



Changer la vie à l'hôpital

Contribution du « Groupe des 26 »

Philippe DENORMANDIE, Praticien hospitalier

Jérémie SECHER, Directeur d'hôpital

Mai 2018

Sommaire

Préambule	3
Liste des membres du groupe de réflexion (par ordre alphabétique)	6
Abréviations	7
Nos Propositions	8
1. Imaginer un nouveau contrat avec les patients	8
2. Réinventer les relations entre professionnels	9
3. Redonner du temps aux professionnels	10
4. Restaurer la confiance entre les professionnels	11
5. Faire de l'hôpital un leader de la recherche et de l'innovation en Europe	12
Déployer la Recherche et la Formation à l'échelle des territoires	12
Positionner l'hôpital comme créateur de valeur et d'innovation	14
6. Renforcer la représentation des médecins, des soignants et des patients dans la gouvernance interne des établissements	15
Remettre la santé au cœur du processus décisionnel	15
Rétablir une structuration médicale de l'organisation en service ou en pôle	16
7. Définir une gouvernance en santé souple et stratégique	17
Revoir le pilotage régional de l'offre en santé	17
Unifier le pilotage national en Santé	18
Conclusion	19
Références	20
Contributions	21
Contribution d'Edouard Couty, Directeur d'hôpital	21
Contribution de David Gruson, Haut fonctionnaire	24
Contribution de Jean Sibilia et Djillali Annane, Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers	27
Contribution de Pascal Forcioli, Directeur d'hôpital	33
Contribution d'Inès Gravey, Directrice d'hôpital	36
Contribution de François Krabansky, Médecin	40
Contribution de Pierre Simon, Praticien hospitalier	42
Contribution de Pierre Espinoza, Praticien hospitalier	44
Contribution d'Emilie Lorrain, Orthophoniste Formatrice	52

Préambule

En février 2018, Philippe DENORMANDIE, Praticien Hospitalier, et Jérémie SECHER, Directeur de Centre Hospitalier, lancent un groupe de réflexion sur l'hôpital public, dans une configuration inédite à ce jour.

L'objectif est **d'afficher la complémentarité entre les patients, ceux qui soignent et ceux qui créent les conditions d'exercice de cette mission**, pour répondre au sentiment de malaise grandissant présent autour de l'hôpital public.

Afin de formuler des **propositions concrètes, innovantes et opérationnelles**, le groupe de réflexion a réuni des **représentants de l'ensemble des acteurs hospitaliers** - médecins, directeurs, soignants et patients – autour d'une sensibilité partagée. Ces professionnels de santé bénéficient tous d'une **bonne connaissance du système de santé** du fait de leur expérience professionnelle ou personnelle et de leur engagement au sein de sociétés savantes, syndicats, fédérations, conférences et autres organisations collectives.

Le **modèle sanitaire français semble dans une situation particulièrement complexe alors que, dans le même temps, les attentes et les besoins restent de plus en plus forts**. Le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques, la prise en charge de populations socialement et économiquement vulnérables, la prévention, la demande forte de dialogue de la part des patients et de leurs représentants, sont des enjeux pour lesquels l'hôpital public doit répondre présent, en capitalisant autour du professionnalisme et de l'engagement des professionnels en santé.

Les Français restent attachés à l'hôpital public. Selon un sondage récent¹, la majorité des Français considère leur pays comme étant celui qui dispose des meilleurs soins et du meilleur accès à l'hôpital public, en Europe. Néanmoins, les trois-quarts d'entre eux pensent qu'à l'avenir, la qualité des soins fournie par les établissements de santé va se détériorer. Le taux des personnes insatisfaites de leur dernier séjour à l'hôpital a déjà été multiplié par près de trois en l'espace de trois ans. De 9 % en mai 2015, il atteint la barre des 25 % en mars 2018².

Les professionnels hospitaliers, quant à eux, toutes catégories confondues, expriment **un sentiment de malaise grandissant** qui interroge l'attractivité de l'hôpital, tout autant que la qualité des prises en charge. Selon un sondage, les personnels hospitaliers jouissent d'une excellente image auprès des patients (86 %), en ont conscience et ont, par ailleurs, le sentiment qu'ils font un travail utile et intéressant (plus de 85 %). La majorité considère, cependant, qu'ils manquent de temps pour accomplir leur travail (67 %), qui n'est pas reconnu à sa juste valeur (79 %)³. En outre, un médecin sur deux ne souhaite pas que son enfant s'engage dans des études de santé⁴.

Force est de constater que de nombreuses réformes ont été appliquées à l'hôpital public en deux décennies, que ce soit sur son financement (T2A), sur sa gouvernance interne (nouvelle gouvernance, loi HPST) et sa gouvernance territoriale (GHT). Les professionnels font part à leur sujet d'un **sentiment d'alourdissement du système**, faute de véritable réforme des missions et modalités d'intervention.

¹ Baromètre 360 santé : Les Français et l'hôpital de demain, rendu public le 26 Octobre 2017

² Baromètre 360 santé : le numérique permettra-t-il de redresser une satisfaction en recul ?, rendu public le 26 mars 2018

³ Baromètre 360 santé : Les Français et l'hôpital de demain, rendu public le 26 Octobre 2017

⁴ Sondage Medscape d'avril 2018 : Satisfaction professionnelle des médecins français

A cela s'ajoute **un maintien des règles administratives et financières** qui, le plus souvent, sont en contradiction avec les évolutions souhaitées (régime des autorisations, règles de financement, modalités d'investissement...). Cet alourdissement s'est étendu aux médecins et aux soignants, **liant dégradation des conditions de travail et manque de temps**, du fait de l'embolisation par des tâches administratives.

Il est donc urgent de transformer un système en lequel les Français croient. Il est également fondamental de s'assurer qu'il réponde à long terme aux enjeux de santé publique comme aux critères de satisfaction et d'épanouissement des équipes qui s'y engagent au quotidien ainsi que des patients.

En parallèle des politiques publiques qui ont transformé l'hôpital public ces dernières décennies, les attentes des professionnels de santé ont évolué, imposant une véritable réflexion autour de la qualité de vie et du sens donné à leur travail. Ces transformations majeures expliquent la situation complexe de l'hôpital public.

- **La perte de sens**, face à leur mission, rejoignant l'enjeu du manque de temps et de la dégradation perçue des conditions de travail.
- **La transformation générationnelle** : le personnel hospitalier n'aspire plus au même quotidien (rapport au temps, engagement professionnel, séparation entre vie personnelle et vie professionnelle, etc.).
- **L'évolution des comportements et des attentes des patients** vis-à-vis des professionnels et la défiance croissante vis-à-vis de l'expertise font évoluer la relation soignant – soigné, mais aussi le rapport aux établissements de santé.
- **La transformation numérique** : le digital fait évoluer les métiers et la communication, notamment à travers le recours à l'intelligence artificielle et les réseaux sociaux, la robotique et la télémédecine qui changent les pratiques.
- **La répartition du temps** : les professionnels de santé se plaignent massivement du manque de temps pour effectuer leur travail correctement, les tâches administratives occupant une part croissante de leurs journées.
- **La perte d'attractivité des carrières publiques hospitalières**, en lien avec cette perte de sens et le manque de reconnaissance, et plus spécifiquement l'évolution des modes d'exercice pour les médecins qui pourrait conduire à revoir le statut avec l'objectif de mieux valoriser chaque professionnel.
- **Le risque de perte d'attractivité de la France** sur la recherche clinique et l'innovation, qui se traduit notamment par sa moins bonne capacité à attirer et fidéliser les meilleurs chercheurs. En 15 ans, notre pays est passé du 5 au 7^{ème} rang mondial en termes de production scientifique⁵. La mondialisation de la recherche réinterroge la capacité des établissements à fidéliser les meilleurs talents. Or, les soins de demain dépendent de la recherche d'aujourd'hui.

Par ailleurs, les évolutions sociétales et sociologiques imposent de repenser le rôle et l'implication des patients dans l'organisation de notre système de santé.

- **L'association des patients à la décision médicale** : les patients sont aujourd'hui plus informés, plus exigeants et dans un rapport nouveau au système de santé.
- **Le rôle des associations de patients**, et au-delà des différents niveaux de représentation des usagers (« patient-citoyen »), dont la place dans le système de santé et dans la gouvernance des établissements doit évoluer.
- **La responsabilité populationnelle des établissements** : il s'agit d'articuler le patient qui est au cœur du système, avec les besoins de l'ensemble de la population qui est à prendre en charge

⁵ L'état de l'Enseignement supérieur et de la Recherche en France, avril 2017, Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation

sur un territoire. L'objectif est alors de coordonner l'offre de services en fonction d'une population donnée, plutôt qu'en fonction des individus qui consomment les services.

- **L'organisation en santé est extrêmement complexe et cloisonnée à l'échelle du territoire.** Notre système de santé fonctionne en silo entre la médecine de ville et l'hôpital, entre hôpital public et hôpital privé, entre le sanitaire, le médico-social et le social, dans un contexte sensible de l'offre ambulatoire.

Au-delà de ces constats largement partagés, le groupe formule plusieurs propositions :

1. ***Imaginer un nouveau contrat avec les patients,***
2. ***Réinventer les relations entre professionnels,***
3. ***Redonner du temps aux professionnels,***
4. ***Restaurer la confiance entre les professionnels,***
5. ***Faire de l'hôpital un leader de la recherche et de l'innovation en Europe,***
6. ***Renforcer la représentation des médecins, des soignants et des patients dans la gouvernance interne des établissements,***
7. ***Définir une gouvernance en santé souple et stratégique.***

Il s'agit de savoir ***comment remettre la santé au cœur de l'hôpital public***, à la fois en ***réduisant la complexité administrative*** pour préserver le temps soignant et ***redonner du sens aux professionnels***. La notion de « soin » renvoie à l'action et aux pratiques de l'ensemble des acteurs (professionnels de santé et professionnels en santé).

Par ailleurs, l'objectif est ***d'associer le patient tant individuellement, au cours de sa prise en charge, que collectivement, à la gouvernance stratégique et opérationnelle des établissements de santé***. Le groupe entend le terme « patient » dans le sens de l'individu nécessitant une prise en charge par un établissement sanitaire, social ou médico-social, du soin critique à son hébergement.

Le groupe a choisi de ne pas traiter directement la question des nouveaux modes de financements et de la T2A, le sujet étant déjà en cours de réflexion au sein du groupe de travail dédié au financement lancé par le gouvernement. Il est cependant clair que les propositions du groupe auront vocation à éclairer cette démarche.

Liste des membres du groupe de réflexion (par ordre alphabétique)



Samira BEKHTI	Dirigeante au sein d'un groupe mutualiste
Sadek BELOUCIF	Professeur des Universités -Praticien Hospitalier
Laurent BERTOLETTI	Professeur des Universités -Praticien Hospitalier
Rachel BOCHER	Praticien Hospitalier
Rodolphe BOURRET	Directeur de Centre Hospitalier
Elodie CHAPEL	Directrice d'hôpital
Guy COLLET	Directeur d'hôpital honoraire
Philippe DENORMANDIE	Praticien Hospitalier
Nathalie DEPOIRE	Infirmière Diplômée d'Etat
Philippe EL SAIR	Directeur général de Centre Hospitalier Universitaire
Bruno FAGGIANELLI	Praticien Hospitalier
Pierre FOUCAUD	Praticien Hospitalier
Thierry GAMOND RIUS	Directeur de Centre Hospitalier
Marie HIANCE	Directrice d'hôpital
Laurent HOUDART	Avocat spécialisé dans le domaine de la Santé
François KRABANSKY	Médecin de santé publique
Olivier LEPENNETIER	Interne en médecine
Angèle MALATRE-LANSAC	Directrice Santé d'un Think Tank
Stéphane MICHAUD	Directeur des soins
Eric ROSENTHAL	Professeur des Universités -Praticien Hospitalier
Jérémie SECHER	Directeur de Centre Hospitalier
Jean Patrick SALES	Praticien Hospitalier
Thomas SANNIE	Représentant des usagers
Pierre SIMON	Praticien Hospitalier
Jacques TREVIDIC	Praticien Hospitalier
Guillaume WASMER	Directeur de Centre Hospitalier

Par ailleurs, soucieux d'élargir la réflexion au plus grand nombre, une plateforme d'échange a été mise en place. Les contributions transmises ont également permis d'alimenter les discussions et propositions du groupe. Les plus formalisées ont été placées en annexe du présent rapport.

Abréviations

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ARS : Agence Régionale de Santé

ASIP Santé : Agence des Systèmes d'Information Partagés en Santé

CH : Centre Hospitalier

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME: Commission Médicale d'Etablissement

CNG : Centre National de Gestion

CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

DOM : Département d'Outre-mer

FHF : Fédération Hospitalière de France

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

GST : Groupement de Santé de Territoire

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patient, Santé et Territoires

IA : Intelligence Artificielle

MNH : Mutuelle Nationale des Hospitaliers

ORDAM : Objectif Régional des Dépenses d'Assurance Maladie

PRS : Projet Régional de Santé

RSE : Responsabilité Sociale des Entreprises

ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources

SMPS : Syndicat des Managers Publics de Santé

T2A : Tarification à l'activité

TOM : Territoire d'Outre-mer



1. Imaginer un nouveau contrat avec les patients

Les usagers de l'hôpital public ont connu une évolution sociologique qui doit être prise en compte. Nombre de patients sont aujourd'hui plus informés, souvent mieux, et plus exigeants. Leur rapport aux soins comme au système de santé a largement évolué et nombreux sont ceux qui souhaitent être partie prenante des décisions médicales. Le point de vue du patient s'inscrit au cœur de la prise en charge et devient un élément indispensable à l'efficacité thérapeutique. Il doit être intégré et priorisé par les professionnels, lors de la prise en charge tout comme dans les modalités de décision.

Afin de répondre à l'exigence de lisibilité de l'offre de soins, un système d'accès à l'information, de conseil voire de régulation doit être mis en place au niveau d'un territoire. Il s'agit également de développer une pédagogie particulière auprès des patients pour expliquer la distinction entre continuité, sécurité et proximité des soins. L'objectif est de rendre lisible l'offre de soins dans les territoires. Il s'agit d'une des réponses à l'embolisation chronique des urgences et de réduire le phénomène d'errance médicale.

Etendre la représentation des patients

La représentation des patients est organisée dans les lieux de concertation et de décision, comme le directoire, à l'échelle des établissements comme des territoires (cf. infra).

Des comités de citoyens sont installés et consultés, avec avis obligatoires, sur les grands projets de l'hôpital et du territoire.

Il convient de favoriser le développement des Universités des patients autour des pôles régionaux d'enseignement et de recherche.

Faciliter l'accès aux soins

La réponse de l'organisation en santé doit varier en fonction des territoires et des besoins des populations (parfois plus sociaux que sanitaires), en particulier l'offre de proximité.

En dépassant les logiques de statut, un service d'accès aux soins primaires et une offre de soins ambulatoires doivent être mis en place, en particulier dans les zones dites « sous-denses », conformément à un cahier des charges public.

Une plateforme clinique territoriale des parcours de prise en charge est mise en place, visant à conseiller et orienter le patient et coordonner les parcours entre les différents acteurs.

Ce dispositif doit pouvoir être saisi par les patients, les familles ou le médecin traitant. Il n'aurait pas vocation à se substituer à un dispositif existant (les urgences ou le 15) mais à devenir un outil complémentaire.

Il doit permettre d'animer le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR).

La formation des professionnels de la plateforme sera fondamentale pour asseoir son rôle d'animation de réseau et de coordination des parcours, notamment les parcours complexes.

Le numérique doit venir en appui de cette plateforme d'information et d'orientation.

Une formation continue est organisée pour permettre aux professionnels d'adapter leur communication à destination des patients.

2. Réinventer les relations entre professionnels

L'amélioration des conditions de travail passe également par une réflexion autour de la gouvernance. En effet, il est apparu que l'excès de réglementation et la rigidité des organisations ont généré plus de défiance que de confiance entre les professionnels. Il est dès lors indispensable de redonner de la flexibilité au système et de la fluidité dans les relations. Il s'agit de promouvoir une gouvernance plus participative, moins verticale, impliquant d'engager une véritable réflexion autour du management hospitalier. Il s'agit également de recréer de la collégialité dans l'élaboration des décisions, dans un contexte où les instances officielles de l'hôpital sont perçues comme des lieux d'information. Elles doivent devenir des lieux d'échanges, de débats et de concertations multidisciplinaires.

Le travail en commun entre les professionnels et les associations de patients est trop souvent l'objet d'initiatives locales et doit être généralisé. Il est nécessaire d'accompagner les professionnels de santé pour que cette relation se renforce.

Enfin, l'intensité du travail n'a pas cessé d'augmenter. Elle est souvent à l'origine de la perception des professionnels de leur souffrance en exercice. Les indicateurs permettant d'identifier la charge de travail sont bien souvent quantitatifs, ne prenant pas en compte la compétence acquise mise en œuvre et le stress induit.

Les méthodologies de travail participatives entre différentes communautés professionnelles fondées sur la co-construction et la collaboration doivent être utilisées et reproduites dans la relation entre les professionnels eux-mêmes mais aussi les associations de patient.

Les animateurs d'équipe doivent être nommés pour leur compétence en management et leur capacité à mobiliser. Il s'agit de dé-corréler le statut managérial du statut de l'expert, tout en conservant une légitimité médicale et soignante incontestable. Cela implique la professionnalisation du management de proximité (formation initiale et continue). Les animateurs sont nommés pour une période limitée, tout en pouvant être reconduit.

Il est indispensable d'enseigner à tous les responsables hospitaliers des modes de management moins verticaux, fondés sur le partage du sens et de la décision, l'accompagnement et la détection de l'épuisement professionnel.

Il doit être permis à tous les professionnels de connaître les autres métiers tant sur les domaines de compétences, les contraintes réciproques et le sens recherché.

Des espaces d'échanges réguliers doivent être instaurés en vue de permettre à chaque professionnel de s'exprimer sur la construction dans la durée de son parcours professionnel, mais également à l'équipe pluridisciplinaire d'organiser l'évaluation de ses pratiques professionnelles.

3. Redonner du temps aux professionnels

Les professionnels de santé partagent le sentiment d'un manque de temps consacré à la prise en charge des patients. La multiplication des normes et des réglementations, l'exigence de transparence (structuration des vigilances, déclaration d'événements indésirables, etc.) ont généré un accroissement des tâches administratives réalisées par les soignants, au détriment du temps passé auprès des patients et des familles. L'outil informatique a paradoxalement accru la distance entre le soignant et le patient.

Selon un récent sondage⁶, les médecins sont 70% environ à considérer qu'ils n'ont pas suffisamment de temps pour accomplir leur mission, contre 30% des Français, ce qui influe négativement sur le sens qu'ils donnent à leurs missions et leur engagement.

Afin d'approfondir ce sujet, le groupe s'est appuyé sur une étude de la Mutuelle Nationale des Hospitaliers réalisée par ODOXA, dont les résultats confirment, ce sentiment.

La majorité des personnels (51%) et surtout des médecins hospitaliers (62%) déclarent manquer « toujours », ou au moins « souvent » de temps pour réaliser toutes leurs tâches. Ce manque de temps et le stress généré, empêchent bon nombre de soignants de consacrer aux patients le temps qu'ils voudraient leur accorder : 70% des personnels hospitaliers et un médecin sur deux (49%) estiment ainsi qu'ils n'ont « jamais », « rarement », ou en tout cas que « parfois » du temps pour parler au patient et plus de la moitié d'entre eux se disent préoccupés par la crainte de faire des erreurs par manque de temps.

L'ensemble des personnels déclare ne consacrer qu'un peu plus de la moitié de leur temps de travail au patient, ce qu'ils déplorent tous ; et estime à l'inverse que les tâches administratives leur font perdre trop de temps dans leur quotidien. La simplification administrative est d'ailleurs le principal levier identifié par les soignants pour regagner du temps à l'avenir.

L'objectif principal est de favoriser la simplification des conditions d'exercice et d'utiliser à bon escient les compétences.

La redondance des tâches ou à l'inverse l'absence de définition des rôles fait peser le fonctionnement des services de soins sur les bonnes volontés. Une réflexion doit être conduite sur la répartition du travail et la synchronisation des temps entre les professionnels dans chaque pôle. La transparence des responsabilités et des activités de chacun est un principe qui doit être appliqué pour tous.

Il est indispensable d'inciter à la création de nouveaux métiers/nouveaux espaces professionnels, nouvelles collaborations, qui assureront les fonctions supports, afin de redonner du temps aux professionnels de santé et de les recentrer sur leur plus-value, leur cœur de métier, qu'ils soient responsables d'équipe ou soignant.

⁶ Carnet de santé des Français et des personnels hospitaliers : les raisons de la colère, rendu public le 05 février 2018

4. Restaurer la confiance entre les professionnels

Le malaise hospitalier actuel s'explique en partie par un sentiment partagé par l'ensemble des professionnels d'une dégradation de l'écoute entre les professionnels et des conditions de travail. Si les conflits semblent se multiplier, dans un contexte financier fortement contraint, ils sont issus à 98% de situations individuelles, selon Edouard Couty, auditionné par le groupe. L'expertise sur les conditions de travail des professionnels hospitaliers existante doit être renforcée et coordonnée avec un dispositif de règlement alternatif et externe des conflits.

Le dialogue social au niveau local et territorial doit également être renforcé à travers une simplification administrative et une meilleure représentativité. A l'heure actuelle, les instances de dialogue social ne sont pas représentatives de l'ensemble des professionnels.

Enfin, une véritable détection et gestion des potentiels doit être constituée au niveau local, territorial et national.

Au niveau local, chaque établissement se dote d'une structure de détection, de gestion des conflits et de conciliation. Elle intervient en amont de la médiation.

Un baromètre social sera réalisé annuellement auprès de l'ensemble des salariés.

Au niveau territorial, une fonction d'observation des conditions de travail, de détection des conflits, de conciliation et de médiation est créée, gérée par l'ARS, mais dirigée par un médiateur indépendant.

Sa mission est d'évaluer les conditions de travail d'une part et d'autre part d'intervenir, en qualité de médiateur, dans les situations de conflits entre professionnels, après épuisements des démarches au sein des établissements.

S'agissant du dialogue social local et territorial, l'organisation des instances intervenant sur les conditions de travail doit être revue afin de permettre une représentation complète des acteurs de l'hôpital et notamment des médecins.

Un dispositif de gestion et de détection des talents est organisé au niveau local, territorial et national.

Au niveau national, un comité professionnel dédié est créé en vue d'organiser une gestion et détection des potentiels. Il est intégré au sein du Centre National de Gestion, devenu indépendant et placé sous la responsabilité des professionnels.

5. Faire de l'hôpital un leader de la recherche et de l'innovation en Europe

Déployer la Recherche et la Formation à l'échelle des territoires

Les établissements publics de santé forment les professionnels de santé. Ils assurent, pour une large part, les missions de recherche et d'innovation irriguant l'ensemble du système. Leur participation aux activités de recherche permet aux personnels de santé de prodiguer des soins conformes aux recommandations scientifiques les plus récentes, comme de susciter des vocations.

D'après une étude récente du Comité National de Coordination de la Recherche, les Centres hospitaliers universitaires sont les premiers acteurs de la recherche clinique en France, en termes de volume de publications. Cette production a augmenté de 35% entre 2006 et 2015, et son indice d'impact a augmenté de plus de la moitié, passant de 1 (la moyenne mondiale) à 1,6⁷.

L'environnement hospitalier doit être adapté, afin de poursuivre cette mission d'enseignement et de mener une recherche de pointe, reconnue au niveau international. A cette fin, le modèle du CHU issu des Ordonnances de 1958 doit être revu, à plusieurs titres :

- Pour que la recherche ne soit plus portée par une structure mais par des équipes de Centres Hospitaliers Universitaires comme des autres centres hospitaliers (voire certains établissements privés). La mise en place de réseaux de recherche clinique est un des prérequis au maintien d'une production scientifique significative dans la compétition internationale.
- Pour que la formation des futurs professionnels de santé soit organisée à l'échelle du territoire, au plus près des besoins futurs, sous le pilotage d'un acteur régional unique.

L'objectif est de fédérer les missions de Recherche et d'Innovation autour d'un réseau d'acteurs et d'établissements, publics et privés, et en particulier les CHU et les CH, qui participent au développement des territoires.

De plus, à ce jour, le système de formation français des professionnels en santé est très cloisonné. La création d'une université des métiers de la santé, au regard de certaines initiatives locales, permettrait de créer une synergie dès la formation initiale entre les futurs professionnels. Dans le même esprit, ces universités des métiers de la santé interviendraient également dans la formation continue.

Une organisation territoriale de la Recherche appliquée, fondamentale et clinique

Le CHU doit être une « tête de réseau » pour la formation, la recherche et l'innovation avec l'objectif d'animer un territoire.

L'organisation des équipes médicales et paramédicales, des universités et des établissements de recherche scientifique privilégient un fonctionnement en réseau. L'objectif est de permettre l'émergence de centres d'excellence à forte visibilité internationale, en lien avec des technopôles, fédérant les acteurs de la recherche et de l'innovation, issus des secteurs public comme privé.

Il est également indispensable de regrouper les universités des métiers de la santé, les laboratoires de recherche et les hôpitaux partagés avec les professionnels de santé du territoire. Les Universités des patients en cours de développement pourraient également y être associées.

Les équipes territoriales de recherche sont constituées et labellisées.

⁷ Rapport d'activité 2017 du Comité national de coordination et de la recherche

La Prévention, comme objet de recherche et d'innovation

La prévention doit devenir un objet d'étude en Recherche comportementale et translationnelle. Par ailleurs, l'émergence de centres d'excellence spécialisés sur les questions de sécurité sanitaire et l'émergence de nouveaux risques doit être favorisée.

Un intéressement à la prévention et à la pertinence est mis en place. Les gains objectivables, réalisés grâce à l'amélioration de la pertinence des soins, sont redistribués pour financer les innovations en prévention.

Attractivité des ressources humaines

Afin de renforcer l'attractivité des carrières universitaires, une dotation budgétaire dédiée permettra le financement des thèses de science par les établissements de santé d'origine et de destination lorsque les bourses ne permettent pas de maintenir un niveau de vie décent.

Des contrats de fonction temporaire sont créés : sous réserve de l'évaluation favorable du projet, un professionnel hospitalier - médical, paramédical ou administratif - peut proposer de s'occuper d'un projet pédagogique ou de recherche, en étant déchargé (complètement ou partiellement) de ses autres tâches, notamment managériale et soignante.

Le tutorat et l'accompagnement des étudiants en santé sont systématisés durant la formation initiale et établis dans le cadre d'un projet individuel et personnalisé à l'échelle d'un établissement et du territoire. La fondation est responsable d'assurer une couverture optimale et adaptée sur l'ensemble de la région.

Positionner l'hôpital comme créateur de valeur et d'innovation

Télémédecine, big data, intelligence artificielle, robotique ou génomique transforment profondément la médecine, les modes de prise en charge et les organisations administratives des établissements de santé. Elles connaissent actuellement un développement rapide et constituent de véritables opportunités pour l'organisation du système de santé. Les soins deviennent de plus en plus techniques, au moment même où les relations humaines entre soignants et patients nécessitent des interactions encore plus fortes. Combiné à l'impression de perte de sens de la collectivité soignante, une refondation des missions de l'hôpital est nécessaire. La recherche de l'excellence de l'hôpital impose de favoriser un accès permanent à l'innovation thérapeutique et organisationnelle, s'affranchissant des rigidités bureaucratiques, dans un cadre politique volontariste, soutenu et réaffirmé. Cela constitue d'ailleurs un élément important de l'attractivité des métiers de la santé, permettant de circonscrire la « fuite des cerveaux et des talents ».

Il est indispensable de créer les conditions pour l'émergence d'une véritable réflexion autour de cette problématique. En effet, il s'agit :

- De définir les modalités de gouvernance qui assurent une réponse organisée.
- D'éviter les erreurs d'analyse (par exemple, convergence des SIH versus convergence des données) qui auraient pour conséquence l'installation d'outils non adaptés aux besoins et le report des utilisateurs vers des solutions non sécurisées.
- D'anticiper l'impact des solutions en cours de développement sur les métiers et les professionnels.

Le groupe appelle les pouvoirs publics à définir une politique pluriannuelle d'innovation en santé, associant l'ensemble des acteurs concernés, et rechercher un leadership international en santé.

Par ailleurs, il est indispensable de clarifier le pilotage des questions de e-santé afin d'adopter une vision globale de ces problématiques.

L'hôpital public s'inscrit au cœur des réseaux académiques, industriels, de services et de développement en santé. Il recherche une unité de lieux avec l'ensemble des partenaires et devient un acteur central d'une ou plusieurs technopôles par Région. La création de fondations universitaires et hospitalières permettront d'offrir un cadre aux partenariats publics-privés.

La notion de Responsabilité Sociale des Entreprises (RSE) digitale doit être créée afin d'aider les établissements à évaluer et anticiper les impacts de l'intelligence artificielle et de la robotisation sur les métiers. Des dispositifs performants de GPEC et de formation continue doivent être développés afin d'anticiper en amont les impacts des solutions IA sur les métiers, cliniques, administratifs et logistiques.

Une formation au pilotage des données et des algorithmes doit être organisée pour les futurs décideurs en santé.

6. Renforcer la représentation des médecins, des soignants et des patients dans la gouvernance interne des établissements

Il s'agit de revenir à l'esprit des réformes, en entendant les préoccupations des médecins et des soignants, sans remettre en cause les évolutions législatives et réglementaires récentes, et dans l'objectif d'accentuer l'implication du patient au processus décisionnel.

L'organisation hospitalière doit être en appui aux activités des soignants, ce qui implique une organisation plus horizontale donnant une capacité d'initiatives et de décisions aux acteurs.

Remettre la santé au cœur du processus décisionnel

Selon le code de la santé publique, le directoire appuie et conseille le directeur de l'établissement dans la conduite et la gestion de l'établissement public. Néanmoins, ses prérogatives propres restent limitées à l'approbation du projet médical et à la préparation du projet d'établissement. Seul le Directeur, président du directoire, dispose de compétences multiples, ayant trait au pilotage stratégique de l'établissement.

Par ailleurs, la représentation des patients dans le management du système de santé et des établissements est restée le plus souvent formelle et consiste essentiellement en leur information. Cela est la conséquence d'une reconnaissance insuffisante de leur légitimité par les professionnels de santé. Or, les associations de patients sont aujourd'hui structurées pour participer à la décision.

Le soin ne peut s'affranchir de l'opinion des patients. Les évolutions de la société et des modalités de représentation autour de nombreux collectifs, les technologies de l'information et de la communication remettent plus que jamais l'utilisateur au cœur du système, en lui conférant la capacité d'être informé, de choisir, d'évaluer sa prise en charge voire de formuler une véritable expertise. Cela impose de définir des modalités d'association de l'utilisateur à la décision, pour le sortir de sa position de « témoin ». Il doit s'agir d'une véritable participation, allant au-delà de l'exigence de transparence et du recueil de la satisfaction.

***Le directoire devient une instance décisionnaire sur tous les sujets stratégiques de l'établissement.
La composante majoritairement médico-soignante du directoire est ré-affirmée.
Le directoire comprend un ou plusieurs représentants des patients.
La participation des associations doit également intervenir au niveau de l'organisation des filières de prise en charge, en établissement et au niveau des territoires.***

Rétablir une structuration médicale de l'organisation en service ou en pôle.

Si tous les établissements ont structuré leur organisation interne en pôles, la maturité du fonctionnement et les réalités (cohérence médicale, taille, effectifs...) de ces derniers restent encore très hétérogènes, excluant néanmoins les responsables médicaux et soignants de terrain du pilotage institutionnel. Les services ont été en grande majorité maintenus. Or, les réunions de service, autrefois appréciées, ont souvent disparu. Il est nécessaire de les réinventer afin de favoriser les échanges entre professionnels.

La mise en place de la T2A a conduit à une prédominance des questions budgétaires et des logiques d'économie dans le fonctionnement des établissements. Les pôles d'activité sont devenus le socle de la contractualisation interne et du dialogue de gestion, à travers les contrats de pôle. Néanmoins, en conséquence de la politique nationale « de rabet », cette approche médico-économique a éclipsé les enjeux médicaux et soignants de fonctionnement des pôles. Il s'agit donc de faire évoluer les services et les pôles afin de permettre l'exercice d'une vision clinique partagée.

La gouvernance des établissements publics devra évoluer vers un renforcement de la délégation polaire décentralisée et médicalisée permettant de conforter un management de proximité et responsabilisant les acteurs. La délégation polaire sera construite sur des contrats d'objectifs.

Les pôles regroupent des services et activités complémentaires organisés autour du parcours de soins du patient, et non dans une logique de gestion exclusive.

Les services ou les pôles sont dirigés par des chefs de pôle et de service, auprès desquels sont placés des conseils cliniques.

Les conseils cliniques sont des instances de concertation médicale et d'expertise du soin, privilégiant les enjeux de qualité et de pertinence des prises en charge, évaluation à l'appui.

Ils garantissent l'expression des professionnels de santé et la prise en compte de celle-ci au niveau institutionnel.

Cette logique de représentation médicale, soignante et des patients se décline également au niveau territorial et national.

7. Définir une gouvernance en santé souple et stratégique

Revoir le pilotage régional de l'offre en santé

La réforme des GHT a profondément modifié le fonctionnement territorial de l'offre de soins publique. Néanmoins, la logique territoriale doit être prolongée, afin que toutes les composantes de l'offre en santé trouvent leur expression dans un pilotage territorial, au-delà de la stratégie de groupe public, les élus, les patients et l'ensemble des professionnels de santé du territoire (incluant les structures ou services publics et privées, les professionnels libéraux, les centres de santé, les plateformes de proximité en cours de constitution et les structures sociales et médico-sociales) autour d'un projet territorial de santé. La structuration doit permettre un pilotage souple et le partage des objectifs et des ressources entre les acteurs publics et privés.

Dans une logique de simplification et d'autonomie, la création d'une gouvernance stratégique du territoire implique la refonte du pilotage régionale de l'offre de soins, ainsi que de son financement qui nécessite la définition d'un Objectif Régional des Dépenses d'Assurance Maladie (ORDAM).

Sans présager du résultat des groupes de travail dédiés au financement, une réflexion par parcours doit être conduite au niveau territorial, afin d'inciter à décloisonner les parcours de santé entre les différents acteurs de la prise en charge.

Après évaluation des GHT et de leurs périmètres d'intervention, l'objectif est de faire coïncider des organisations territoriales hospitalières et ambulatoires à un niveau de proximité et de donner l'autonomie et la souplesse nécessaires aux acteurs pour garantir la pertinence de l'organisation territoriale des soins.

La gouvernance stratégique du territoire est assumée par un Groupement de Santé de Territoire (GST). Il élabore et applique un projet territorial de santé.

Il est composé de représentants de professionnels de santé du territoire publics et privés, d'élus et de représentants des patients.

Son président est élu, parmi ses membres, pour 5 ans.

Il est assisté d'un comité de gouvernance des processus cliniques de prise en charge des patients, organisé par filières de soins, selon les priorités régionales.

Le GST est organisé dans une logique de proximité et s'intègre dans une gradation des prises en charge, en articulation forte avec les CHU en charge du recours, de l'enseignement et de la recherche. En complément de ses missions, le CHU organise systématiquement la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, notamment médicales, en lien avec l'Université et les acteurs de santé.

Le GST dispose d'un budget global décidé par l'ARS, dans le cadre de l'ORDAM, sur la base du PRS, des autorisations sanitaires délivrées et d'indicateurs d'amélioration des données de santé publique sur le bassin de population. Il réalloue les financements aux acteurs de la filière.

Les autorisations d'activités et d'équipement sont allouées au GST.

Un Comité des Patients et des Parcours de soins est mis en place afin de conseiller le GST sur les conditions de prise en charge.

Unifier le pilotage national en Santé

L'administration de la santé est complexe et composée d'acteurs multiples (Ministère, secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, agences nationales autonomes, agences régionales, Assurance maladie, divers comités, etc.). La définition d'une politique et d'une stratégie nationale de santé ne suffit pas à coordonner l'action de l'ensemble de ces intervenants et à piloter le système de santé avec réactivité et efficacité.

Le pilotage du système de santé doit être simplifié et rendu plus fluide, par l'élaboration d'un fonctionnement clair et homogène intégrant l'ensemble des acteurs, sanitaires et médico-sociaux et favorisant leur autonomie au niveau du territoire.

La création de GST induit la disparition des délégations départementales et un repositionnement des ARS dans un rôle d'animation et d'orientation.

Les financements seront coordonnés et définis au niveau national et régional.

Les critères d'évaluation et d'allocations de ressources sont mesurés selon des indicateurs de résultat populationnel et par pathologie. Ces derniers sont élaborés par un comité indépendant, réunissant la HAS, l'ANAP et l'ASIP.

Conclusion

Ces orientations formulées par le groupe de réflexion sont suffisamment précises pour donner lieu à la formulation de propositions plus opérationnelles. L'enjeu majeur reste de garder de la souplesse et de la liberté dans la mise en œuvre, afin de retrouver la confiance des professionnels et des patients, en fonction des réalités territoriales. Il s'agit de faire en sorte que le contrat soit le principe et la réglementation, l'exception.

Un prérequis aux souhaits de transformation formulés dans ce rapport réside dans la réforme de la tarification en cours par le gouvernement. En effet, la contrainte financière ne peut rester l'unique levier de mobilisation collective.

De nombreuses expérimentations voient le jour dans les territoires, de façon souvent isolée. Elles répondent à la résolution de sujets techniques spécifiques, au gré des opportunités, et sont insuffisamment capitalisées. Ces initiatives constituent pourtant les innovations de demain.

Le groupe propose de mettre en œuvre ces orientations dans le cadre d'expérimentations territoriales. La généralisation de l'expérimentation ne doit pas être systématiquement recherchée.

Le groupe de réflexion suggère que la mise en place de ces expérimentations soit pilotée par les ARS, en lien avec les Conseils régionaux voire les métropoles. Dans ce cadre, l'enjeu de la santé publique dans les DOM-TOM pourrait constituer un véritable « laboratoire ». Cette expérimentation concernerait à la fois les filières de soins, les spécificités de santé publique ainsi que les enjeux régionaux de recherche et d'action internationale.

Références

- Baromètre 360 santé : Le numérique permettra-t-il de redresser une satisfaction en recul ?
Rendu public le 26 mars 2018
- Baromètre 360 santé : L'humain dans la santé
Rendu public le 22 janvier 2018
- Baromètre 360 santé : Les Français et l'hôpital de demain
Rendu public le 26 Octobre 2017
- Carnet de santé des Français et des personnels hospitaliers : les raisons de la colère
Rendu public le 05 février 2018
- L'état de l'enseignement supérieur et de la Recherche en France, avril 2017
Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation
- La dimension du temps dans le travail des personnels hospitaliers
Etude Odoxa pour la MNH, avec l'Institut Montaigne et le SMPS, mai 2018
- Rapport d'activité 2017 du Comité national de coordination et de la recherche
- Sondage Medscape d'avril 2018 : Satisfaction professionnelle des médecins français



Un management éthique pour l'hôpital

La vision actuelle de l'hôpital entreprise, inspirée des principes, déjà anciens, du « new public management », induit des pratiques et des postures qui peuvent générer pour les professionnels hospitaliers, soignants ou non, responsables ou non, une perte de sens et de la souffrance au travail. Ce phénomène se produit alors que l'engouement des entreprises pour l'éthique croît de manière importante depuis quelques années, que ce soit dans les relations externes avec leurs fournisseurs ou leurs clients, dans leur responsabilité environnementale ou dans les relations sociales internes et les relations de travail avec leurs salariés. On entend très couramment évoquer des entreprises citoyennes, socialement responsables, on parle de management durable. On voit apparaître des cabinets spécialisés dans la labellisation ou le classement de ces entreprises qui se comparent à d'autres sur ces nouveaux critères. Le gouvernement annonce une réforme du code civil pour une nouvelle définition de l'entreprise afin de prendre en compte ces évolutions récentes et intégrer la notion de bien commun.

Est-ce à dire que la vision entrepreneuriale de l'hôpital public a désormais quelques années de retard ou que la vision éthique revêt pour l'hôpital une autre dimension?

À l'hôpital, la préoccupation éthique est ancienne, elle marque l'histoire même de l'hôpital public dans sa mission d'accueil, d'hébergement et de secours aux plus fragiles.

Depuis que l'hôpital est devenu un lieu de soins, cette préoccupation éthique prend une importance particulière. Elle se densifie et Occupe une place souvent déterminante du fait des progrès techniques et scientifiques.

Cette préoccupation éthique est centrée sur le soin, la prise en charge de la personne malade, âgée, handicapée, sur la relation entre le soignant et la personne soignée.

Si elle est aujourd'hui plus que jamais importante et nécessaire, cette préoccupation éthique dans la dimension du seul soin n'est plus suffisante.

L'hôpital public assure les missions et obligations du service public hospitalier. Les français sont très attachés à ce service public, à ses performances et à son avenir. Il porte et illustre de manière très significative les principes de continuité, d'égalité d'accès, de neutralité, de laïcité et d'adaptabilité du service public. Les malades et, plus largement, tous les citoyens ont vis-à-vis de l'hôpital public de fortes attentes, des exigences qui rejoignent la bonne mise en œuvre de ces principes, les débats sur l'accueil aux urgences, sur les déserts médicaux ou sur l'accès aux soins le montrent quasi quotidiennement. Les politiques de santé, et particulièrement l'hôpital public, portent les valeurs inscrites au fronton de la République : liberté, égalité et fraternité.

Pour le service public hospitalier les valeurs d'égalité et de fraternité et celle de solidarité sont essentielles. C'est sur ces valeurs que se fonde la mise en œuvre des missions de l'hôpital, ce sont elles qui donnent le sens de l'action des professionnels qui y travaillent, c'est sur elles que la préoccupation éthique des différentes professions qui interviennent à l'hôpital doit s'appuyer.

Dans la cité, sur un territoire, l'hôpital est facteur de lien social.

Dans un contexte d'individualisme parfois exacerbé et d'accroissement de la précarité, l'hôpital public est le gardien des valeurs de respect et de justice pour l'accueil de tous et la continuité des soins dans la dignité de la personne humaine soignée.

À ce titre l'hôpital a des responsabilités au sein de la cité et dans la vie démocratique.

Cette exigence et cette responsabilité sont celles des personnes qui ont en charge la conduite, la gestion et la régulation des missions et obligations du service public hospitalier.

La définition de Paul Ricœur qui considère que l'éthique c'est « *la visée de la vie bonne avec et pour les autres* », et la réflexion de Kant qui recommande de traiter « *l'humanité dans sa propre personne et dans celle d'autrui non pas seulement comme un moyen mais toujours aussi comme une fin en soi* » inspirent la préoccupation éthique des professionnels hospitaliers.

Cette préoccupation éthique doit imprégner le management de l'hôpital public au moins sur deux aspects essentiels : le service à la population sur un territoire et les relations humaines et professionnelles.

Le directeur responsable du bon fonctionnement de l'hôpital qu'il dirige n'est pas qu'un gestionnaire comme on le laisse croire trop souvent, c'est d'abord un acteur de santé publique responsable, sur un territoire, aux côtés d'autres professionnels et des politiques, de l'organisation des soins, de l'accès aux soins mais également de la prévention. Cette responsabilité exige outre une bonne maîtrise des outils techniques, une visée éthique qui accompagnera et éclairera la décision complexe à prendre pour positionner l'hôpital sur son territoire par rapport à d'autres acteurs, et au bénéfice des besoins estimés de la population. Dans un avis qui a marqué le monde hospitalier (avis N° 101), relatif à l'hôpital et aux contraintes économiques et budgétaires, le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) invite l'hôpital à « *remplir de manière équilibrée l'ensemble de ses missions et pas uniquement les plus techniques ou les plus spectaculaires* », le même avis demande aux décideurs politiques de prendre toutes leurs responsabilités quant aux missions de l'hôpital soulignant qu'il ne faut pas faire porter sur les professionnels qui sont au contact de la population et des patients (notamment médecins et directeurs) la responsabilité des arbitrages qui doivent être pris au niveau politique national.

Le directeur d'hôpital, acteur de santé sur un territoire, est également responsable du management général de l'établissement qu'il dirige, **la pratique managériale ne peut pas être déconnectée des valeurs du service public hospitalier elle doit au contraire s'en nourrir.**

L'éthique du directeur, et des responsables à tous les niveaux, services, pôles et autres structures internes, c'est notamment la recherche d'une décision juste fondée sur ces valeurs, la nécessité d'une « vision juste » qu'appelle Aristote. Diriger consiste à prévoir, anticiper, guider, affronter des contraintes fortes et des contradictions. Les injonctions contradictoires aujourd'hui dénoncées à juste titre, les contraintes financières plus fortes actuellement que jamais, auxquelles les responsables sont confrontés sont des données qu'ils doivent intégrer comme telles dans leur exercice quotidien de responsables. C'est la rencontre entre l'éthique et le management qui permet, dans de telles circonstances, de ne pas perdre le sens de l'humain.

L'hôpital a pour principale ressource les professionnels qui y travaillent, leurs compétences et le sens de leur engagement. Ces ressources composées de personnes humaines sont précieuses, elles doivent être protégées et les responsables doivent veiller à leur durabilité dans le temps et dans l'espace, c'est une exigence éthique.

Au final, la réflexion éthique doit venir éclairer la décision des responsables et accompagner les trois aspects du management hospitalier : la maîtrise des outils pour bien gérer, la conscience citoyenne de l'acteur de santé publique sur un territoire et la place de l'humain au centre de l'action.

Le responsable doit pouvoir garantir ou assurer, à tout le moins être attentif à la qualité de la relation humaine, au respect de l'autre à chaque niveau de l'institution qu'il dirige. Il doit s'efforcer d'intégrer dans le projet social de l'institution et concrètement dans le discours et dans les pratiques quotidiennes la notion d'altérité, de respect et de conscience de l'autre.

Cet exercice très difficile n'est possible qu'en conciliant compétence technique et exigence éthique.

Platon parlait de l'art du politique comme de l'art de tisser de manière à assembler les contraires en une unité.

Le management, en particulier à l'hôpital public n'est pas seulement la capacité à bien se servir d'outils, ce n'est pas qu'une technique, c'est un art. C'est l'art de donner du sens, de faire partager un projet, d'associer l'autre à la décision, de le faire participer, de donner à tous de la visibilité pour l'action. **Le management c'est l'art de conduire une équipe, un service, un pôle, une communauté médicale, un établissement vers un objectif partagé en considérant que l'humain et le respect de la personne est non seulement la référence pour le soin (le cœur du métier de l'hôpital) mais aussi la référence pour la relation humaine entre professionnels.**

Edouard Couty, Directeur d'hôpital



Intelligence artificielle et robotisation en santé : mobiliser les innovations et déployer des dispositifs de RSE digitale

L'initiative académique et citoyenne Ethik IA vise à permettre le déploiement d'outils de régulation positive pour accompagner la diffusion de l'intelligence artificielle⁸ et de la robotisation en santé. Il ne serait, en effet, pas éthique de ne pas mobiliser ces innovations (1.). Celles-ci doivent, cependant, être accompagnées compte tenu des effets possiblement majeurs sur les métiers du champ sanitaire et médico-social. La mise en œuvre d'une véritable stratégie de RSE digitale constitue, à cet égard, un vecteur d'action intéressant (2.).

1. La diffusion de l'intelligence artificielle et de la robotisation sont sources d'avancées considérables pour notre système de santé qu'il ne serait pas éthique de ne pas mobiliser

Les avancées susceptibles d'être obtenues grâce au numérique en santé pour la qualité de la prise en charge des patients et l'efficacité du système de soins ont été d'ores et déjà montrées par de nombreux travaux.

La rupture technologique est d'ores et déjà en cours dans notre pays. Alors que se profile, en 2018, le sixième anniversaire des ordonnances DEBRE, les CHU sont, en particulier, déjà résolument engagés dans la mobilisation des potentiels d'innovation ouverts dans les domaines du soin, de l'enseignement et de la recherche. Cette démarche d'innovation se diffuse de plus en plus largement dans notre système de santé dans un mouvement permettant de dépasser les clivages traditionnels et notamment entre la ville et l'hôpital ou entre le public et le privé.

Plus largement, l'ensemble des acteurs en ville, des établissements de santé et des structures médico-sociales sont directement concernés par ce mouvement d'innovations technologiques et de démocratisation de la robotisation en santé. De plus en plus d'établissements s'équipent ainsi de robots combinant l'intelligence artificielle, par exemple, dans le cadre de stratégie d'amélioration des fonctions cognitives. Par effet domino, cette vague d'innovation en santé impacte toute la population et tous les acteurs.

⁸ Selon la définition classique de Marvin Lee MINSKY, l'intelligence artificielle correspond à « *la construction de programmes informatiques qui s'adonnent à des tâches qui sont, pour l'instant, accomplies de façon plus satisfaisante par des êtres humains car elles demandent des processus mentaux de haut niveau tels que : l'apprentissage perceptuel, l'organisation de la mémoire et le raisonnement critique* ». L'Intelligence Artificielle (IA) est donc la science dont le but est de faire faire par une machine des tâches que l'homme accomplit en utilisant son intelligence. La terminologie d'Intelligence Artificielle est apparue en 1956. Les termes « *Informatique Heuristique* » sont parfois considérés comme plus appropriés ; l'heuristique renvoyant, selon le Littré, à « *l'art d'inventer, de faire des découvertes* ». En tout état de cause, il s'agit d'éléments de définition matérielle scientifique et non véritablement juridique. Une définition de l'IA au plan strict du droit reste à construire.

Comme le souligne, ainsi, le rapport récemment publié de *France Stratégie* sur *Intelligence artificielle et travail*, « la quasi-totalité des champs de l'intelligence artificielle – reconnaissance d'image, de vidéos, traitement du langage naturel, apprentissage automatique, robotique, etc. – peuvent trouver des applications en matière de santé. C'est vrai pour le diagnostic et les recommandations de prise en charge, pour le traitement, la chirurgie, le suivi personnalisé, le domaine médico-social, la réadaptation mais aussi la prévention, la recherche clinique. L'intelligence artificielle permet d'automatiser non seulement des tâches simples comme la mesure du poids ou de la tension artérielle mais aussi des tâches complexes comme le diagnostic médical et la prise en charge thérapeutique. »

Or, la France se trouve, en 2018, dans une situation paradoxale. Alors qu'elle dispose de base de données en santé d'une qualité de niveau mondial, notre pays reste encore relativement en retrait s'agissant de la diffusion du pilotage par les données au sein du système de santé. Cette situation est source de problématiques éthiques immédiatement constatables. Les dysfonctionnements associés à l'absence de pilotage par les données dans le champ de l'insuffisance rénale chronique constituent, à cet égard, un exemple frappant de situations d'inefficience et de non pertinence des soins que nous ne pouvons plus accepter au sein de notre système de soins.

2. Une rupture technologique qui doit être accompagnée par une véritable stratégie de RSE digitale

Ce mouvement d'innovation technologique n'est pas accompagné, à ce stade, d'une démarche suffisante d'innovation dans la définition d'un cadre de régulation de ces avancées.

Les études déjà existantes sur d'autres secteurs économiques et sociaux indiquent des effets massifs de disparitions ou de recompositions radicales d'emplois existants et des effets – au global sans doute moins significatifs – de créations d'emplois nouveaux. A titre d'exemple, le rapport de 2016 du Conseil d'orientation pour l'emploi a montré que 10% des emplois actuels présentent de grandes vulnérabilités dans un contexte d'automatisation, et que 50% devraient voir leur contenu évoluer de manière significative d'ici une quinzaine d'années. Le manque d'une méthodologie robuste et partagée de chiffrage des effets de suppressions d'emplois actuels et de créations d'emplois nouveaux se fait, en l'état, fortement ressentir pour le secteur sanitaire et médico-social. En l'absence d'anticipation et de prévision sur ces enjeux, l'effet de choc lié à ces ruptures technologiques sur les métiers du secteur sanitaire et médico-social risque de s'avérer particulièrement dur à gérer pour de très nombreux professionnels. Ethik-IA produira un premier document de cadrage sur cette thématique essentielle dans le courant du mois d'avril prochain.

La mise en œuvre d'un dispositif d'intelligence artificielle ou de robotisation en santé ne doit pas conduire à écarter l'application des principes et règles déontologiques dans l'exercice des professions de santé utilisant ces dispositifs. Les effets du recours à un dispositif d'intelligence artificielle ou de robotisation sur les conditions de cet exercice doivent, dans toute la mesure du possible, faire l'objet de modalités d'anticipation et d'accompagnement. Une partie des gains d'efficience obtenus par le déploiement de l'intelligence artificielle et de la robotisation en santé doit être mobilisée pour le financement de cet accompagnement, la formation – initiale et continue – des professionnels aux enjeux de l'intelligence artificielle et de la robotisation et pour le soutien à l'émergence de nouveaux métiers dans le champ sanitaire et médico-social.

Dans ce contexte, l'investissement dans la régulation du déploiement de l'IA et de la robotisation doit pouvoir être reconnu comme une nouvelle forme d'exercice de la responsabilité sociale d'entreprise (RSE) aussi bien dans le secteur privé que dans le secteur public.

Le choix d'investir dans un cadre responsable de recours à l'IA et à la robotisation s'inscrit, en effet, directement dans une logique de développement durable au sens large.

En réalité, rien ne s'oppose à cette reconnaissance du point de vue du champ de la RSE telle défini par les textes. La Commission Européenne, dans sa troisième communication de 2011 sur la RSE, la définit ainsi comme « la responsabilité des entreprises vis-à-vis des effets qu'elles exercent sur la société ». Cette logique peut donc être appliquée aux transformations RH induites par l'intelligence artificielle et la robotisation.

D'un point de vue pratique, la mise en œuvre de cette nouvelle forme de RSE associée au numérique, à l'IA et la robotisation responsables peut prendre des formes diverses :

- **Actions de sensibilisation des salariés aux enjeux du numérique ;**
- **Adaptation des outils de formation et de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ;**
- **Engagement dans l'anticipation de l'adaptation des métiers** et soutien à des actions par lesquelles les salariés souhaiteraient, sur la base du volontariat, s'engager dans une logique d'évolution de leurs compétences personnelles dans le contexte de la révolution numérique ;
- **Participation, dans le cadre de régimes de mécénat ou de contributions volontaires, au financement de dispositifs d'intérêt général contribution à l'adaptation de la société dans son ensemble au fait numérique.** Ce levier pourrait ainsi être actionné pour contribuer au financement de la recherche appliquée sur la régulation du déploiement de l'IA et de la robotisation ;
- **Engagement dans des dispositifs de *self-compliance*, de certification volontaire** permettant de vérifier le caractère éthique et responsable de l'engagement d'un acteur socio-économique dans la transformation numérique.

Ce nouveau champ de RSE s'avère donc particulièrement large et ses modalités de déploiement possiblement très diversifiées.

David Gruson, Haut fonctionnaire



Comment repenser l'organisation territoriale des soins par une réforme de la formation des métiers de la santé et le renforcement de la Recherche pour permettre un accès équitable à l'innovation

Le système de santé peut se transformer par une réorganisation territoriale mais cela ne doit pas reposer uniquement sur une stratégie de graduation des soins. Cette stratégie doit inclure une réflexion sur la formation, la recherche et l'accès à l'innovation qui sont des facteurs majeurs d'amélioration de la qualité des soins et de l'attractivité.

La territorialité de la « santé » est un enjeu fondamental dans le contexte de la réorganisation des régions et du système de santé fondée sur deux grands principes qui sont :

- Le renforcement de la coordination « ville – hôpital » dans le cadre d'un « parcours de santé » gradué comprenant les soins et la prévention mais aussi d'un « parcours Recherche » innovant centré sur le patient.
- La réorganisation des relations entre les CHU et les autres établissements dans un système « CHU tête de réseau » coordinateur du parcours de formation et de recherche au sein des GHT, et au-delà, avec l'ensemble des acteurs de sa subdivision universitaire et de sa région.

Le secteur de la santé est un domaine de développement, de richesse et d'attractivité majeure pour notre pays. Une stratégie nationale est indispensable mais elle doit se décliner par des stratégies territoriales plus agiles et plus dynamiques en étant conscient de la diversité des écosystèmes qui se sont développés. Cette organisation territoriale doit se faire au profit du patient en s'adaptant aux enjeux de la médecine de demain qui sera 4P (personnalisée, participative, prédictive et préventive) mais aussi 4C (complète, chronique, collaborative et connectée).

La stratégie territoriale peut être efficace et réactive grâce à une coordination de terrain bien informée des enjeux de proximité mettant en synergie l'ensemble des acteurs académiques et institutionnels (universités, ARS et hôpitaux, assurance maladie, EPST (Inserm, CNRS)...) mais aussi des collectivités (métropole, département, région) dans un « contrat santé » élargi à la recherche et la formation dans un territoire hospitalo-universitaire de santé.

Une coordination des soins, de la formation et de la recherche doit être proposée en raison de l'interconnexion synergique de ces 3 domaines. La réponse aux défis de la médecine de demain doit donc être graduée pour plus d'efficacité et d'efficience en attribuant des rôles spécifiques au CHU et éventuellement à d'autres établissements selon un référentiel qu'il faut déterminer.

Cette réorganisation territoriale dépend d'un certain nombre de facteurs qu'il faut être capable de mesurer et/ou de mettre en oeuvre pour une stratégie cohérente et efficace.

1- Une évaluation territoriale des besoins de soins, de formation et de recherche pour une organisation plus performante et plus attractive

- Il faut être capable de mesurer les « besoins » des territoires par une méthodologie prospective aujourd'hui applicable à l'offre de soin et à la démographie des métiers de la santé grâce aux travaux du ministère de la Santé (ARS) et de l'ONDPS mais qui devrait l'être aussi pour la recherche et l'innovation par des critères simples à déterminer.

- Il faut être capable de bien analyser les diversités territoriales en intégrant les difficultés spécifiques des zones rurales, de montagne, péri-urbaines ainsi que les difficultés spécifiques de certaines zones urbaines défavorisées ou inadaptées (difficultés foncières...) pour adapter notamment l'offre de formation et l'effort de répartition des métiers de la santé dont il faudra mesurer l'impact.
- Ces évaluations permettront de mettre en place une stratégie de formation et recherche adaptée aux territoires.

2- Une organisation efficace des établissements de santé et des autres acteurs du GHT et de la subdivision universitaire intégrant la formation, la recherche et l'innovation.

- Dans un CHU réformé, il faut une organisation graduée avec des filières de recours mutualisées, des filières de soins de proximité, mais aussi des filières adaptées à l'évolution des pathologies qui sont de plus en plus multiples, chroniques et complexes en collaboration avec l'ensemble des partenaires du soin.
- L'organisation territoriale doit permettre dans le cadre de filières de recours, un accès à l'innovation de la façon la plus équitable possible pour nos patients et nos citoyens dans une logique de mutualisation territoriale et régionale voire nationale (et même internationale) pour les techniques les plus innovantes et les plus coûteuses. Le CHU doit être le lieu de développement et de mise à disposition de l'innovation avec une spécificité de « centre expert » qui peut être dévolue à d'autres établissements selon un référentiel de compétences territoriales qu'il faut mettre en place.
- Les acteurs de la recherche territoriale (universités, hôpitaux, EPST) doivent former un comité territorial (selon une échelle à définir pour chaque écosystème) pour définir ensemble une stratégie de Recherche et d'innovation dans le respect des prérogatives de chacun mais avec réactivité et efficacité. Ce comité, qui correspond à une évolution du CRBSP doit associer l'ensemble des acteurs (collectivité, métropole, ARS, Assurance maladie, partenaires privés).
- La coordination territoriale, à une échelle qu'il faut définir, doit proposer un « Plan Santé Recherche et Innovation » qui va mobiliser tous les partenaires politiques (Etat, Région, Métropole, Département...) et privés pour un projet de site ambitieux adapté à l'écosystème territorial, ce que préfigurent les pôles de compétitivités.
- Ces initiatives territoriales doivent permettre de remobiliser les acteurs privés en leur offrant un écosystème et des facilités justifiant qu'ils viennent réinvestir en toute confiance notamment dans le secteur Recherche et Développement.

3- Une offre de formation adaptée aux besoins territoriaux favorisant le décloisonnement « ville – hôpital ».

- Le nombre total de médecins en exercice en France est de 3.3 pour 1 000 habitants, ce qui est inférieur à la moyenne de l'OCDE 35 (3.4 pour 100 habitants – rapport 2017) mais surtout nous avons formé moins de médecins que la plupart des autres pays de l'OCDE de 2000 à 2015. Par exemple en 2015, le nombre d'étudiants validant un diplôme de médecin est de 9 pour 100.000 habitants alors que la moyenne des pays de l'OCDE est de 12.8, ce qui suggère qu'il est nécessaire d'aménager un effort de formation adapté aux besoins territoriaux et aux nouvelles organisations.

- L'offre de formation doit être adaptée à la typologie des parcours de soins qui peuvent varier dans les territoires en fonction d'une épidémiologie spécifique pour certaines affections chroniques comme le diabète et les maladies inflammatoires chroniques, les maladies de l'enfant, les maladies neuropsychiatriques et les cancers.
- Il faut favoriser le décloisonnement « ville – hôpital » grâce à l'université qui rayonne dans sa subdivision (hors établissement de santé) en créant un lien fort avec la médecine de ville ambulatoire par exemple sous forme de stages ambulatoires obligatoires en 2ème cycle et 3ème cycle de médecine générale et des autres spécialités.
- Il faut accélérer la formation et la collaboration pluri-professionnelle, en intégrant l'évolution des modes d'exercice et les nouveaux métiers notamment les pratiques avancées, en développant notamment les maisons de santé universitaires.
Cette collaboration pluri-professionnelle est un axe de refondation des facultés (UFR) pour en faire des UFR Santé collaboratives dans des périmètres à définir selon chaque université pour partager des objectifs et des moyens pour la formation et la recherche :
 - Les axes de collaboration sont nombreux avec les pharmaciens, en particulier pour les actions de prévention et la pharmacie clinique
 - Les métiers de la santé vont permettre de renforcer la prise en charge des patients à l'hôpital (équipes H et HU) et dans le cadre de réseaux « ville-hôpital »
- Il faut faire évoluer les statuts des soignants, en particulier par des statuts mixtes permettant de combiner des exercices différents avec la possibilité au cours de la vie de reconstruire son projet professionnel par des passerelles avec des VAE assorties d'une re-certification par les Conseils ordinaires.
- Il faut organiser une formation tout au long de la vie (DPC différencié) pour les métiers médicaux mais aussi pour l'ensemble des métiers de la santé. Cette formation doit être organisée sous la responsabilité des collègues (CNP, collègues universitaires), de l'université par différentes modalités pédagogiques comportant de l'e-learning, de la simulation et du travail pluri-professionnel. Cet engagement de formation devrait permettre une re-certification de professionnels de santé, aujourd'hui indispensable, qui pourrait être adaptée en fonction d'une stratégie définie dans un plan santé, formation, recherche et innovation de territoire.
- Il faut mettre en œuvre des mesures d'attractivité non coercitives dans les zones sous-denses en particulier par le contrat d'engagement de service public (CESP) qui existe depuis 2009 mais aussi par d'autres propositions qui pourraient permettre aux collectivités de ces territoires en difficultés de trouver des facilités et des modalités d'accueil (locaux, modalités fiscales, primes) permettant l'installation de jeunes médecins qui pourraient d'emblée demander à être médecins formateurs (maître de stage universitaire) pour prolonger l'effet d'attractivité.
- Il faut organiser et concentrer les moyens pour que le CHU (avec ses partenaires) devienne un lieu d'expérimentation et de mise à disposition d'outils pédagogiques innovants et spécifiques comme les centres de simulation, les plateformes numériques ou tout autre outil selon un plan d'action et d'investissement territorial et régional cohérent.

4- Une intégration rapide de l'évolution de la technologie dans la stratégie de formation, d'offre de soins, de recherche et d'accès à l'innovation.

- La formation initiale et continue doit intégrer la découverte et l'application des nouvelles technologies numériques et de l'Intelligence Artificielle pour l'ensemble des professionnels de santé. Cette stratégie de formation peut être intégrée dans la stratégie territoriale.
- Ces nouvelles technologies, en particulier l'intelligence artificielle et les entrepôts numériques, vont permettre non seulement l'optimisation des soins (par exemple par la télémédecine) mais aussi la collecte de « données en masse » pour une recherche plus performante. Cette recherche « Big Data » doit être intégrée dans un effort national souhaité par une politique de transformation de nos capacités.
- Ces données seront fondamentales pour anticiper et gérer les problèmes de santé publique (exemple : données sur le médicament), les données épidémiologiques (exemple : détection de maladies émergentes) et les données utiles pour une recherche appliquée notamment en soins premiers.

5- Une organisation territoriale avec une vision sociétale

- Il faut une organisation territoriale avec une vision sociétale qui permet d'améliorer l'information des patients en intervenant en milieu scolaire, comme le préfigure l'initiative du service sanitaire, et en interagissant avec le grand public dans des domaines importants comme la prévention, les risques liés à l'environnement, le Médicament et l'innovation ou d'autres domaines.
- Il faut sensibiliser la population à une vision citoyenne des grands problèmes de santé en particulier de l'érosion de la biodiversité dans une réflexion « One Health » qui peut avoir un sens territorial particulier. Cela peut se faire par des rencontres (une rencontre « citoyenne » par an dans chaque UFR), des débats et des animations avec les acteurs locaux (presse, politique...)
- Il faut préparer les jeunes médecins et soignants en leur permettant une compréhension du monde de demain avec la plus grande ouverture possible même dans une réflexion d'organisation territoriale.

Les 20 engagements de la Conférence des Doyens pour une réforme ambitieuse et cohérente de la formation, de la recherche et de l'innovation dans une stratégie territoriale

Les facultés de médecine, en collaboration avec les autres facultés de santé et les professionnels de la santé ainsi que tous les acteurs revendiquent de s'engager de façon solidaire et collective dans nos territoires pour répondre aux enjeux de la démographie, de la recherche et de l'innovation pour une médecine qui est dans une phase de métamorphose inédite. Cette médecine doit faire face à des enjeux humains, économiques mais aussi à l'immense défi des écosystèmes menacés par une accélération des modifications climatiques et l'inquiétante érosion des biodiversités. Le bon médecin de demain devra être un humaniste bienveillant, ce qui est une valeur de référence universelle mais aussi un homo-numericus capable de s'allier à l'intelligence artificielle, un dynamique manager pluri-professionnel, un acteur motivé de sa formation au cours de la vie, mais aussi un homo-sapiens conscient des enjeux universels de la « One Health ».

Ces engagements de la Conférence des Doyens soulignent nos convictions pour transformer le système de santé avec notre légitimité d'acteurs hospitalo-universitaires de terrain et de manager « territoriaux » de nos composantes universitaires.

Les Engagements pour une stratégie de formation territoriale

Ces engagements sont, pour certains, issus d'« Initiative Territoire » portés par le Conseil de l'Ordre et la Conférence des Doyens avec ses autres partenaires. Dans une réflexion territoriale, ces engagements pourront être portés par des « cellules Initiative Territoire ».

1. Proposer aux lycéens des informations pour préparer l'entrée dans les études de santé dans le cadre d'initiatives locales et territoriales afin de recruter dans les zones en difficultés et de diversifier leur profil.
2. Favoriser les initiatives territoriales et locales facilitant l'accès au 1er cycle des études de santé, par exemple par des enseignements délocalisés (antennes) et/ou dématérialisés (plateformes e-learning) ou en renforçant l'accompagnement par un tutorat et différents moyens pédagogiques mis à disposition par l'université dès le lycée.
3. Remplacer le numerus clausus par un système de régulation (numerus apartus) adapté aux besoins de formation régionaux en fonction des capacités pédagogiques de l'Université (Facultés de Santé) qui est le maître d'œuvre de ce dispositif.
4. Remplacer le classement final à l'issue du 2ème cycle, actuellement fondé exclusivement sur les ECN par un système de validation (certification) et de régulation dans une stratégie territoriale et régionale qui valorise le projet professionnel.
5. Développer la logique pédagogique de la réforme du 3ème cycle en faisant évoluer avec réactivité les maquettes et les enseignements (ETU, FST) en fonction des besoins (connaissances et compétences) dans une logique démographique et d'offre de soins régionale (commissions régionales).
6. Proposer des mesures incitatives dès le 2ème cycle pour favoriser des projets professionnels d'installation dans des zones défavorisées en développant le CESP et d'autres modalités d'accompagnement en collaboration avec les collectivités par divers moyens d'attractivité.
7. Permettre une formation à tous les modes d'exercice en médecine générale et dans différentes spécialités tout en conservant un lien indispensable avec l'hôpital qui est un terrain de stage par excellence en particulier pour favoriser le travail collectif et favoriser l'exercice pluri professionnel en formation initiale à l'hôpital et en ambulatoire.
8. Proposer une « formation au cours de la vie » par une formation continue universitaire (DPC différencié) permettant la mise à jour des connaissances et des progrès de l'innovation en utilisant un environnement numérique (SIDES/UNESS) partagé avec le 2ème et le 3ème cycle dans la perspective d'une procédure de recertification adaptée à une stratégie territoriale.
9. Permettre la formation et l'apprentissage des maîtres de stage dans des territoires sous denses pour que leurs étudiants découvrent des zones en difficultés mais potentiellement attractives.
10. Coordonner des actions pédagogiques et d'information avec celle des collectivités locales pour favoriser l'installation en zone sous dense par des formations au sein des facultés de santé.

Les Engagements pour une stratégie de recherche et d'innovation territoriale visant à optimiser la qualité des soins

11. Afficher une volonté politique pour que la recherche et l'innovation soient une priorité territoriale qui contribue à l'attractivité et in fine à la qualité des soins.
12. Inciter à une politique « de site » de la recherche et de l'innovation en santé coordonnée par l'ensemble des acteurs avec les collectivités et des partenaires privés en phase avec la stratégie nationale de recherche et des grands plans de financement (génomiques, numériques) acté par un « plan ou contrat de santé Recherche et Innovation ».

- 13.** Réformer le CHU (CH et U), reuniversitarisé sous la double tutelle du ministère des Solidarités et de la Santé et du ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation pour lui donner un statut spécifique autorisant des expérimentations et des missions de formation, de recherche et d'innovation qui lui sont propres en collaboration avec tous les autres acteurs académiques (hôpitaux, établissements et structures dans les EPST) et éventuellement des partenaires privés.
- 14.** Créer un « campus santé » autour du CH et U reuniversitarisé « tête de réseau » qui peut coordonner en collaboration avec les EPST (Inserm, CNRS), d'autres établissements et des acteurs privés l'ensemble des actions de recherche en santé des soins premiers à la recherche préclinique, sous la responsabilité des doyens de santé qui ont une réelle légitimité de terrain.
- 15.** Avoir une réflexion stratégique pour définir les grandes orientations par un comité de type CRBSP (Comité de la Recherche Biomédicale et de la Santé Publique) rénové dans un CH et U reuniversitarisé associant l'ensemble des acteurs de la Recherche en y intégrant les usagers dans une logique territoriale.
- 16.** Favoriser le développement d'un « parcours recherche patient » qui contribuerait à produire des données non seulement par des grandes plateformes territoriales (entrepôt de données génomiques, transcriptomiques, multiomiques...), mais aussi par des soins premiers en médecine ambulatoire pour éviter un cloud mondialisé, cela afin de garantir la sécurité des données personnelles de nos citoyens et de favoriser le rayonnement de la francophonie.
- 17.** Mettre en place une organisation mutualisée de la recherche en santé avec des structures dont le financement doit reposer sur des indicateurs d'activité et de qualité selon des principes pragmatiques visant à améliorer la qualité de l'investigation et de la promotion dans un souci de simplification pour « laisser du temps » aux chercheurs.
- 18.** Favoriser la recherche en soins premiers dans les territoires en s'appuyant sur des réseaux ambulatoires notamment les maisons de santé pluri-professionnelles mais coordonnée par une organisation professionnelle de la recherche.
- 19.** Permettre le développement et l'accès à l'innovation au plus grand nombre par la création au sein des CH et U de centres experts sur des modèles de type RHU ou IHU qui associent des compétences et des financements publics et privés.
- 20.** Favoriser une stratégie territoriale des appels d'offre destinés à renforcer les axes forts et le cas échéant soutenir des axes émergents en étant très attentif à éviter une dilution et de saupoudrage des moyens pour faire émerger des centres d'excellence territoriaux (régionaux ou interrégionaux) avec une visibilité internationale à l'image d'un IHU ou d'une autre structure de ce type.

**Jean Sibilia, Doyen d'université de médecine
Djillali Annane, Doyen d'université de médecine**



C'est ensemble que nous transformerons notre système de santé !

Notre système de santé passe pour l'un des meilleurs du monde, et pourtant ses acteurs et ses usagers le remettent en cause régulièrement. Et chacun à leur tour, tous les 5 à 10 ans depuis la loi Evin de 1991, les pouvoirs publics tentent de le réformer durablement à travers des lois ou ordonnances successives.

Les atouts reconnus de notre système de santé sont son accessibilité pour tous basée sur un financement solidaire, un maillage des urgences et de l'offre de soins et médico-sociale sur tous les territoires en dépit de l'existence de zones sous-denses et déserts médicaux, la qualité de la formation et de la recherche médicales, les centres d'excellence publics et privés (centres hospitaliers et universitaires régionaux, centres de lutte contre le cancer, instituts spécialisés, centres de greffe), des équipes médicales de renommée nationale et internationale, une capacité à porter innovations et prouesses médicales (thérapie génique, opérations chirurgicales en réalité augmentée, implants cérébraux, greffe du visage, télé-chirurgie)... Autant de forces au crédit du système de santé français. Ses faiblesses sont l'écart entre son coût croissant et son financement basé sur une tarification productiviste mais en tendance baissière, ses cloisonnements encore trop marqués d'une part entre la ville et l'hôpital et d'autre part entre le sanitaire et le médico-social, le manque de coordination et coopérations entre les effecteurs de soins qui occasionne à la fois des ruptures dans les prises en charge, des redondances d'actes et des dépenses inutiles, la prédominance du curatif sur le préventif malgré la demande des patients et associations de patients, et l'insuffisance de l'*empowerment* patient.

Des menaces pèsent sur notre système de santé : creux de la démographie médicale dans certaines spécialités jusqu'en 2025 et vieillissement des professionnels de santé en activité, ONDAM sous contrainte de plus en plus insuffisant par rapport à l'évolution naturelle des dépenses de santé liée au vieillissement de la population, à la progression des maladies chroniques et aux progrès médicaux et techniques, aggravation du malaise hospitalier et grogne médicale, inégalités de santé territoriales et sociales croissantes qui créent un système de santé à plusieurs vitesses... Près de nous les défauts tant décriés du *National Health Service* (NHS) représentent ce qui pourrait advenir si on ne remédie pas à nos carences.

Des opportunités de changement se font jour, saisissons-nous-en !

Ces opportunités, c'est notamment la stratégie nationale de santé, l'élaboration des projets régionaux de santé de 2^{ème} génération (PRS2), la territorialisation de l'offre de soins et médico-sociale, les projets que doivent porter les groupements hospitaliers de territoire (GHT) et les communautés professionnelles territoriales de santé, les perspectives de la e-santé et l'engagement d'une future réforme du financement des établissements et de la tarification des soins. La contrainte financière, l'exigence accrue de qualité en santé, le bon usage des soins et l'efficacité médico-économique sont aussi des leviers dont il ne faut pas nier l'impact vertueux. Tous ces éléments portent ensemble les germes de la transformation et de l'amélioration de l'efficacité de notre système de santé.

Mais les professionnels et les managers de santé doivent devenir être davantage acteurs de la mise en œuvre des changements et de la modernisation du système, et promouvoir eux-mêmes un nouveau modèle d'organisation et de pratiques.

Ce nouveau modèle dont on peut s'inspirer en l'adaptant, existe et c'est celui éprouvé de la psychiatrie. Depuis longue date l'offre de soins en psychiatrie est territorialisée, graduée, ouverte aux coopérations ville/hôpital et sanitaire/médico-social et social, et fonctionne en mode pluridisciplinaire et collaboratif. La psychiatrie nous propose un schéma d'organisation qui associe un réel maillage des territoires, une graduation des soins et des complémentarités entre les acteurs reposant sur des structures de proximité ambulatoires, hospitalières et médico-sociales, des structures de recours en hospitalisation complète ou incomplète, des structures de référence et des activités de recherche. Depuis longtemps la psychiatrie est sortie des murs avec des établissements qui se sont nettement restructurés et une offre de soins et médico-sociale largement recomposée.

Alors que l'évolution des pratiques et des thérapeutiques nous permet d'accentuer le virage ambulatoire et réduire les durées d'hospitalisation à condition de mieux coordonner les parcours patients, nous avons aujourd'hui beaucoup trop de rigidités foncières, architecturales, organisationnelles, financières, politiques et surtout sociales. Nous avons encore trop de lits d'hospitalisation complète en court séjour, trop de blocs opératoires peu efficaces, trop de petites maternités, trop de petits services médicaux et chirurgicaux. Et nos ressources humaines et techniques sont à la fois émietées et redondantes, et pas assez mobilisées sur le retour et le maintien à domicile et sur la prévention et l'éducation en santé.

Un des freins aux transformations de l'hôpital est l'emploi local que représentent les établissements de santé et particulièrement les établissements publics, généralement parmi les tout premiers employeurs dans leur bassin de vie. C'est ce qui explique que les transformations ne vont pas aussi vite que la pression économique l'exigerait – et qui est à la source d'une part conséquente de l'aggravation des déficits structurels de certains hôpitaux constatée ces dernières années.

Nous savons qu'une transformation rapide ne peut s'accomplir qu'à condition d'un maintien du climat social dans les établissements de santé et donc d'un maintien du volume global des emplois hospitaliers en gérant la pyramide des âges sur un temps relativement long. Cela nécessite que les recompositions soient basées sur des réorganisations et redéploiements qui garantissent l'emploi sans plan social massif. C'est ce qu'a su faire la psychiatrie avec la sectorisation et le développement des activités extrahospitalières tout en établissant un panel d'offre répondant mieux aux besoins de la santé mentale.

Si l'on veut réduire significativement le nombre de lits hospitaliers pour accélérer le virage ambulatoire et réduire les durées de séjour, il faut donner aux établissements de santé les moyens juridiques et financiers de projeter une partie de leurs ressources existantes sur le terrain dans des nouvelles missions de proximité ambulatoires, de retour et de maintien à domicile, de coordination des parcours, de prévention et d'éducation à la santé. Il faut aussi casser le cloisonnement ville hôpital en permettant aux professionnels des établissements de santé de participer aux maisons de santé et aux équipes de soins primaires dans les zones sous-denses sans concurrence avec les professionnels de santé libéraux.

Cela passe par de nouvelles organisations plus flexibles et des mesures telles que :

- la formation initiale et continue à de nouveaux métiers,
- des incitations aux départs volontaires plus souples et plus attractives que le régime actuel des indemnités volontaires,
- une baisse significative de la part de la tarification à l'activité comme annoncé récemment par la ministre des solidarités et de la santé,
- un modèle de dotation aux parcours de soins,
- une meilleure reconnaissance des activités d'éducation thérapeutique et de prévention,
- un accompagnement des projets territoriaux de santé en ingénierie, formations adaptées et solutions e-parcours.

En s'inspirant de ce qu'a réalisé la psychiatrie, le MCO peut mettre en place des centres médico-chirurgicaux ambulatoires de proximité, véritables lieux de consultations et d'actes diagnostiques et thérapeutiques ambulatoires multidisciplinaires connectés, appuyés à des maisons de santé et sans doublon avec la médecine de ville et les professionnels de santé libéraux, ainsi que des équipes mobiles de liaison, d'intervention et de prévention au domicile, dans les EHPAD et les établissements pour personnes handicapées – articulées avec les HAD, SSIAD et acteurs de services à domicile et sociaux et avec le service sanitaire.

Comme la psychiatrie, le MCO doit parvenir à réduire son armement hospitalier et en même temps se déployer sur les territoires dans des structures innovantes ville-hôpital et tournées aussi vers des actions et coopérations dans le social et médico-social.

Ces transformations à réaliser sont complexes. Elles nécessitent notamment la mise en place d'outils permettant aux professionnels de mieux communiquer entre eux et avec les patients :

- Dossiers partagés : dossier médical partagé, dossier pharmaceutique, dossier communiquant en cancérologie ville-hôpital, dossier de liaison urgence dans les EHPAD, dossier patient informatisé, fiches de liaison, systèmes de communication et d'archives d'images territoriaux (PACS) et systèmes d'information radiologie partagés ou convergents (RIS), dossier biologique ;
- Portails et espaces collaboratifs professionnels, portails et forums patients ;
- Déploiement généralisé de la messagerie sécurisée de santé ;
- Généralisation de la télémédecine et la e-santé ;
- E-éducation du patient,
- Dispositif de services aux professionnels et aux usagers sous forme de hotlines téléphoniques et numériques en complément de la régulation et de la permanence des soins ambulatoire (PDSA) et de la permanence des soins en établissement de santé (PDSSES)...

Ceci suppose d'accélérer l'interopérabilité des systèmes d'information (SI), de définir une architecture régionale et territoriale des SI et de la e-santé avec les professionnels et les usagers, de développer l'usage des outils connectés (*internet objects*), et favoriser les innovations thérapeutiques et technologiques en santé pour tous.

La projection des moyens hospitaliers hors les murs et dans les territoires devrait reposer sur un schéma d'organisation territoriale élaboré par les agences régionales de santé, permettant de réduire les déserts médicaux et donnant corps au concept de service public de santé territorial.

La diminution des capacités et la mise en place de structures nouvelles suppose aussi de repenser l'architecture hospitalière et accompagner la valorisation et la reconversion de bâtiments hospitaliers. Pour accélérer les transformations, on peut préconiser une partition entre le patrimoine et l'exploitation hospitaliers. Le patrimoine des établissements publics de santé pourrait être transféré sous forme de baux emphytéotiques à des agences *ad hoc* placées auprès des Régions (distinctes des agences régionales de santé qui relèvent de l'Etat) – auxquelles les établissements exploitants paieraient un loyer. Cette réforme engagerait les Régions à gérer le patrimoine hospitalier dans le double cadre d'un projet d'exploitation proposé par les établissements de santé et d'un schéma d'aménagement concerté avec la population et les usagers du système de santé. L'exploitation resterait du ressort des établissements, mais pourrait être gérée au niveau de GHT dotés d'une personnalité morale leur permettant d'agir en véritable *holding* hospitalière avec mutualisation des autorisations et des ressources et consolidation des budgets et comptes financiers.

L'idée serait d'expérimenter ces nouveaux modèles et schémas dans quelques départements pilotes sur trois à cinq ans pour modéliser et baliser les évolutions à produire. Les transformations sont à portée de nos pas. Osons maintenant aller dans de nouvelles directions !

Pascal FORCIOLI, Directeur d'hôpital



Investir dans les talents : l'innovation managériale sur le terrain

Cette contribution part de plusieurs présupposés :

- L'innovation est la seule voie de passage pour améliorer le service à iso-ressources. La multiplication des plans d'augmentation des ressources d'1/ ne sont jamais suffisants, 2/ ne sont jamais mobilisés tel qu'attendu, 3/ génèrent autant d'effets d'aubaine que d'effets de bord de moins en moins maîtrisables, 4/ Ne sont pas compatibles avec la contrainte budgétaire actuelle.
- L'innovation est ici envisagée sous un angle précis : l'innovation managériale et humaine basée sur la co-conception des organisations avec les équipes concernées et en favorisant l'intelligence collective. Si les professionnels ne s'approprient pas pleinement les enjeux de transformation, les successions de réformes n'y feront rien...
- Le potentiel d'innovation est au cœur des communautés professionnelles hospitalières et pas au sein d'un cercle des dirigeants/manager/régulateurs
- Le rôle des managers n'est pas dans la conception solitaire et verticale de politiques/plans/programmes sur un modèle industriel mais dans la suscitation et alimentation d'un écosystème favorable à l'innovation.
- L'hôpital ne peut rester plus longtemps à l'écart des transformations des métiers et des nouvelles attentes des professionnels au travail (participation, collaboration, empowerment).

Objectif n°1 : Attirer et fidéliser les meilleurs profils dans un contexte de concurrence accrue et à l'heure d'une profonde transformation des attentes professionnelles.

Proposition n°1 : Mettre en place des parcours « forts potentiels » pour les nouveaux professionnels rejoignant nos hôpitaux.

A l'instar de grandes entreprises (ex IBM) qui proposent à leurs nouveaux collaborateurs des parcours d'intégration de 9, 12 voire 18 mois au cours desquels ils s'immergent dans différents services avant de choisir celui où ils souhaitent prendre réellement leurs fonctions, les hôpitaux pourraient sur certains métiers ou qualifications expérimenter ce types de parcours permettant à la fois d'attirer les profils les plus prometteurs (en termes de compétence certes mais surtout de potentiel d'évolution, de réactivité, de capacité d'adaptation et de capacité à travailler en équipe) et à la fois de les fidéliser (notamment pour les professionnels les plus qualifiés et les plus mobiles : éviter le syndrome des « 3 ans et je pars » et susciter un véritable engagement). L'adéquation besoins-ressources est un processus complexe qui ne semble plus pouvoir s'appuyer exclusivement sur les règles traditionnelles de GRH à l'hôpital. L'hôpital est un univers professionnel riche qui détient un réel avantage comparatif sur d'autres modes d'exercices mais qui souffre de ses effets de système au détriment des individus.

Proposition n°2 : Proposer des organisations de travail intégrant la possibilité d'investissement dans des projets transversaux

De plus en plus d'entreprises (ex : 3M) proposent à leurs professionnels des temps de travail maquetés en fonction de l'investissement dans des projets professionnels transversaux. Nos établissements pourraient ainsi expérimenter des organisations par ex à 80/20, 90/10 voire 95/5 (selon la disponibilité pouvant être dégagée) pour les managers et professionnels de terrain intéressés afin de valoriser au mieux le potentiel de ses professionnels. L'enfermement des parcours professionnels sur un exercice technique (sans mise à profit du collectif des expériences capitalisées ou des appétences personnelles) sont un facteur premier de perte de sens au travail, désinvestissement et sont un facteur particulièrement bloquant lorsque des reconversions professionnelles doivent être envisagées (ex : thématique de l'anticipation de la 2^{ème} partie de carrière des soignants etc).

Proposition n°3 : Assouplir les schémas d'encadrement afin de permettre des exercices professionnels plus dynamiques et favoriser un management par projets ou par appétences.

L'organisation particulièrement hiérarchisée et descendante à l'œuvre à l'hôpital peut être un frein au développement de parcours professionnels dynamiques et diversifiés qui sont pourtant un facteur clé de l'attractivité et fidélisation. D'autant plus à l'heure où les difficultés relationnelles (entre collègues ou avec le management) sont identifiées prioritairement comme facteur de souffrance au travail. Repenser les schémas de rattachement managérial des professionnels à la fois en fonction de leur exercice principal (traditionnellement par service/pôle d'appartenance) mais également des projets transverses ou appétences particulières dans lesquelles ils s'investissent (de manière plus innovante par thématiques de prise en charge, expertises spécifiques, problématiques organisationnelles etc) afin d'aller vers des organisations plus souples, plus matricielles et évolutives. Cette proposition s'articule étroitement avec la proposition précédente.

Proposition n°4 : Assurer la transition du manager « capitaine » au manager « jardinier ».

Revoir la détection, formation, accompagnement, mise en situation des managers hospitaliers (à tous les degrés d'« encadrement ») à l'aune d'un socle des savoirs êtres (capacité à outiller, fédérer, à déléguer, à valoriser, à susciter) et non uniquement des savoirs ou savoirs faire (contrôle, régulation etc.). Abandonner le modèle du cadre qui contrôle, surveille, etc. pour celui du manager qui suscite, partage, met en lien. A l'heure où les savoirs sont de plus en plus disséminés et qu'ils ne peuvent être plus longtemps vus comme le seul apanage d'un cercle d'encadrants/dirigeants, de nouveaux modèles managériaux doivent être favorisés (plus horizontaux, plus décloisonnant basés sur la co-construction), seuls à même de valoriser le potentiel d'innovation détenu par les communautés professionnelles et d'attirer les meilleurs profils.

Proposition n°5 : Proposer des programmes « hors les portes » ouverts à tous les professionnels de santé

Inclure dans ces programmes (sur une durée de 9 à 18 mois) les professionnels de santé (sanitaire/médico-social/ ville/domicile et de métiers/grades diversifiés) intéressés à travailler en équipe à la collaboration entre ville et hôpital. Programme incluant des immersions croisées, des séquences de formation-action ciblées sur des pratiques/organisations à forte plus-value, mais surtout des travaux d'équipe en mode projet participant du lien ville hôpital. Pour incarner humainement la responsabilité populationnelle et vaincre le frein n°1 : la méconnaissance mutuelle.

Proposition n°6 : Intégrer au cœur de nos process des dispositifs de prévention –détection-résolution des conflits

Nos organisations ont une aversion pour les conflits, et le facteur humain est largement sous-estimé dans nos modes de fonctionnement. Pourtant, les conflits au travail et les stratégies non coopératives qui en découlent ont un effet délétère à la fois au niveau individuel et collectif. A tort relégués à des problématiques « personnelles », les conflits au travail doivent être intégrés dès le départ comme une des données du travail en équipe et trouver leur place dans nos process managériaux. Identifier en routine des médiateurs potentiels au sein des équipes (en position managériale ou pas/ si possible à l'extérieur du service), partager une charte des bonnes relations / convivialité au travail co-construite au niveau du service, promouvoir des exercices professionnels variés permettant d'éviter les situations d'enfermement professionnel etc.

Ces propositions ont pour objectif de redonner une place centrale aux professionnels dans les schémas organisationnels et managériaux à l'œuvre à l'hôpital, valoriser leur investissement, contribuer à l'émergence d'un sentiment d'appartenance et d'identité collective et ce à quasi iso-ressources, gage de faisabilité, pour faire la différence à l'hôpital public.

Objectif n°2 : Permettre la mise en réseau des innovateurs/ créatifs grâce à une impulsion des managers hospitaliers et des pouvoirs publics.

Faire le pari de la confiance et de l'intelligence collective pour réussir la transformation sur le terrain.

Proposition n°1 : Diffuser la culture des espaces de discussion sur le travail, ateliers collaboratifs et sessions de créativité pour co-construire la transformation

Cf. intégrer réellement dans nos organisations non pas des espaces de travail supplémentaires mais des espaces de discussion sur le travail pour remettre les professionnels en mouvement et en prise sur leur travail (contenu, environnement, modalités etc.). S'appuyer sur les travaux ANACT/HAS qui outille ce qui pourrait être un levier majeur de transformation et contribuerait à l'émergence d'un véritable dialogue social à entendre comme le dialogue avec tout le corps social intéressé et pas seulement quelques représentants... Intégrer dans ce noyau de l'EDT des compétences/techniques favorables à la co-construction (design, sociologie) dans des formats innovants (ateliers collaboratifs etc.).

Proposition n°2 : Intégrer de nouvelles compétences indispensables au management de l'innovation.

Si le potentiel d'innovation réside au sein des communautés hospitalières, le management de ces innovations (de la formulation de l'idée au prototypage et à la répliquabilité) nécessite de la part des dirigeants/ pouvoirs publics l'outillage indispensable à l'émergence d'un écosystème favorable. Parmi ces outils de nouvelles compétences doivent être intégrés au sein de nos établissements : les designers et les data scientiste à titre d'exemple. Les designers car ils répondent à l'enjeu même de notre système : repenser nos services en fonction des attentes de l'utilisateur (que cet utilisateur soit le patient ou un usage intermédiaire dans ce cas les professionnels de santé) sans modifier le cadre d'intervention (à savoir à quasi iso-ressources). Les data scientiste, ensuite, car à l'heure où la décision est de plus en plus complexe et de plus en plus contestée, elle doit s'appuyer sur une connaissance fine et que cette connaissance puisse être partagée. Ces deux compétences gagneraient à être intégrées au plus près du terrain.

Proposition n°3 : Repenser l'accompagnement aux professionnels face à la transformation.

Les restructurations sont aujourd'hui constantes et ont vocation à concerner les professionnels non plus tel qu'auparavant de manière exceptionnelle mais désormais de manière continue. L'accompagnement ne peut plus se restreindre à une intervention a posteriori (accompagnement à la mobilité, indemnités de départ volontaire etc.) sous peine de renforcer encore la pression et le mécontentement. Les recompositions doivent laisser une place à la participation des équipes concernées : information, communication mais au-delà consultation sur des options, participation. A ceux qui craignent la dérive : co-construction n'est pas codécision. L'enjeu est d'associer les professionnels dans un cadre partagé (contrainte financière, rendus de poste, transformation des métiers etc.). Organiser des démarches collaboratives pour partager les états des lieux, autoriser des phases d'idéation en partageant les contraintes de manière transparente, prototyper des solutions, expérimenter, tester, répliquer...

Inès Gravey – Directrice d'hôpital



Contributions aux réflexions sur l'avenir de l'hôpital public

1. Management de proximité à l'hôpital public

La différence entre la gestion et le management est prégnante quel que soit le milieu. Au niveau d'un pôle ou d'un service, la gestion commence à entrer dans les mœurs, ce qui n'est pas le cas du management qui nécessite une grande part de relation humaine, moins technique, plus conceptuelle.

A l'hôpital comme ailleurs, c'est au niveau du management de proximité que les difficultés sont les plus grandes. Car c'est à ce niveau que le relationnel et l'approche comportementale sont les plus importants.

Pour améliorer le management de proximité, il faut une cohérence dans la désignation des managers de proximité.

- Un manager doit avoir une appétence pour cette fonction et les relations humaines.
- Un bon gestionnaire n'est pas nécessairement un bon manager.
- Un bon technicien, clinicien ou universitaire, n'a pas nécessairement un profil correspondant, même s'il bénéficie d'une certaine reconnaissance et crédibilité auprès des équipes.

En partant de ces constats, quelques propositions peuvent être établies :

- Il faut un statut spécifique des managers au niveau des services hospitaliers
- Il est nécessaire de clarifier le rôle des chefs de service (probablement plus dans un rôle de manager) et celui des chefs de pôle (probablement plus dans un rôle de gestionnaire et de leader)
- Les fonctions de chef de service et de pôle doivent être dédiées. Un PU ne doit pas pouvoir être chef de service ou de pôle au même moment. Il peut passer d'un statut à l'autre mais pas les deux en même temps. Soit il se consacre à l'activité universitaire, la recherche, l'enseignement, l'encadrement des soignants. Soit il se consacre au management et à la gestion du service.
- Le choix doit porter sur les compétences et les appétences en termes de management et de gestion et pas uniquement sur les capacités techniques ou la notoriété.
- Pour cela, une formation progressive au management est souhaitable :
 1. Lors du second cycle, organiser une formation basée sur la création de projets en équipes (si possible pluridisciplinaires, pourquoi pas intégrant des usagers et des patients). Le service sanitaire peut être un bon outil à ce sujet.
 2. Lors du troisième cycle, réaliser une formation à la gestion d'équipe. Il ne s'agit plus uniquement de réaliser un projet à plusieurs, mais d'apprendre gérer et diriger une équipe.
 3. A partir du post-internat, perfectionner la formation à la gestion et approfondir l'apprentissage du management et du leadership si le praticien a une appétence particulière pour cette voie.

2. Gouvernance, direction et CME

La position du président de CME et sa légitimité par rapport au directoire telles qu'elles existent aujourd'hui posent question.

Il existe clairement un problème de cohérence entre le rôle et les missions du président de CME. Le président de CME est actuellement entre un rôle de représentant des praticiens et celui de conseiller médical du directoire. Cette situation a tendance à neutraliser son action et ses fonctions voir à créer des conflits d'intérêt.

Il est possible d'identifier deux rôles :

- L'un, de représentant de la communauté médical. C'est le rôle du président de CME, élu par la totalité des praticiens de l'établissement.
- L'autre, de conseiller médical de direction, ou de directeur médical. Ce dernier travail pour la direction et fait le lien entre la gestion administrative et les enjeux de soins et médicaux. Ce type de statut nécessite une formation particulière et adaptée. Il apporte une réelle plus-value, à la fois auprès de la direction, mais aussi auprès des équipes soignantes en servant d'interface.

Le profil de médecin de santé publique formé à ces compétences serait particulièrement adapté.

3. Adaptation de la formation aux futures modes d'exercice

L'évolution de la pratique médicale doit permettre de donner plus de place à l'humain. Que ce soit dans le soin, avec les patients, mais aussi entre les praticiens afin d'améliorer le travail d'équipe.

Une logique moins concurrentielle au moment de la formation médicale, une part plus importante de l'évaluation des qualités humaines en stage et plus de travaux d'équipe permettraient de donner plus de place à l'humain.

Au-delà de l'approche humaine, pour garantir une formation cohérente avec les futures modes d'exercice, il est indispensable d'anticiper au maximum lors de la formation les compétences de demain. Au vu de la durée des études, une réflexion permanente sur les compétences à enseigner pour les adapter aux futures pratiques serait source de pertinence.

Dans cette logique il y a, à ce jour, plus d'intérêts à former les futurs médecins à la recherche d'informations, leur analyse et interprétation, que sur la mémorisation pure (plus ou moins aléatoire) de ces mêmes informations.

François Krabansky, médecin



Améliorer la personnalité humaniste des médecins hospitaliers

L'hôpital peut sélectionner des personnalités qui se sentent incapables de faire une carrière dans le secteur privé du fait de leur insuffisance en relation humaine. Ils sont souvent le produit d'une formation plus scientifique qu'humaniste et le concours d'entrée en 2^{ème} année sélectionne un tel profil en ne jugeant l'aptitude à la profession médicale que sur des critères scientifiques. Notre mode de sélection à l'entrée en faculté de médecine ne recherche pas les critères humanistes spécifiques à cet exercice professionnel. Un programme d'études qui cherche en permanence à hypertrophier la mémoire a probablement des effets délétères sur le comportement humain futur.

L'esprit de sélection par différents concours au cours du cursus ne fait qu'aggraver les comportements humains individualistes. Les conflits qui apparaissent ensuite à l'hôpital peuvent n'être que la résultante d'une addition successive d'anomalies comportementales apparues au cours du cursus des études. Combien de médecins viennent dans un hôpital non universitaire par dépit de ne pas avoir été nommé à un poste universitaire ? On observe également ce même type de rancœur dans les services hospitaliers universitaires chez les PH qui ne sont pas PU. Ces déceptions humaines compréhensibles ne sont pas accompagnées et peuvent être le fondement de comportements ultérieurs agressifs ou revanchards au sein des équipes médicales hospitalières.

Il faut certes essayer de traiter les conséquences de ces comportements asociaux, mais il faut également s'attaquer aux causes et chercher à les corriger très tôt dans le cursus des études lorsque ces anomalies comportementales apparaissent.

Avec l'arrivée de l'Intelligence artificielle (IA), les trois années d'études où l'étudiant en médecine développe la performance de sa seule mémoire ne seront plus nécessaires dans les toutes prochaines années, l'IA en médecine apportant aux futurs médecins une aide au diagnostic et à la décision thérapeutique. Comme le dit très justement Stephen K Klasko, Président de l'Université Thomas Jefferson de Philadelphie, « *On enseigne la physique, la chimie et autres matières scientifiques et on s'étonne ensuite que les médecins manquent d'empathie envers leurs patients* »⁹. L'intelligence artificielle apportera aux futurs médecins les connaissances scientifiques qu'ils n'auront plus besoin d'apprendre, il leur faudra par contre se perfectionner dans le savoir-faire humain, avoir les aptitudes à bien communiquer, la capacité de voir et d'observer. Il faut dénoncer les premières années de médecine qui servent uniquement à développer la mémoire des futurs médecins.

A quoi cet entraînement à mémoriser servira t'il lorsqu'ils pourront utiliser l'intelligence artificielle, laquelle leur fournira en quelques instants toutes les connaissances dont ils auront besoin dans leur exercice médical, et que leur propre mémoire aurait été incapable d'absorber.

Nous avons besoin d'un programme qui enseigne les nouvelles technologies de la santé connectée afin que les futurs médecins puissent mieux percevoir les besoins de leurs patients, les inégalités de soins dont ils peuvent être victimes et les corriger. Ils doivent apprendre à communiquer entre eux et avec l'ensemble des professionnels de santé qui ont également en charge les patients. « Nous devons apprendre à nos étudiants en médecine comment se comporter dans une société de consommation, qui inclura nécessairement une consommation en santé toujours plus importante ». Il faut remplacer le volume du travail par de la valeur.

⁹ Healthcare Transformation: The Future of Telemedicine. Klasko SK. Telemed J E Health. 2016 May;22(5):337-41. doi: 10.1089/tmj.2016.29007.skk. PMID:27128778

Le futur médecin doit être jugé à l'avenir davantage sur sa capacité à maintenir les personnes en bonne santé que sur sa capacité à soigner qui reposera beaucoup sur l'intelligence artificielle et la science des algorithmes.

Nous avons ainsi une chance de revoir le médecin du XXIème siècle devenir plus humaniste, car il sera formé davantage aux sciences sociales et humaines qu'aux sciences pures. Les conflits humains à l'hôpital devraient devenir moins fréquents si la formation des étudiants aux sciences sociales est inscrite dans leur cursus. Grâce aux innovations technologiques comme l'IA, l'esprit compétitif actuel entre médecins hospitaliers deviendrait moins justifié et à terme inutile.

Pierre SIMON, médecin



Télémédecine et santé numérique en 2018 bilan et propositions

La télémédecine (TLM) est-elle en marche pour atteindre, enfin, un déploiement national significatif ? Porte-t-elle, avec d'autres mesures, l'espoir d'une modernisation de notre système de santé, d'une amélioration de l'efficacité sanitaire. L'observation d'autres pays, citée dans le rapport de la Cour des comptes de novembre 2017, semble le montrer. Pourquoi notre système a-t-il été imperméable à cette évolution ? Notre Ministre de la Santé s'est engagée avec volontarisme, en 2018, propulsant l'assurance maladie dans une tarification des actes de TLM. Cette reconnaissance, bien tardive, offre une perspective d'intégration des actes de TLM dans le droit commun de l'assurance maladie, décision attendue par les pionniers. Les territoires, notamment désertifiés, sont confrontés aux déficiences d'accès aux soins. Quel serait dans ce contexte l'impact territorial potentiel de la TLM, voir des objets connectés (OC) ? Le véritable enjeu pour 2018-2020 est **la modernisation de notre système de santé intégrant la TLM, les OC, les dispositifs médicaux (DM) connectés.**

Sommes-nous à l'aube d'une mutation, d'une révolution organisationnelle intégrant les innovations technologiques ? Au-delà de la TLM, l'usage des OC, des DM connectés, de l'intelligence artificielle (IA) frappe à la porte de nos organisations, c'est un enjeu de transformation du système de santé qui soulève des questions d'avenir. La tarification des actes de TLM concrétisée dans la convention avec les libéraux en 2018, sera-t-elle le catalyseur d'évolution du système de santé ? Force est de constater avec un regard rétrospectif que **les freins pour le déploiement sont multiples.** La convention médicale 2018 avec les généralistes, bridée par le corporatisme, ne saurait résumer à elle seule le nécessaire plan d'actions qui devrait s'imposer. Si le verrou de la tarification saute, nous serons projetés dans un contexte qui matérialisera les freins multiples, héritage des décennies passées. Notre système de santé est ligoté dans un carcan médico-économique, frein majeur du déploiement de la TLM. Une seule mesure ne peut résoudre la situation. Le débat évolue, centré sur la santé numérique. Quel pourrait être le plan d'actions, pour réussir cette mutation ? **Pour intégrer la santé numérique dans nos organisations de soins et prévention nous avons recensé 30 actions** (voir ci-après).

Que nous apprend le passé ? La gouvernance de la TLM centralisée est matérialisée par **des pouvoirs étagés en mille-feuille** chaque niveau a brillé par les contraintes qu'il a créé sous contrôle des agences (HAS, ANAP). La gouvernance, freinée par l'Assurance Maladie, a initié la politique nationale de TLM déclinée dans les régions, chacune d'elle, en silo, a piloté sa stratégie de déploiement technologique. Il aurait fallu initier, soutenir un consensus inter-régional. La Cour des comptes a intitulé son rapport : **« La TLM, une stratégie cohérente à mettre en œuvre »** proposant de repenser la TLM dans un cadre plus large la santé numérique. Chaque région a construit son modèle technologique indépendamment d'autres régions, avec une recherche de consensus tardive. L'organisation en silos entre les spécialités hospitalières, libérales et les généralistes s'est dupliquée dans les solutions régionales technologiques, négligeant la recherche d'un corpus commun.

Le social vit depuis longtemps dans une autre cour que le sanitaire différent de l'hospitalier, du libéral. Ce cloisonnement s'est appliqué en TLM avec **manifestation du corporatisme puissant** secrété à tous les niveaux.

L'avenir n'est pas encore décloisonné, ni consensuel, un plan national santé numérique est à construire pour lutter contre ces obstacles, c'est un nouveau modèle organisationnel avec sa déclinaison médico-économique qu'il faudrait promouvoir. La rupture technologique, organisationnelle à instituer est un véritable fossé à franchir impliquant une réforme structurelle profonde sur plusieurs années. D'un pilotage en mille-feuille, en silos, sans vision globale cohérente, nous devrions évoluer vers une organisation sanitaire centrée sur les besoins, cohérente, intégrant la prévention, dans un cadre médico-économique contraint.

La tendance à **une harmonisation du parcours de soins** se fait jour, les expérimentations sont prometteuses avec PAERPA, c'est une vraie **révolution organisationnelle territoriale à instituer**. Les 13 régions sont aussi en mutation institutionnelle avec leur regroupement qui a déclenché des conflits de pouvoirs, une instabilité qui ne facilite pas une approche consensuelle. Quelques projets de TLM, héritages des régions défunctes ont disparus. **Le morcellement national du financement**, via le FIR, des projets de TLM n'était pas à la hauteur des enjeux annoncés depuis 2010. La simplification des textes (HAS, ASIP, ANAP ...) sera-t-elle effective ?

L'état des lieux fracturé entre les spécialités, l'hôpital, la ville, les régions, les territoires, les solutions technologiques déployées a fait perdre « l'avance théorique » des textes avec une difficulté pour les traduire dans une modernisation coordonnée, planifiée. Cette non-cohérence est dénoncée par la Cour des Comptes.

Nous n'avons pas d'observatoire national de la TLM, des OC, des DM connectés illustrant notre bilan, les données sont éparées, morcelées. L'observatoire annoncé en 2011 et 2015 par la gouvernance n'a pas vu le jour, faute de moyens. L'observatoire devrait agir comme un traceur de projets pour veiller à la cohérence.

Attention à ne pas se limiter à la TLM, ce serait faire fi de l'impact d'avenir des OC, des DM connectés, de l'IA.

Le bilan national montre des résultats limités par rapport à d'autres pays (Cour des Comptes 2017). La téléradiologie a déployé des technologies régionales diverses. Le télé-AVC a atteint une activité significative mais l'évaluation n'est pas toujours au rendez-vous. L'activité est faible pour les soins aux détenus alors que l'accès aux soins et les économies de postes pour sécuriser les transports (policiers, surveillants de prisons) seraient bénéfiques. Le bilan est mitigé pour l'HAD, les maladies chroniques (Diabète, insuffisance rénale ou cardiaque) alors que le bénéfice de suivi semble prometteur. Les besoins des personnes âgées en EHPAD (5 actes par mois/100 résidents), au domicile implique une organisation intégrée dans un modèle économique.

La télésurveillance des Pace Maker, défibrillateurs a prouvé son efficacité, les budgets hospitaliers intégreront-ils son modèle économique ? Les pharmaciens proposent une offre territoriale prometteuse.

Quel sont nos objectifs pour 2020-2025 ? Les cibles sont multiples : l'hôpital, les GHT (ou groupements hospitaliers de territoires), la médecine de ville, les EHPAD, les territoires désertifiés. Le plan d'actions doit-il privilégier le soin, la prévention, le décloisonnement, la coordination territoriale, les directives européennes sur les données de santé (RGPD) ? Quelles cibles privilégier : les actions métiers ou les solutions techniques ? L'informatisation, la messagerie sécurisée, le dossier médical personnel (DMP) sont autant de sujets dictés par la gouvernance, sans appropriation métier. Comme le suggère la Cour des comptes, les actions doivent dans un plan national pluriannuel viser la cohérence au service des soins, de la prévention. Notre retard nous oblige à un bilan global des freins pour faire émerger **un plan national santé numérique pluriannuel**.

La réforme du système de santé ne se fera pas sans les médecins, les infirmières ... ni en négligeant le modèle économique. Le pilotage administratif évoluera-t-il vers un pilotage métier centré sur les besoins des territoires de proximité, réinvesti par les médecins, les professionnels. La fongibilité des enveloppes devrait être opérationnelle pour débloquer la situation, substituer de nouveaux modes d'organisations aux transports concernant des patients fragiles. L'interopérabilité des systèmes informatiques est un facteur clé.

Notre système de santé se heurte à **une démographie médicale** préoccupante. Des spécialités sont en souffrance. La collaboration entre les professionnels de santé (Article 51 loi HPST) devrait être « le fer de lance » de nouvelles organisations territoriales. Les freins sont puissants, le corporatisme fort témoigne du retard par rapport à d'autres pays européens. L'évolution avec la reconnaissance de masters ouvrant la porte à de nouveaux métiers est indispensable. De nouvelles organisations devraient émerger intégrant la santé numérique portée par les professionnels. Les OC, les DM connectés, l'IA ne peuvent être ignorés par de nouvelles règles de coopérations territoriales. **Le modèle organisationnel d'une coordination territoriale** par des infirmières coordinatrices est à valider pour démontrer son efficacité, sa faisabilité économique.

La santé numérique n'est qu'un moyen à intégrer dans une **stratégie coordonnée sur les parcours de soins** des populations, dans une vision territoriale de proximité. Nous souffrons d'un budget cloisonné entre l'hôpital et la ville, verrouillé par la non-fongibilité des enveloppes. **Un nouveau modèle économique** doit soutenir cette réforme organisationnelle. Un plan national santé numérique réussira si le pilotage dispose des moyens d'investissement et fonctionnement visant des objectifs cohérents et un équilibre économique.

Dans le paragraphe IV nous déclinons **6 objectifs qui visent à créer une cohérence** indispensable pour le décroisement du système de santé. La méthode d'intervention, pilotée par une gouvernance responsable, doit se centrer en premier lieu sur un périmètre limité avec « choix de territoires de santé pilotes » pour démontrer la pertinence des actions positives et contribuer à atteindre les objectifs.

L'expérience des pionniers de la SFT cible nos propositions sur la santé numérique en phase avec la Cour des comptes et les conclusions observées dans d'autres pays. **L'Etat des lieux n'est pas accusateur, c'est une étape de compréhension pour décliner des solutions.** Ces 30 actions, facteurs clés du déploiement, boosters de la TLM constituent des freins pour la TLM. La tarification des actes à elle seule ne peut suffire pour débloquer le déploiement de la TLM, de la santé numérique, nous risquons de perpétuer un retard préjudiciable.

Le débat sur la fongibilité des enveloppes devrait se concrétiser pour piloter la mutation organisationnelle.

L'objectif de recherche d'une cohérence des usages impose une simplification administrative, une rationalisation technologique, de nouveaux modèles organisationnels et des décisions budgétaires.

30 actions pour intégrer le numérique dans l'organisation des soins. Des actions préalables pour déployer un plan national e-santé cohérent

Nous identifions 30 actions positives issues de l'analyse du terrain visant à intégrer le numérique dans l'organisation des soins (paragraphe I, II, III). Nous déclinons, paragraphe IV, les conditions nécessaires soit six objectifs pour atteindre **la cohérence d'un plan national e-santé intégrée** dans l'organisation territoriale des soins, respectant une viabilité médico-économique et préalables à une extension régionale des usages.

1. Identifier les actions technologiques boostant la TLM, l'usage des OC

Les GIP financés par les ARS : un rôle clé pour un déploiement technologique territorial cohérent.

Action 1 : Déployer une messagerie sécurisée, booster de la TLM. Le Royaume-Uni, le Danemark ont déployés une messagerie sécurisée qui optimise les échanges, la communication entre les professionnels. Nous suggérons un déploiement opérationnel entre les professionnels de la ville et de l'hôpital, intégrant le social, garantissant une communication efficiente source de qualité et sécurité du parcours de soins. D'autres pays européens ont réussi cette mutation, favorisant le décloisonnement. Cette mesure éviterait que des données sensibles personnelles continuent à être transmises par des messageries non sécurisées, ce constat est observé dans diverses régions. Il témoigne d'un besoin de simplification des procédures technologiques pour les professionnels qui utilisent les outils à disposition des citoyens. Ce déploiement boosterait la TLM.

Action 2 : Promouvoir la rationalisation d'usage de la visioconférence (VC) mutualisable entre les réunions de concertation pluri-disciplinaires RCP et la TLM, la complémentarité doit être soulignée. La Visioconférence de la TLM et des RCP est cloisonnée dans des marchés publics différenciés. La solution doit être simple, d'usage facile, sécurisée. Dans l'expérience de pionniers la VC a contribué à fluidifier les liens entre professionnels.

Un même outil de VC pour la TLM et les RCP optimiserait l'organisation des soins, l'impact de la formation

Action 3 : Accompagner le déploiement numérique sur les zones blanches souvent désertifiées avec mise à niveau des infrastructures en interaction avec les opérateurs des réseaux nationaux. Les obstacles doivent conduire à faire appel à des expertises pour identifier les sources de non qualité. C'est l'accès équitable aux soins sur les territoires qui est en jeu, nous ne pouvons pas nous arrêter au constat d'impossibilité d'usage.

Action 4 : Veiller à la cohérence des réseaux intra et extrahospitaliers pour les usages en TLM notamment avec réalisation, si besoin, d'évaluations métrologiques des obstacles à un fonctionnement efficient.

Action 5 : Concrétiser le déploiement des technologies de prescription numérique pour généralisation dans des délais raisonnables. Cette action est source d'efficacité, de booster d'usage de la TLM, des OC et DM.

Action 6 : Financer des travaux d'interopérabilité entre les solutions technologiques avec l'ASIP sur un calendrier raisonnable visant une montée en charge progressive opérationnelle. Les connexions entre les dossiers médicaux sont un frein pour l'usage des outils de e-santé par les professionnels.

Action 7 : Mise à niveau d'un identifiant de santé unique à l'exemple du Danemark qui a désigné le NIR comme l'identifiant national de santé (INS). Rendre opérationnels les cartes CPS à l'Hôpital (Traçabilité).

Action 8 : Permettre l'accès généralisé des médecins au dossier pharmaceutique.

Action 9 : L'accès généralisé au DMP faciliterait l'usage de la TLM, dossier historique complexe.

Action 10 : Promouvoir la diffusion rapide sous 48H des compte rendus hospitaliers (MCO et SSR) vers les libéraux, les correspondants territoriaux et instaurer un indicateur simple avec sanction économique si l'établissement ne répond pas aux délais de diffusion, obligations d'un parcours de soin territorial coordonné.

Action 11 : Impliquer un partenariat académique informatique, multimédia avec la gouvernance.

Action 12 : Concrétiser sur des territoires les déploiements technologiques par application des 11 actions décrites ci-dessus pour lever ces freins multiples. L'action des GIP et DSI est cruciale. L'objectif ensuite est de partager le retour d'expérience entre les GIP pour faciliter le déploiement généralisé.

Action 13 : Déclinaison d'impact de la RGPD, des directives européennes TLM selon la stratégie nationale.

L'état des lieux des territoires fournirait une information stratégique majeure pour le pilotage national.

2. Organiser le pilotage national, la formation à la TLM, les OC et DM, l'IA

Action 14 : Créer un Observatoire national : pour recenser les projets opérationnels, l'évaluation des usages de la TLM, des OC, DM connectés, voire de l'IA. Le doter d'un budget, d'une équipe opérationnelle. Définir des indicateurs clés de déploiement, de suivis technologiques, organisationnels et médico-économiques pour guider les décisions. Modéliser le déploiement territorial pilote et appliquer sous gouvernance nationale le REX. L'observatoire a pour mission le recensement d'indicateurs. Il ne peut opérer sous son autorité la définition des critères d'évaluation des outils, OC et DM qui devraient relever d'une labellisation (GT DSSIS).

Action 15 : Créer des équipes territoriales d'accompagnement métiers, modéliser leur composition, leurs missions pour répondre aux besoins des acteurs du terrain : GHT, établissements privés, libéraux

Action 16 : Organiser la concertation pour compléter ces recommandations avec les professionnels médecins, infirmières, informaticiens impliqués depuis des années sur le terrain. La Société Française de Télémédecine travaille en lien étroit avec la plupart des sociétés savantes des spécialités. Le regard métier devrait être au centre de l'évaluation des outils impactant le déploiement de la e-santé dans les territoires.

Action 17 : Valider les procédures intégrant la TLM dans l'organisation territoriale avec les organisations professionnelles, la SFT, les spécialités sous l'égide de la HAS.

Action 18 : Promouvoir des partenariats académiques organisationnels, économiques de recherche sur des modèles d'organisation territoriale pertinents, pour faire émerger des organisations mutualisées viables, pour valider des outils de la e-santé au niveau national.

Action 19 : Reconnaître les nouveaux métiers « assistante de TLM », « ingénieur en organisation territoriale » masters, futurs acteurs clés du déploiement national de la TLM, des OC et DM connectés, de l'IA.

Action 20 : Intégrer des modules de formation initiale aux usages de la TLM, des OC, DM connectés, de l'IA dans le cursus des études des généralistes, des spécialistes, des infirmières, des kinésithérapeutes...

Action 21 : Promouvoir l'usage de la santé numérique dans la formation continue des professionnels.

Action 22 : Créer des livings labs dans 3 régions pour évaluer les usages des outils de TLM, des OC et DM connectés, de l'IA afin d'accompagner leur montée en charge, leur intégration dans les organisations.

Action 23 : Actualiser et simplifier les textes notamment le décret de TLM, la grille de l'HAS, de l'ANAP ...

Action 24 : Modéliser en fonction des besoins métiers les missions et fonctionnements des GIP qui remplacent les GCS, bras armés des ARS pour les déploiements technologiques.

3. Des budgets d'investissement et de fonctionnement cohérents

Action 25 : Les transports en ambulance du budget de la Sécurité Sociale représentaient 4 milliards d'euros en 2011, compte non tenu des transports inter-établissements dépendant des budgets des GHT. Moderniser notre système de santé, c'est prendre les décisions légitimes de transferts budgétaires, de fongibilité des enveloppes sur des critères de qualité, sécurité des soins, évitant des transports sanitaires non justifiés.

Action 26 : Appliquer une fongibilité des budgets des territoires, piloter cette décision pour transformer le modèle organisationnel, verrou historique de la paralysie des réformes entre la ville et l'hôpital.

Action 27 : La modernisation de notre système de santé nécessite des investissements pour initier de nouvelles organisations pertinentes centrées sur le numérique avec des budgets « conformes ».

Action 28 : Modéliser une tarification forfaitaire crédible dans des territoires améliorant le parcours de soins et de santé. Veiller à un développement forfaitaire crédible de la TLX sur dossier facilitant le tri, le suivi.

Action 29 : Soutenir les industriels et les Start Up engagés dans des programmes de TLM ou de déploiement d'objets connectés, de dispositifs médicaux ...

Action 30 : Le financement des GIP sera-t-il cohérent avec le plan national e-santé (Paragraphe IV) ?

Le bilan territorial de réalisation des 30 actions par l'observatoire nationale mesurerait les décalages régionaux 2018-2019 et contribuerait sous pilotage national au choix de territoires pilotes e-santé.

4. Définir un plan national e-santé : des objectifs cohérents, mutualisés

Le pilotage national e-santé et ses déclinaisons régionales doivent viser une cohérence, une mutualisation entre les spécialités, les structures de soins avec rupture des silos. Impliquer les professionnels du terrain, c'est accompagner, construire puis valoriser les résultats d'équipes multidisciplinaires. Le bilan territorial permettrait dans le respect des contraintes propres, argumentées des spécialités de construire la cohérence.

Les 30 actions visent à lever les freins puis atteindre une cohérence en fonction des besoins sanitaires.

Un plan national e-santé devrait impacter une rupture organisationnelle des silos en boostant la TLM.

Objectif 1 : Le pilotage du déploiement devrait s'organiser en fonction d'indicateurs de suivi recensés par un Observatoire National de la santé numérique ou O.N.S.N. (TLM, messagerie, @prescription, OC, DM, IA)

- 1.1. Le doter d'un budget, d'une mission centrée sur des objectifs, d'une équipe opérationnelle.
- 1.2. Construire un projet médical en plusieurs phases avec un calendrier d'action.
- 1.3. Identifier en concertation avec les acteurs les boosters du déploiement de la e-santé par territoire.
- 1.4. Reconnaître et optimiser les résultats opérationnels des acteurs sur le terrain.
- 1.5. Valoriser des sites pilotes pour un déploiement visant l'usage territorial de la santé numérique.
- 1.6. Recenser les projets existants et leur évaluation sur une mission 2018 - 2019.
- 1.7. Construire sur l'existant les actions pour une généralisation progressive dès 2020.

Objectif 2 : Modéliser un déploiement technologique cohérent sur plusieurs GHT pilotes pour :

- 2.1. Réaliser des actes entre hôpitaux diminuant les transports, valider un modèle économique viable.
- 2.2 Déployer des solutions technologiques cohérentes entre les sites du GHT (Actions 1 à 13).
- 2.3 Mutualiser des solutions entre spécialités, analyser dans un hôpital les besoins argumentés entre une salle de TLM commune gérée par une assistante de TLM et les besoins par spécialités.
- 2.4 Construire une solution spécifique pour des besoins organisationnels argumentés à l'exemple des urgences AVC ou des urgences spécialisées notamment cardiologiques, dermatologiques.
- 2.5 Lutter contre les fractures institutionnelles, les organisations en silos.

Objectif 3 : Modéliser un déploiement ville-hôpital territorial cohérent entre requis et requérants

- 3.1. Atteindre une masse critique d'activité sur un territoire visant EHPAD, pole et centres de santé, maison d'accueil spécialisées pour handicapés, autistes, déficients mentaux, troubles psychiatriques...
- 3.2. Veiller à l'accès équitable aux soins sur un modèle économique viable.
- 3.3. Analyser par établissement les conditions technologiques d'usage (mobilité station fixes).
- 3.4. Accompagner par les GIP les solutions en exercice libéral : médecins, infirmières, pharmaciens ...
- 3.4. Expérimenter le fonctionnement de cellules de coordination territoriale, l'usage de bus équipés.

Objectif 4 : Viser des objectifs de mutualisation sur les territoires pour une rupture des silos

- 4.1. Promouvoir une mutualisation argumentée des outils de TLM entre les demandeurs, entre les requis.
- 4.2. Promouvoir des solutions avec une masse critique d'actes sources d'efficience.
- 4.3. Eviter le morcellement et le fonctionnement en silos.
- 4.4. Créer des équipes territoriales d'accompagnement métiers, IDE et médecin, pilotant la formation, la e-santé optimisant la coopération professionnelle, avec intégration progressive des outils de prévention.
- 4.5. Mutualiser les marchés pour les usages de la visioconférence visant les RCP, la TLM, la formation.
- 4.6. Intégrer, pas à pas, les usages de TLM dans l'organisation des soins par spécialité.
- 4.7. Distinguer les actes programmés et les urgences et leur impact technico-fonctionnel organisationnel.

Objectif 5 : Décliner un financement adapté et une fongibilité des enveloppes

- 5.1. Financement du plan national de e-santé, amorçage sur des territoires pilotes puis généralisation.
- 5.2. Modéliser les principes d'évolution relatifs à la fongibilité des enveloppes.
- 5.2. Respecter la cohérence du modèle technico-fonctionnel.
- 5.3. Proposer un vrai budget excluant les financements déjà dépensés les années précédentes.
- 5.4. Respecter une règle : « un euro fléché est dépensé en e-santé ».

Objectif 6 : Une gouvernance cohérente réinvestie par les professionnels : le pilotage de la stratégie de santé numérique nationale est un point clé pour réussir le déploiement des outils, notamment la TLM.

Ce document de travail recense des réflexions. La concertation devrait décliner la hiérarchie de décisions pour initialiser une activité significative puis accompagner la généralisation des usages.

Pierre Espinoza, médecin



L'expertise orthophonique au service de la prévention de l'épuisement des aidants professionnels et des aidants familiaux sur le terrain : comment repenser la prise en charge des patients Alzheimer mais aussi renforcer la formation de leurs aidants ?

Comme Mr Benjamin Griveaux l'a rappelé le 15 février dernier lors de sa venue à Toulouse dans le cadre des rencontres en tant que porte-parole du gouvernement: il y a nécessité d'agir sur la prévention, la fatigue des soignants en EHPAD, hôpitaux et sur le terrain. J'œuvre depuis une bonne dizaine d'années dans ce sens, par des actions au quotidien en inter-professionnalité (formations internes, prévention des troubles de la déglutition, des troubles psycho-comportementaux, éthique et communication non-verbale, aide aux aidants...), avec comme objectif majeur l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées et de leurs aidants mais aussi en formation continue des orthophonistes afin de faire évoluer nos pratiques sur le terrain, de renforcer la connaissance de notre expertise sur le plan de la prise en charge non-médicamenteuse de ces patients dans le monde médical mais aussi auprès du grand public: tâche très ardue car l'orthophoniste est plus connue comme rééducateur du langage oral et écrit!

La démarche thérapeutique mais aussi de formateur des orthophonistes s'inscrit dans les 3 grandes priorités du 4^{ème} Plan Gouvernemental Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019 :

1. Améliorer le diagnostic et la prise en charge des malades
2. Assurer la qualité de vie des malades et de leurs aidants
3. Développer et coordonner la recherche

Avec un travail des domaines selon la définition du DSM V: troubles neurocognitifs majeur et léger dû à la Maladie d'Alzheimer : attention, fonctions exécutives, les mémoires, le domaine sensori-moteur, le langage; qui ont une répercussion sur l'autonomie du patient.

La Haute Autorité de Santé (HAS) précise l'objet de l'intervention orthophonique : « elle vise à maintenir et à adapter les fonctions de communication du patient (langage, parole et autres) et à aider la famille et les soignants à adapter leur comportement aux difficultés du malade. Son objectif principal est de continuer à communiquer avec le patient, afin de prévenir d'éventuels troubles du comportement réactionnel. Elle peut être prescrite à différents stades, l'approche thérapeutique devant être évolutive et s'adapter aux troubles du patient, à son comportement, à sa motivation, à son histoire personnelle et aux possibilités de coopération avec l'entourage, elle est recommandée dans les maladies avec atteinte du langage au premier plan (démence sémantique, aphasie primaire progressive), elle concerne également les troubles de la déglutition. »

Améliorer la qualité de vie des patients et de leurs aidants? Cela ne sera pas possible si familles et professionnels impliqués dans les maladies neurodégénératives restent insuffisamment sensibilisés aux déficits sensoriels, qui peuvent fausser l'évaluation de la cognition. En effet, le degré de dépendance des patients à un stade moyen à avancer de la maladie ne cesse de croître si l'on ne prend pas en charge l'hypo-réactivité sensorielle qui est pourtant au premier plan chez ces patients. C'est sur ce point qu'il faut insister au quotidien, la perte d'autonomie et donc l'épuisement des aidants vient d'une trop forte tendance à l'assistance totale dans les actes, moins le patient fera et moins il saura faire et plus il se retirera de la communication: l'autonomie aidée est le seul vecteur de ralentissement de cette perte d'autonomie et donc de diminution de l'épuisement des aidants.

Cela nécessite de fait un accompagnement bien précis des aidants au quotidien, faire évoluer les mentalités et habitudes de soins n'est pas sans difficultés. Cela passe par une pédagogie, une réflexion collégiale, montrer comment accompagner un patient dans ses actes du quotidien, à table pour que le personnel se saisisse des techniques qu'il voit éprouvées... Comprendre que bien que cette maladie soit une perte progressive des compétences mnésiques, il y ait une mémoire qui puisse par une stimulation adaptée ne pas s'amenuiser trop vite mais que les gestes ne seront pas perdus si entraînés et guidés (mémoire procédurale) et s'appuyer sur cette mémoire sensorielle et affective celle qui demeure jusqu'à la fin...

Car oui, outre les troubles cognitifs, les troubles de la déglutition sont fréquents mais demeurent souvent sous-estimés et surtout les réponses le plus souvent apportées ne sont pas adaptées: simplification à outrance des textures allant dans le sens d'un tout mixé qui lorsqu'est associé à une assistance totale à la nutrition amènent comme conséquences la malnutrition, la déshydratation et les pneumopathies d'inhalation. Elles représentent la première cause de mortalité, c'est pourquoi la prise en charge des troubles de déglutition chez ces patients par l'orthophoniste est essentielle: sensibiliser aidants familiaux et professionnels au fait que ces patients souffrent le plus souvent d'une dysoralité et non d'un trouble du transport pharyngé et que la réponse à apporter n'est pas systématiquement la simplification des textures mais une prise en charge permettant de réduire l'hypo-réactivité sensorielle, l'hypotonie oro-faciale et de stimuler les phases pré orale et orale de la déglutition. Il existe un lien entre fragilité neurologique, déficit sensoriel et perte de l'autonomie qu'il faut prendre en considération, le toucher thérapeutique prend tout son sens.

Dans les EHPAD où les orthophonistes interviennent et forment les pratiques évoluent dans le bon sens mais le turn-over met à mal la transmission des savoir-faire et savoir-être, les formations dispensées par les orthophonistes devraient pouvoir être proposées aux autres établissements, cliniques, hôpitaux et associations d'aides à domicile, car tant qu'une réforme en profondeur sur la formation des aidants professionnels ne sera pas engagée le problème d'épuisement des aidants ne pourra être résolu.

**Mme Emilie LORRAIN
ORTHOPHONISTE
FORMATRICE**