



ACADÉMIE
NATIONALE
DE MÉDECINE



CONTRIBUTIONS

DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

Mars 2019



Le grand
débat national





Table des matières



| | |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| EDITO | 6 |
| I. PRISE DE POSITION DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE | 7 |
| RAPPORTS | 8 |
| 1. L'hôpital public en crise : origines et propositions | 8 |
| 2. Ma santé 2022, un engagement collectif | 30 |
| II. L'ACADÉMIE DONNE LA PAROLE AUX PARTENAIRES ET PROFESSIONNELS DE SANTÉ | 45 |
| COMPTE RENDU | 46 |

► Édito

Depuis sa création l'Académie nationale de médecine a reçu pour mission de travailler à promouvoir la Santé et de favoriser tout ce qui peut faire progresser l'art de guérir.

L'Académie nationale de médecine répond aux demandes du Gouvernement, cette responsabilité figure dans les premières lignes de ses statuts, mais elle peut également être saisie par des instances extérieures ou de sa propre initiative, pour mener des réflexions, apporter des avis, des recommandations sur la plupart des questions d'actualité en santé.

Elle est donc aujourd'hui fidèle à sa mission en prenant l'initiative de contribuer aux Grand Débat National proposé par le Président de la République.



Alors que la santé est une des préoccupations premières des français, la transversalité du sujet rend difficile sa classification dans une des quatre thématiques proposées du Grand débat.

Par l'organisation d'une réunion publique le lundi 4 mars 2019, l'Académie a souhaité donner et porter la parole de tous ceux qui sont engagés et participent aux progrès de la médecine et de l'avenir de la santé.

Depuis toujours, outre ses missions de lutte contre les épidémies et pour les vaccinations, l'Académie a auditionné, évalué et aidé tous ceux qui jouent un rôle dans les avancées en santé afin de conseiller les pouvoirs publics sur les mesures à prendre.

Aujourd'hui, elle est parfaitement dans son rôle en choisissant de vous livrer les propositions et recommandations de l'Académie sur les sujets les plus essentiels de la Santé : la situation de l'hôpital public en crise, l'analyse du plan « Ma Santé 2022, un engagement collectif » proposé par le ministère des Solidarités et de la Santé ainsi que l'ensemble des propositions des citoyens, des patients, des aidants, des professionnels de la santé, sur les questions fondamentales de la santé dans les territoires – des partenariats et de l'intelligence artificielle en santé.

Encore une fois, l'Académie nationale de médecine montre sa motivation et son ouverture en phase avec l'actualité et prouve sa détermination à participer activement à la mise en œuvre des avancées dans le domaine de la santé au profit de tous.

Jean François Allilaire,
Secrétaire perpétuel de l'Académie nationale de médecine



I. PRISE DE POSITION DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

► RAPPORTS

1. L'hôpital public en crise : origines et propositions
2. Ma santé 2022, un engagement collectif

Résumé

La crise est perceptible au sein de l'hôpital public depuis des mois et largement commentée par la presse et les médias audiovisuels. Cette crise est en réalité plus ancienne et, depuis une dizaine d'années, de nombreux rapports lui ont été consacrés; réformer l'hôpital et plus globalement réformer le système de santé sont des objectifs réaffirmés de la prochaine loi santé. A partir de l'audition de trente-deux personnalités du monde de la santé, ce rapport analyse les origines de la crise de l'hôpital public: crise de perte de sens, crise financière, crise managériale et gouvernance, crise structurelle et organisationnelle, crise sociétale et sociale. Il décline ensuite des propositions concernant la gouvernance de l'hôpital, des nouvelles modalités de financement, la réinsertion de l'hôpital dans son environnement, la situation des personnels médicaux et soignants, la participation des patients et des citoyens et la place de l'Université dans l'hôpital.

Recommandations

REFONDER LA GOUVERNANCE DE L'HÔPITAL

- Renforcer le rôle de la CME redonnant à son président la responsabilité et la signature sur toutes les questions médicales et associer le Doyen ou son représentant à toute décision impactant l'enseignement et la recherche.
- La gouvernance doit être exercée: dans les hôpitaux par un binôme: directeur administratif (ancien directeur général) et directeur médical (ancien président de la CME) avec une équipe administrative; dans les CHU par un triumvirat: directeur administratif (ancien directeur général), directeur médical (ancien président de la CME) et directeur universitaire (doyen de la faculté ou par délégation directeur à la recherche).
- Repenser l'organisation actuelle des pôles au profit de leur pertinence, supprimant les pôles sans cohérence fonctionnelle et affirmant le service comme structure de base de l'hôpital.

01

CHANGER LE MODE DE FINANCEMENT DES HÔPITAUX

- Revenir à la valeur fondamentale de la médecine: le résultat clinique obtenu par les soins prodigués au malade, passant du volume d'activité au résultat, du quantitatif au qualitatif, des procédures au résultat, d'une vision managériale à une vision médicale.
- Répartir les financements entre une subvention de base, une tarification à l'activité et une contribution relative à la qualité.

02

03

RÉINSÉRER L'HÔPITAL DANS SON ENVIRONNEMENT TERRITORIAL

- Réaliser l'intégration des soins de ville, de l'hôpital, du domicile et du social dans un partenariat public-privé au profit du parcours de soins du patient dans une vision régionale, valorisant le GHT et avec le CHU comme tête du réseau.
- Identifier clairement les responsabilités politiques et financières, en définissant les rôles respectifs du Ministère de la Santé et de la région privilégiant chaque fois que possible la régionalisation et le territoire de santé concerné.

04

REVALORISER LES PERSONNELS MÉDICAUX ET SOIGNANTS

- Réorganiser l'activité des médecins en réduisant le temps consacré aux charges administratives, en privilégiant le temps médical et en modulant leur activité par périodes plus particulièrement dédiées aux soins, à la recherche ou à la formation.
- Redonner aux carrières médicales hospitalières et hospitalo-universitaires, aux métiers de soignants leur attractivité.

05

RÉAFFIRMER LE RÔLE DES CHU

- Soins: contribuer au maintien d'une offre de soins graduée sur le territoire, assurer une médecine de recours et une médecine de proximité, promouvoir et diffuser la médecine prédictive et personnalisée.
- Formation: créer des passerelles entre la filière médicale et les autres filières Universitaires, créer de nouvelles formations dans le secteur de la santé.
- Recherche: faciliter et animer la mise en œuvre de la Recherche Clinique et participer à l'émergence de pôles d'excellence, à la création de réseaux de Recherche.
- Redonner à la convention hospitalo-universitaire tout son rôle: définir les grands axes du partenariat université-hôpital.

Rapport intégral

Un rapport exprime une prise de position officielle de l'Académie nationale de médecine.
L'Académie, dans sa séance du mardi 12 février 2019, a adopté le texte de ce rapport par 76 voix pour,
9 voix contre et 9 abstentions.

L'hôpital public en crise : origines et propositions The public hospital in crisis: origins and proposals

MOTS-CLÉS : HÔPITAL, CRISE, SYSTÈME DE SANTÉ, RECOMMANDATIONS
KEY WORDS : HOSPITAL, CRISIS, HEALTH SYSTEM, RECOMMENDATIONS.

Francis MICHOT¹ (rapporteur), Bernard LAUNOIS² (rapporteur), Dominique BERTRAND³, Jacques BRINGER⁴, Laurent DEGOS⁵, Jean-Pierre OLIE⁶, Christian THUILLEZ⁷, au nom du groupe de travail* rattaché aux Commissions XV (Enseignement, Recherche – Parcours de formation) et XVI (Parcours de soins et organisation de soins)

Liens d'intérêt:

1. F.Michot : ancien chef du service de chirurgie digestive CHU de Rouen, ancien Président de la Conférence des Présidents du CNU Santé
2. B.Launois : ancien Professeur de chirurgie, Université d'Adélaïde, Australie
3. D. Bertrand : Conseiller médical au CNG
4. J.Bringer : ancien Doyen de la Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes, ancien Président de la CME du CHU de Montpellier
5. L.Degos : ancien Président de la HAS
6. JP. Olié : chef de service honoraire de l'hôpital Sainte Anne, membre du CNOM
7. C.Thuiliez : membre du Collège de la HAS, Président de la Commission de Transparence, ancien conseiller du Directeur Général de l'Offre de Soins, ancien Président de la Conférence des Doyens des Facultés de Médecine



* « Hôpital public en crise »

Membres Participants : MM. BERTRAND, BRINGER, DEGOS, LAUNOIS (rapporteur), MICHOT (rapporteur), OLIE, THUILLEZ.

RÉSUMÉ

La crise est perceptible au sein de l'hôpital public depuis des mois et largement commentée par la presse et les médias audiovisuels. Cette crise est en réalité plus ancienne et, depuis une dizaine d'années, de nombreux rapports lui ont été consacrés; réformer l'hôpital et plus globalement réformer le système de santé sont des objectifs réaffirmés de la prochaine loi santé. A partir de l'audition de trente-deux personnalités du monde de la santé, ce rapport analyse les origines de la crise de l'hôpital public: crise de perte de sens, crise financière, crise managériale et gouvernance, crise structurelle et organisationnelle, crise sociétale et sociale. Il décline ensuite des propositions concernant la gouvernance de l'hôpital, des nouvelles modalités de financement, la réinsertion de l'hôpital dans son environnement, la situation des personnels médicaux et soignants, la participation des patients et des citoyens et la place de l'Université dans l'hôpital.

SUMMARY

The crisis has been noticeable in French public hospital for months and has been widely commented upon by all media. This crisis in fact dates far back in time and, for the last ten years, has been the topic of many reports; reforming the hospital and more globally reforming the healthcare system are reaffirmed goals of the coming Law on Health issues. Based on interviews with thirty-two leading figures of the healthcare sector, this report first analyses the origins of the crisis of the public hospital: loss of meaning, financial issues, managerial and governance issues, structural and organizational issues, societal and social issues. The second part of the report presents proposals for the hospital's governance, new funding modalities, the reintegration of the hospital into its environment, the situation of medical and health care workers, the role of patients and citizens and the place of the university in the hospital.

I. ORIGINES DE LA CRISE

Introduction

Le secteur public hospitalier comprend les hôpitaux de statut public et les établissements de statut juridique privé à but non lucratif; ainsi défini, les 2062 établissements qui le constituent représentent en 2016: 332 299 lits (dont 276 312 lits d'hospitalisation complète et 55 987 places d'hospitalisation partielle), 9 138 307 séjours pour 83 370 366 journées en hospitalisation complète et 10 771 461 journées en hospitalisation partielle, 150 000 emplois médicaux dont 33 000 internes et 880 000 équivalents temps plein de personnel non médical dont 700 000 de personnels soignants. Considérant l'ensemble du système de santé public et privé, l'hôpital public représente, en 2017, 77% de la consommation de soins hospitaliers (71,5 milliards d'euros), 74% du nombre de lits assurant 75% de l'ensemble des séjours du système de santé, tout en prenant en charge la formation et la recherche clinique.

Le fondement historique de l'hôpital public est d'accueillir, soulager, combattre la maladie et la mort. L'hôpital doit désormais s'adapter à plusieurs évolutions: les patients sont porteurs de nouvelles attentes, nouveaux enjeux et nouveaux besoins; le bond en avant de la médecine au cours des dernières décennies s'est appuyé sur la recherche et l'innovation qui ont conduit aux progrès réalisés dans la compréhension des maladies et de leurs approches diagnostiques et thérapeutiques. Les bénéfices, pour les patients, de ces grandes conquêtes basées sur le modèle «bio-techno-médical» centré sur la maladie sont indiscutables mais ont généré une explosion des coûts. La forte émergence des maladies chroniques souvent associées entre elles, plus encore dans le vieillissement, a montré les limites d'une approche exclusive fondée sur la maladie et souligné la nécessité de secteurs public et privé partenaires et complémentaires.

1. Crise de perte de sens : perte des valeurs médicales au profit de valeurs économiques

Les personnes interrogées ont mis en exergue la perte de sens de l'activité hospitalière. Hormis les Directeurs, la FHF et l'ANAP, qui résument la situation par une mutation des pratiques, tous ont insisté sur ce fait majeur de perte de sens qui démobilise les professionnels de santé et altère leur confiance dans le système hospitalier.

A la vision médicale de l'hôpital s'oppose actuellement une vision managériale exclusive à dominances économique et budgétaire. Le qualitatif (soins) a cédé la place au quantitatif (volumes) sans chercher la pertinence et le résultat pour le malade. Au contraire, les financements sont meilleurs s'il survient des complications (par le biais d'un codage favorable, véritable obsession accaparant des emplois non-soignants) ou en cas de mort précoce lors du soin d'une maladie au tarif élevé (recette importante avec moins de dépenses), ou lors d'hospitalisations indues (apport supplémentaire de financement). Le tri des activités (rentables ou non) est le fil conducteur de la politique suivie par chaque hôpital. L'éthique médicale est bafouée.

Le nombre de lits et le nombre de personnels soignants sont devenus la variable d'ajustement de la moindre dépense, ce qui provoque une autre course: celle du taux d'occupation des lits et de la réduction des personnels induisant une surchauffe (83% d'occupation des lits en hôpital public) et une inadaptation aux épidémies.

In fine, le volume d'activité augmentant chaque année (+ 16% entre 2009 et 2016) alors que les tarifs baissent (- 5% dans la même période) avec le même personnel conduit à un épuisement des professionnels du soin qui ne reconnaissent plus la finalité de leurs métiers.

Une bureaucratie normative de la clinique a fait oublier le malade et le rôle du professionnel de santé. La gestion de la contrainte budgétaire a occulté l'objectif médical. Le fait que le Directeur de l'hôpital soit le seul «patron» depuis la loi HPST de 2009 a supprimé tout poids médical dans la gestion hospitalière. La vision managériale domine la vision médicale provoquant une perte de sens, une perte des valeurs médicales fondatrices au profit de valeurs économiques, responsables d'un désarroi profond et d'une désespérance des professionnels de santé, sans pouvoir de décision ni de partage de décision.

2. Crise financière: évaluation sur des volumes et procédures

La contrainte budgétaire demeurera. L'ONDAM (Objectif national de dépenses d'assurance maladie), basé sur une prévision d'activité, fixe l'évolution des dépenses de santé. La distribution des financements est fragmentée entre la ville gérée par l'Assurance maladie, l'hôpital géré par le Ministère de la santé via la DGOS (Direction générale de l'offre de soins), la prévention et le social gérés par de multiples instances dont la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Les hôpitaux publics, privés, privés à but non lucratif, et à domicile se partagent le marché, défendus par leurs Fédérations respectives aiguissant la concurrence. Les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) accroissent la fragmentation entre hôpitaux publics et privés ainsi qu'entre ville et hôpital. Dans un système aussi fragmenté, l'évaluation ne se fait désormais que sur des volumes et des procédures et non sur des résultats.

La tarification à l'activité permet d'avoir une homogénéisation de financement mais accroît l'esprit de parts de marché et de concurrence oubliant les notions de complémentarité et de synergie entre établissements et, avec la ville, entravant le parcours de soins. Les Agences Régionales de Santé (ARS) qui regroupent ces silos n'ont un droit de fongibilité de financements que de 1% (Fonds d'Intervention Régional) et donc aucune flexibilité n'est possible.

Les dépenses hospitalières étant régulées par l'ONDAM, toute augmentation d'activité entraîne une baisse des tarifs pour rester dans le cadre financier défini (effet volume /prix). Or, initialement les tarifs sont basés sur les coûts moyens de production des Groupes Homogènes de Malades (GHM). Une baisse de tarif sans contrôle des éléments de gestion correspondants devient contre-productive si elle conduit à travailler à perte; toute augmentation des MIGAC a la même conséquence. Ce cercle vicieux, après six années d'exercice, aboutit à un essoufflement, une démotivation des acteurs.

La tarification à l'activité (T2A) et les GHM ont été établis dans d'autres pays pour diminuer les délais de prise en charge et les listes d'attente pour une intervention chirurgicale, ce qui n'était pas le cas en France. La T2A ne répond pas aux exigences des situations complexes, aux soins des maladies chroniques et à la complémentarité ville-hôpital-social. Elle provoque des effets pervers sur la pertinence des soins, les hospitalisations indues et les sorties prématurées.

La tarification à l'activité bloque le passage à l'ambulatoire, interdit un séjour en hospitalisation de jour de deux journées de suite, oublie le social et le dialogue entre professionnels de santé et patients, ne prend pas en compte la prévention, l'information et l'éducation des malades et des citoyens, gêne l'implantation d'innovation en raison du coût de développement.

La politique du quantitatif (toujours plus d'activité) a trouvé sa limite en 2017 où l'activité hospitalière a diminué, probablement pour plus de pertinence, alors que les pouvoirs publics misaient sur une augmentation du volume (sans plafond) et avaient prévu une diminution des tarifs. Il s'en est suivi une crise financière dans les hôpitaux avec un déficit de 800 millions d'Euros. L'équilibre en 2018 est basé sur une activité constante, hypothèse qui reste à démontrer.

La tarification à l'activité a eu des vertus incontestables mais, inflationniste par nature, elle a été l'objet de critiques incessantes sauf de la part des Directeurs et de la FHF. Sa part (63% du financement) paraît grandement excessive au vu des objectifs des hôpitaux. Le volume n'est pas le critère majeur adéquat du soin hospitalier.

3. Crise managériale et gouvernance: une gestion administrative exorbitante

Le dynamisme, la confiance, la solidarité et l'altérité ne peuvent se bâtir par un management pyramidal. La pyramide décisionnelle et le cortège des réunions et signatures qui le traduit est un obstacle ressenti par tous. Les strates hiérarchiques et l'inertie qu'elles induisent alimentent l'incompréhension et le rejet d'un système de management épuisant toutes les bonnes volontés.

La gouvernance de l'hôpital s'est transformée en une quarantaine d'années, générant une gestion administrative exorbitante. Il s'en est suivi une augmentation irrationnelle du nombre des effectifs administratifs formés dans le moule unique d'une seule école (Ecole des hautes études en santé publique) développant une vision uniforme gestionnaire et juridique de l'hôpital; à titre d'exemple, entre 1983 et 1990, au sein des hôpitaux de Paris (APHP), le personnel administratif a augmenté de 24% alors que le personnel soignant diminuait de 12%. La fonction de président de la CME n'est ni respectée ni considérée lorsqu'il ne lui est attribué qu'un poste de secrétaire dans des établissements dont les budgets affleurent

ou dépassent un milliard d'Euros avec des directions administratives bien dotées voire pléthoriques. Cette évolution de la gouvernance de l'hôpital a eu pour conséquences :

- ① La captation du personnel soignant par l'administration: le lien médecins-soignants, incluant les cadres de santé, s'est délité en raison d'une perte de responsabilité des médecins sur le choix et le recrutement des équipes, en raison de la rupture d'un lien hiérarchique devenu uniquement administratif.
- ② La création des pôles a trop souvent créé une strate médico-administrative supplémentaire sans réelle délégation de responsabilités, éloignant les médecins de la direction, contribuant à leur démotivation; ce changement du périmètre de l'espace a entraîné une perte de repères: les équipes médicales et soignantes se sont senties perdues dans un nouvel ensemble dispersant les compétences et diluant les responsabilités; le temps consacré à la charge administrative sans cesse alourdie s'est fait au détriment du temps consacré à soigner les patients. L'absence de formation des médecins au management a renforcé leur mal être. De plus, la relation des équipes soignantes avec les patients a été impactée par la mobilité des personnels au sein du pôle pour assurer un remplacement, combler une absence au sein d'une autre équipe, à compétence différente, à organisation différente contribuant à déstabiliser le reste de l'équipe par le surcroît de travail généré. Cette instabilité participe à l'absentéisme et à la démotivation des personnels.
- ③ Une dérive bureaucratique, administrative incomprise dont témoigne la multitude de textes de lois, décrets, circulaires donnant le sentiment d'une instabilité réglementaire: 25 lois santé depuis 1976, 230 circulaires en 2013 dont certaines de plus de 300 pages et, dans la période récente, 135 articles pour la loi HPST de 2009 et 227 articles pour la loi de modernisation de notre système de santé de 2016. Cette gestion administrée ne prend pas en compte les spécificités et les richesses régionales.
- ④ Un changement complet de modèle: la maîtrise des coûts et le nécessaire équilibre budgétaire sont devenus l'objectif principal de la gouvernance hospitalière; le médecin parle soins et patients alors que l'administration parle budget, économies et déficit; la médecine n'est pas un commerce, la patient n'est pas une marchandise mais la santé ne sera plus qu'économie avait prédit Paul Ricoeur. Incompréhension et défiance se sont ainsi installées entre l'administration et les médecins.
- ⑤ La crise hospitalière est de façon très visible une crise du management qui s'attache à éloigner la décision du terrain. La modernité exige l'inverse, à savoir de réduire les lignes hiérarchiques. La bureaucratie autoalimentée est génératrice de gâchis du temps des professionnels de santé et de coûts indus.
- ⑥ La crise de gouvernance concerne également l'Université qui a peu de responsabilité décisionnelle au sein des CHU y compris en matière de recherche. Les redistributions financières (MERRI) sont inexistantes. Les attachés de recherche clinique sont fragilisés. Les contraintes budgétaires, les charges administratives croissantes, la gouvernance des établissements et des services, l'évolution des activités, des métiers, des liens avec les hôpitaux de proximité et la médecine de ville sont autant de sujets de préoccupations au sein des CHU.

4. Crise structurelle et organisationnelle : hyper-réglementation et normes

Taille démesurée, centralisme administratif pyramidal, réglementation complexe, rigidité de normes aveugles, évaluations et tarifications inadaptées sont les fossoyeurs des hôpitaux publics. Le risque est celui d'une perte d'identité, de relationnel et de temps de professionnels accablés de normes et de procédures administratives incomprises.

- ① La vie des établissements, la solidarité et la coopération inter-établissements et ville/hôpital ne peut être gérée par une hyper-réglementation utilisant la norme de façon aveugle.
- ② Nul ne conteste que la norme organisationnelle ait fortement contribué à la restructuration et à la qualité des soins. Mais l'impact de sa dynamique et de son efficacité s'est étioilé au fur et à mesure de sa bureaucratisation, au point d'en dessiner une courbe asymptotique inefficace et usante, ressentie par tous les acteurs de terrain. Les hôpitaux ont une grande hétérogénéité d'activités et de missions. Cela souligne

les limites de l'utilisation sans discernement de normes interprétées comme un minimum requis inadapté à la réalité d'un territoire. Il importe de laisser une marge de liberté à des structures avec une incitation à l'initiative portée par les professionnels de soins et en adéquation avec la faisabilité de leur projet et de leur activité. L'essentiel est de viser un décloisonnement par une coopération efficace et une coordination du parcours des patients avec les moyens humains et les outils numériques nécessaires.

- 3 Les ARS sont hétérogènes dans leurs aptitudes à décliner les normes et à y déroger avec la souplesse requise selon les besoins, la disponibilité des personnels de santé et le lien tissé par les acteurs au sein du territoire. Compte tenu de leur organisation compartimentée, ont-elles toutes les facilités pour organiser le soin régional et les compétences administratives pour diffuser leurs injonctions à une base confrontée aux contraintes de son exercice ?

5 Crise sociétale et sociale: évolutions de la société et attractivité des professions de santé

La société française a beaucoup changé ces 40 dernières années et nombre de ses évolutions ont impacté l'hôpital et ses personnels :

- 1 La réduction du temps travail à 35 heures par semaine a désorganisé l'hôpital qui n'était pas préparé à ce bouleversement et a désadapté ses personnels.
- 2 Les choix de vie et la féminisation du corps médical ont modifié les modalités d'exercice sans que ceci ne soit ni anticipé ni évalué; aujourd'hui, les étudiantes sont plus nombreuses dans les études médicales et l'université que dans les classes préparatoires aux grandes écoles; les activités salariées et le temps partiel sont privilégiés; les spécialités dont la pénibilité des conditions de travail est reconnue en raison de gardes, d'un travail nocturne ou d'une absence de maîtrise des horaires sont évitées; un lieu d'exercice valorisant la qualité de vie, en particulier vie familiale, loisirs, environnement, vie des enfants est préféré.
- 3 Les patients sont devenus acteurs de leur propre santé, riches de leur expérience et de leur vécu mais aussi porteurs d'informations plus ou moins maîtrisées sur leur santé recueillies sur internet, par les réseaux sociaux ou au sein des associations de patients; de ce fait, ils proposent une nouvelle relation médecin-malade qui risque de nier la différence des savoirs.
- 4 La pression judiciaire génère une situation où se substitue progressivement une exigence de résultats à l'exigence de moyens, exprimant un droit à la guérison et se traduisant par une augmentation des recours judiciaires.
- 5 La prise de conscience d'un déclassement sociétal par perte de statut social et perte d'aura induit une souffrance identitaire et un sentiment de maltraitance sociale.
- 6 La perte d'attractivité des professions de santé y compris des carrières médicales hospitalières est la conséquence, outre cette hantise du déclassement, de rémunérations insuffisantes. Pour les médecins en particulier, l'écart de rémunération public-privé est trop important et responsable d'une fuite vers le secteur libéral dans certaines disciplines comme l'anesthésie, la radiologie ou la cardiologie interventionnelle. La direction des affaires médicales de l'hôpital n'a pas auprès des jeunes médecins le rôle d'une direction des ressources humaines qui conseillerait, gérerait des droits sociaux à ce jour inexistants (crèche pour les enfants, aides aux transports ou au logement) à la différence des droits sociaux réels pour les personnels administratifs et soignants. Ces insuffisances sont d'autant plus préoccupantes que le recrutement et la concurrence des compétences sont devenus mondialisés.
- 7 La dégradation des conditions de travail des personnels soignants se traduit par l'augmentation de la charge de soins par patient en raison d'un manque de moyens, l'absence de remplacement des personnels en arrêt maladie ou congé maternité, l'absence de reconnaissance et de valorisation par la hiérarchie et les patients, la suppression de postes et la fragilité des postes de cadres, des horaires complexes et des heures

II. PROPOSITIONS

1. Gouvernance de l'hôpital : directeur administratif et directeur médical

La mise en place d'une nouvelle gouvernance nécessite une révolution (dans le sens de re-évolution) du droit et des règles. Dans cette perspective de transformation :

- 1 La gouvernance de l'hôpital ne doit plus être uniquement assurée par le directeur général de l'hôpital; le monopole de la formation des directeurs au sein d'une école unique doit être abandonné pour permettre le recrutement de profils diversifiés. A l'instar des organisations adoptées par plusieurs pays ou en France des CRLCC, les médecins participeront à la gouvernance de l'hôpital dans lequel la grande majorité d'entre eux font leur carrière. Un pilotage démocratisé, fluidifié et simplifié est source de motivation et d'efficacité, permettant de rapprocher les visions administrative et médicale actuellement divergentes, de retrouver un corpus de valeurs partagées, de restaurer une confiance perdue. Le rôle de la CME doit être renforcé en redonnant à son président, assisté d'une équipe administrative, la responsabilité et la signature sur toutes les questions médicales: nominations et gestions des carrières (direction des affaires médicales comprenant des ressources humaines sous sa responsabilité), équipements médicaux, orientations médicales de l'établissement en fonction des progrès médicaux et de l'environnement territorial, avec allocation de moyens matériels et humains dédiés; en contrepartie, une formation au management médico-économique est un prérequis indispensable. La direction des soins doit être sous la responsabilité conjointe du directeur administratif et du directeur médical.

Dans les CHU, le Doyen de la faculté ou par délégation un directeur délégué à la recherche sera associé pour tout ce qui concerne l'enseignement et la recherche dont il assure le pilotage, portant dans l'hôpital la politique de l'université; il travaille en harmonie avec les organismes de recherche; il définit la stratégie de recherche clinique en fonction des points forts de l'établissement, recherche les financements nécessaires, aide à la préparation des PHRC, STIC et programmes de recherche en organisation de soins.

Ainsi envisagée, la gouvernance est exercée:

- dans les hôpitaux, par un binôme: directeur administratif (ancien directeur général) et directeur médical (ancien président de la CME).
- dans les CHU, par un triumvirat: directeur administratif (ancien directeur général), directeur médical (ancien président de la CME) et directeur universitaire (doyen de la faculté ou par délégation vice-doyen à la recherche).

- 2 Dans une gouvernance démocratisée associant tous les acteurs de l'hôpital, une place est faite à la direction des soins, garante des conditions de travail et de la qualité des soins ainsi qu'aux représentants des patients, attentifs à l'évaluation de l'accessibilité, la qualité de l'accueil, la pertinence des circuits patients. Donner aux hôpitaux une autonomie par rapport à l'Etat est nécessaire, notamment en régionalisant les responsabilités politique, budgétaire et financière à l'instar des grands pays anglo-saxons et européens, des hôpitaux militaires, des CRLCC et des hôpitaux de fondation. Le point d'impact de la prise de décision doit être le plus court possible et le feedback le plus raccourci possible afin que l'action soit la plus efficace possible. Le Ministère de la Santé garde ses prérogatives essentielles à savoir la sécurité des produits et des soins, les grands principes de soins et de santé publique; la région et le territoire devront prendre en charge la stratégie, la gestion intégrée financière des hôpitaux publics, des soins de ville et du social.

- 3 La relation médecins-personnels soignants doit être réorganisée avec l'objectif de redonner du sens aux métiers et de permettre une valorisation individuelle; le sentiment d'appartenance à une équipe privilégie un projet collectif et non personnel. De même, les cadres de santé seront nommés au sein des unités de soins et des services dans une fonction de tandem entre chef de service et cadre hospitalier.

- 4 L'organisation de l'hôpital en pôles doit être repensée; elle ne doit plus être systématique ni obligatoire, son critère d'organisation doit être la pertinence: les pôles sans cohérence fonctionnelle seront supprimés;

les pôles à vocation transversale (imagerie, biologie, pharmacie) seront conservés; les disciplines dont la masse critique est suffisante constitueront à elles seules un pôle, les autres disciplines choisiront leur organisation qui ne saurait leur être imposée. Le service (unités de soins, consultations, hôpitaux de jour) dont la dimension est la discipline ou la spécialité est la base affirmée de l'organisation hospitalière: il est doté, par délégation, d'une autonomie forte d'organisation, de décisions et de responsabilité.

- 5 La qualité et la valorisation d'une discipline ne seront plus associées au nombre de lits, marqueur obsolète de la performance et d'une gestion dépassée. Le nombre de personnels soignants ne sera plus corrélé au nombre de lits: maintenir des lits vides doit être possible, garantissant souplesse et flexibilité et permettant de faire face aux variations saisonnières des pathologies. Le savoir-faire des personnels, le nombre de nouveaux patients, l'absence de réhospitalisations non programmées, l'activité ambulatoire et les résultats (mortalité et qualité de vie) seront les marqueurs privilégiés de la qualité. Une évaluation par un comité d'experts indépendants à dates régulières doit être instaurée. Les médecins se réapproprient une certification simplifiée dont l'interlocuteur ne doit plus être le directeur général mais le président de la CME; les experts visiteurs, dont la compétence sera revue, seront des médecins, ils s'intéresseront à la démarche qualité de l'équipe et non aux référentiels.
- 6 Les flux des patients programmés et non programmés seront identifiés dans des filières de prise en charge séparées afin d'éviter toute pollution de l'une par l'autre: le non programmé est un recrutement passif, d'urgence, assurant la mission de service public de proximité du territoire; le recrutement programmé est l'identifiant de la prise en charge complexe et des structures de recours.
- 7 Le développement des nouveaux métiers et les doubles cursus seront encouragés pour accompagner le progrès médical et les évolutions des modalités de prise en charge des patients: informatique, numérique, mathématiques, statistiques, intelligence artificielle, gestion des bases de données, ingénierie, infirmières de pratique avancée (IPA).

2. Propositions financières : passer du volume d'activité et des procédures au résultat

La condition essentielle est de revenir à la valeur fondamentale de la médecine qui est le résultat clinique obtenu par les soins prodigués au malade. Cela oblige à passer du volume d'activité au résultat, du quantitatif au qualitatif, des procédures au résultat car, contrairement au monde industriel, les études portant sur la santé ont montré l'absence de corrélation entre procédures et résultat. Cela légitime de passer d'une vision managériale à une vision médicale.

Le contrôle des dépenses est indispensable mais il paraît nécessaire de faire évoluer le processus de tarification. A minima, il faudrait diminuer le poids de la tarification à l'activité, la réserver à certaines pathologies, simplifier le nombre d'actes, rendre la tarification plus lisible et prioriser les GHS qui regroupent actes et frais de personnel. Par ailleurs, la tarification à la qualité (le résultat clinique obtenu et le ressenti du patient) est une nécessité en accordant une véritable place à l'efficacité des soins et à la tarification des filières de soins par pathologie dans une logique de parcours.

L'évaluation du résultat ne peut se faire qu'en fin de parcours de soins, depuis la première consultation en ville jusqu'aux soins de suite, passant ou non par l'hôpital; l'hôpital est central, intercalé entre des soins avant et après l'hospitalisation. L'intégration soins de ville-hôpital-social est ainsi prise en compte par les notions de parcours et de résultat. Le résultat est le fait d'obtenir une diminution de la mortalité, une diminution de la morbidité et une meilleure qualité de vie; l'évaluation est faite en comparant, d'une année à l'autre, l'amélioration des données cliniques et le ressenti des patients pour un type de maladie dans un territoire donné.

La notion de valeur en santé s'est imposée dans tous les pays développés; elle est définie comme le rapport entre résultat et dépenses, en favorisant le numérateur résultat et laissant au second plan la dépense qui est contrainte. Le but est que le résultat augmente plus vite que la dépense. Cette notion de «value based medicine» a permis de créer pour chaque maladie des indicateurs de résultat. La notion de résultat s'adapte mieux aux soins des maladies chroniques, mal évalués par le volume d'activité. Un paiement à l'épisode, au parcours est mis en place aux USA par un contrat volontaire entre hôpitaux et médecins de ville. Le parcours

est organisé et la distribution du financement effectué par le généraliste en Grande Bretagne. En France, la réflexion doit être menée sur la définition du parcours, son organisation, son financement et la répartition de ce financement entre les différents acteurs.

Les valeurs sociétales, d'accès, d'égalité, de liberté de choix, d'information, d'éducation, de partage de décision, de prévention, de participation aux choix politiques, promues par le numérique notamment la télémédecine et l'intelligence artificielle, mériteraient d'être mieux prises en considération dans une vision de santé publique.

Le financement devra aussi laisser une place à des subventions d'exploitation indispensables aux besoins de la population.

Ainsi, une répartition des financements en trois parties (trois tiers potentiellement modulables suivant les régions et les spécificités de l'établissement) comprenant une subvention de base, une tarification à l'activité (partagée), et une contribution relative à la qualité (résultat) est mieux adaptée au système actuel de soins hospitaliers.

3. Réinsérer l'hôpital dans son environnement: une organisation territoriale des soins

① Le GHT est une pièce essentielle de la réorganisation territoriale du système de santé qui répond à une approche respectueuse d'une équité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Cela exige la coordination des soins et une étroite coopération des établissements sur le territoire.

② Le GHT et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) : Comment fluidifier le parcours des patients ?

Les GHT s'inscrivent dans la volonté de créer de véritables parcours de soins entre les activités de proximité et les activités spécialisées, incluant les établissements spécialisés en psychiatrie.

La loi Ma Santé 2022 renforce l'option d'une vraie gradation des soins en soins de proximité, soins spécialisés et recours ultraspecialisés grâce à des plateaux techniques innovants. Le pari est celui d'une co-construction du parcours de soins des patients. Les professionnels de santé libéraux seront incités à exercer en groupes interprofessionnels constituant des CPTS. De façon concomitante, la transformation de structures hospitalières actuelles en hôpitaux de proximité devrait assurer les activités de médecine générale polyvalente, de gériatrie, de soins de suite et réadaptation en s'ouvrant aux professionnels de santé de la ville. Les hospitalisations non pertinentes pour examens complémentaires ou bilan diagnostique seront identifiées et évitées. Les centres de chirurgie et de médecine ambulatoires seront développés.

Dans cette vision, les GHT doivent contribuer au maillage territorial en facilitant l'accès des patients vers les soins spécialisés et ultraspecialisés tout autant que leur retour à domicile dans un relais anticipé des soins.

③ Considérant nécessaire de réorganiser l'activité de recours et l'activité de soins, il convient de favoriser la complémentarité entre Établissements de santé, entre CHU, surtout entre CHU, CHG, hôpitaux de proximité et médecine de ville. Les GHT visent à favoriser cette complémentarité nécessaire pour mettre en pratique la notion de parcours de soins. Le rôle du CHU est de soutenir les Programmes Régionaux de Santé (PRS), contribuer au maintien d'une offre de soins gradués sur le territoire, promouvoir et diffuser la médecine prédictive et personnalisée, contribuer au développement de la télémédecine et animer les formations aux nouveaux métiers et modes d'exercice. En assurant une médecine de recours et une médecine de proximité, en ayant la responsabilité de la formation pratique des soignants, et en ayant pour mission d'animer et de valoriser la recherche, le CHU est un pilier essentiel du système de soins.

④ La réussite des GHT dépend de l'activation efficace de tous les métiers favorisant la synergie et le décloisonnement inter- et extra-hospitalier. Les leviers organisationnels avec des projets innovants et des outils numériques souples sont les éléments clés de cette transformation :

a le Dossier Médical Partagé au sein du GHT et du territoire de santé, basé sur un système d'information hospitalier (SIH) commun, est une pièce de puzzle de l'espace numérique de santé individuel et personnalisé pour chaque patient.

b les outils numériques fonctionnels souples qui favorisent le dialogue entre les professionnels de santé doivent être privilégiés sur les outils structurels et les contraintes organisationnelles.

c les leviers financiers permettent de promouvoir la diffusion de tels outils et d'inciter les professionnels de santé à travailler ensemble de façon plus efficiente et coordonnée.

d les leviers culturels doivent être développés par la formation aux nouveaux modes d'exercice et aux nouvelles pratiques.

En conséquence, les principes qui doivent guider les ARS seront de :

- ne pas empiler les structures anciennes et nouvelles, supprimer les strates hiérarchiques qui retardent toutes les décisions et découragent les initiatives;
- déléguer vraiment la responsabilité sur la base d'un contrat d'objectifs prioritaires clairs en concertation avec le GHT ;
- ne pas vouloir tout planifier;
- faciliter la mise à disposition d'outils numériques flexibles et de la télémédecine;
- évaluer, à partir de marqueurs de résultats, l'accessibilité et le parcours de soins.

4. Personnels médicaux et soignants: réorganiser leur activité, revaloriser leurs métiers

1- Personnels médicaux Hospitalo-Universitaires

Une des originalités du CHU tient au fait que des praticiens de statuts différents, PH et PUPH, exercent la même activité clinique, les PUPH exerçant, en outre, des missions de recherche et d'enseignement. Cette dichotomie entre hospitaliers et hospitalo-universitaires peut paraître artificielle d'autant que l'immense majorité des PH exerçant dans les CHU a également une activité de recherche et très souvent d'enseignement. Il importe que cette activité soit reconnue soit en accordant au PH une valence universitaire, soit en créant un nouveau statut de Praticien Universitaire Contractuel comme cela est le cas dans d'autres pays, soit en augmentant de façon sensible le nombre de Professeurs Associés. Ce type de reconnaissance pourrait faire l'objet de conventions sur des projets précis limités ou non dans le temps.

Concernant la triple mission de soins, d'enseignement et de recherche des PUPH, elle apparaît pour certains difficile à assumer mais son principe doit être maintenu et demeurer la règle au sein d'un service Hospitalo-Universitaire; cependant, elle devra pouvoir évoluer dans le temps avec successivement des périodes plus particulièrement dédiées au soin, d'autres à l'enseignement ou à la recherche. Cette évolution dans le temps pourra ou non être contractualisée.

2- Personnels médicaux hospitaliers et hospitalo-universitaires

L'organisation de l'activité des médecins doit permettre de les libérer d'une activité administrative excessive pour leur permettre de privilégier le temps médical.

Ce gain permettrait de consacrer davantage de temps à la recherche clinique qui participe beaucoup à l'attractivité des CHU menacée dans certaines disciplines: la recherche est directement liée à la qualité des soins. La délégation de tâches permettrait également de mieux organiser l'activité des médecins en assurant aux infirmières et infirmiers une plus grande diversité de leur métier (maladies chroniques, explorations comme échographie ou endoscopie).

Les personnels hospitaliers souhaitent une telle modulation de leurs activités, en d'autres termes une diversification des activités et des adaptations des temps de travail selon les obligations de service ou les circonstances de la vie.

Il est nécessaire de redonner aux carrières hospitalières et hospitalo-universitaires leur attractivité en valorisant les facteurs sous-jacents: qualité de vie, liberté d'esprit de l'exercice, esprit d'équipe médicale au sein d'une spécialité, gestion des conflits, diminution de l'écart de rémunération entre privé et public. Des droits sociaux (crèche pour les enfants, aides aux transports) doivent être créés.

La recertification des médecins devra être obligatoire telle que préconisée par le CNOM, dans le récent rapport ministériel et par la HAS; les Conseils Nationaux Professionnels (CNP) doivent prendre leur part afin

de définir l'essentiel des compétences à acquérir ou à maintenir.

Les médecins étrangers à diplôme hors union européenne devront être recrutés sur concours (modalité dite liste A), le nombre de postes étant fixé par la DGOS, alors que les recrutements de médecins réfugiés politiques doivent se faire à partir d'un examen (modalité dite liste B)

3- Personnels soignants

Les salaires des personnels infirmiers restent insuffisants à l'entrée dans la carrière et leur progression est trop faible. Bien que les effectifs infirmiers aient sensiblement cru ces quinze dernières années, les besoins demeurent alors même que l'exercice libéral est très attractif. Concernant les conditions de travail à l'hôpital, la répartition du temps de travail dans le nyctémère est un point important dans une société où la vie privée est essentielle; une répartition en deux périodes de 12 heures, appréciée dans les services d'urgences ou de réanimation, souvent favorisée par les personnels malgré la fatigue plus importante, pourrait être privilégiée par rapport aux trois périodes classiques de la journée.

Une attention particulière doit être portée au métier d'aide-soignant. La perte d'attractivité de ce métier est liée à sa pénibilité, à une rémunération insuffisante, à une reconnaissance et une valorisation insuffisantes.

5. Patients et citoyens : comprendre leurs attentes et répondre à leurs demandes

Pour espérer organiser des soins centrés sur le patient, il convient au préalable d'en saisir la triple demande: accéder à des soins de qualité en proximité comme en recours, bénéficier d'une relation avec des équipes prenant soin de lui et rendre sa vie plus facile, en particulier lorsqu'il est atteint d'une maladie chronique.

- 1 Les indicateurs d'évaluation de la qualité des soins doivent être les témoins de l'accessibilité aux soins et aux innovations médico-techniques, inclure la pertinence des indications portées et la sécurité traduite par la comparaison de la survenue des événements indésirables graves et des indices de morbi-mortalité au sein des établissements et des parcours de soins.
- 2 La qualité relationnelle envers les patients est un critère majeur de la qualité des soins des professionnels de santé et des établissements. Ainsi, il convient d'accorder une valeur essentielle aux critères de certification qui évaluent le tact de l'annonce du diagnostic et des mesures thérapeutiques qui l'accompagnent, l'intelligibilité des informations données au patient, garantes d'une décision partagée avec lui.
- 3 La facilitation de la vie des personnes soignées implique un accompagnement en éducation thérapeutique afin de les rendre plus autonomes et une coordination réactive et efficace pour rendre son parcours lisible et plus fluide.

Une mesure de la satisfaction des patients (patients traceurs) est nécessaire pour juger et suivre la réelle efficacité des parcours et établissements de soins auxquels ils ont recours.

6. L'Université: sa place dans l'hôpital et son rôle sociétal

L'Université est le partenaire naturel du CHU pour l'activité de recherche, de formation et globalement pour tout ce qui concerne les moyens dédiés à l'activité universitaire. En assurant une médecine de recours et de proximité, en ayant la responsabilité de la formation et la mission d'animer et valoriser la recherche, le CHU est un pilier essentiel du système de soins.

La convention hospitalo-universitaire, validée par le conseil de surveillance du CHU et cosignée par le Président de l'Université et le Directeur Général du CHU, fixe en principe les grands axes de ce partenariat.

- 1 Pour la Recherche, l'Université a un rôle structurant qu'il est souhaitable de renforcer en favorisant la création d'équipes labellisées par l'INSERM ou le CNRS. Les équipes trop fragmentées devraient être incitées à se regrouper ou se rassembler en Instituts de Recherche. Le Président de l'Université a le pouvoir, avec les Présidents des grands organismes, de recomposer ou labelliser les structures de recherche. Il lui

appartient également de donner des moyens matériels (acquisition de matériels lourds) et humains (postes de techniciens et chercheurs) à la Recherche. Par ailleurs, le Doyen de la Faculté de Médecine peut jouer un rôle déterminant en participant au Conseil de surveillance du CHU et en nommant le Président du Conseil de la Recherche en Biologie et en Santé Publique (CRBSP).

La spécificité de la Recherche en Santé tient au fait qu'il appartient également au CHU de faciliter la mise en œuvre de la Recherche Clinique : elle est un atout pour la qualité de la formation et des soins et doit participer à l'émergence de pôles d'excellence. Elle doit participer à la création de réseaux de Recherche en impliquant d'autres établissements de santé au sein des GHT auxquels appartiennent les CHU qui jouent le rôle de tête de réseau.

Cette recherche repose sur des pôles médico-techniques de haut niveau et sur des services cliniques leaders de leur discipline qu'il est nécessaire de valoriser. Les Directions de Recherche Clinique et d'Innovation (DRCI) devraient accorder davantage de moyens humains à sa réalisation en attribuant systématiquement des Attachés de Recherche Clinique et des Techniciens d'Études Clinique aux services concernés. Des financements seront dégagés grâce aux crédits MERRI que reçoit le CHU pour son activité de recherche et une aide préférentielle allouée aux services au prorata des points SIGAPS qu'ils rapportent à l'établissement. Les Doyens des UFR de Santé seront impliqués pour tout ce qui concerne l'enseignement et la recherche dont ils assurent le pilotage, portant dans l'hôpital la politique de l'université.

② Pour la formation, la future réforme des Études Médicales, la création de passerelles entre la filière médicale et les autres filières Universitaires et l'évolution des métiers liés à la santé, sous la responsabilité maintenue des UFR de santé, renforceront le rôle de l'Université. Un plus grand nombre de passerelles entre les formations favorisera les changements de filières des étudiants décroissant la médecine. De nouvelles formations seront créées dans le secteur de la santé dans des disciplines telles que l'imagerie, la biologie, le numérique ou encore la coordination des soins, domaines clés qui pourront faire appel à des non médecins ayant des connaissances médicales.

Concernant la formation des internes, des stages seront créés dans des CHG et, dans certaines spécialités en fonction des besoins de formations (médecine générale, dermatologie, chirurgie de la main, SSR...), dans des établissements privés ou dans les communautés de professionnels de soins primaires et des cabinets de ville.

③ Le rôle sociétal des Facultés de Médecine

Les UFR de Médecine, au sein des Universités en Santé dont le territoire naturel est la subdivision, sont les garantes d'une formation répondant aux besoins de la population. Cette formation doit concilier l'acquisition des connaissances, les innovations du modèle bio-technico-médical centré sur la maladie et l'apprentissage des pratiques relationnelles coordonnées et pluri-professionnelles indispensables aux soins de la personne malade.

a les UFR de Santé et les Doyens doivent être les garants du respect des stratégies nationales et territoriales de santé. Responsables d'un maillage des terrains de stage au sein des territoires, elles doivent disposer d'une cartographie territoriale traduisant la démographie médicale et ses difficultés de répartition.

b les Doyens doivent inciter les coordonnateurs des spécialités à maintenir une irrigation territoriale des agréments et des postes d'internes dans le respect de la qualité de la formation.

c les Universités de Santé doivent favoriser des formations socles décroissantes pluri-professionnelles qui ciblent les besoins prioritaires de santé.

d la formation à la recherche médicale en soins primaires doit être développée au cours des études médicales et pendant l'internat et le post-internat.

III. RECOMMANDATIONS

► Refonder la gouvernance de l'hôpital

- Renforcer le rôle de la CME redonnant à son président la responsabilité et la signature sur toutes les questions médicales et associer le Doyen ou son représentant à toute décision impactant l'enseignement et la recherche.
- La gouvernance doit être exercée: dans les hôpitaux par un binôme: directeur administratif (ancien directeur général) et directeur médical (ancien président de la CME) avec une équipe administrative; dans les CHU par un triumvirat : directeur administratif (ancien directeur général), directeur médical (ancien président de la CME) et directeur universitaire (doyen de la faculté ou par délégation directeur à la recherche).
- Repenser l'organisation actuelle des pôles au profit de leur pertinence, supprimant les pôles sans cohérence fonctionnelle et affirmant le service comme structure de base de l'hôpital.



► Changer le mode de financement des hôpitaux

- Revenir à la valeur fondamentale de la médecine: le résultat clinique obtenu par les soins prodigués au malade, passant du volume d'activité au résultat, du quantitatif au qualitatif, des procédures au résultat, d'une vision managériale à une vision médicale.
- Répartir les financements entre une subvention de base, une tarification à l'activité et une contribution relative à la qualité.

► Réinsérer l'hôpital dans son environnement territorial

- Réaliser l'intégration des soins de ville, de l'hôpital, du domicile et du social dans un partenariat public-privé au profit du parcours de soins du patient dans une vision régionale, valorisant le GHT et avec le CHU comme tête du réseau.
- Identifier clairement les responsabilités politiques et financières, en définissant les rôles respectifs du Ministère de la Santé et de la région privilégiant chaque fois que possible la régionalisation et le territoire de santé concerné.

► Revaloriser les personnels médicaux et soignants

- Réorganiser l'activité des médecins en réduisant le temps consacré aux charges administratives, en privilégiant le temps médical et en modulant leur activité par périodes plus particulièrement dédiées aux soins, à la recherche ou à la formation.
- Redonner aux carrières médicales hospitalières et hospitalo-universitaires, aux métiers de soignants leur attractivité.



► Réaffirmer le rôle des CHU

- Soins : contribuer au maintien d'une offre de soins graduée sur le territoire, assurer une médecine de recours et une médecine de proximité, promouvoir et diffuser la médecine prédictive et personnalisée.
- Formation: créer des passerelles entre la filière médicale et les autres filières Universitaires, créer de nouvelles formations dans le secteur de la santé.
- Recherche: faciliter et animer la mise en œuvre de la Recherche Clinique et participer à l'émergence de pôles d'excellence, à la création de réseaux de Recherche.
- Redonner à la convention hospitalo-universitaire tout son rôle: définir les grands axes du partenariat université-hôpital.



► ANNEXES

ANNEXE 1 : ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE

La quête de bien être psychologique n'est pas un simple signe de niveau d'exigence accrue de nos contemporains. Elle révèle surtout la fragilisation de cet équilibre induite par les conditions de vie: perte de repères spatiaux et idéologiques, tensions de la vie urbaine, fragilité des structures familiales, conditions de travail porteuses d'une pénibilité psychique (pression managériale, exigence de résultats...). Les niveaux de morbidité psychiatrique sont les indicateurs du défi auquel nous sommes confrontés : suicidalité (10 000 morts chaque année en France), conduites addictives et autres conduites antisociales, troubles de l'humeur. L'offre de soins psychiatrique publique connaît trois spécificités:

1. Le caractère explicite d'une mission territoriale dans la suite de l'organisation en secteur mise en place il y a cinquante ans à compétence large: des actions de prévention aux soins hospitaliers et de suivi post-hospitalisation.
2. Un financement par une dotation globale érodée année après année jusqu'ici basée sur l'historique de cette dotation sans réelle prise en compte de l'activité ou des résultats et en partie détournée pour corriger une part du déficit engendré par les activités MCO.
3. Une prise en compte très insuffisante de la nécessaire diversité de l'offre de soins avec une gradation de la proximité territoriale jusqu'à une offre de recours niveau CHU (hyperspécialisation pour des pathologies complexes).

Les grandes difficultés de recrutement de médecins qualifiés en psychiatrie dans l'ensemble des établissements publics sont particulièrement graves aboutissant à un nombre préoccupant de temps médicaux non pourvus. Cette désaffection des jeunes médecins pour travailler en milieu hospitalier public résulte, outre d'un écart salarial entre privé et public, de la perte de l'identité du cœur de métier du psychiatre hospitalier confronté à trop de demandes diverses d'une population socialement et économiquement souvent défavorisée, induisant parfois une confusion entre précarité et pathologie mentale. Le déficit actuel en praticiens qualifiés avec de nombreux postes non pourvus crée une situation délétère qui ne peut spontanément que s'aggraver et dissuader les jeunes praticiens.

Des mesures doivent immédiatement être prises pour redonner un sens et un intérêt au travail de médecin spécialiste dans ces établissements. Il est devenu urgent qu'une cohérence lisible soit trouvée entre moyens alloués et missions attendues dans chaque établissement.

Deux niveaux de réponse doivent être proposés :

1. En définissant au niveau national une dotation globale basée sur le niveau populationnel du territoire à partir d'un niveau de base financière minimale et d'une dotation minimale en temps médicaux par habitant pour les soins de première ligne dont l'importance est soulignée par l'ampleur des problématiques psychiques et comportementales de la population. Pour que la psychiatrie puisse intégrer un GHT, cette dotation doit être sanctuarisée au niveau de chaque région ou hôpital. La qualité d'accomplissement des missions de première ligne (prévention, soins ambulatoires et hospitaliers) doit être évaluée à partir de critères simples: taux de recours/population, volume d'activités médicales et non médicales, évolution des morbidités (suicide) dans le territoire.

2. En donnant mission aux structures psychiatriques de recours (CHU) d'accompagner les équipes de première ligne pour traiter les cas de pathologies résistantes, les maladies rares à expression psycho-comportementale, les pathologies à intrication somato-psychique. Ces structures intégrées à un GHT doivent démontrer leur capacité à initier et coordonner, au sein des communautés de territoire ou du groupement hospitalier, les actions de recherche clinique insuffisamment soutenues et développées.

En psychiatrie comme pour les autres disciplines médicales, il est urgent de valider la pertinence de nouveaux métiers (IPA en santé mentale et psychiatrie, case managers) pour que des professionnels non médecins deviennent des facilitateurs d'un recentrage du temps médical sur ses spécificités que sont les choix diagnostiques et thérapeutiques.

Ces mesures doivent s'appliquer à la pédopsychiatrie dont la situation est particulièrement alarmante.

ANNEXE 2 : SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS

Refonder la gouvernance de l'hôpital

1. Démocratiser et simplifier la gouvernance à laquelle doivent participer les médecins. Le rôle de la CME sera renforcé en redonnant à son président la responsabilité et la signature sur toutes les questions médicales; le Doyen ou son représentant est associé pour tout sujet concernant l'enseignement et la recherche; la gouvernance est exercée: dans les hôpitaux par un binôme: directeur administratif (ancien directeur général) et directeur médical (ancien président de la CME) avec une équipe administrative ; dans les CHU par un triumvirat : directeur administratif (ancien directeur général), directeur médical (ancien président de la CME) et directeur universitaire (doyen de la faculté ou par délégation directeur à la recherche).

2. Restaurer la relation médecins-personnels soignants pour redonner du sens aux métiers des personnels et un sentiment d'appartenance à une équipe.

3. Repenser l'organisation de l'hôpital en pôles supprimant les pôles sans cohérence fonctionnelle et les micro-services. Le service dont la dimension est la discipline ou la spécialité est la base affirmée de l'organisation hospitalière, doté d'une autonomie forte d'organisation, de décisions et de responsabilité à la condition d'une masse critique suffisante.

4. Repenser les marqueurs de la qualité en substituant au nombre de lits le savoir-faire des personnels, le nombre de nouveaux patients, l'absence de ré hospitalisations non programmées, l'activité ambulatoire et les résultats ;
5. Mettre en place une évaluation par des experts indépendants à dates régulières
6. Encourager le développement des nouveaux métiers et des doubles cursus.

Changer le mode de financements des hôpitaux

7. Revenir à la valeur fondamentale de la médecine: le résultat clinique obtenu par les soins prodigués au malade.
8. Changer de modèle en passant du volume d'activité au résultat, du quantitatif au qualitatif, des procédures au résultat, d'une vision managériale à une vision médicale.
9. Répartir les financements entre une subvention de base, une tarification à l'activité et une contribution relative à la qualité.

Réinsérer l'hôpital dans son environnement territorial

10. Réaliser l'intégration des soins de ville, de l'hôpital, du domicile et du social dans un partenariat public-privé au profit du parcours de soins du patient.
11. Réaffirmer la place essentielle de la réorganisation territoriale du système de santé.
12. Organiser l'offre de soins en favorisant la complémentarité entre les établissements de santé: CHU, CHG, hôpitaux de proximité, médecine de ville au sein du territoire et des GHT.
13. Assurer la réussite des hôpitaux par l'activation efficace de tous les métiers favorisant la synergie et le décloisonnement inter- et extra-hospitalier.
14. Mobiliser les leviers organisationnels pour permettre le développement de l'ambulatoire, de projets innovants et d'outils numériques fonctionnels.
15. Utiliser les leviers financiers et culturels pour faciliter la co-construction et l'émergence des projets territoriaux, favoriser l'intégration et supprimer la fragmentation.

Revaloriser les personnels médicaux et soignants

16. Reconnaître l'activité universitaire des Praticiens Hospitaliers des CHU.
17. Réorganiser l'activité des médecins en réduisant le temps consacré aux charges administratives, en privilégiant le temps médical dans sa triple dimension de soins, de recherche clinique et de formation.
18. Moduler l'activité des PUPH en associant des périodes plus particulièrement dédiées à la Recherche, au Soins ou à la Formation.
19. Redonner aux carrières hospitalières et hospitalo-universitaires leur attractivité en valorisant la qualité de vie et l'esprit d'équipe médicale, en gérant les conflits, en diminuant l'écart de rémunération entre privé et public.
20. Recertifier les médecins.
21. Revaloriser la rémunération des infirmières.
22. Privilégier, chaque fois que souhaité, une répartition du temps de travail dans le nyctémère des personnels soignants en deux périodes de 12 heures.
23. Rendre au métier d'aide-soignant son attractivité.

Comprendre les attentes et répondre à la triple demande des patients

24. Accéder à des soins de qualité en proximité comme en recours et prendre en compte le ressenti des patients.
25. Bénéficier d'une relation avec des équipes prenant soin de lui.
26. Faciliter sa vie notamment en cas de maladie chronique dans l'harmonie du bien traitant et du bien traité.

Redonner à l'Université sa place dans l'hôpital et son rôle sociétal

27. Regrouper des équipes trop fragmentées en Instituts de Recherche, par l'attribution de moyens matériels pour l'acquisition des matériels lourds et humains, par l'affectation de postes universitaires de techniciens et chercheurs.
28. Faciliter la mise en œuvre de la Recherche Clinique, en favorisant la création de réseaux de Recherche par implication d'autres établissements de santé en particulier au sein des GHT.
29. Impliquer les Doyens des UFR de Santé sur tout ce qui concerne la recherche et l'enseignement au sein de l'hôpital.
30. Créer des passerelles entre la filière médicale et les autres filières Universitaires.
31. Redonner à la convention hospitalo-universitaire tout son rôle: définir les grands axes du partenariat université-hôpital.
32. Assurer une formation en répondant aux besoins de la population, en conciliant acquisition des connaissances et innovations centrées sur la maladie d'une part et apprentissage des pratiques relationnelles indispensables aux soins de la personne malade d'autre part.

Repenser l'organisation de la psychiatrie

33. Tenir compte de ses spécificités: mission territoriale, financement par dotation globale, nécessaire diversité de l'offre de soins.
34. Attribuer au niveau national une dotation globale basée sur le niveau populationnel du territoire
35. Identifier et financer les structures psychiatriques de recours (CHU) intégrées à un GHT dans leur mission d'accompagnement des équipes de première ligne dans la prise en charge des patients selon leurs compétences.

ANNEXE 3 : PERSONNALITÉS AUDITIONNÉES

Thierry Amouroux, SNPI, Porte-parole

Anne-Marie Armanterras de Saxcé, HAS, Membre du collège, Présidente de la commission certification des établissements de santé

Jean-Marc Aubert, Directeur de la DREES

Jean-Baptiste Bonnet, Président de l'ISNI

Patrick Bouet, Président du CNOM, membre de l'ANM

Anne-Marie Brocas, Présidente du HCAAM

Michel Claudon, Président de la Conférence des Présidents de CME des CHU

Denis Collet, Professeur des Universités, Chirurgie digestive, CHU de Bordeaux, Président de l'AFC

Cécile Courrèges, Directrice de la DGOS

Alain Fischer, membre de l'ANM

Catherine Geindre, Présidente de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU

Thierry Godeau, Président de la Conférence des CME des Centres Hospitaliers

Patrick Goudot, Président du SNPHU

André Grimaldi, Professeur des Universités, Diabétologie, AP-HP

Elizabeth Hubert, Ancienne ministre, Présidente de HaD France

Michel Huguier, membre de l'ANM

Norbert Ifrah, Président de l'INCa

Alain Jacob, Président du SNPHCHU

Michel Laforcade, Directeur de l'ARS Nouvelle Aquitaine

Dominique Le Guludec, Présidente de la HAS

Emmanuel Loeb, Président des Jeunes Médecins

Sophie Martinon, Directrice Générale de l'ANAP

Stéphane Michaud, Président de l'AFDS, SNPI cadres de santé

Gérard Milhaud, membre de l'ANM

Max Ponceillé, Ancien président de la FHP, PDG du groupe OC Santé

François-René Pruvot, Président de la Conférence des Présidents de CME des CHU

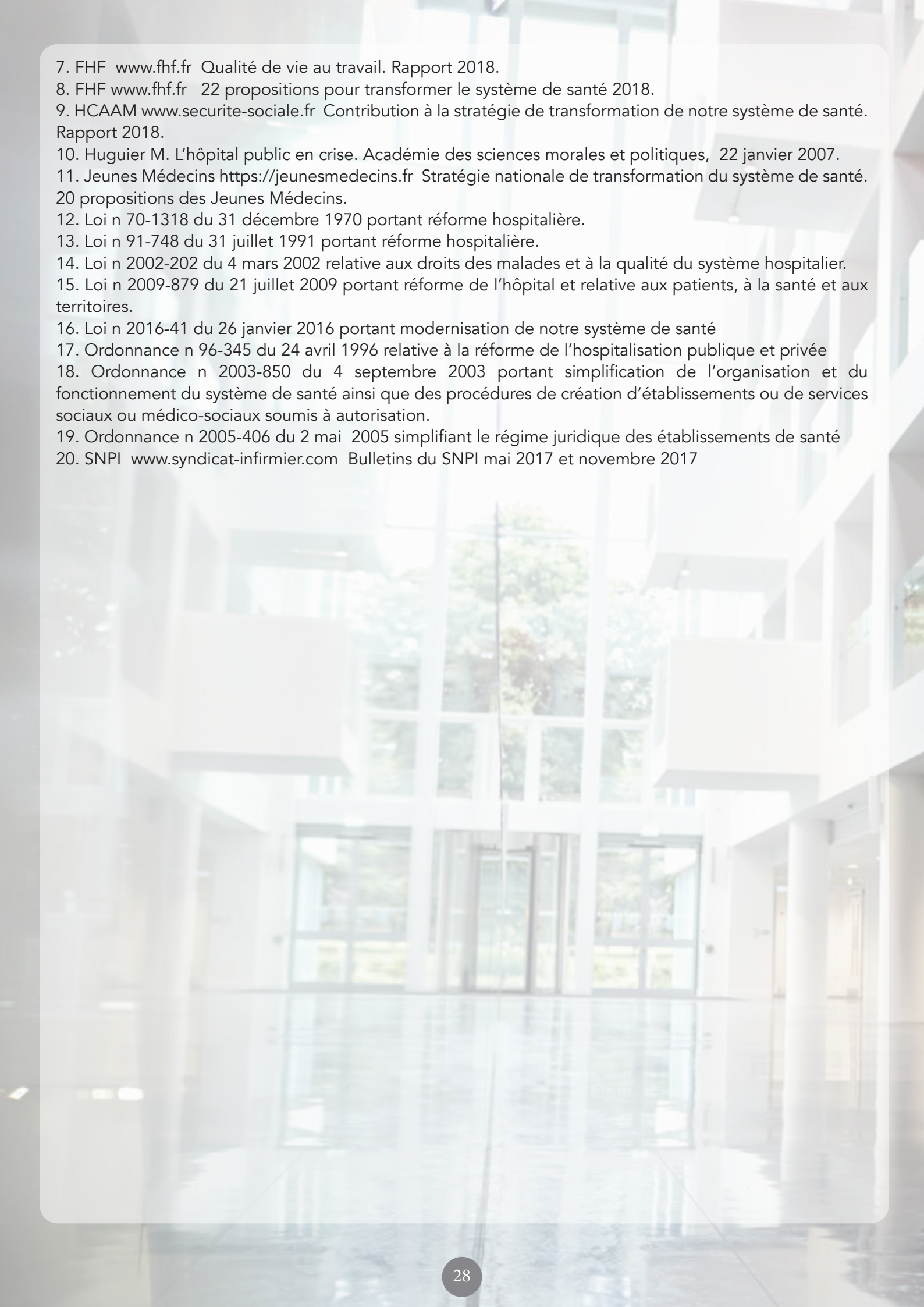
Zaynab Rief, Déléguée Générale de la FHF
 Michel Rosenblatt, CFDT, Secrétaire confédéral
 Christian Saout, HAS, Membre du collège, Président de la commission évaluation économique et de santé publique
 Jean Sibilia, Président de la Conférence des Doyens des Facultés de Médecine
 Gabriel Steg, Professeur des Universités, Cardiologie, AP-HP
 Danielle Toupillier, Directrice du CNG

ANNEXE 4 : LISTE DES ACRONYMES

| | |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| AFC | Association Française de Chirurgie |
| AFDS | Association Française des Directeurs de Soins |
| ANAP | Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux |
| ANM | Académie Nationale de Médecine |
| ARS | Agence Régionale de Santé |
| CFDT | Confédération Française Démocratique du Travail |
| CNOM | Conseil National de l'Ordre des Médecins |
| CNG | Centre National de Gestion |
| CRLCC | Centre Régional de Lutte Contre le Cancer |
| DGOS | Direction Générale de l'Offre de soins |
| DREES | Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques |
| FHF | Fédération Hospitalière de France |
| FHP | Fédération de l'Hospitalisation Privée |
| GHM | Groupe Homogène de Malades |
| GHT | Groupement Hospitalier de Territoire |
| HaD | Hospitalisation à domicile |
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| HCAAM | Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie |
| INCa | Institut National du Cancer |
| MERRI | Mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation |
| PHRC | Programme hospitalier de recherche clinique |
| ISNI | InterSyndicale Nationale des Internes |
| SIGAPS | Système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques |
| SNPI | Syndicat National des Professionnels Infirmiers |
| SNPHCHU | Syndicat National des Praticiens Hospitaliers de CHU |
| SNPHU | Syndicat National des Professeurs Hospitalo-Universitaires |
| STIC | Soutien aux techniques innovantes et coûteuses |

ANNEXE 5 : DOCUMENTS

1. AFDS www.directeurdesoins-afds.com
2. CNG www.cng.sante.fr
 Yahiel M. et Toupillier D. Mission sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé 2010
 Toupillier D. Exercice médical à l'hôpital 2011
 Couty E. et Toupillier D. Pacte de confiance 2013
3. Conférence Nationale des Présidents de CME <https://www.conference-cme-chu.fr/>; www.ch-larochelle.fr Propositions 2018.
4. Degos L. Santé, sortir des crises ? Le Pommier Ed. 2011.
5. Degos L. Eloge de l'erreur. Le Pommier Ed. 2013.
6. Degos L. Quelle politique de santé pour demain ? Le Pommier Ed. 2016.

- 
7. FHF www.fhf.fr Qualité de vie au travail. Rapport 2018.
 8. FHF www.fhf.fr 22 propositions pour transformer le système de santé 2018.
 9. HCAAM www.securite-sociale.fr Contribution à la stratégie de transformation de notre système de santé. Rapport 2018.
 10. Huguier M. L'hôpital public en crise. Académie des sciences morales et politiques, 22 janvier 2007.
 11. Jeunes Médecins <https://jeunesmedecins.fr> Stratégie nationale de transformation du système de santé.
 - 20 propositions des Jeunes Médecins.
 12. Loi n 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
 13. Loi n 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
 14. Loi n 2002-202 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système hospitalier.
 15. Loi n 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
 16. Loi n 2016-41 du 26 janvier 2016 portant modernisation de notre système de santé
 17. Ordonnance n 96-345 du 24 avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée
 18. Ordonnance n 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.
 19. Ordonnance n 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
 20. SNPI www.syndicat-infirmier.com Bulletins du SNPI mai 2017 et novembre 2017



Résumé

L'Académie nationale de médecine a pris connaissance du plan « Ma santé 2022, un engagement collectif », proposé par le ministère des Solidarités et de la Santé, et en approuve les principales mesures. Le présent rapport résume l'analyse de l'Académie, formule des remarques portant sur plusieurs omissions, dont celle de la prévention, et propose neuf priorités portant notamment sur la réorganisation territoriale des soins, les nouveaux partenaires, la gouvernance hospitalière et l'apport du numérique.

Recommandations

MISE EN PLACE DES ASSISTANTS MÉDICAUX DANS LES COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ

L'Académie souligne que les attributions des assistants médicaux doivent tenir compte de leur effet sur la relation médecin-malade. Le gain de temps médical ne doit pas seulement viser l'augmentation de la patientèle et la réduction des délais de rendez-vous, mais aussi la restauration du temps nécessaire à l'écoute et au dialogue. La négligence de ce composant essentiel de la consultation est préjudiciable à la qualité de la médecine d'aujourd'hui. Les assistants médicaux sont susceptibles d'y remédier, à condition que leur apport soit apprécié en termes qualitatifs autant que quantitatifs. Les solutions adoptées pour leur financement doivent être pérennes.

01

CRÉATION DE CONSULTATIONS AVANCÉES DANS LES HÔPITAUX OU ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DE PROXIMITÉ

Pour améliorer l'accès aux spécialités, notamment chirurgicales, l'Académie soutient la création de consultations avancées de spécialités dans les structures de proximité. Ces consultations réalisées par les spécialistes du Groupement hospitalier de territoire permettront le diagnostic et le suivi thérapeutique des pathologies médicales et chirurgicales non interventionnelles. Pour les pathologies nécessitant une intervention, les patients pourront être pris en charge par les opérateurs dans les établissements adaptés du Groupement hospitalier de territoire, la surveillance post-interventionnelle courante pouvant se faire en proximité.

02

CRÉATION DE PLATEAUX MÉDICOTECHNIQUES DE PROXIMITÉ

L'Académie propose que les plateaux médicotechniques des hôpitaux ou établissements de santé de proximité soient élaborés avec la participation des médecins ayant bâti le projet médico-soignant et qu'il soit tenu compte des complémentarités entre secteurs public et privé, lucratif ou non. Cette participation concerne notamment l'imagerie et la biologie, dans le but d'éviter les concurrences néfastes et les investissements non utilisés faute de personnel.

03



04

RÉFORME DES AUTORISATIONS DES ACTIVITÉS DE SOINS

L'Académie soutient le principe d'une réorganisation territoriale des activités hospitalières au sein des groupements hospitaliers de territoire. Ceci implique une réforme des autorisations des activités de soins, ainsi qu'une logique de gradation entre soins courants, soins spécialisés, soins de recours ou de référence. Cette réforme et cette logique doivent se décliner par spécialités, au niveau des GHT, et pas seulement par établissement, pour assurer qualité, sécurité et pertinence des soins.

05

RÉORGANISATION TERRITORIALE

L'Académie considère que deux éléments sont déterminants pour son succès :

- Le projet médico-soignant partagé, pierre angulaire de la réforme territoriale. Il doit être construit par les professionnels et les soignants, avec l'aide si besoin des conseils nationaux professionnels de spécialités, et avec la participation, et non la décision unilatérale, des directions hospitalières.
- L'équipe médicale territoriale est structurée par des contractualisations efficaces entre établissements. Elle doit être de volume suffisant et valorisée dans ses activités multisites, afin de permettre l'homogénéisation des pratiques, l'amélioration de la pertinence, l'accès partagé aux plateaux techniques, le développement professionnel continu et la mise à niveau des compétences.

06

RÉFORME DE LA GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE

L'Académie propose de renforcer la Commission médicale d'établissement en donnant à son président la responsabilité et la signature sur les questions médicales, et en associant dans les centres hospitalo-universitaires le doyen ou son représentant pour les sujets concernant l'enseignement et la recherche.

La gouvernance serait alors exercée par un binôme dans les centres hospitaliers régionaux : le directeur administratif, ancien directeur général, et le directeur médical, ancien président de la Commission médicale d'établissement ; et par un triumvirat dans les centres hospitalo-universitaires : le directeur administratif, le directeur médical et le directeur universitaire (le doyen ou son délégué).

On rappelle que c'est pour garantir une pluridisciplinarité effective qu'il fut décidé en 1945 de confier la direction des Centres de lutte contre le cancer à un médecin, seul capable, car crédible médicalement, d'imposer la pluridisciplinarité, et qu'au sein d'un hôpital militaire, c'est le médecin-chef qui détermine le choix des investissements en tenant compte des besoins des chefs de service et des limites budgétaires.

La responsabilité administrative implique la formation des responsables médicaux et la prise en compte de leurs compétences managériales [46]. Il faudra préciser cette formation, sa durée, ses formateurs et sa validation. Réciproquement, il faut exiger un niveau médical adéquat de la part des administratifs qui prennent en charge la gestion de structures souvent complexes, en vue de l'arbitrage entre plusieurs avis médicaux.

07

RÉFORME DES NOMENCLATURES ET LEUR IMPLICATION DANS LA DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ

L'Académie soutient le principe de la simplification et de l'actualisation de la nomenclature. Elle propose que le système national des données de santé, la mise en route de registres performants et l'introduction d'indicateurs pertinents soient utilisés pour apprécier a posteriori la qualité, la sécurité et la pertinence des soins. Un contrôle a priori par l'utilisation de seuils d'activité, individuels ou par équipe, est en effet difficile à justifier scientifiquement et source de nombreuses dérives.

08

FORMATION ET CARRIÈRES MÉDICALES

L'Académie soutient le principe d'une actualisation périodique des connaissances des praticiens hospitaliers et celui d'une certification périodique permettant de garantir le maintien de leurs compétences. Elle soutient également les mesures visant à améliorer l'attractivité de la profession, y compris la valorisation des enseignements assurés par les praticiens hospitaliers.

09

NUMÉRIQUE ET INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

Le numérique et l'intelligence artificielle au sens large sont appelés à prendre une place grandissante dans le domaine de la santé.

L'Académie considère que la France doit accroître son effort pour permettre à ses citoyens de profiter au mieux des nouvelles technologies et rejoindre le niveau des pays qui ont déjà pris le virage numérique. Cela implique notamment le déploiement rapide du dossier médical partagé numérisé, le soutien à toutes les initiatives permettant de mieux gérer et d'utiliser les données publiques du Système national des données de santé à des fins d'évaluation et de recherche, l'harmonisation des systèmes de recueil des données des hôpitaux, la reconnaissance et la valorisation par l'assurance maladie des actes faisant intervenir la robotisation et les nouvelles technologies, le développement de plateformes et de tumorothèques.

La télémédecine et le télédiagnostic doivent être développés afin d'améliorer l'efficacité des consultations médicales et aider à la solution du problème des déserts médicaux. L'organisation territoriale des soins et le management des établissements hospitaliers devront être progressivement numérisés.

L'Académie nationale de médecine a édité avec l'Académie des Sciences un ouvrage intitulé « Santé et intelligence artificielle » (4) qui fait le tour des applications de l'intelligence artificielle au domaine de la santé. Elle considère que ces applications seront de plus en plus utilisées par les médecins pour aider au choix du diagnostic et du traitement, mais ne sauraient en aucun cas se substituer au médecin car elles ne disposent pas, et ne disposeront pas, de ses compétences.

Ma Santé 2022, un engagement collectif

Analyse du plan « Ma Santé 2022, un engagement collectif » et propositions de l'Académie nationale de médecine

Analysis of the plan « My Health 2022, a Collective Commitment » and proposals from the French Academy of Medicine

MOTS-CLÉS: APPLICATIONS DE L'INFORMATIQUE MÉDICALE; HÔPITAL; SOINS AMBULATOIRES; INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS.

KEY WORDS: AMBULATORY CARE FACILITIES, NON-HOSPITAL; APPLICATION, MEDICAL INFORMATICS; HEALTHCARE DISPARITIES; HOSPITAL.

Dominique BERTRAND*, Daniel BONTOUX*, Pierre-François PLOUIN* (rapporteur), François RICHARD*, Jacques ROUËSSE* au nom d'un groupe de travail

Liens d'intérêt:

Dominique Bertrand : Conseiller médical du Centre National de Gestion.

Daniel Bontoux : Aucun lien d'intérêt avec les points abordés dans ce rapport.

Pierre-François Plouin : ancien chef du service à l'hôpital européen G Pompidou, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, ancien vice-président de la Commission de la transparence.

François Richard : ancien chef de service et chef de pôle à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris; participations aux travaux de réorganisation territoriale : Haute autorité de santé (HAS), Direction générale de l'offre de soins, Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France.

Jacques Rouëssé : ancien directeur du centre anticancéreux René Huguenin de Saint-Cloud.



*Membres de l'Académie nationale de médecine

RÉSUMÉ

L'Académie nationale de médecine a pris connaissance du plan « Ma santé 2022, un engagement collectif », proposé par le ministère des Solidarités et de la Santé, et en approuve les principales mesures. Le présent rapport résume l'analyse de l'Académie, formule des remarques portant sur plusieurs omissions, dont celle de la prévention, et propose neuf priorités portant notamment sur la réorganisation territoriale des soins, les nouveaux partenaires, la gouvernance hospitalière et l'apport du numérique.

SUMMARY

The French Academy of medicine examined the plan “My Health 2022, a Collective Commitment” recently issued by the Ministry of Health and approves most of the propositions. The present report summarizes the Academy's analyses, remarks and priorities.

INTRODUCTION

Le ministère des Solidarités et de la Santé a publié en novembre 2018 un plan intitulé « Ma santé 2022, un engagement collectif ». Ce plan, ici dénommé le plan 2022, comporte 54 mesures réparties en neuf chantiers (Structuration territoriale des soins; adaptation des formations professionnelles; gradation des soins et évolution des groupements hospitaliers de territoire; évolution des compétences managériales [notamment médicales] à l'hôpital; régulation et soins non programmés; diversification des conditions d'exercice et des parcours professionnels; qualité et pertinence des soins; numérique en santé; financement et tarification) (1).

Les 54 mesures du plan 2022, son dossier de presse et les six rapports annexés (Accélérer le virage numérique, Adaptation des formations, Évolution des métiers, Financement et régulation, Organisation territoriale, et Pertinence) ont été soumis aux 16 Commissions de l'Académie nationale de médecine (ANM), puis analysées par un groupe de travail qui a formulé des remarques et proposé des priorités. Le rapport de ce groupe de travail a été soumis au Conseil d'administration de l'ANM puis au vote de l'assemblée plénière du 12 mars 2019.

ANALYSE DU PLAN 2022

Les 54 mesures du plan 2022 sont groupées comme suit dans le présent rapport : l'accès aux soins; les soins et leur qualité; les médecins; les personnels paramédicaux; l'hôpital; le numérique. Les mesures numérotées de 1 à 54 dans le plan 2022 sont référencées entre crochets. Le dossier de presse et les annexes sont cités quand cela paraît nécessaire.

1. L'accès aux soins

Déserts médicaux. Le dossier de presse souligne à juste titre les « problèmes d'accès aux soins dans certains territoires : difficulté à obtenir un rendez-vous en ville dans les 48 h en cas de besoin, difficulté à trouver un médecin traitant [...], difficultés à obtenir l'information ». Ces problèmes, plus marqués dans les zones rurales et dans les outre-mers, sont liés au nombre de médecins actifs, aux inégalités de leur répartition géographique et par spécialité, au vieillissement de la population et des médecins installés, à la désaffection des nouveaux médecins pour la médecine générale, à leur féminisation et à leur souhait fréquent d'une activité urbaine salariée (voir l'avis du Conseil économique, social et environnemental) (2). Plusieurs de ces points peuvent être amendés par les mesures de réorganisation territoriale ci-dessous, par la réforme des études médicales et l'ajustement du nombre d'étudiants admis en deuxième cycle, par le contrat d'installation (voir Les médecins), et par les nouvelles professions (voir Les personnels paramédicaux).

Réorganisation territoriale. Le déploiement de 1000 communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) à l'horizon 2022 [9], le doublement dans les 5 ans du nombre de structures d'exercice coordonnées [12], et la labellisation à partir de 2020 de 500-600 hôpitaux ou établissements de santé de proximité [15] sont des propositions bienvenues. Elles doivent cependant anticiper :

- Les délais et les coûts liés au besoin de personnels supplémentaires : médecins et assistants médicaux (AM) dans les CPTS; médecins, agents paramédicaux et administratifs dans les plateformes territoriales d'appui (PTA) et dans les structures de proximité. En ce qui concerne les médecins, les effectifs actuels sont insuffisants et les prochaines installations le seront également, à moins de revenir sur le libre choix de la spécialité et du lieu d'exercice (ce qui implique une adaptation de la procédure d'autorisation d'exercice), et accessoirement de multiplier les terrains de stages pour la période d'autonomie du 3e cycle. Un supplément d'agents paramédicaux et administratifs sera probablement nécessaire à la labellisation des hôpitaux ou établissements de santé de proximité. Enfin les AM et les personnels chargés de la régulation dans les PTA représentent de nouveaux postes. D'une façon générale, le plan devrait indiquer les mesures de financement qui accompagneront les réformes proposées.
- La réorganisation des hôpitaux ou établissements de santé de proximité à partir des hôpitaux locaux

et des centres hospitaliers qui n'auraient plus d'autorisation pour les activités spécialisées, notamment chirurgicales. Les conseils nationaux professionnels concernés et le collège de médecine générale sont le plus à même de proposer le niveau des plateaux techniques de biologie et d'imagerie pour la gériatrie et les soins de suite et de réadaptation (SSR), ainsi que les modes organisationnels pour ces structures de proximité sans permanence des soins sur 24 h.

- Globalement, on ne voit pas aboutir la réorganisation territoriale « dès 2020 », c'est à dire l'an prochain [20]. En effet, les besoins en personnel ne seront pas réduits par l'association des professionnels de ville à la gouvernance des structures de proximité [16] et la plupart des autres mesures sont des créations : développement des AM [10,11], des équipes mobiles [23], des gestionnaires de lits [24], des PTA [17,18].

Télémédecine. La télésurveillance et la téléconsultation sont des ressources prometteuses pour la surveillance de plusieurs maladies chroniques, de même que la télé-expertise pour plusieurs maladies rares. Elles soulèvent des questions d'encadrement administratif, de responsabilité et de tarification. En ce qui concerne le télédiagnostic en imagerie, il intervient après l'acquisition des images (échographie, radiographie, histologie), ce qui présume en amont un personnel d'imagerie dans les hôpitaux locaux. On note aussi que les territoires les moins équipés en médecins sont aussi les moins équipés en réseau internet de haut débit.

Urgences. Les PTA devront souvent diriger les patients qui consultent en urgence, ou qui sont suspects d'une pathologie aiguë ou grave, depuis les CPTS vers l'un des hôpitaux du groupement hospitalier de territoire (GHT), avec une probabilité élevée de retour au niveau local après le passage au service d'urgence [25]. Ce retour soulève la question du transport et des jours et heures d'ouverture des structures locales.

Aide à l'accès aux soins. Il convient de prévoir des permanences d'accès aux soins de santé généralistes ou psychiatriques dans les GHT, et de préciser la prise en charge des personnes socialement vulnérables qui relèvent de la couverture maladie universelle complémentaire ou de l'aide médicale d'état.

2. Les soins et leur qualité

Gériatrie et psychiatrie. Le plan 2022 insiste à juste titre sur la nécessité d'améliorer la prise en charge des personnes âgées, dépendantes ou non, afin d'éviter une hospitalisation inutile et, le cas échéant, d'assurer leur retour à domicile après une hospitalisation nécessaire [15, 23, 39]. Tout aussi justifiées sont les mesures concernant la santé mentale qui visent le maillage territorial, les étudiants, les enseignants et les paramédicaux [26-32]. Il faut rappeler que la psychiatrie, particulièrement la pédopsychiatrie, est une discipline en souffrance (voir plus haut les besoins en personnels).

Référentiels et filières. Les référentiels font l'objet de négociations et de mises à jour où interviennent les autorités sanitaires, l'assurance maladie, les sociétés savantes, le conseil de l'ordre, les syndicats professionnels, etc. Les mesures concernées [1, 3, 5, 38] apportent peu de précisions sur ces partenaires et appellent des questions : les référentiels seront-ils opposables ? Qui va les préparer ? Quel est le calendrier de leur mise en place : d'ici à 12 mois (à dater de septembre 2018) [1], dès 2019 [3], ou d'ici à 2022 [5] ? Les « filières d'intérêt commun » [19] sont-elles les « parcours pré-sentant le plus d'enjeux en santé publique » [2-3] ?

Nomenclatures. Une mise à jour de la nomenclature générale des actes professionnels et de la liste des produits et prestations [5] est nécessaire, car l'évolution prévue dans la réforme précédente a été trop lente compte tenu de la rapidité des progrès en médecine, aboutissant à une tendance à la généralisation des assimilations, souvent peu pertinentes. Le rôle des Conseils nationaux professionnels (CNP) associés à la HAS et à la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) paraît déterminant. Les nouvelles nomenclatures incluront-elles les actes de pratique avancée infirmière [30, 33] ?

Mesures de qualité. Les mesures [2] et [3] proposent des indicateurs de qualité pour « les parcours pré-sentant le plus d'enjeux en santé publique ». L'annexe Pertinence précise sept de ces parcours (bronchopneumopathie chronique obstructive, obésité, maladie coronarienne stable, insuffisance rénale chronique, maladie de

Parkinson, diabète et accident vasculaire cérébral). L'objectif est de « renforcer la confiance des usagers en mesurant systématiquement leur satisfaction au décours d'une prise en charge » [6]. Cette annexe ne propose que le questionnaire e-Satis qui concerne la qualité perçue (3). Ce questionnaire est facultatif après un séjour de 48 h et plus et son exploitation expose aux biais introduits par un remplissage incomplet (63 questions) et par un taux élevé d'abstention. Il est nécessaire de recueillir des éléments de satisfaction (notamment le délai d'attente et la prise en charge de la douleur), mais tout aussi nécessaire de mesurer la qualité d'un séjour par son utilité et sa sécurité. Ceci repose sur le codage dans le programme de médicalisation des systèmes d'information, sur la présence dans le dossier de l'ordonnance de sortie, du compte-rendu d'hospitalisation, du courrier destiné à la continuité des soins, etc. Au-delà de la qualité d'un séjour, la qualité d'un service, d'un hôpital ou d'une filière doit être mesurée par la durée moyenne de séjour par pathologie et en fonction des comorbidités, par la fréquence des complications et des réadmissions, par la morbidimortalité à un an, etc. C'est le rôle de la HAS et des CNP des différentes spécialités. La « multiplication par six du montant consacré au financement de la qualité pour les établissements MCO, SSR et HAD » [4] ne doit pas s'appuyer seulement sur la qualité perçue.

content_id:99639590

3. Les médecins

Médecins libéraux. Le plan 2022 leur attribue un soutien financier, incluant le développement des AM, à la condition qu'ils exercent en groupe ou en CPTS et qu'ils s'engagent sur un bénéfice mesurable en matière d'accès aux soins dans le but de libérer du temps médical [10,11]. Un médecin qui exerce en solitaire pourrait aussi tirer profit d'un AM à temps partagé et mériterait un soutien financier à cet effet. Il y a de plus une ambiguïté : alors que le temps médical libéré est dévolu par la CNAM à l'augmentation de la patientèle, une augmentation de la durée des consultations favorisant la relation médecin-malade est un objectif légitime. Par ailleurs, les ARS réservent la gestion du groupe médical ou du CPTS à un docteur en médecine, et les médecins concernés y renoncent fréquemment du fait du temps qu'ils doivent y consacrer. Les AM devraient participer à cette gestion.

Étudiants et internes. Ils sont mentionnés à propos de la réforme des études de santé [10] : « intégrer l'avis des patients dans l'évaluation des étudiants [...] ; des patients experts seront amenés à intervenir dans les cursus de formation des professionnels de santé ». Des précisions sur ce rôle de ces « patients experts » sont nécessaires. Le service sanitaire de santé n'est pas mentionné. La généralisation des stages d'interne dans les cabinets médicaux est souhaitée, de même que la simplification des conditions administratives de ces stages. La suppression du numerus clausus, de l'examen classant national (ECN) et du concours de praticien hospitalier (PH) [35, 52, 54] est abordée plus loin.



Statut des PH. Son assouplissement fait l'objet de plusieurs mentions [34 à 37] qui ne sont pas clarifiées dans l'annexe Évolution des métiers. Il doit s'accompagner de propositions fortes pour favoriser la création d'équipes territoriales ou de contractualisation réelle entre équipes fixes pour favoriser la qualité, la sécurité et la pertinence des soins, ainsi qu'un accès partagé aux plateaux techniques de recours ou de référence. Le plan 2022 n'aborde pas la valorisation des enseignements assurés par les PH, l'actualisation de leurs connaissances, les éventuelles procédures de certification périodique permettant de garantir le maintien de leur compétence, et les possibilités de reconversion si nécessaire.

4. Les personnels paramédicaux

Nouveaux métiers. Particulièrement nécessaire et soutenu par l'ANM, est le déploiement des AM auprès des médecins libéraux, des pratiques avancées infirmières [33], des assistants en soins de gériatrie [39], et, dans l'annexe Évolution des métiers, des ingénieurs en organisation et gestion de flux. Il importe de préciser les domaines respectifs des AM et des infirmiers de pratiques avancées, le partage des responsabilités dans ces pratiques, et d'indiquer le lieu d'exercice des personnels concernés : CPTS, petits hôpitaux, hôpitaux classiques, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ? Il sera important de valoriser les équipes mobiles au sein des GHT.

Concours d'entrée. La suppression du concours d'entrée aux instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) [53] laisse un vide qui n'est pas comblé dans le plan 2022.

Autres partenaires. À côté des professionnels de santé, il serait utile de définir le statut de « patient expert » [8, 10] et de reconnaître l'implication et les besoins des familles, des associations et des aidants, non mentionnés.

5. Les hôpitaux

Missions des hôpitaux ou établissements de santé de proximité. Elles incluent « la médecine polyvalente, les soins aux personnes âgées, les SSR, les consultations de spécialités et les consultations non programmées » [15]. Ces structures sont indispensables pour la réorganisation de la chirurgie, de l'interventionnel et de l'endoscopie. En plus des soins de proximité, elles permettront de multiplier les consultations de spécialités et de suivi, y compris chirurgicales; elles rapprocheront la population des spécialités actuellement éloignées; elles compenseront la fermeture de services cliniques actuellement peu actifs en réorganisant les plateaux d'imagerie et de biologie en fonction du recrutement (connexion avec le privé par contrat?). Ces structures doivent disposer d'équipements en télémédecine [13, 15, 16], et il convient de réduire la lourdeur administrative de la mise en place de cette dernière. Elles n'ont pas vocation à l'accueil des urgences, avec la réserve nécessaire sur la distinction entre consultation non programmée et urgence. Leur participation à l'accès aux soins est discutée plus haut.

Participation des professionnels de ville. Les associer à la gouvernance des structures de proximité (participation aux PTA, aux conseils de surveillance, à des commissions médicales d'établissement ou de groupement) est nécessaire pour favoriser les projets communs et les liens entre la ville et l'hôpital [16, 17]. L'application sera difficile en pratique du fait du temps de présence demandé aux médecins de ville.

Mobiliser autour d'un projet de territoire. Une bonne coopération s'impose pour faire vivre les filières de soin ou de gestion des urgences [18]. La présence à un niveau élevé de décision (à la direction si possible) d'un médecin responsable permettra d'assurer la pertinence et la bonne conduite médicale des projets (voir aussi les centres hospitaliers régionaux [CHR] et universitaires [CHU] ci-dessous).

Régime des autorisations. Leur réforme et l'organisation de la gradation [20], en cours de réflexion avec les professionnels, sont incontournables. Elles posent le problème de la définition de la gradation par établissement, ou mieux par spécialités, notamment chirurgicales et interventionnelles. Le financement des

organisations innovantes [21], la gestion humaine mutualisée [21] et l'accélération vers la fusion [22] des établissements de santé sont des ouvertures qui devraient permettre une accélération du développement des GHT.

Relations public-privé. La coordination entre établissements publics et privés n'était pas fortement soutenue par la loi de 2016 sur les GHT. En revanche, la possibilité dans le plan 2022 de construire des organisations expérimentales entre les deux secteurs est bienvenue.

CHR et CHU. Les mesures 43 à 50 traitent de la gouvernance de ces établissements. On ne peut qu'approuver les mesures salariales et d'harmonisation [47,51]. D'autres mesures soulèvent des questions. À propos du relèvement du plafond autorisé des heures supplémentaires, quel est le plancher pour les PH ? Le dispositif d'intéressement [44] concerne-t-il le service qui améliore la qualité ou globalement l'établissement (cf. l'exemple négatif de la dotation des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation et des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation) ? Qui mènera la démarche d'entretiens annuels d'appréciation [45] ? Voir plus loin la proposition de l'ANM pour la gouvernance médicale et administrative des hôpitaux et projets de territoire.



6. Le numérique

Plateformes et systèmes. Adossée à un excellent rapport annexe « Accélérer le virage numérique », la liste des 54 mesures est modeste avec seulement trois entrées [7, 8, 14]. Elles concernent « une plateforme web d'information sur le système de soins » [7], « un espace numérique de santé individuel et personnalisable permettant [à l'utilisateur] d'avoir accès à ses données et services de santé, tout au long de sa vie, d'ici 2022 », et la « mise à disposition d'un bouquet de services numériques intégrés pour les professionnels de santé, CPTS, acteurs de proximité » [14]. Des préalables sont l'accès au haut débit et l'harmonisation des systèmes informatiques. Nous sommes loin « d'aboutir pour fin juin 2018 à la production d'une feuille de route opérationnelle couvrant la période 2018-2022 » comme cité dans l'annexe. On ne trouve pas dans les 54 mesures l'objectif principal du rapport annexe qui est d'améliorer la prévention, ni la mention du dossier médical partagé.

Intelligence artificielle (IA). Elle n'est jamais mentionnée dans les 54 mesures et n'est citée qu'une fois, entre parenthèses, dans le rapport annexe. L'IA s'adresse déjà aux patients connectés dans certaines filières, à l'imagerie via la télémedecine, à la personnalisation des traitements antibiotiques ou anticancéreux, au développement de la robotique (4). Voir plus loin les propositions de l'ANM.

REMARQUES COMPLÉMENTAIRES

L'absence de la prévention

Le Ministère des Solidarités et de la Santé avait produit le 26 mars 2018 un dossier intitulé « Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie ». La prévention n'apparaît pas dans la liste des 54 mesures du plan 2022, mais seulement dans son dossier de presse. La prévention est probablement omise parce qu'elle est l'objet d'un dossier antérieur. Il faudrait mentionner ce parti à la tête des 54 mesures pour renvoyer les lecteurs à « Priorité prévention ».

D'autres omissions

Les outremer font l'objet de quelques lignes dans le dossier de presse, mais ne sont pas cités dans les 54 mesures et mentionnés de façon négative dans l'annexe Organisation territoriale : « L'ensemble des établissements publics de santé et médico-sociaux, à l'exception de l'AP-HP et quelques établissements implantés dans des territoires très spécifiques [ex. : outre-mer], rejoignent les GHT ».

Le plan 2022 comporte d'autres omissions portant :

- Sur plusieurs thématiques (dans l'ordre alphabétique) : les addictions, l'enfant et l'adolescent, les handicaps, les migrants, la qualité de vie au travail, la recherche.
- Sur plusieurs acteurs : les aidants des personnes en situation de handicap, les biologistes médicaux, les pharmaciens dont le vaste réseau peut appuyer certains services médicaux comme les vaccinations, et les médecins de deux secteurs en déshérence, pourtant essentiels au dépistage et à la prévention chez l'enfant : la protection maternelle et infantile et la médecine scolaire.

Les mesures concernant la sélection

Nous n'en discutons pas le principe ni l'intention, mais ces suppressions n'ont de sens que par quoi on les accompagne :

- Suppression du concours de PH [35]. Par quoi le remplacer, sachant que tous les postulants ne sont pas égaux en valeur et que, du moins pour les postes convoités, un choix devra avoir lieu ? Qui l'exercera ? Suivant quelles modalités ?
- Suppression du numerus clausus [52]. Il avait été institué comme moyen d'accès aux études médicales dans un système de flux régulés. Son application (dont la première année commune aux études de santé, la plus récente) a été un échec. Les principes de ce qui doit la remplacer sont évoqués, mais rien n'est dit sur la régulation des effectifs : laisse-t-on l'initiative aux universités de fixer les effectifs de leurs étudiants en fonction de leur capacité, avec les inégalités que cela implique, et le manque de vision d'avenir ? Il faudrait savoir si l'estimation du nombre de médecins nécessaires à telle ou telle échéance est toujours jugée nécessaire et si les moyens d'y parvenir sont à l'étude.
- Suppression du concours d'entrée aux IFSI [53]. Le problème se pose également des effectifs recherchés pour la profession d'infirmière et de qui jugera du nombre de postulantes pouvant être acceptées. La même question se pose pour les aide-soignantes.
- Suppression de l'ECN [54]. Elle soulève aussi des questions qui débordent le cadre du plan.

PROPOSITIONS DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

Nos principes

L'optimisation de l'accès aux soins, l'augmentation de leur efficacité et de leur qualité impliquent une attention particulière à la relation médecin-malade et au temps qu'elle exige.

Elles impliquent aussi la primauté de la prévention.

Elles requièrent la contribution des professionnels à l'élaboration des réformes et innovations qui s'appliqueront à leur exercice. Ceci concerne particulièrement le choix des outils de mesure de la qualité ; les autorisations et équipements des hôpitaux ou établissements de santé de proximité ; les compétences des assistants médicaux et des infirmières en pratique avancée ; les critères de recrutement des élèves infirmières après suppression du concours d'entrée aux instituts de formation en soins infirmiers ; la nature et les modalités des entretiens périodiques d'évaluation et des procédures de certification ; le pilotage des hôpitaux.

Dans ce contexte, l'Académie revendique une participation au « Comité de pilotage présidé par le ministre des Solidarités et de la Santé et composé de représentants des acteurs de la santé et des administrations concernées » mentionné dans le dossier de presse.

Nos priorités

► Mise en place des assistants médicaux dans les communautés professionnelles territoriales de santé

L'Académie souligne que les attributions des assistants médicaux doivent tenir compte de leur effet sur la relation médecin-malade. Le gain de temps médical ne doit pas seulement viser l'augmentation de la patientèle et la réduction des délais de rendez-vous, mais aussi la restauration du temps nécessaire à l'écoute et au dialogue. La négligence de ce composant essentiel de la consultation est préjudiciable à la qualité de la médecine d'aujourd'hui. Les assistants médicaux sont susceptibles d'y remédier, à condition que leur apport soit apprécié en termes qualitatifs autant que quantitatifs. Les solutions adoptées pour leur financement doivent être pérennes.



► Création de consultations avancées dans les hôpitaux ou établissements de santé de proximité

Pour améliorer l'accès aux spécialités, notamment chirurgicales, l'Académie soutient la création de consultations avancées de spécialités dans les structures de proximité. Ces consultations réalisées par les spécialistes du Groupement hospitalier de territoire permettront le diagnostic et le suivi thérapeutique des pathologies médicales et chirurgicales non interventionnelles. Pour les pathologies nécessitant une intervention, les patients pourront être pris en charge par les opérateurs dans les établissements adaptés du Groupement hospitalier de territoire, la surveillance post-interventionnelle courante pouvant se faire en proximité.

► Création de plateaux médicotechniques de proximité

L'Académie propose que les plateaux médicotechniques des hôpitaux ou établissements de santé de proximité soient élaborés avec la participation des médecins ayant bâti le projet médico-soignant et qu'il soit tenu compte des complémentarités entre secteurs public et privé, lucratif ou non. Cette participation concerne notamment l'imagerie et la biologie, dans le but d'éviter les concurrences néfastes et les investissements non utilisés faute de personnel.

► Réforme des autorisations des activités de soins

L'Académie soutient le principe d'une réorganisation territoriale des activités hospitalières au sein des groupements hospitaliers de territoire. Ceci implique une réforme des autorisations des activités de soins, ainsi qu'une logique de gradation entre soins courants, soins spécialisés, soins de recours ou de référence. Cette réforme et cette logique doivent se décliner par spécialités, au niveau des GHT, et pas seulement par établissement, pour assurer qualité, sécurité et pertinence des soins.

► Réorganisation territoriale

L'Académie considère que deux éléments sont déterminants pour son succès :

Le projet médico-soignant partagé, pierre angulaire de la réforme territoriale. Il doit être construit par les professionnels et les soignants, avec l'aide si besoin des conseils nationaux professionnels de spécialités, et avec la participation, et non la décision unilatérale, des directions hospitalières.

L'équipe médicale territoriale est structurée par des contractualisations efficaces entre établissements. Elle doit être de volume suffisant et valorisée dans ses activités multisites, afin de permettre l'homogénéisation des pratiques, l'amélioration de la pertinence, l'accès partagé aux plateaux techniques, le développement professionnel continu et la mise à niveau des compétences.

► Réforme des nomenclatures et leur implication dans la description de l'activité

L'Académie soutient le principe de la simplification et de l'actualisation de la nomenclature. Elle propose que le système national des données de santé, la mise en route de registres performants et l'introduction d'indicateurs pertinents soient utilisés pour apprécier a posteriori la qualité, la sécurité et la pertinence des soins. Un contrôle a priori par l'utilisation de seuils d'activité, individuels ou par équipe, est en effet difficile à justifier scientifiquement et source de nombreuses dérives.

► Réforme de la gouvernance hospitalière

L'Académie propose de renforcer la Commission médicale d'établissement en donnant à son président la responsabilité et la signature sur les questions médicales, et en associant dans les centres hospitalo-universitaires le doyen ou son représentant pour les sujets concernant l'enseignement et la recherche.

La gouvernance serait alors exercée par un binôme dans les centres hospitaliers régionaux : le directeur administratif, ancien directeur général, et le directeur médical, ancien président de la Commission médicale d'établissement ; et par un triumvirat dans les centres hospitalo-universitaires : le directeur administratif, le

directeur médical et le directeur universitaire (le doyen ou son délégué).

On rappelle que c'est pour garantir une pluridisciplinarité effective qu'il fut décidé en 1945 de confier la direction des Centres de lutte contre le cancer à un médecin, seul capable, car crédible médicalement, d'imposer la pluridisciplinarité, et qu'au sein d'un hôpital militaire, c'est le médecin-chef qui détermine le choix des investissements en tenant compte des besoins des chefs de service et des limites budgétaires.

La responsabilité administrative implique la formation des responsables médicaux et la prise en compte de leurs compétences managériales [46]. Il faudra préciser cette formation, sa durée, ses formateurs et sa validation. Réciproquement, il faut exiger un niveau médical adéquat de la part des administratifs qui prennent en charge la gestion de structures souvent complexes, en vue de l'arbitrage entre plusieurs avis médicaux.

► Formation et carrières médicales

L'Académie soutient le principe d'une actualisation périodique des connaissances des praticiens hospitaliers et celui d'une certification périodique permettant de garantir le maintien de leurs compétences. Elle soutient également les mesures visant à améliorer l'attractivité de la profession, y compris la valorisation des enseignements assurés par les praticiens hospitaliers.

► Numérique et intelligence artificielle

Le numérique et l'intelligence artificielle au sens large sont appelés à prendre une place grandissante dans le domaine de la santé.

L'Académie considère que la France doit accroître son effort pour permettre à ses citoyens de profiter au mieux des nouvelles technologies et rejoindre le niveau des pays qui ont déjà pris le virage numérique. Cela implique notamment le déploiement rapide du dossier médical partagé numérisé, le soutien à toutes les initiatives permettant de mieux gérer et d'utiliser les données publiques du Système national des données de santé à des fins d'évaluation et de recherche, l'harmonisation des systèmes de recueil des données des hôpitaux, la reconnaissance et la valorisation par l'assurance maladie des actes faisant intervenir la robotisation et les nouvelles technologies, le développement de plateformes et de tumorothèques.

La télémédecine et le télédiagnostic doivent être développés afin d'améliorer l'efficacité des consultations médicales et aider à la solution du problème des déserts médicaux. L'organisation territoriale des soins et le management des établissements hospitaliers devront être progressivement numérisés.

L'Académie nationale de médecine a édité avec l'Académie des Sciences un ouvrage intitulé « Santé et intelligence artificielle » (4) qui fait le tour des applications de l'intelligence artificielle au domaine de la santé. Elle considère que ces applications seront de plus en plus utilisées par les médecins pour aider au choix du diagnostic et du traitement, mais ne sauraient en aucun cas se substituer au médecin car elles ne disposent pas, et ne disposeront pas, de ses compétences.



Abréviations

| | |
|------|--------------------------------------------------|
| AM | Assistant médical |
| ANM | Académie nationale de médecine |
| ARS | Agence régionale de santé |
| CHR | Centre hospitalier régional |
| CHU | Centre hospitalier universitaire |
| CNAM | Caisse nationale d'assurance maladie |
| CNP | Conseils nationaux professionnels |
| CPTS | Communauté professionnelle territoriale de santé |
| ECN | Examen classant national |
| GHT | Groupement hospitalier de territoire |
| HAS | Haute autorité de santé |
| IFSI | Institut de formation en soins infirmiers |
| PH | Praticien hospitalier |
| PTA | Plateforme territoriale d'appui |
| SSR | Soins de suite et de réadaptation |

Références

1. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie>
2. <https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2017/201727desertsmedicaux.pdf>
3. <https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c2030354/fr/iqss-2019-e-satis-48h-mco-mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises-plus-de-48h>
4. Nordlinger B, Villani, C. Santé et intelligence artificielle. Académie nationale de médecine et Académie des sciences. CNRS éditions, Paris, 2018.



II. L'ACADÉMIE DONNE LA PAROLE AUX PARTENAIRES ET PROFESSIONNELS DE SANTÉ

► **COMPTE RENDU**

Contributions écrites et orales des invités présents lors de la réunion du Grand débat national, lundi 4 mars 2019

Compte rendu

Réunion publique du Grand débat national
Organisée par l'Académie nationale de médecine

Lundi 4 mars 2019

La santé doit être une priorité du Grand débat national

L'Académie nationale de médecine, depuis sa création, alerte sur les questions de santé publique, s'intéresse à tous les objets d'étude et de recherche pour contribuer aux progrès de l'art de guérir. La santé, enjeu majeur, doit être une priorité.

Parce que la santé est une des préoccupations majeures des Français, à l'occasion du Grand débat national, l'Académie nationale de médecine a souhaité organiser une réunion publique pour porter la parole et les attentes des patients, des aidants, des professionnels de santé et de leurs associations.

Plus d'une centaine de personnes se sont mobilisées pour participer à cette réunion à l'Académie nationale de médecine le lundi 4 mars 2019 : Associations de patients, associations d'aidants, étudiants, professionnels de santé, élus de la République ont échangé et fait leurs propositions constructives autour de trois questions fondamentales de la santé :

La Santé dans les territoires
Les partenariats : Patients — Aidants — Soignants
Le numérique pour la Santé

La séance

La séance était présidée par le secrétaire perpétuel de l'Académie nationale de médecine et le journaliste Thierry Guerrier.

Recueil des contributions

Quatre rédacteurs ont relevé les éléments abordés pour constituer le contenu de ce compte rendu : Gérard Raymond, président de la fédération française des diabétiques, Pierre-François Plouin, secrétaire adjoint de l'Académie nationale de médecine, Flavie Mathieu, responsable du Collège des relecteurs de l'Inserm et Charles Gustin, étudiant en classes préparatoires aux grandes écoles.

En plus des interventions orales, les participants ont eu la possibilité de rédiger leurs propositions. Relevées en fin de réunion, elles sont également intégrées au compte-rendu.

Organisation

Les échanges et propositions ont été articulés en trois temps durant lesquels les invités ont respecté le temps imparti et les échanges ont été respectueux et constructifs.

- La Santé dans les territoires,
- Les partenariats : Patients — Aidants — Soignants,
- Le numérique pour la Santé.

Les échanges, doléances et contributions

Pour chaque thème, 5 minutes d'introduction et 30 minutes par échange étaient imparties et chaque intervention se limitait à 2 minutes afin de laisser un maximum d'invités s'exprimer. À la fin de chaque thème, un temps était laissé aux élus présents afin de réagir sur les interventions.

1^{er} thème : La Santé dans les territoires

Introduction du sujet par le Professeur François Richard

- Fermeture des maternités qui semblent vétustes et désertification
- Problème de réorganisation territoriale
- Amélioration de la pertinence des soins
- Interrogation sur les hôpitaux de proximité et les hôpitaux « classiques »
- Notion de gradation des soins
- Des équipes de soins primaires pourraient être gérées au plus près du terrain par les médecins (pas d'actes hyperspécialisés), pour une redirection ensuite vers des établissements spécialisés.
- Participation public-privé
- Problématique des plateaux techniques



Doléances et propositions

« La Santé dans les territoires »

1. La prise en charge d'une pathologie

- En France le trouble de l'attention n'est pas pris en charge : fréquent à l'âge scolaire (4 %), il fait l'objet d'une assistance insuffisante dans l'enfance, et inexistante à l'âge adulte (concerne 3 % des adultes avec de nombreuses addictions), les unités de psychiatrie devraient s'en charger, possibilité de prise en charge dans les établissements scolaires pour les plus jeunes : une formation est nécessaire
- Problème de maladies psychiatriques qui pourraient être pressenties par les psychologues : remboursement des psychologues
- Faciliter l'accès et le financement des soins de support
- La santé des maladies rares doit être prise en charge au même niveau dans tous les territoires, ce qui n'est pas le cas dans toutes les ARS, il faut une homogénéisation
- Faire avancer la recherche et soulager les malades dans l'attente du diagnostic, surtout dans les maladies invisibles

« La Santé dans les territoires »

2. Organisation territoriale

- L'organisation du GHT doit descendre sur le terrain pour la prise en charge psychiatrique, faisant allusion à la sectorisation des soins psychiatriques : création d'un CHU dans le 93

- Volonté de représentants des territoires, hors de l'ARS, dans les projets
- Désertification : création d'un statut intermédiaire entre médecins et autres agents de santé nécessitant moins d'étude
- Mutualisation des hélicoptères pour faciliter les transports vers les centres bien équipés (AVC et autres urgences vitales)
- Exemple des urgences vitales comme AVC ou crise cardiaque. Si le CHU est à 50 km du malade, problème de l'intervention rapide et est donc en contradiction des recommandations de prise en charge => Nécessité de former les médecins généralistes ruraux aux urgences médicales
- Renforcer la communication des bonnes pratiques entre centres experts et CH voire CHU (organisation de visioconférence par grande région)
- Meilleure communication des possibilités de soins pour les malades, qu'elles soient médicales ou sociales, accès facilité aux centres experts, réduction des délais
- Débloquer les maisons de santé, accessibles jour/nuit/week-end/vacances
- Tabagisme : principale cause de décès (200 par jour) et coûts importants pour l'État, développer dans les maisons médicales et les hôpitaux de proximité des consultations de tabacologie et pneumologie dédiées pour l'information du public et la prévention du tabagisme et autres substances illicites, ciblage sur les jeunes en priorité, financement de ces consultations par une augmentation substantielle et brutale de la fiscalité sur les produits du tabac (seule mesure efficace pour la réduction importante du tabagisme)
- Lutter contre les addictions tabac/alcool/drogue chez les jeunes y compris dans les zones urbaines/rurales reculées : création de centres déportés ou itinérants, voire téléconsultation, visioconférence
- Très peu de concertation : manque de coordination médico-sociale car il y a une grande nécessité du médico-social, besoin de soins primaires
- Faire des cartes avec les différents centres d'expertise par maladie afin que pour le patient il soit facile de rejoindre le service de santé adapté et spécialisé (mapping disponible sur des sites web ex : doctolib)
- Mettre en œuvre des réglementations fondées au minimum sur les recommandations de l'OMS
- Mettre à jour les réglementations en prenant en compte l'état des connaissances scientifiques actuelles et non les données technologiques et scientifiques d'il y a 50 ans
- Les effets sur la santé de la pollution atmosphérique devraient relever de la compétence du ministère chargé de la santé et non du ministère chargé de l'environnement
- Développer les plateaux techniques, mutualisés et spécialisés, pour les opérations lourdes ou des prises en charge « en médecine de pointe », Chirurgie hyperspécialisée, et des équipes plus grandes pour augmenter son expérience
- Pas d'actes interventionnels de pointe, les $\frac{3}{4}$ des actes chirurgicaux sont de petites interventions (cataracte, varice...) ne nécessitant pas de recours à un plateau technique
- Établir à l'échelle nationale un parcours type de diagnostic et de suivi pour toutes les maladies chroniques et/ou rares
- Établir à l'échelle régionale, un plan factuel de mise en application de ces parcours types en fonction des ressources humaines et techniques locales
- Mettre en activité le « Registre opérationnel de ressources » recueillant les compétences spécifiques de tous les soignants dans les différentes pathologies afin de pouvoir orienter les patients aux spécialistes les plus proches et non systématiquement à l'hôpital ou aux CHU
- Reconnaître et valoriser les actes et consultations des soignants formés spécifiquement à un niveau de secours secondaire ou tertiaire, même en ville
- Organiser et financer des « filières » de prise en charge des pathologies fréquentes, afin d'uniformiser les parcours par une meilleure coordination entre les professionnels
- Les inégalités ne sont pas seulement constatées entre ville et campagne, les déserts médicaux existent aussi en Ile-de-France.
- Inégalités territoriales aussi de formation des spécialistes (psychiatrie, pédiatrie...). Plus facile d'avoir des médecins dans les déserts médicaux s'il y a une faculté de médecine. Par exemple, pourquoi n'y a-t-il pas de faculté de médecine à la Génomé ? il faudrait que les formations hospitalo-universitaires irriguent jusqu'à la grande couronne, plutôt que de faire de nouveaux CHU.
- Faire irriguer les connaissances des praticiens « super-compétents » dans les hôpitaux de proximité
- Développer le rôle des conseillers territoriaux de santé et de la démocratie en santé
- Définir la santé d'urgence en ne délaissant pas les territoires, déjà définis comme déserts médicaux

« La Santé dans les territoires »

3. Mobilités des médecins

- Demande d'un statut libre permettant le détachement de praticiens des CHU vers les centres locaux.
- Possibilité de profiter de l'expérience locale pour se former en chirurgie : favorable à des échanges rapides entre CHU et établissements de proximité

« La Santé dans les territoires »

4. Nouveaux partenaires, métiers ou statuts

- Importance du rôle des infirmiers dans le maintien des personnes à domicile. Les infirmiers interviennent 24 h/24 h sur le tout le territoire : pratiques avancées liées à leurs compétences propres, reconnaissance des infirmiers en pratiques avancées plutôt que « d'assistants médicaux », partenariat infirmier/médecin
- Exemple de l'Afrique où les infirmiers pratiquent des petites interventions (hernies, césariennes) : formation de soignants « super-infirmiers » en 6 ans pouvant effectuer de petites interventions, ces assistants médicaux pourraient poursuivre des études de médecine (12 ans) s'ils le souhaitent.



« La Santé dans les territoires »

5. Formation des médecins

- Disparité entre les maladies, par exemple la prise en charge de l'endométriose. Elle demande un lien entre patients-experts et les médecins pour connaître la dernière actualité de la recherche et des recommandations. Ces réseaux existent dans le domaine du VIH, nécessité de développer ce modèle pour les maladies chroniques.
- Psychologues formés aux techniques des TOC : pathologie mal connue, les psychologues ne sont pas formés à la technique thérapeutique et ne sont pas remboursés. Proposition d'une formation adaptée des psychologues, dans sa spécialité et plus généralement en psychiatrie.
- Il faut augmenter le flux de compétences des CHU vers les hôpitaux de proximité pour encourager les médecins à travailler dans les déserts médicaux
- Déficit de médecins généralistes comme de spécialistes : recrutement des étudiants en 1re année donnant la priorité aux candidats des zones défavorisées, sur des capacités de relations humaines et pas uniquement sur des critères académiques, peut-être une obligation à exercer pendant 5 ans
- Désintéressement des étudiants pour la médecine liée à la mesure coercitive, la gradation des établissements de soin fonctionne mieux.
- Recours aux infirmiers pour certaines pratiques, de même que les pharmaciens qui veulent voir leur champ d'action augmenté
- Intervention médico-sociale possible aussi par les infirmiers
- Des hôpitaux avec des moyens humains et techniques suffisants : donner aux praticiens hospitaliers des moyens afin de leur permettre de rester à l'hôpital public et cela dès le début de leur carrière

- Une formation des professionnels de santé mieux adaptée aux besoins des territoires par le biais de possibilités d'éducation dans le domaine de la santé et une licence commune aux études de santé permettant de combler les besoins en professionnels de santé dans les territoires
- Axer la formation continue des professionnels de santé sur les besoins de leurs territoires et faciliter les évolutions professionnelles pour les soignants souhaitant s'installer dans les déserts médicaux avec des financements facilités

« La Santé dans les territoires »

6. Thérapies complémentaires

- 5000 médecins se consacrent à des soins non conventionnels : Interdiction de faire valoir une compétence en soins non conventionnels pour réserver les fonds aux soins qui ont fait leurs preuves
- Des médecins consacrent leur temps à des pratiques de soins non-conventionnelles, les conséquences sont des retards de soins du fait de la place importante qu'ont prise ces pratiques; les médecins ne doivent plus pouvoir faire état d'un titre d'homéopathie, d'acupuncture mais consacrer leur activité aux thérapeutiques ayant fait leurs preuves
- Les pratiques de soins non-conventionnelles et leur traitement illusoire ne doivent plus être pris en charge par l'assurance maladie
- L'hôpital ne doit plus héberger les pratiques de soins non-conventionnelles n'ayant pas fait leurs preuves

2^{ème} thème : Les partenariats : Aidants – Patients – Soignants

Introduction du sujet par le professeur Claude Jaffiol

- Généraliste : médecin de premier recours, humanisme, formation adéquate et temps long avec le patient mais pas toujours
- Prise en charge difficile des personnes âgées et état critique des EHPAD
- Quel avenir pour les assistants médicaux? Déjà en place aux USA, il existe déjà des infirmières « asalées » en binôme avec des médecins
- Proposition de délivrance urgente de médicaments nécessitant une prescription
- Aidant : acteur de soutien des patients. La politique d'aidants est en retard par rapport à l'Europe du Nord. Rôle indispensable des associations de patients. Nécessité de financements par les pouvoirs publics. il faut réviser la formation des professionnels de santé



« Les partenariats : Aidants-Patients-Soignants »

1. Nouveaux partenaires, métiers ou statuts

- Il faut quitter la dichotomie entre patients et aidants car certains experts sont des deux côtés
- Bénévole 50 h/semaine -> pas de droit aux emplois aidés et l'ISF a réduit les aides, il faut une reconnaissance du statut des aidants et de l'expertise des patients experts dans les groupes de réflexion et de débat : remboursement des frais des bénévoles
- Création d'un statut de patient expert : apporter le point de vue du patient dans chaque décision le concernant, besoin d'une rémunération, le bénévolat est compliqué à concilier avec son travail et ses soins
- Création d'un statut pour les aidants : professionnaliser les aidants
- Statut du bénévole : avec liberté horaire pour exercer ses devoirs d'aidants, les hôpitaux devraient mieux préciser où sont les besoins en bénévoles, réserves de volonté et de travail disponible, il faut mettre en relation les médecins en contact local avec le patient avec les associations pour faire le point, mettre en contact les deux milieux
- Favoriser, financer le développement d'associations locales d'usagers et des associations de malades spécialisées, et leur donner un rôle dans l'information, le conseil
- Donner aux patients, aux associations un rôle local systématique dans l'évaluation de l'offre locale de soins, notamment par le signalement en qualité et non plus seulement par le traitement des réclamations des usagers
- Faciliter l'autonomie des patients par l'éducation à la santé (roses de vie, dépistage, vaccination) et l'éducation thérapeutique (maladies chroniques)
- Développer la présence d'assistants sociaux et de psychologues dans les centres de compétences et de références
- Garder la liberté pour les médecines parallèles, renforcer le rôle de conseils territoriaux de santé et des élus locaux
- Aide aux associations qui contribuent aux groupes de travail par leur expertise de patients
- Revoir la sémantique : un malade est appelé un patient mais le malade d'aujourd'hui n'est plus patient
- Augmenter le nombre de travailleurs sociaux pour mieux lier la santé aux problèmes sociologiques
- Délégation de nombreuses tâches aux infirmiers du travail : ancienne approche de prévention, infirmières du travail : peuvent être utiles pour la prévention notamment sur les addictions, il faut les former et les qualifier de spécialistes
- Une grande partie des hospitalisations aux urgences sont liées aux insuffisances des parcours de soins hôpital-ville et à une observance médiocre : renforcer et développer l'éducation thérapeutique du patient pour une prise en charge beaucoup plus multidisciplinaire impliquant des kinés, infirmiers, malades experts
- Question du parcours de soins, il faut remettre le patient au centre de ce parcours entre tous les intervenants, réduire les erreurs de diagnostic, penser la diminution des coûts, question de la délégation de tâches mais aussi les transferts de compétences

« Les partenariats : Aidants-Patients-Soignants »

2. Prise en charge d'une pathologie

- Errance du diagnostic et les moyens numériques qui pourraient aider à leur prise en charge : Orphanet est une ressource Top-Down, l'inverse, permettant d'aller des symptômes au diagnostic, reste nécessaire. L'éducation thérapeutique peut être complétée par des médecins experts. Favorable à un statut du bénévole dans le domaine.
- La prescription du sport est possible, mais guère pratiquée car non enseignée et non remboursée : définir la place et le financement du sport thérapeutique, et réduire les fermetures saisonnières des centres sportifs.

- Le patient est la découverte la plus marquante du XXI^{ème} siècle. Vie perpétuelle des patients chroniques avec la maladie alors qu'il ne fréquente son soignant que 5 heures par an. Il faut éduquer les patients à être leur propre soignant. Comment l'accompagner le reste du temps ? Il faut une réflexion sur la raison d'être des associations, leur modèle économique.
- Mettre en place des questionnaires sur la qualité de vie des patients dans les centres où il existe des disparités de prise en charge

« Les partenariats : Aidants-Patients-Soignants »

3. Formation du personnel médical

- A l'hôpital : mieux écouter les patients en particulier en gériatrie, informer clairement la famille et régulièrement, former les soignants à ces dialogues, leur donner du temps aux heures de visites des familles pour ces échanges qui sont indispensables
- La GAPEC (Gestion de l'Aggression Physique des Personnes en Crise) doit être développée afin d'améliorer les pratiques des infirmiers
- Difficulté des partenariats : les soignants de proximité doivent définir leurs besoins et influencer les programmes de formation.
- Stage uniquement avec des médecins d'hôpitaux alors que le libéral a un rôle important et prépondérant pour la vision du pharmacien, vision corporatiste des 3 corps (médecins, infirmiers, pharmaciens) : il faut humaniser et décloisonner les formations de santé
- Multiplier les formations de type AFDET (Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique)
- Former les médecins à la psychologie afin de renforcer la relation de confiance, l'adhésion à la prise en charge
- Les étudiants doivent être formés à la prise en charge sociale, à la prise en charge non médicamenteuse, à faire la différence entre pratiques de santé et pratiques de bien-être, à travailler sur le consentement éclairé et la vulgarisation des connaissances

« Les partenariats : Aidants-Patients-Soignants »

4. Thérapies complémentaires

- L'interdiction de la pratique de l'homéopathie ne favorisera pas les nouveaux médecins et une plus grande couverture territoriale, la médecine passe aussi par le bien être, la pratique de l'homéopathie doit rester réservée aux médecins et autres prescripteurs professionnels de santé afin de garantir un choix thérapeutique fait avec discernement sans perte de chance pour le patient, son enseignement doit être rigoureux et de préférence universitaire
- Le médicament homéopathique doit continuer à être remboursé pour permettre un égal accès des patients à ces soins, la recherche et l'évaluation doivent être favorisées en milieu hospitalier avec des fonds publics

« Les partenariats : Aidants-Patients-Soignants »

5. Recherche

- Dans les partenariats, il y a aussi les chercheurs et les essais cliniques. Définir un cadre sur la recherche dans ces domaines.
- Contrôle des informations en matière de santé sur les réseaux et dans les diverses associations : comité ? Moyens juridiques efficaces...

« Les partenariats : Aidants-Patients-Soignants »

6. Objets connectés et télémédecine

- Des associations peuvent regrouper des malades, des médecins et des savants, en particulier pour l'éducation thérapeutique. On ne peut pas faire un métier des patients-experts, mais ils doivent être dédommagés de leurs frais de déplacement. Les objets connectés doivent être financés.
- Diffusion des connaissances et recommandations des sociétés savantes au plus proche des malades par réseaux de communication
- Réouverture des référentiels de compétences et autres types de référentiels de formation pour y inclure notamment des compétences en numérique de la santé et mieux anticiper les besoins en santé grâce au numérique

« Les partenariats : Aidants-Patients-Soignants »

7. Autres

- Lutter contre les fausses nouvelles, sources de confusion, de faux diagnostics, de mauvais traitements
- Crise de la psychiatrie : secteur G59 dans le Nord, exemple de progrès dans la restructuration des soins autour de l'usager, il faut s'en inspirer
- Difficultés d'observance des personnes atteintes de maladies chroniques : plutôt que l'éducation thérapeutique, renforcer l'accompagnement qui est plutôt une démarche globale en partenariat professionnel qui s'appuie sur les démarches des patients, ses conditions de vie, ses motivations, s'appuyer aussi sur l'expérience des autres patients, développer des petits ateliers à plusieurs sur la prévention : exercices physiques, nutrition
- Remise en cause des notices des boîtes de médicaments, appréhension face à cette notice, impression de s'empoisonner : que faire pour que les malades disposent de fiches médicaments qui répondent à leurs demandes et à leurs questions ? Fiche par médicament avec langage clair, que faire au niveau européen ?
- Services à domicile : précieux besoins mis à mal faute de valorisation des métiers, financement et formation : proposition pour que les EHPAD puissent devenir des établissements pivots de l'organisation du maintien à domicile des personnes dépendantes, intervention des CMP dans les milieux ruraux et isolés, développer la prévention

3^{ème} thème : Le numérique pour la santé

Introduction du sujet par le Professeur Bernard Nordlinger

- Numérique, Intelligence Artificielle (IA) en santé, fantasmes véhiculés par les réseaux, il faut connaître ces technologies. L'IA est un mode de calcul logique et rapide pour arriver à une conclusion. Manque d'empathie et de bon sens de ces IA par rapport à un médecin.
- Aide au diagnostic et au traitement (aider les médecins à être au courant des dernières nouveautés et à faire gagner du temps, il ne s'agit pas de remplacer le médecin)
- Télémédecine et télédiagnostic
- Prévoir les afflux aux urgences de manière informatique à l'instar des outils de prévisions météorologiques
- Des métiers doivent s'adapter : radio, chirurgie, psychiatrie... Infirmiers et autres métiers devront aussi s'adapter
- Les objets connectés sont aussi à prendre en compte
- Nécessité de faire de la médecine de précision en regroupant de nombreuses données notamment celles des patients



Doléances et propositions

« Le numérique pour la Santé »

1. Nouveaux partenaires, métiers ou statuts

- Expérience de télémédecine : mais lorsqu'une infirmière assiste une personne âgée, comment la rémunérer ? En télémédecine : l'utilisation des téléphones des infirmières est courante s'il n'y a pas de structure
- Disparités de la formation dans le territoire

« Le numérique pour la Santé »

2. Formation des médecins

- Une rupture sociologique complète conduit à revoir toutes les formations de Santé et autres. Commencer l'éducation le plus tôt possible dans l'enseignement de base
- Actualiser et anticiper les besoins, les logiciels devraient être pensés par les soignants, la formation en santé n'est pas bonne pour ces logiciels et si tôt adaptés on change de logiciel
- Demande que ce tournant soit pris dès les études en IFSI et que les logiciels soient interopérables
- Préparation des étudiants pour l'innovation numérique nécessaire et formation, évaluation par des certifications : il faut numériser les différents programmes de pertinence économique et de qualité

« Le numérique pour la Santé »

3. Prise en charge de pathologie

- Souhait d'une plateforme unique (cf. le Heath data hub) consultable par les médecins généralistes et les malades pour éviter la chronicité
- Maladies rares : à 80 % génétiques mais 20 % sont non génétiques et impliquent 80 % des malades. Il y a des erreurs de diagnostic successives, il faut créer une plateforme comme Orphanet pour diagnostiquer

« Le numérique pour la Santé »

4. Accès au numérique

- Pas de précipitation sans évaluation économique et pratique
- Développer l'Intelligence Artificielle pour améliorer la médecine (le diagnostic, la proposition de soin)

- Evaluer l'intérêt des applications proposées en santé (pertinence, efficacité, confidentialité, coût)
- Former tous les Français à l'utilisation d'un micro, d'un téléphone portable, d'une tablette
- Avancer sur les freins psychologiques et sur les craintes d'utilisation ou de fuite des données personnelles
- Créer des GAFA européens
- Recours au numérique pour diffusion des savoirs et aide à l'expertise des malades lors de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)
- Un coût important sera engagé pour le numérique, peut-être se tourner vers les logiciels libres car les logiciels sous contrats coûtent des millions et une fois obsolètes ne sont plus utilisables, les logiciels libres existent et doivent être utilisés, la variabilité des logiciels complique l'apprentissage des personnels hospitaliers lors de leur changement de service
- Envoi des ordonnances et possibilité d'utilisation par mail, les patients renvoient aussi des documents qui ne sont pas protégés, les ordonnances papier peuvent être falsifiées, les interactions médicamenteuses sont faites par les logiciels mais entre les différents médicaments du dossier de santé
- Les ordonnances doivent être transmises par une clé électronique sur le DMP sans intermédiaire papier ni messagerie.
- Trouver des solutions pour mesurer les patients concernant la protection des données (confidentialité, piratage)
- Accès difficile de l'historique des examens même au sens de l'APHP, mobiliser les compétences des spécialistes de ces domaines qui ne sont pas médecins
- L'interopérabilité et la difficulté pour les jeunes médecins de créer une entreprise informatique dans le domaine de la santé et en conséquence la place laissée aux GAFA.
- Des données précises sur les revenus de la population seraient utiles, mais les données sur la santé sont peu disponibles
- Le numérique n'est pas une panacée
- Capacité de télécharger des données précises sur le financement des populations mais pas possibles pour l'état des populations, il faut un registre de l'état de santé général de la population
- Arrêter le papier, mettre en place la numérisation systématique (quid de la fracture numérique ?)
- Comment éduquer le patient au numérique ?
- Attention aux patients avec hypersensibilité électro-magnétique qui pourraient se retrouver isolés
- Le numérique est essentiel et répondra aux deux premières problématiques. La création d'algorithmes et du Big-Data : il faut constituer des bases de données d'origines différentes, enjeu essentiel de la collection de données notamment dans la génétique, le morcellement du parcours de la donnée génétique : comment responsabiliser l'ensemble de ces acteurs
- Uniformiser le système afin de simplifier la vie des patients et des professionnels de santé
- Accès aux bonnes pratiques en santé

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE



16 rue Bonaparte
75006 Paris
Tél : 01 42 34 57 70
www.academie-medecine.fr

Contact Communication :
+33(0)6 62 52 43 42
virginie.gustin@academie-medecine.fr



@acadmed



Académie nationale de médecine