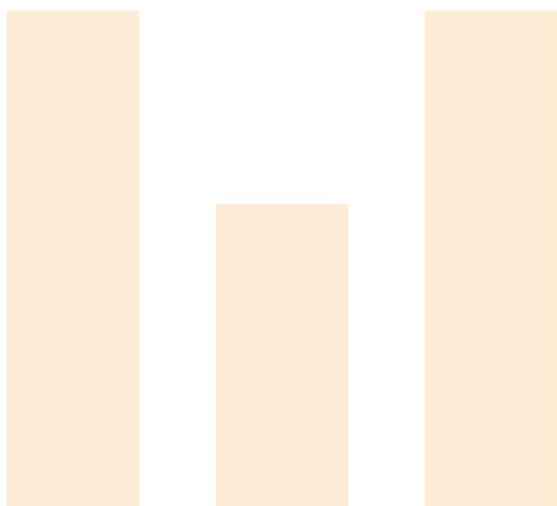
Ce cadre renouvelé et modernisé serait le plus propice à installer, partout en France, de véritables démocraties territoriales en santé, avec les acteurs de santé, bien sûr, mais aussi avec les collectivités territoriales, les élus, les patients, autant de parties prenantes qui doivent être davantage associées aux décisions concernant l'offre de santé dans leur territoire, pour bâtir de véritables projets de santé sur la base de diagnostics partagés. Ce service public de santé territorial engagerait l'ensemble des acteurs dans l'amélioration de la pertinence des soins, de la qualité, de l'accès aux soins, de la prévention et de la santé publique : les défis sont nombreux, qui nécessitent de trouver des réponses pragmatiques et participatives aux problématiques spécifiques de chaque territoire.

Les agences régionales de santé (ARS) – elles l'ont démontré durant la pandémie – jouent un rôle fondamental dans cette régulation équitable et équilibrée de tous les acteurs au service du territoire. Mais leur tâche est complexifiée du fait qu'elles sont à la fois gestionnaires de l'hôpital public et régulatrices de toute l'offre de soins. Pour conforter les ARS dans leur rôle, il serait donc opportun de les recentrer sur leur rôle de régulation. Quant au renforcement des délégations territoriales des ARS, il servira la proximité avec les acteurs, nécessaire pour éviter toute velléité hégémonique des uns au détriment des autres, et forger la confiance et la mobilisation générale. Enfin, les conseils territoriaux de santé (CTS) méritent d'être réinvestis en tant qu'outils opérationnels de définition des priorités du territoire.

Pour finir, coopérer sur les territoires nécessite aussi de surmonter un certain nombre d'obstacles inhérents au fonctionnement même de la gouvernance du système de santé, aujourd'hui trop fragmentée et cloisonnée. En témoignent l'émiettement et l'hétérogénéité du pilotage du

système par la donnée de santé, qui requiert une amélioration drastique : des données de santé fiables, homogènes et partagées doivent, enfin, permettre de travailler ensemble, de gérer les crises comme d'éclairer de manière prospective les décisions de politique publique. Autre illustration, majeure dans le contexte actuel de pénurie de professionnels de santé dont nous pâtissons : le cloisonnement des carrières et des parcours professionnels est un facteur profond de démotivation. Il faut permettre les passerelles entre les métiers eux-mêmes, entre les secteurs sanitaire et médico-social, entre les statuts public et privé, en simplifiant les cadres réglementaires, mais aussi en favorisant une meilleure connaissance mutuelle des cultures.

Les difficultés que traverse notre système de santé imposent de surmonter certains conservatismes et de changer nos modes de représentation. La lutte contre le Covid-19 a favorisé des collaborations sans précédent, permettant l'émergence de réponses communes aux attentes et aux besoins. La refonte du service public hospitalier vers un service public de santé, davantage territorialisé et emportant des responsabilités et des missions partagées, est la voie d'avenir pour sanctuariser ces logiques vertueuses pour, et avec, les patients. Dans ce nouveau temps politique qui s'ouvre, elle gagnera à s'ériger en priorité pour relever les défis qui nous attendent. ■



### ► PAR LE PETIT BOUT DE LA LORGETTE



**Ludovic MOY**  
Gynécologue,  
RENNES

**« Le système de santé ne peut vivre sans soignants. »** Il est difficile de s'opposer à cette affirmation et c'est pour cette raison qu'il est important de l'intégrer à cette Recommandation. Et il est tout aussi important de considérer que l'attractivité pour les métiers du soin ne se décrète pas et – même si la vocation pour ces professions existe – qu'elle n'est certainement pas, ou n'est plus, suffisante si elle n'est pas encouragée.

Dès la première réunion de cette Recommandation, à la fin de l'été, j'avais déclaré que, si je devais débiter maintenant des études supérieures, je ne suis pas certain que je choisirais médecine. Les discussions et les interventions au cours des différentes réunions m'ont poussé à approfondir ce questionnement. Enrichie par des contacts et des échanges, cette réflexion correspond à celle d'un médecin en exercice libéral depuis plus de vingt ans, c'est-à-dire en contact quotidien avec des patients, en lien avec d'autres professionnels de santé et avec les structures administratives. Nous ne sommes pas si nombreux au sein du Think Tank. De façon très schématique, trois axes me semblent importants : il faut revaloriser l'image avec une vraie reconnaissance du rôle primordial des soignants dans le système de santé, et cela passe par les rémunérations, la bienveillance dans le management, les possibilités d'évolution de carrière, etc. Il convient également de restaurer la confiance dans la structure administrative. Et, enfin, il faut contraindre les soignés à un devoir de respect envers les soignants.

#### **Reconnaître le rôle central du soignant et le valoriser**

Au sein des établissements de santé, le manque d'attractivité pour les postes d'infirmiers-infirmières et d'aide-soignant(e)s dans les services de soins apparaît évident dès que l'on peut avoir des échanges directs avec ces salariés. Ils font apparaître des revendications de plusieurs ordres, parmi lesquelles figurent certes la rémunération (celle des gardes de nuit, en particulier, souvent très mal indemnisées avec une quasi-absence de prise en compte de l'impact du travail de nuit sur la vie de famille et sur la santé), les CDD qui peuvent être renouvelés de semestre en semestre durant

des années, mais également le management des plannings avec les difficultés dans la vie quotidienne que créent des changements impromptus, le peu de possibilités d'évolution de carrière pour un infirmier ou une infirmière, l'augmentation des tâches administratives et d'organisation qui éloignent un soignant de son métier, etc. Le télétravail, mis en avant depuis la pandémie de Covid-19 et présenté comme un avantage pour les salariés, est bien sûr non applicable aux soignants sans que cette inégalité soit prise en compte. Il faut être désormais sacrément motivé pour s'engager dans des études d'infirmier. Cela se traduit déjà dans les faits : dans certains instituts de formation en soins infirmiers, moins de la moitié d'une promotion va réellement exercer à la sortie.

Pour les carrières médicales, après la réussite à un concours sélectif de plus en plus complexe, il est difficile pour les étudiants d'entendre les projets qui apparaissent pour remédier à la pénurie. Cela ne peut que favoriser l'abandon des études, déjà considérées comme trop longues. La proposition de contraindre les internes de médecine générale à réaliser une quatrième année d'internat dans des zones peu pourvues en médecins peut être discutée et analysée, et on y trouvera des éléments positifs et négatifs. Cela étant, le débat s'arrêtera de lui-même lorsqu'il n'y aura plus assez de jeunes à se lancer dans des études de médecine.

#### **Restaurer la confiance**

La défiance des soignants vis-à-vis des structures administratives n'est pas un vain mot. Elle tire son origine d'ignorances réciproques et d'un sentiment d'impuissance de « la base » vis-à-vis des différents échelons de l'administration. Ce ressentiment est ancien et se cristallise parfois sur des oppositions peu conciliables. D'un côté des médecins généralistes, qui ont une vision de leur engagement différente de ce qu'il était il y a trente ans, à qui l'on reproche le peu d'empressement pour assurer les tours de garde, tandis que ceux-ci se défendent en expliquant la pénurie de médecins par des décisions de numerus clausus trop sévères dont ils ne sont pas responsables.

L'Assurance maladie, en dehors des négociations tarifaires, joue également un rôle dans la baisse

d'attractivité pour les professions de santé qui exercent en libéral. Au quotidien, les contacts sont majoritairement à sens unique et la sensation que l'image du médecin ou de l'infirmier resquilleur et voyou sert de prétexte pour imposer des retenues financières ou des amendes aux prescripteurs de soins est très répandue. Les difficultés pour obtenir des échanges individuels ou des explications sur les règles obscures, sans parler du droit à l'erreur, qui semble être méconnu à la « Sécu », ne font qu'aggraver ce sentiment de défiance. La coopération soignants-Assurance maladie pour le bien du patient n'est pas toujours au rendez-vous. Les structures découlant du ministère de la Santé apparaissent également, pour les soignants, à mille lieues de leurs préoccupations. Cela peut s'expliquer par l'absence quasi complète d'enseignements et de sensibilisation à ces différentes strates administratives durant les études de santé, qui entraîne une ignorance de ces organisations. Par ailleurs, la complexité des dossiers pour tous projets innovants et la lenteur dans les réponses sont légendaires.

### Devoirs des soignants – devoirs des soignés

Cette dégradation de l'attractivité pour le métier de soignant et cette sensation de soumission à une administration qui a perdu progressivement son rôle de partenaire dans le système de santé n'est pas sans conséquence sur la dévalorisation de l'image du métier de soignant aux yeux du grand public. Le nombre d'agressions à l'encontre du personnel, en particulier dans les services d'urgence, en est une des représentations les plus visibles. L'absence

de paiement lors d'un passage aux urgences, et plus généralement la pratique du tiers payant, se traduit par une perte de valeur de l'acte de soins. Il donne une impression de gratuité totale pour le consommateur et le sentiment que tout lui est dû, face à des soignants qui n'ont que des obligations. C'est en partie cette possibilité de consommer gratuitement du soin qui explique chaque année que des millions de rendez-vous médicaux ne sont pas honorés. Ceci entraîne une perte de possibilité de prise en charge pour des patients réellement demandeurs de soins et qui se voient refuser des rendez-vous, une perte d'activité et de revenus pour les libéraux et, surtout, une désagréable sensation d'impuissance des soignants face à cette situation qui contraste avec la totale impunité des assurés « indisciplinés ». L'obligation de prise en charge d'un patient par les soignants est une évidence, mais elle doit nécessairement être équilibrée par des devoirs des patients vis-à-vis des soignants. Ces considérations sont, bien sûr, discutables. On peut considérer que cette approche par le petit bout de la lorgnette n'est que parcellaire, superficielle et manque de hauteur. Certaines preuves concrètes commencent malgré tout à apparaître, par exemple dans les facultés de médecine, où le nombre d'abandons au cours des études n'a jamais été aussi important. Il faut considérer que ce regard, exprimé par des acteurs de terrain, doit être pris en compte dans les débats, car il est en partie celui que porte un candidat qui s'intéresse aux métiers du soin et il peut être déterminant dans son choix. La transformation du système de santé a besoin de tous ses acteurs. ■



## **LES RECOMMANDATIONS 2012-2023 DU THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ**

2012

### **POUR AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SOINS**

- Faire de la santé et de son financement un grand débat public
- Impliquer et responsabiliser les professionnels
- Anticiper la mutation stratégique des établissements hospitaliers
- Mieux gérer les maladies chroniques
- Organiser et financer la prévention

2013

### **UNE NOUVELLE ORGANISATION DES SOINS ET UNE PLATEFORME TERRITORIALE DE COORDINATION**

- Pour améliorer la qualité de vie des plus de 75 ans vulnérables
- Pour optimiser les dépenses sanitaires et sociales, publiques et privées

2014

### **COORDINATION DES SOINS**

#### **QUATRE MESURES POUR AMÉLIORER LA CONTINUITÉ DES SOINS, CONDITION DE LA QUALITÉ ET DE L'EFFICACITÉ**

- Identifier et rémunérer sans ambiguïté le coordonnateur des soins, et faire de la rémunération des professionnels et de la facturation des établissements deux leviers majeurs
- Développer une politique territoriale contractuelle et donner aux agences régionales de santé les moyens d'agir
- Recenser les initiatives, labéliser et promouvoir les plus efficaces, informer les patients
- Développer des solutions technologiques appropriées à cet objectif : le dossier informatisé de coordination des soins

2015

### **DONNER AUX ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS LES MOYENS DE FAIRE DES ÉCONOMIES**

- Le pouvoir politique ne doit pas entraver la recherche d'efficacité des établissements hospitaliers
- Les équipes de direction générale et médicale doivent être mobilisées par une réelle autonomie de gestion
- Le public doit être informé en transparence totale

2016

### **QUE LA SANTÉ FASSE PARTIE DES DÉBATS DE L'ÉLECTION PRÉSIDENTIELLE DE 2017**

2017

### **POUR DES SOINS DE QUALITÉ, AGIR EFFICACEMENT SUR LES TARIFS**

- Comment faire en sorte que chacun ait intérêt à se mobiliser ?

2018

### **MOBILISONS L'INNOVATION, POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS**

2019

### **HUIT PRÉCONISATIONS, POUR AMÉLIORER LA PERTINENCE EN SANTÉ**

2020

### **TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ LA GOUVERNANCE DOIT ÊTRE PLUS EFFICACE ET PLUS LISIBLE**

2021

### **LA PROSPECTIVE EN SANTÉ**

#### **POUR NE PAS SUBIR, MAIS PRÉPARER L'AVENIR DE LA SANTÉ EN FRANCE**

#### **UN LIVRE BLANC RÉGULIÈREMENT ACTUALISÉ COORDONNÉ PAR LE HAUT-COMMISSARIAT AU PLAN**

2022

### **PRÉVENTION EN SANTÉ**

#### **CRÉER UN CHOC DE COHÉRENCE ET D'EFFICACITÉ AU PLUS PRÈS DES CITOYENS EN CLARIFIANT LE PARTAGE DES RESPONSABILITÉS**

2023

### **UNE NOUVELLE MÉTHODE POUR TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SANTÉ**

#### **Globale, impliquant et responsabilisant tous les acteurs simultanément sur chaque territoire avec un financement dédié et marquant une rupture**

THINK TANK  
**ÉCONOMIE**  
**SAN + É**

TÉLÉCHARGEZ LA RECOMMANDATION 2023 SUR  
[www.thinktank-economiesante.fr](http://www.thinktank-economiesante.fr)

CONTACT :

Laëtitia DE KILKHEN • 01 87 39 77 96  
[ldekilken@lesechosleparisien.fr](mailto:ldekilken@lesechosleparisien.fr)

#thinktankeconomiesante

Réalisation : Pascale MILLAN • [www.milpak-infographie.fr](http://www.milpak-infographie.fr) • 2023 • Photo de couverture : Adobe Stock / © jpopba

NOS PARTENAIRES



UNE PUBLICATION

**Les Echos**  
**Le Parisien**  
ÉVÉNEMENTS