



CAHIER 2022

**Toutes les publications de
l'année classées par Lab**

Avant-propos

Chers lecteurs,

En ce début d'année 2023, Lisa a souhaité rassembler l'ensemble des textes produits en 2022, année électorale post-crise sanitaire, marquée par de nombreux débats et quelques controverses sur les problématiques et les politiques de santé. Hormis le texte inaugural "Ma Santé 2027", à vocation transversale, les analyses vous sont proposées par grand thème / Lab et dans l'ordre chronologique pour chaque thème. Bonne lecture !

Sommaire

Approche transversale	5
Ma Santé 2027 : la grande transformation Dix chantiers prioritaires pour le futur ministre de la Santé (5 mai 2022)	5
Lab : Évolution des organisations de santé	16
Vers l'entreprise médicale (27 janvier 2022)	16
L'accès direct à un masseur-kinésithérapeute ou à un orthoptiste : avancer méthodiquement pour éviter les crispations (16 février 2022)	19
Industrie et produits de santé. Au-delà des big pharma... (10 mars 2022).....	21
La téléconsultation au temps du Covid : leçon suédoise (25 octobre 2022).....	23
Lab : Soutenir l'autonomie	25
Inventer l'EHPAD de demain... Et si on parlait de « l'expérience résident » ou, à défaut, de celle des proches (24 janvier 2022)	25
EHPAD : le point de non-retour (9 février 2022)	27
Parcours de la personne âgée : 8 actions-clés (27 février 2022)	30
Synthèse de séminaire : Quels droits pour les personnes âgées dans notre société ? Pour quelle régulation ? (26 avril 2022)	32
Conditions de travail et attractivité des métiers du médico-social : il y a urgence (17 octobre 2022)	42
Contrôler les EHPAD : une action à conduire sur tous les fronts (8 novembre 2022)	44
Lab : Prospective des métiers et formation	46
Formations en santé 20 propositions pour parachever les transformations (10 février 2022)	46
Les infirmier(ères) en pratique avancée... ou comment ne pas gâcher une belle réforme ? (13 février 2022)	52
L'hyperspécialisation en médecine : concilier les caractéristiques de la formation et les besoins des territoires (27 février 2022).....	57
Carrières à l'hôpital : un choc d'attractivité nécessaire (24 mars 2022).....	59
Paroursup IFSI : pour rétablir quelques vérités (1 ^{er} septembre 2022).....	63
Professions de santé : pour en finir avec le système des quotas (14 septembre 2022)	69
Former plus de médecins pour demain ? (26 septembre 2022).....	79
Déserts médicaux : pas de territoires, pas de populations sans solutions ! (17 octobre 2022)	94
Études de pharmacie : le temps de la refondation (2 novembre 2022).....	96
Accès direct aux IPA : expérimentations, mode d'emploi (15 novembre 2022)	100
Professions de santé : l'état d'urgence (15 décembre 2022)	103
Lab : Financement de la santé	106
Comptes sociaux : la bamboche, c'est bientôt fini ! (10 janvier 2022)	106

Régime obligatoire / complémentaires Une priorité : l'efficiace de notre système de protection sociale (18 janvier 2022)	108
ONDAM et inflation : mode d'emploi à inventer (26 juin 2022)	113
La « Conférence des parties prenantes » et la fin de l'argent magique (6 septembre 2022)	115
Lab : Inégalités sociales et territoriales	119
Inégalités de santé : affronter les réalités (10 mars 2022)	119
Lab : Prévention et promotion de la santé.....	123
Prévention, consultations et inégalités de santé (11 octobre 2022)	123
Lab : Santé de l'enfant	125
Santé de l'enfant : une crise qui vient de loin (24 novembre 2022)	125

Approche transversale

Ma Santé 2027 : la grande transformation

Dix chantiers prioritaires pour le futur ministre de la Santé

(5 mai 2022)

Qu'au sortir de deux ans de crise sanitaire, on n'ait finalement guère évoqué la Santé dans le débat présidentiel est assez vertigineux : ou bien, il s'agit là d'un sujet secondaire pour la population, ou bien la joute électorale majeure de notre Cinquième République apparaît aujourd'hui bien décalée.

L'autre hypothèse, celle d'un effet saturation après deux années de crise, n'apparaît pas fondée tant la thématique de la fracture sanitaire est aujourd'hui prégnante dans la population.

Les *think tanks* se sont pourtant essayés à faire vivre un débat, certaines organisations professionnelles aussi mais rien n'y a fait : la Santé n'est sans doute pas un marqueur de modernité, d'audace réformatrice ou de grand dessein. A tort.

Alors, maintenant que l'élection est passée, balisons le terrain pour le futur ministre, en nous efforçant très immodestement de prendre en charge l'ensemble des sujets et de faire système, à rebours des slogans ordinaires. Façon aussi d'éclairer la grande concertation qu'on nous promet et d'en déterminer le cadre stratégique.

Le président réélu a en effet promis une telle concertation. Bonne idée si on la joue grand angle et sans tabou, si on met tout, vraiment tout sur la table. Certains préféreraient un exercice confiné, histoire de repartir rapidement avec quelques gains et guère de remise en cause. L'Etat, de son côté, sera d'autant plus crédible ici qu'il mettra en jeu ses propres façons de fonctionner.

Nous évoquons ci-dessous un certain nombre de dossiers possibles. Nous ne nous embarquons pas pour autant dans un grand récit. Nous nous « contentons » de dix chantiers clés. Nous le faisons sur le champ de la Santé mais le domaine du soutien à l'autonomie pourrait bénéficier du même traitement et dans des termes proches.

Sommaire

Chantier n°1 – Prévention et promotion de la santé : passer enfin à l'acte.

Chantier n°2 – Des compétences soignantes en phase avec les besoins des territoires : réduire la fracture sanitaire.

Chantier n°3 – Des formations plus agiles : décroisonner tous azimuts.

Chantier n°4 – Financement de la santé : planifier le retour à l'équilibre des comptes sociaux.

Chantier n°5 – La régulation en santé : clarifier les principes.

Chantier n°6 – Les systèmes d'information : une infrastructure essentielle à consolider.

Chantier n°7 – Le statut des opérateurs : ne plus reculer devant ce chantier de modernisation prioritaire.

Chantier n°8 – Pour la décentralisation dans le champ de la santé.

Chantier n° 9 – La gouvernance centrale : ne pas craindre le grand bouleversement.

Chantier n°10 – La démocratie sanitaire, enfin.

Chantier n°1 – Prévention et promotion de la santé : passer enfin à l'acte

Entendons-nous bien : il ne s'agit pas de formuler le vœu pieux incontournable de tout programme qui se respecte mais de faire de la prévention un enjeu clé autour du triptyque expertise-acteurs-financements^[1]. Foin des réformes de structures en la matière au niveau national (le meccano des agences sanitaires).

En revanche, la leçon de la crise est là pour ce qui de la dimension européenne : il faut renforcer la protection contre les épidémies au niveau supranational, consolider l'homologation des produits au niveau européen et mieux articuler l'évaluation des technologies à cette échelle.

Au niveau national – et infranational, il faut donner des moyens à l'expertise sur les déterminants (et les inégalités) de santé et s'efforcer de convaincre encore et toujours sur le tabac, l'alcool, les autres addictions, la malbouffe ou les risques professionnels.

Sur ces sujets, il nous faut faire comprendre aux décideurs et à l'ensemble des acteurs que c'est d'abord dans les environnements que la santé se joue : environnement physique, social, organisationnel, etc. Faire comprendre en particulier que les manières d'agir des gens sont le plus souvent une « réaction comportementale » à des environnements plus ou moins favorables, alors qu'on a encore trop tendance à considérer qu'ils relèvent de choix individuels de personnes mal informées. De très nombreuses expériences montrent que les modifications environnementales sont les interventions les plus efficaces en termes de changement de comportement (exemple de l'urbanisme et de l'activité physique, de l'offre alimentaire et de la nutrition, etc.).

L'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé de nos concitoyens et donc le rattrapage par rapport aux pays européens les plus avancés (ceux du Nord en particulier) passent par l'engagement de politiques offensives menées en proximité, auprès de ceux qui se trouvent éloignés du système de santé ; elles passent donc par une consolidation de l'accès aux soins primaires et par une meilleure intégration de la prévention et de la promotion de la santé dans les pratiques des soignants.

Evoquer les soins primaires ne revient pas à s'en remettre comme souvent à la seule prévention médicalisée.

Il faut renforcer (restaurer dans certains cas) les moyens de la santé en population : tissu associatif, intervenants sociaux, réseaux de médecine collective (dont ceux dédiés à la périnatalité et à l'enfance), en lien avec les structures de soins primaires.

Il faut développer l'implication des différents ministères – Agriculture, Aménagement du territoire, Logement, Education nationale, etc. (« la Santé dans toutes les politiques ») et l'engagement des collectivités locales, tout en affirmant le leadership du ministère de la Santé, en tant que stratège et ensemblier plutôt que pour sa frénésie normative.

Pour sérier et prioriser les programmes d'action, il faut enfin renforcer l'évaluation : tout ne se vaut pas, toutes les interventions ne sont pas pertinentes.

Rien de spectaculaire ici mais rien de sérieux ne se fera si on ne s'attelle pas enfin à ce chantier dans le cadre d'une stratégie nationale de santé enfin assumée et déclinée territoire par territoire.

Chantier n° 2 – Des compétences soignantes en phase avec les besoins des territoires : réduire la fracture sanitaire

A côté du sujet des rémunérations, les questions des compétences, de la répartition des tâches entre les soignants et de l'amélioration des carrières sont aujourd'hui au cœur des problèmes d'attractivité de professionnels de santé.

Alors même que la pénurie est avérée ou guette, selon les professions et selon les territoires, les compétences des professionnels sont souvent sous-utilisées, facteur de frustration pour les intéressés et de gaspillage pour la collectivité.

L'exercice coordonné permet pourtant d'améliorer l'articulation entre les professionnels et entre les professions, de partager les connaissances sur le rôle des uns et des autres, d'utiliser de façon plus pertinente les compétences de chacun. Cette reconfiguration des rôles, en exercice interprofessionnel, contribue en outre à améliorer l'attractivité d'un territoire pour des jeunes diplômés et facilite l'accès aux soins. En effet, les collaborations choisies et le partage des compétences contribuent à retrouver du temps médical.

Le développement du travail en équipe avec de nouveaux partages de responsabilité entre les médecins, les infirmiers – et les autres professionnels paramédicaux, les pharmaciens n'est pas seulement nécessaire pour redonner du sens et de l'attractivité, il est la condition pour avoir des services de soins primaires forts partout et donc pour prendre à bras le corps la crise de la démographie médicale.

Il faut aussi parler carrière. En effet, comme pour beaucoup de professions, les médecins et les autres personnels ne se projettent plus dans un seul métier tout au long de leur vie professionnelle.

Les contraintes de l'exercice, le manque de reconnaissance et la perte de considération expliquent pour une part ce désenchantement au sein des professions de santé, mais le défaut de perspectives de carrière y a aussi sa part, de même que les conditions de travail. Les choix de spécialité des internes sont parlants à cet égard : ils prennent en compte la qualité de vie et donc les activités où les gardes et les astreintes sont limitées, où l'amplitude horaire est raisonnable.

Le secteur privé peut parfois être privilégié du fait d'une meilleure rémunération que dans de la fonction publique hospitalière mais les conditions de travail, assorties de moins d'astreintes, comptent aussi. D'autant que les grilles de rémunération de l'hôpital sont largement insensibles aux différences de pénibilité subies par les praticiens.

La gradation des soins sur le territoire et la répartition des tâches au sein des établissements ne visent pas seulement une plus grande efficacité. Elles sont aussi susceptibles de rendre plus claires les missions. Faute de quoi, les praticiens se voient déborder, avec le devoir de tout faire et, bien souvent, de faire face à des injonctions contradictoires.

Parmi les évolutions considérables de ces dernières années, il faut enfin faire toute sa place au digital, qui a entraîné une évolution fondamentale des pratiques des soignants au quotidien : il contribue certes à améliorer les conditions de travail (facilitation de tâches répétitives sans valeur ajoutée), à créer potentiellement de nouveaux métiers mais il augmente aussi le temps devant un écran au détriment du temps consacré au patient. Le digital contribue en outre à repositionner les différents acteurs d'un parcours de santé et donne de fait des perspectives de carrières différentes et complémentaires.

Face à ces transformations et à ces contraintes, il est indispensable de construire des trajectoires de travail et de formation correspondant aux aspirations des professionnels tout au long de leur vie. Il faut redonner aux personnels l'envie de progresser professionnellement, notamment en leur offrant des passerelles permettant de se hisser vers de nouvelles compétences, d'autres métiers, d'autres horizons.

Aujourd'hui, les silos sont partout ! Il est indispensable de redonner de la souplesse, levier puissant d'attractivité et donc de casser les silos, pour donner des perspectives. Nous proposons ici quelques pistes :

- Ouvrir « pour de vrai » le chantier des champs de compétences des métiers de la santé et donc accepter de répartir différemment ces activités au travers de plus de professionnels, pour ainsi montrer un chemin d'évolutions de carrière larges et diversifiées ;
- Faire évoluer des carrières médicales exclusivement tournées vers le soin vers des fonctions de management, de formation ou de santé publique ;
- Proposer à l'ensemble des professionnels paramédicaux des trajectoires de carrières horizontales (entre métiers de même niveau) ou verticales (par le biais de la promotion professionnelle, en développant massivement les formations en cours de carrière et les dispositifs de validation des acquis) ;
- Relancer le chantier du cadre unique d'exercice pour les professions de santé : ni libéral ni salarié ou bien plutôt et libéral et salarié.

Dans ces affaires qui touchent aux métiers et aux compétences, où la controverse surgit à tout propos, il faut un peu de méthode et beaucoup de constance.

On a de fait beaucoup innové au cours des dernières années : partage des tâches, pratique avancée, accès direct, réformes multiples dans le champ des formations. Parfois avec un dessein clair. Parfois de façon un peu brouillonne.

Il faut une expertise précise et approfondie en ces matières (comparaisons internationales, connaissances statistiques fines, conditions de la régulation juridique et financière, etc.), il faut une concertation globale, c'est-à-dire non parcellisée (ne pas jouer les acteurs les uns contre les autres ou les uns après les autres), une trajectoire de transformation claire et un schéma de mise en œuvre réaliste : quelle part de la construction réglementaire ? Quelle place pour les expérimentations ? Comment passer de l'expérimentation isolée – ou interminable – à la diffusion des innovations qui marchent ? Quel degré de différenciation sur le territoire ?

Chantier n°3 – Des formations plus agiles : décroiser tous azimuts

Ce chantier est lié au précédent mais pas seulement...

Le décroisement doit devenir le principe alors qu'il est aujourd'hui l'exception : résultat de la division du travail, de la spécialisation croissante, de l'affirmation des professions (les unes contre les autres), de leur hiérarchie (implicite ou explicite) et... de la traduction réglementaire de tout cela...

Il faut faire des ponts entre les formations et donc multiplier les occasions de mutualiser les enseignements, rapprocher matériellement et symboliquement les lieux de formation autour de l'Université, permettre les reprises d'études et les deuxièmes carrières de façon beaucoup plus fluide...

Ceci est aussi affaire de méthode et d'organisation.

Traiter les formations au fil de l'eau cloisonne inmanquablement. Il faut donc un plan d'ensemble. Il faut une forme de désarmement réglementaire. Les formations de santé sont en effet atypiques du point de vue de la réglementation, au sens où celle-ci est partout (dans des programmes ou des référentiels de formation très denses et détaillés) et l'évaluation nulle part.

Il faut donc alléger le cadre (pour permettre plus d'agilité dans les transformations), faire confiance aux acteurs de la formation pour ce qui est des maquettes, accréditer les formations et les évaluer. En somme normaliser enfin les formations de santé – médicales et non médicales – dans le cadre LMD (licence-master-doctorat), en se conformant ce faisant au cadre fixé au niveau européen. Cette normalisation permettra aussi le développement des formations sous le format de l'apprentissage.

Tout cela ne peut se faire à gouvernance inchangée.

Au niveau central, les réformes des études de santé ne peuvent plus être prisonnières des aléas de l'inter-ministériarité. Il faut soit confier la définition de la politique des formations de santé au seul ministère en charge de l'Enseignement supérieur, la Santé faisant valoir ses besoins, tant au plan quantitatif qu'au plan qualitatif, soit stabiliser une organisation bi-ministérielle (Santé-Enseignement supérieur) performante.

Au niveau régional, les régions et les universités doivent assumer leur leadership, dans le cadre d'un partenariat construit. L'adaptation des formations aux caractéristiques et aux besoins des territoires, la lutte prioritaire contre les « déserts médicaux » supposent la pleine mobilisation des acteurs sur leurs compétences en faisant fi des querelles habituelles.

Enfin, tout le monde s'accorde à considérer qu'il faut sortir des systèmes de quotas : on l'a fait pour l'accès aux études de santé ; c'est en cours pour les paramédicaux. Pour autant, il ne s'agit pas de former un grand nombre de professionnels qui n'exerceraient que des activités choisies pour des patients sélectionnés. Il faut renforcer l'évaluation de la pertinence des actes et faire que chaque professionnel remplisse bien l'ensemble de ses missions auprès de la population, quels que soient le mode d'activité et le lieu d'exercice.

Faire en sorte que chaque professionnel de santé contribue à l'accès aux soins des populations vivant dans des territoires à plus faible densité soignante, notamment à travers des missions d'intérêt général comme la permanence des soins, pourrait d'ailleurs constituer une alternative efficace et acceptable au conventionnement sélectif. Il en va de l'exercice de la responsabilité populationnelle territoriale

Chantier n°4 – Financement de la santé : planifier le retour à l'équilibre des comptes sociaux

Comme un mirage dans le désert, la Grande Sécu a disparu du débat présidentiel avant même l'amorce de celui-ci. La question du financement n'a quant à elle jamais émergé.

Toutes branches considérées, le « trou » de la Sécurité sociale a pourtant été de 24,6 milliards en 2021, après 38,4 milliards en 2020.

On parle beaucoup du financement des retraites mais rien sur le déficit jumeau de l'assurance maladie, bien plus préoccupant en fait.

Au-delà des aléas conjoncturels sur les recettes, les revalorisations salariales du Ségur de la santé et les plans d'investissement pour l'hôpital ont ancré un décrochage structurel de la branche maladie, en attendant le choc lié à la prise en charge de la perte d'autonomie.

Alors oui, au-delà de la solution – de bon sens – de cantonnement de la dette Covid, la perspective doit être celle d'un redressement durable de la branche maladie et aucune voie n'est aujourd'hui tracée en la matière.

Il faudra des financements nouveaux... et ne pas se priver des financements existants en multipliant les niches socio-fiscales...

Il faudra aussi un jour définir une trajectoire de retour à l'équilibre et remettre en selle les outils dont on dispose en la matière : la discussion de l'ONDAM doit retrouver son sens et ne plus être chaque année le concours des mesures nouvelles, le réceptacle de l'activisme législatif de l'administration ou la hotte du Père Noël des corporations...

Il ne va pas falloir discuter seulement réponses aux besoins ou rémunérations des soignants mais aussi revenus, équilibre prix-volumes, responsabilité, évolution des tarifs au cours du cycle de vie de l'innovation... Vieilles notions remisées depuis une vingtaine d'années.

Derrière le lamento commun, la situation des opérateurs est extrêmement variable : si certains hôpitaux/services – au sein d'un même établissement, la situation peut être hétérogène – sont en détresse, d'autres caracolent dans les classements, d'autres encore sont simplement mal gérés. Il en va de même pour la plupart des opérateurs. Uniformiser le constat et les solutions est un raccourci qu'on ne peut pas se permettre au regard de la situation financière.

Oui, il faut une grande négociation sur la santé mais sans occulter les sujets qui fâchent.

Au-delà de la soutenabilité financière de notre système de santé, on ne saurait enfin omettre la durabilité de celui-ci et l'impact énergétique et écologique du secteur de la santé.

Chantier n°5 – La régulation en santé : clarifier les principes

La question fondamentale de la régulation et de l'organisation de celle-ci n'est au fond jamais vraiment posée. Les disparités territoriales, les innovations technologiques et organisationnelles, l'évolution des métiers fabriquent pourtant en permanence des déséquilibres et il faut donc travailler les principes de retour à l'équilibre. C'est ça la régulation.

Nous l'avons fait au Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) à l'initiative d'Anne-Marie Brocas, en mobilisant les réflexions très denses déployées dans d'autres secteurs d'activité (en particulier à la faveur de l'évolution des services publics en réseau).

Prenons le sujet de l'organisation des soins. Face à la montée des interdépendances ou des lacunes dans la prise en charge à la faveur de la division du travail croissante, fabrique-t-on des solutions par la planification ou par le marché ? Les deux en même temps en fait, par le truchement des conventions médicales et paramédicales et la multiplication des dispositifs de coordination/coopération.

Le principe d'organisation est-il corporatiste (autour des professions), institutionnel (autour de l'hôpital), marchand (selon le principe de la concurrence entre les acteurs) ou démocratique (selon le principe d'organisation qui vaut pour les autres politiques sur le territoire) ? Les solutions opérationnelles seront toutes différentes selon la réponse à cette question.

Le débat n'est tout simplement pas posé ou plutôt la réponse est implicitement : une bonne dose de corporatisme, une armature institutionnelle (hospitalière) omniprésente, le recours à la stimulation pour enjoindre les acteurs à la coopération (à travers des appels à projets et des financements incitatifs...) et bien peu de place à la délibération organisée des acteurs (tous les acteurs) sur le territoire.

Cette incertitude, ce *melting pot* des principes, est-il consubstantiel à ce secteur complexe, à des interventions composites... ou le fruit d'une forme de paresse ou de désenchantement ou encore le résultat de la défense des acquis, qui invite à circonscrire les débats ?

Il n'y a pas, d'un côté, des acteurs valeureux et, d'un autre côté, une administration malhabile ou tatillonne. La régulation c'est un tout. Il faut mettre le sujet au cœur de la conduite de l'action publique en santé et des changements. Cela suppose de clarifier le rôle des acteurs suivant un certain nombre de principes : on ne peut être financeur et régulateur, opérateur et régulateur, collectivité organisatrice et régulateur... Les uns et les autres participent de la régulation mais le rôle de chacun doit être précisé. Concrètement, le rôle des ministères, de l'assurance maladie, des acteurs territoriaux n'est pas immuable.

Il faut clarifier les missions de régulation et les confier à des acteurs identifiés (comme il en existe dans d'autres secteurs). Il faut développer des outils de surveillance des marchés et de la formation des prix et des tarifs : l'économie industrielle est quasiment absente dans le champ de la santé.

Il faut bien entendu développer l'évaluation tous azimuts (avec la participation active des usagers et des patients) : là aussi, nous partons de très loin.

L'expérience de la crise a ajouté un autre chapitre au chantier de la régulation : celui de l'industrie pharmaceutique française et européenne afin de garantir, d'une part, une certaine autonomie et d'éviter, d'autre part, les très nombreuses ruptures de stock, qui risquent de se multiplier dans les années à venir, notamment sur des médicaments indispensables, utilisés chaque jour par les médecins.

Chantier n°6 – Les systèmes d'information : une infrastructure essentielle à consolider

Les systèmes d'information sont une infrastructure essentielle de la régulation du système de santé : la constitution de l'infrastructure, sur le périmètre des référentiels et des services socles, est d'intérêt public, on l'a enfin compris. Les différents acteurs doivent pouvoir s'y connecter en se conformant aux règles posées en termes d'accès, d'interopérabilité, d'organisation de la concurrence (en particulier en ce qui concerne les plateformes) et de protection des données.

C'est sans doute le sujet sur lequel les dernières années auront été le plus productives, à la mesure de l'investissement mis en œuvre dans la ligne du programme *Ma santé 2022*. Cet effort a consisté à prendre au sérieux la question de l'urbanisation des systèmes d'information en santé, en mobilisant les industriels auprès des professionnels et des établissements et services, avec des ressources à la clé, et à bâtir une nouvelle interface pour les usagers à travers *Mon espace santé*.

En termes de méthode et de conduite du changement, l'expérience est intéressante : un dessein enfin clair, une démarche de concertation et de co-construction, des moyens à la hauteur, des acteurs pivots pour mobiliser les opérateurs et les parties prenantes (l'Agence du numérique en santé, la Direction du numérique en santé et l'assurance maladie).

Chantier n°7 – Le statut des opérateurs : ne plus reculer devant ce chantier de modernisation prioritaire

Aux deux bouts de la chaîne, on trouve les hôpitaux publics – et leurs navires amiraux, les CHU – et les cabinets libéraux. Entre les deux, une foultitude d'organisations : cliniques à but lucratif (organisant le travail de médecins libéraux en leur sein) ou non lucratif, regroupements de professionnels sur un mode libéral ou capitalistique (réseaux de pharmaciens et groupes de biologie médicale) ou sur un mode planificateur (MSP, CPTS).

Quels que soient les interstices, les acteurs en bout de chaîne sont intangibles quant aux principes revendiqués : bureaucratie professionnelle dyarchique (direction médicale et direction administrative) d'un côté, cependant gagnée par une préoccupation compulsive de rendre des comptes (les hôpitaux publics), organisations isolées d'un autre côté (les cabinets libéraux), arc-boutées sur les principes d'une « Charte de la médecine libérale » bientôt séculaire (1927) : liberté d'installation, libre choix du médecin, liberté de prescription, libre entente sur les tarifs – supprimée par les ordonnances de 1945 – et respect du secret médical, laissant difficilement émerger les linéaments d'une entreprise médicale articulée aux enjeux contemporains : exercice regroupé pluri-professionnel, responsabilité populationnelle, diversification tarifaire... mobilisant toujours plus de compétences économiques et managériales.

Alors oui, il faut changer le statut de l'hôpital public et défaire la gangue bureaucratique qui enserre l'ensemble hospitalier, du plus petit hôpital jusqu'au ministère de la Santé. Plusieurs modèles

alternatifs sont disponibles : ceux des grands hôpitaux du champ non-lucratif, celui des centres de lutte contre le cancer, ceux des hôpitaux universitaires chez certains de nos partenaires (en Europe ou aux États-Unis notamment). Les Ordonnances Debré de 1958 avaient, en leur temps, permis d'engager un vaste mouvement de modernisation. Il est temps de remettre l'ouvrage sur le métier. Le choc d'attractivité à l'hôpital public doit aussi être un choc de management.

Il faut aussi simplifier la gouvernance territoriale de l'actuelle hospitalisation publique (au-delà des groupements hospitaliers de territoire – GHT) en vue d'une meilleure régulation de l'offre de soins et de la permanence des soins et de façon à éviter les concurrences malsaines entre établissements voisins.

A l'autre bout de la chaîne, s'il doit y avoir grande concertation sur la santé, il ne faut pas biaiser cette fois et il faut mettre clairement sur la table la rénovation des principes de la médecine libérale mais aussi les conditions de management des nouvelles organisations (et les formations à prévoir en la matière). La définition de nouvelles règles de fonctionnement de la médecine de ville est d'ailleurs une des conditions de la réussite d'une réforme de l'hospitalisation.

Chantier n°8 – Pour la décentralisation dans le champ de la santé

Les Agences régionales de santé (ARS) n'ont pas toujours et partout démerité depuis leur création en 2010, y compris pendant la crise sanitaire récente. Il y a même eu de belles réalisations sous leur égide et des coopérations territoriales exemplaires.

Les régions et les départements n'ont pas, de leur côté, toujours montré leur pertinence au plus fort de la crise.

Le problème n'est pas là. Il est dans la difficulté de fonder un système d'acteurs à compétences partagées, forcément partagées, efficace sur une double dyarchie : Préfet/ARS d'une part, ARS / collectivités locales (région ou département) d'autre part.

Les ARS ne peuvent plus être ce troisième pouvoir autonome et en ligne directe avec le seul ministère de la Santé.

Il faut donc fabriquer une autre gouvernance, à travers un mix de déconcentration et de décentralisation.

La planification est indispensable mais son échelle est fonction de l'enjeu et des besoins des populations et des territoires concernés.

Si on considère les pathologies, pour les maladies rares, elle est nationale ; pour les pathologies complexes, elle se conçoit mieux à l'échelle régionale ; pour les autres spécialités et pathologies, le rapport du HCAAM sur la médecine spécialisée^[2] avait bien montré les échelles variables, départementale, cantonale voire communale (pour les soins primaires).

Si on considère l'offre en professionnels, la planification doit viser à la fois des objectifs de rééquilibrage entre régions et entre territoires et prendre en compte les besoins locaux, au plus près des solutions accessibles sur le terrain.

Les ARS doivent être rendues à leur rôle d'agence technique, d'organe agissant pour le compte des préfets d'une part (pour ce qui est des compétences Etat, dont la surveillance et la gestion des crises sanitaires – c'est d'ailleurs la configuration qui s'est installée au décours de la crise Covid-19), des régions et des départements d'autre part.

Cet étayage en termes d'expertise et d'administration spécialisée permettra de conférer aux régions des compétences d'organisation complémentaire sur le plan sanitaire et de trancher la dyarchie existant sur le médico-social.

Il faut en effet ériger la région en collectivité organisatrice pour prendre pleinement en charge – et au sérieux – la question des déserts médicaux et paramédicaux : les régions ont à leur main un certain nombre de compétences cruciales en la matière (orientation des publics scolaires, formation des professionnels paramédicaux, emploi, aménagement du territoire, développement économique et équipement des territoires, en lien avec les autres collectivités). Le partenariat avec l'Université est ici essentiel... et n'a pas de raisons d'être pensé sur le registre de la concurrence comme c'est le cas quand on installe une dyarchie Etat-collectivité.

Chantier n° 9 – La gouvernance centrale : ne pas craindre le grand bouleversement

Le dilemme se pose à chaque début de cycle politique : peut-on conduire les réformes avec l'organisation existante au niveau central ? Inversement, comment ne pas retarder les réformes le temps de restructurer les organes centraux ?

Premier élément de réponse : avoir un dessein global et une claire conscience des relations entre les différents chantiers donne des marges de manœuvre par rapport à l'infrastructure ministérielle existante et permet de hiérarchiser les enjeux.

Deuxième élément : une grande concertation est prévue ; le temps de la concertation peut être mis à profit pour changer les organisations.

Le *big bang* pour que faire ?

Déconcentrer le secteur de la santé, c'est-à-dire confier les compétences État à un échelon infra national, est une nécessité si on veut accompagner le développement des responsabilités des hôpitaux et de la médecine de ville. La prégnance de l'administration centrale et sa capacité à étouffer l'innovation (à l'exception du fameux « article 51[3] ») est sans doute une des causes de la crise profonde de la gestion hospitalière, des difficultés quant à la présence territoriale des soignants et des retards à l'organisation des soins primaires.

Il faut aussi régler le sujet assurance maladie – administrations centrales en ce qui concerne l'organisation des soins et de la prévention.

La décentralisation renforcée ou désormais assumée, le changement de statut des hôpitaux, l'impulsion nouvelle donnée en matière de prévention, la refonte de l'organisation libérale (et des conventions qui l'informent), la volonté de clarifier la régulation, tout cela plaide pour concrétiser enfin le projet d'Agence nationale de santé à partir des ressources de l'assurance maladie et des administrations centrales actuelles : une agence avec tous les attributs, qui reçoive une mission claire, qui rende des comptes et qui organise la participation de l'ensemble des parties prenantes (usagers, professionnels, collectivités locales notamment).

Cette refondation concerne également le champ de la recherche et l'articulation entre les ministères (de la Santé et de la Recherche), les agences sanitaires, l'Inserm, les CHU et les universités, sans parler des agences de financement (dont l'Agence nationale de la recherche) et des dispositifs portés par elles depuis quelques années (dont les instituts hospitalo-universitaires). Ce système d'acteurs, cet écheveau aurait-on envie de dire, doit être simplifié, rebâti, en lien avec les évolutions respectivement conduites dans les champs de la Recherche (évolution des unités mixtes et du rôle des universités, évolution du pilotage de la recherche et des carrières des enseignants-chercheurs) et de la Santé (évolution des hôpitaux universitaires, émergence de l'ANS, etc.).

Les administrations centrales pourront dès lors être recentrées sur les tâches de pilotage statistique, stratégique, financier et juridique (avec pour objectif, sur ce registre, la désescalade réglementaire...). Ce n'est pas extravagant. D'autres pays l'ont fait.

Chantier n°10 – La démocratie sanitaire, enfin

On a célébré il y a quelques semaines les vingt ans de la Loi Kouchner sur les droits des malades^[4], qui avait ouvert une ère nouvelle pour la représentation des usagers du système de santé, après un processus de concertation échevelé quelques années auparavant, *les États généraux de la santé*, conclus en 1999.

Après deux années de crise sanitaire où le système de santé et de représentation en santé a été fortement éprouvé, ce rappel est bienvenu.

Le dispositif des agences sanitaires patiemment construit dans les années 1990 n'a pas manqué en effet d'être bousculé : de nouvelles instances (dont le Conseil scientifique au premier chef) ont été mises en place, la représentation des usagers a été souvent lacunaire en leur sein, les Conférences régionales de la santé et de l'autonomie ont été mises en sommeil, les associations d'usagers ont peu à peu (re)pris leurs marques pour défendre l'accès aux protections et aux vaccins des personnes fragilisées par la maladie, le « parlementarisme rationalisé » de la Cinquième République a laissé vivre un timide débat dans les enceintes parlementaires au plus fort de la crise (plus actif classiquement au Sénat qu'à l'Assemblée nationale), au risque d'organiser une confrontation directe entre l'exécutif et la rue, à travers la mobilisation des antivax. Dans les années 1980-90, l'activisme associatif s'attachait à la défense des malades et à l'accès aux traitements... Autre temps, autres mœurs.

Il faut aujourd'hui consolider et rebâtir. La décentralisation que nous appelons de nos vœux, la mise en place d'une Agence nationale de santé sont deux opportunités clés pour la représentation des citoyens et des usagers dans le champ de la santé.

La condition première de la démocratie sanitaire est que le débat en santé vive dans les enceintes de délibération courantes : dans les organes délibérants des collectivités rendues clairement responsables mais aussi au Parlement.

Il faut aussi continuer de structurer la représentation des usagers dans les enceintes spécialisées, au niveau local et régional (Conférence régionale de la santé et de l'autonomie – CRSA comme Conseil économique, social et environnemental régional – CESER) comme à l'échelle nationale (dans les agences sanitaires et au premier chef, demain, au niveau de l'Agence nationale de santé).

Il faut enfin créer les conditions d'une concertation véritable, dont les États généraux de la santé fournissent un modèle. Le fait est qu'une telle organisation du débat public n'a jamais été stabilisée dans le champ de la santé (au contraire de ce qui existe dans le champ de l'environnement par exemple). Il est temps.

Stéphane Le Bouler
Président de Lisa

[1] Pour reprendre la tribune de Bernard Basset, François Bourdillon et Serge Herberg dans Le Monde des 17 et 18 avril 2022 : « La prévention en santé publique, très sinistrée, a besoin d'expertises, d'acteurs et de financements ».

[2] <https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/avis-du-hcaam-sur-lorganisation.html>

[3] La loi de financement de la sécurité sociale de 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations de santé reposant sur des modes de financements inédits.

[4] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. La loi est intervenue près de trois ans après la conclusion des Etats généraux de la santé du fait de la mission conduite par Bernard Kouchner au Kosovo dans l'intervalle.

Lab : Évolution des organisations de santé

Vers l'entreprise médicale (27 janvier 2022)

La difficulté d'implanter le discours économique dans le champ de la santé est chose étrange. « La santé n'a pas de prix ». L'adage populaire est bien ancré, chez les professionnels et dans la population... et pas seulement au temps du « Quoi qu'il en coûte... ».

Et pourtant les concepts sont là et sont bien utiles pour penser la production, l'allocation des ressources ou la tarification dans le domaine de la santé.

A quoi s'intéresse en effet l'économiste ?

A l'abondance ou à la rareté des ressources. Cela résonne immédiatement avec les préoccupations quant à la disponibilité des compétences soignantes, médicales et paramédicales, au plan global comme sur les territoires.

A la division du travail, autre concept à l'origine de l'économie politique. Dans le champ de la santé, on parlera de spécialisation médicale, toujours plus poussée, de nouveaux métiers, mais aussi de division du travail institutionnelle (médecine de ville, médecine hospitalière, médecine salariée).

Qui dit « division du travail » dit « interdépendances », « besoins de coordination », « coûts de transaction ». La circulation de l'information entre opérateurs et la reconnaissance de la qualité par les usagers deviennent des variables-clés.

La question du prix entre en scène : même si la capacité du prix, établi sur le marché, à révéler la qualité est l'objet d'âpres disputes économiques, on ne fait guère mieux pour rendre compte de la rareté et de la propension à payer. Pour autant que les conditions de la concurrence, non pas pure et parfaite mais raisonnée, soient réunies. Pour autant aussi que l'on raisonne en tenant compte de la solvabilisation par la solidarité nationale mais qu'il s'agisse d'un prix ou d'un tarif fixé par le régulateur, les termes du débat ne sont pas fondamentalement différents.

On a passé en revue ci-dessus quelques-uns des principaux concepts de l'économie politique.

Qui ne voit que cela recouvre quantité de nos débats contemporains dans le champ de la santé ?

Quel est le meilleur modèle de production en situation de ressources rares et d'incertitudes sur la qualité ?

D'un côté, on trouve le modèle des producteurs atomisés sur un marché, autrement dit le cabinet médical unipersonnel classique. Il a rendu de fiers services, en particulier

au moment où il a fallu répandre les compétences soignantes sur le territoire avec la généralisation de la Sécurité sociale. On connaît aussi ses limites en termes de coordination et lorsque les ressources viennent à manquer.

D'un autre côté, il y a l'hôpital, le modèle de la firme, pour reprendre là encore un concept clé de la science économique. La firme est un mode de coordination alternatif au marché et tire sa supériorité de ce qu'elle limite les coûts de transaction liés à l'acquisition d'informations, à la négociation et à la reconduction des contrats. La firme a la durée et l'organisation pour elle, elle en paie aussi le prix en situation d'innovations. La hiérarchie est présente : c'est une composante de l'organisation. Dans le cas des hôpitaux publics, celle-ci est duale, administrative et médicale... ce que la science économique ou la science du management ont quelque mal à caractériser. Dans le cas des plus gros hôpitaux, les CHU notamment, on évoquera volontiers le modèle des conglomérats, depuis longtemps révolu dans l'économie ordinaire.

Alors qu'y a-t-il entre les opérateurs atomisés et la firme hôpital ou le conglomérat ? Et pour assurer quels besoins collectifs ?

Les cabinets regroupés en médecine générale ou spécialisée consistent à partager des charges fixes (locaux, équipements, secrétariat) : ils sont un prolongement de la forme de production atomisée. Il n'y a guère de gains en termes de coordination ; si on y économise des ressources, cela peut aussi se traduire par un éloignement pour les patients.

Les maisons de santé pluri-professionnelles, ou du moins ainsi dénommées, en sont parfois la version moderne, avec les qualités et les défauts des cabinets regroupés. Heureusement, l'innovation et la coordination en sont quand même parfois les maîtres-mots. Un bilan d'ensemble est à faire.

On a aussi les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), très en vogue depuis quelques années, sous l'impulsion et à coup de subventions des pouvoirs publics. On s'attaque là aux défauts de coordination et de circulation de l'information entre les acteurs. On nous dit que les CPTS ont joué un rôle utile dans la mise en place des dispositifs de dépistage, puis de vaccination anti-covid. C'est bien le moins qu'on pouvait attendre de ces dispositifs destinés à booster la coopération. Le compte n'y est pas cependant, le modèle économique n'est pas là. Tout cela ne vit que de subventions publiques et de capitation plus ou moins assumée.

Nous voulons défendre ici un vrai modèle économique intermédiaire entre les acteurs atomisés et la firme-conglomérat hôpital.

L'entreprise médicale que nous appelons de nos vœux :

- rassemble des métiers différents sur des champs donnés : la santé visuelle, l'enfance, la santé des femmes, la santé mentale...
- « met le paquet » sur la coordination au service du patient ;
- est organisée en présentiel et à distance (téléconsultation, télésurveillance) et mobilise tous les outils nécessaires pour correspondre à un vrai progrès en

termes de présence des ressources sur le territoire ;

- bénéficie d'une tarification agile et pertinente, à partir d'une approche documentée à la fois des actes tarifés et des externalités produites (en termes d'accessibilité et de qualité de la prise en charge notamment).

Le médecin assure le leadership au sein de l'entreprise médicale, avec à ses côtés des professionnels paramédicaux, des secrétaires médicales et des administratifs. Pour assumer ce rôle, le médecin doit maîtriser les techniques du management. Il importe donc qu'il soit formé pour cela, en formation initiale ou continue, comme le sont d'autres professions, les pharmaciens par exemple.

Il faut en finir avec les modes organisationnelles qui voient se succéder les dispositifs en vogue sur un rythme quinquennal, développés avec force subventions et rarement évalués. Il faut en revenir aux fondamentaux de l'économie (gérer et allouer au mieux des ressources forcément rares) et préférer des organisations et des tarifs agiles, ancrés sur un vrai modèle économique, aux poisons de la bureaucratie.

Stéphane Le Bouler

Merci à **François Pelen** et à **Patrick Gasser** pour leur relecture

L'accès direct à un masseur-kinésithérapeute ou à un orthoptiste : avancer méthodiquement pour éviter les crispations

(16 février 2022)

Les problèmes de densité de professionnels de santé sur le territoire sont aujourd'hui prégnants. Ils se doublent de préoccupations quant à l'organisation des parcours des patients et au souci, rationnel, d'organiser une gradation pertinente des soins.

Tout cela est affaire de formation, de rôles des professionnels, d'organisation des soins, d'incitations...

La conduite du changement doit se situer sur ces différents registres... Elle est compliquée à mettre en œuvre. Force est de constater que le débat public et la négociation sociale sont difficiles sur ces questions. La discussion de la *Loi de financement de la Sécurité sociale* (LFSS) 2022 a illustré à nouveau ces difficultés : l'accès direct à un professionnel de santé non médecin est un sujet récurrent de crispation entre médecins et non médecins.

Les domaines de la kinésithérapie et de l'orthoptie illustrent ces crispations.

Les **masseurs-kinésithérapeutes** bénéficient, dans certaines facultés de rattachement et pour certaines unités d'enseignement contributives, d'une formation partagée avec les étudiants en médecine. L'obtention de leur diplôme d'Etat est désormais associée à un grade master, sur le plan universitaire. Ces éléments viennent appuyer la revendication portée par la profession relative à l'accès direct à leurs soins de patients présentant certaines situations pathologiques bien définies, tels que le traumatisme de la cheville et la lombalgie aiguë.

Les champs pathologiques concernés par un possible accès direct, les lieux et modalités d'exercice favorables à son organisation (MSP, CPTS...), les modalités d'interrelation avec les autres professionnels de santé, le partage des responsabilités seront précisés par décret en 2022 et devront faire l'objet d'évaluations et de préconisations précises.

Il est aussi important de veiller à ce que la formation des masseurs-kinésithérapeutes, tant initiale que continue, permette de délivrer les enseignements et d'évaluer les compétences à acquérir pour l'exercice dans le cadre de ces nouveaux parcours de soins, permettant de garantir aux patients l'accès à des soins de qualité.

Dans un autre champ, celui de l'ophtalmologie, la *Loi de financement de la sécurité sociale* pour 2022, dans son article 68, a donné l'accès direct à un orthoptiste pour la primo prescription de lunettes dans un cadre qui reste à préciser par décret. L'acuité visuelle-réfraction nécessaire à cette prescription est un acte technique pouvant parfaitement être réalisé par un orthoptiste.

Cependant, la consultation d'un ophtalmologiste est aussi l'occasion de faire un bilan de la vue comprenant prise de tension oculaire, fond d'œil, vérification du cristallin...

Donner une nouvelle responsabilité à l'orthoptiste, dans un contexte de difficulté d'accès à la consultation d'ophtalmologie, ne doit pas occulter le bénéfice en termes de dépistage de cette consultation. Le décret d'application devra traiter ce sujet et cela passe en grande partie par de la formation et de la validation des connaissances.

Dans ces affaires, il est crucial de **réfléchir en termes de parcours de soins**. Les parcours sont compliqués à mettre en œuvre et font pour le moment l'objet d'expérimentations en kinésithérapie. Pour pouvoir sortir de cette phase et passer à un véritable déploiement de ces dispositifs, il est important de mobiliser les Conseils nationaux professionnels, les ordres, les syndicats...

L'évaluation doit être médico-économique et doit prendre en compte les répercussions sur la santé des populations, les taux de prises en charge appropriées/inappropriées et les perceptions des patients.

Cette question de l'accès direct est à considérer aussi au regard des **problèmes de démographie des professionnels de santé mais sans y voir la panacée**. La présence des professionnels paramédicaux peut être moins problématique que celle des médecins dans certains territoires mais ce n'est pas toujours le cas et il y a même souvent une liaison entre les deux (là où il y a peu de médecins, il arrive souvent que le vivier paramédical soit lui-même insuffisant). Pour répondre à ce problème, il est important de considérer l'ensemble des ressources disponibles, que celles-ci soient publiques ou privées.

Dans le cas de la kinésithérapie, si l'expérimentation s'avère valide et montre un gain en termes d'efficience, il serait plus cohérent d'intégrer les kinésithérapeutes de façon systématique dans ces parcours de soins, pas uniquement dans les zones déficitaires en médecins.

Cette contribution a bénéficié des contributions de **Patrick Dehail, Anthony Demont, Franck Devulder, François Pelen, et Yvan Tourjansky**.

Industrie et produits de santé. Au-delà des big pharma...

(10 mars 2022)

Enjeux

La production de biens de santé est une activité stratégique pour la France et un enjeu d'indépendance sanitaire. La question de la **souveraineté industrielle** a notamment surgi pendant la crise de la Covid-19, comme en témoignent, en réponse, les objectifs du plan France 2030 dans le domaine de la santé. Celui-ci prévoit une enveloppe globale de 16 milliards d'euros pour faire de la France « un leader de la production de thérapies innovantes ». Pour atteindre cet objectif, l'alignement stratégique des politiques publiques apparaît crucial.

Cette problématique peut être comprise à travers la situation des **PME françaises**. La baisse des prix de certains médicaments, dans le cadre d'un arbitrage prix-volume favorable aux économies de court terme, au risque de pénaliser l'innovation, a pu amener les industriels à délocaliser la production de principes actifs, voire de produits finis, en Inde ou en Chine, d'où des problèmes de rupture de stock lorsque les frontières se ferment. Dans certains cas l'exploitation devenant impossible du fait de ces baisses de prix, l'arrêt de la production apparaît inéluctable. Il semble donc primordial de valoriser la production locale porteuse d'innovation thérapeutique à sa juste valeur, afin que la prochaine crise sanitaire ne soit pas celle des ruptures de stock des Médicaments d'Intérêt Thérapeutique Majeur.

Une autre problématique importante concerne la valorisation des travaux de **recherche** en Biologie-Santé : l'organisation du système de recherche en santé est aujourd'hui trop complexe. Il doit donc être simplifié. Par exemple, en ce qui concerne le financement des chercheurs, on constate souvent un défaut de fléchage de la rémunération en lien avec cette valorisation. Il est en outre crucial de créer un **continuum** entre la recherche hospitalière et les industriels, notamment les PME.

L'évaluation des produits est aussi un sujet crucial pour le système industriel de santé. Nous sommes entrés dans un système de recherche rapide, avec des innovations qui arrivent plus précocement sur le marché (des médicaments sont par exemple commercialisés en phase 2, et non plus en phase 3). L'évaluation est, de ce point de vue, assez problématique en France compte tenu, d'une part, des délais engendrés (une PME n'a ainsi pas forcément intérêt à produire en France, puisque cela la conduit à indiquer aux pays auxquels elle propose ses produits que ceux-ci ne sont pas encore diffusés localement...), d'autre part, de l'hégémonie de la Haute Autorité de Santé, en charge de déterminer le bénéfice thérapeutique, qui va conditionner le prix des médicaments : ses évaluations et avis ne constituent pas des décisions susceptibles de faire l'objet d'un recours devant le Conseil d'Etat, alors qu'en Italie, par exemple, une commission d'appel permet de revoir les prix lorsque la décision d'évaluation est estimée injuste. La question de l'articulation entre un régime d'autorisation au niveau européen pour les produits innovants et une évaluation nationale du bénéfice thérapeutique, conditionnant le prix, est d'ailleurs posée.

Côté financement, le **crédit d'impôt recherche (CIR)** est considéré comme un atout pour permettre l'investissement dans la recherche mais il conviendrait sans doute de mieux cibler les PME et de garantir que les travaux réalisés n'auraient pas été réalisés indépendamment du CIR. En d'autres termes, le CIR doit bénéficier aux entreprises développant une recherche complémentaire grâce à lui, en évitant dans toute la mesure du possible les purs effets d'aubaine.

Actions prioritaires

- **Affirmer et soutenir la continuité de la recherche**, de la recherche fondamentale à la recherche clinique et de la recherche fondamentale à la recherche industrielle. Ce soutien doit se traduire par des mesures budgétaires mais aussi par une prise en compte des travaux de valorisation des chercheurs dans leur évaluation en cours de carrière. De même, dans le cadre des partenariats public-privé, il serait pertinent que les investissements réalisés dans le secteur académique, ainsi que le retour sur investissement pour les organismes publics, soient pris en compte lors des négociations avec le Comité économique des produits de santé.
- **Clarifier les objectifs et les conditions de création de l'Agence d'Innovation en Santé**. Pour que cette agence puisse répondre aux demandes (en termes de répartition des moyens, de sanctuarisation, d'organisation), elle devrait être pilotée directement par le Premier ministre ou la Présidence de la République (comme le furent en leur temps les actions prioritaires en matière de lutte contre le cancer ou contre la maladie d'Alzheimer). Un pilotage interministériel flou entraînerait davantage de conflits et donc une perte d'efficacité.
- **Renforcer la souveraineté stratégique et sanitaire française par des outils dirigés comme le CIR**, à condition de mettre en œuvre des mesures ciblées envers les PME, dans la mesure où les gros groupes industriels, eux, ont tendance à délocaliser leurs laboratoires et leurs lieux de production. Il serait pertinent enfin de simplifier l'accès aux crédits du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) pour les PME et de prévoir une enveloppe dédiée spécifique pour ces dernières.

*Cette note a bénéficié des contributions de **Lionel Collet** et d'**Antoine Ferry***

La téléconsultation au temps du Covid : leçon suédoise (25 octobre 2022)

Du Covid en Suède, on se souvient des choix débattus de l'agence de santé publique dans la lutte contre l'épidémie. D'autres enseignements peuvent cependant être médités : ainsi de l'impact de l'essor de la téléconsultation sur le système de soin de premier recours.

Rappelons que la Suède est dotée d'un système national de santé à financement public. Celui-ci est piloté par 21 comtés, agissant dans un cadre commun mais très autonomes en pratique : chaque comté décide du montant des taxes qu'il lève mais aussi du montant des forfaits dus par les patients et gère l'offre de soins publique.

Le financement assuré par chaque comté est identique entre opérateurs publics et privés de soin. Il est formé d'un mix reposant sur la capitation (60 à 95% du financement), sur des forfaits (5 à 38%) à la charge du patient (plafonnés) et sur une petite rémunération à la performance (0 à 3%). Dans les régions riches et denses (Sud du pays), les honoraires sont plus importants et les opérateurs privés très présents.

En pratique, les Suédois choisissent moins un médecin qu'un centre médical auquel ils s'inscrivent. Ils peuvent aussi aller partout en Suède hors inscription (out-of-county). La compétition entre centres se fait donc sur le nombre d'inscriptions et non sur les prix, strictement contrôlés.

C'est dans ce cadre que la téléconsultation, en croissance depuis 2015 et soutenue par une stratégie nationale dynamique, est venue jouer les trouble-fêtes, en raison primo de son financement, secundo de l'explosion de son usage avec le Covid.

Il faut, pour cela, expliquer le fonctionnement du out-of-county évoqué ci-dessus : un patient de la région A consulte un professionnel dans un centre médical de la région B et règle les forfaits applicables en région B, laquelle se tourne alors vers A pour lui facturer le service (c'est-à-dire pour récupérer la dépense faite pour un patient non établi dans la région B). Ce dispositif ne posait aucun problème avec les flux inter-régionaux marginaux d'une organisation classique. Mais les volumes de la télémédecine ont tout changé !

C'est en effet ce dispositif du out-of-county qui a été utilisé pour la facturation des téléopérateurs, ce qui les plaçait « hors sol » : si je fréquentais KRY (connu en France sous la marque Livi), je payais le forfait en vigueur dans sa région d'installation et au passage mon centre local perdait la rémunération correspondante.

Or qui recourt le plus à la télémédecine ? La tranche 18/35 ans, plus intéressante économiquement dans un système par capitation, puisque, même modulée par l'âge, celle-ci opère une mutualisation des recettes, qui permet au médecin de passer relativement plus de temps avec les patients « lourds » et moins avec les plus jeunes.

Le propre de la régulation est de chercher à garder un coup d'avance sur les équilibres qui se font sur le marché.

De fait, depuis lors, les règles suédoises ont été ajustées pour neutraliser quelques-uns des effets parasites relevés ici.

Mais, on le voit, même dans les systèmes fortement régulés, on n'est jamais à l'abri de déstabilisations d'ampleur, sous l'effet d'une innovation majeure ou d'un réglage inapproprié des règles de financement (prix ou remboursement). C'est une leçon aussi pour la France.

Sébastien Rochelle, directeur associé ADICEO, enseignant, avec la collaboration
d'**Éric Trottmann**

Inventer l'EHPAD de demain... Et si on parlait de « l'expérience résident » ou, à défaut, de celle des proches (24 janvier 2022)

En matière sanitaire, l'expérience patient est désormais reconnue comme un facteur essentiel de pertinence de la politique de prévention et de soin, mais aussi comme un fondement pour une démocratie sanitaire vivante.

Y-a-t-il un équivalent en matière médico-sociale et notamment dans le champ de l'autonomie ? Malheureusement, les résidents des EHPAD sont souvent dans l'incapacité de se faire entendre, si ce n'est dans le cadre des Comités de la vie sociale (CVS), trop souvent mis en sommeil pendant la pandémie. Contrairement à ce qui se passe dans certains pays, en Scandinavie par exemple, les retours à domicile sont malheureusement trop rares pour que l'on entende la parole des anciens résidents.

C'est donc aux proches, les enfants notamment, qu'incombe bien souvent ce statut de porte-parole. A titre personnel, en moins de dix ans, j'ai eu à connaître le « placement en EHPAD » pour trois de mes parents ou ceux de mon épouse. Cela me place dans une position d'observateur privilégié, oscillant entre la réalité vécue et une réflexion prospective sur l'amélioration, voire le changement du modèle. De quatre situations concrètes et dramatiques concernant la mère de mon épouse (« elle » dans le texte), je tenterai une projection.

Première étape avant le placement – le brouillard. Elle est nonagénaire, veuve et vit à son domicile : elle ne veut pas entendre parler de la maison de retraite mais rechigne aussi à la mise en place d'une aide à domicile, puis met celle-ci en échec. Les incidents se répètent jusqu'à une consultation spécialisée par une gériatre pour qui le maintien à domicile est « sacré » et elle fait le reproche aux enfants de l'hypothèse d'un placement ; la situation demeure donc chaotique, jusqu'à ce que survienne l'incident ou l'accident (finalement si fréquent) qui oblige à l'hospitaliser ; le médecin précité, qui « chargeait » la famille, doit alors lui-même, quelques semaines après, organiser l'hospitalisation.

Seconde étape – l'obsession sécuritaire : être admise en EHPAD, après trois mois d'hospitalisation, le 11 mai 2020 c'est-à-dire le jour de la fin du confinement pour la société, a signifié pour « elle » la perpétuation, passant du statut de patient hospitalier à celui de résident en EHPAD. Avoir saisi un regard de joie puis d'incompréhension totale pendant le laps de 45 secondes qui nous a été octroyé à trois mètres de distance au sortir de l'ambulance, quarantaine oblige, est un souvenir brûlant. Ont suivi les mesures d'isolement et de distanciation les plus sévères, poussées dans cet EHPAD à l'absurde : sa petite fille, lors d'une visite en février 2021 à peine consentie et très régulée, se fait sévèrement réprimander pour avoir étreint un court instant sa grand-mère en larmes, ne comprenant rien à sa situation d'isolement, et rien sur le plan auditif à cause des masques, de deux épaisseurs de plexiglas et du mètre cinquante de

distanciation : « Nous allons devoir cesser toute visite à cause de comportements comme le vôtre ! »

Troisième étape – la maltraitance : lors d'une visite, sa fille, constate la nécessité pressante qu'elle soit changée. Après trois quarts d'heure d'errance à la recherche d'un membre du personnel dans les couloirs et une première réponse : « Bien sûr mais ce n'est pas notre équipe », une seconde, cinglante et accompagnée d'une prise en mains autoritaire du fauteuil roulant : elle va dîner (il est 17h40) et elle sera la première à être changée après le repas.

Quatrième étape – la surdité institutionnelle : sa prise en charge varie au gré des équipes et de leur bienveillance – ou non. Lors d'incidents à répétition, voire d'accidents (deux passages aux urgences en quatre mois), la direction de l'EHPAD est alert e régulièrement par nos messages : aucune réponse, pas même un accusé de réception. A la suite d'une réunion obtenue de haute lutte avec l'ensemble de l'équipe de direction au cours de laquelle il nous est reproché l'excessive sollicitation que nous « infligeons » à l'établissement, nous d cisons in fine de son transfert.

Depuis, dans le nouvel EHPAD, le dialogue se fait humain et responsable.

Comment transformer cette expérience en propositions pour l'EHPAD de demain ? Je serais dans l'arrogance si je m'y risquais car l'expérience résident, pour valide qu'elle soit, doit être confrontée et enrichie. Pour autant, j'avancerai cinq principes qui me paraissent fondamentaux :

- 1) L'aide au maintien ou plus simplement à la vie à domicile reste la base d'un parcours d'autonomie : ce devrait un service public obligatoire, comme la PMI (qui peut être assurée par des prestataires) qui incombe aux communes / aux intercommunalités, ou, à défaut, aux départements ;
- 2) Les alternatives aux EHPAD doivent être puissamment encouragées. L'habitat partagé en fait partie ;
- 3) L'EHPAD doit sortir résolument de son modèle hospitalier : refonte de la présence médicale (et révision drastique du rôle du médecin coordinateur), mise en place obligatoire d'un r f rent pour chaque résident, évaluation qualitative basée sur les processus de bienveillance ;
- 4) Les EHPAD rattachés à des centres hospitaliers doivent être transférés soit à des associations, soit à des opérateurs privés;
- 5) Le consentement à l'EHPAD ou plutôt au placement devrait être demandé en même temps que les directives anticipées pour éclairer la décision et alléger la culpabilité de la famille et des aidants.

Benoît Péricard

EHPAD : le point de non-retour

(9 février 2022)

Dans des registres différents, l'ouvrage de Victor Castanet, *Les Fossoyeurs*, et le rapport de la Cour des comptes sur l'aide à domicile, parus la même semaine, racontent une histoire commune et invitent opportunément à enrichir les programmes présidentiels sur la question du Grand âge. Mais pas n'importe comment.

La dénonciation des pratiques de certains EHPAD, voire d'un système, ne doit pas enfermer les solutions dans le registre du « Toujours plus » : plus de moyens pour les EHPAD, plus de places pour soulager l'institution... Dire que l'on va réserver ces moyens nouveaux aux acteurs publics et privés non lucratifs n'est pas davantage une réponse pertinente car la logique du profit ne fait qu'exacerber les points critiques de la prise en charge institutionnelle.

Le lobby des EHPAD va nous dire qu'il ne faut pas généraliser et relancer l'« EHPAD bashing ». Pauvres éléments de langage. Bien sûr, il y a des institutions remarquables, des professionnels dévoués à leur tâche et aux résidents mais il y a aussi des institutions lamentables et des salauds. Il n'y a pas d'autres mots quand on profite de la vulnérabilité des gens.

La meilleure réponse pour séparer le bon grain de l'ivraie est d'ouvrir ces lieux, de mettre enfin en place une évaluation de la qualité, d'entendre la parole de ceux qui y vivent et de leurs proches, de revoir l'exercice des tutelles aveugles, idiots utiles d'un système de non droit.

Oui, le niveau d'encadrement – soignant et non soignant – dans les maisons de retraite est insuffisant. On sait très bien qu'après un rattrapage important dans les années 2000, les restrictions budgétaires ont fait que, par la suite, les moyens en personnel n'ont pas suivi l'évolution de la charge en soin des résidents. Oui, il faut travailler à l'attractivité des métiers du Grand âge. Oui, il faut se soucier des conditions de travail. Le secteur médico-social est en effet dans une situation très fragile sur le plan des risques professionnels.

Oui il faut des moyens mais non l'EHPAD, fût-il public, n'est pas la solution.

Il serait dramatique de se tromper à nouveau de perspective, comme à chaque fois : proclamer la nécessité de renforcer la prise en charge à domicile et consacrer l'essentiel des moyens aux établissements sans jamais remettre en question leur modèle, fondé qu'on l'admette ou pas, sur la relégation. Le Comité consultatif national d'éthique nous a, à ce propos, sèchement rappelés à la réalité durant la crise COVID. Qu'est-ce qu'un lieu d'où on ne sort pas, sinon un lieu de privation de liberté ?

C'est ici que l'on retrouve le rapport récent de la Cour des comptes sur les carences des politiques de l'aide à domicile. La Cour souligne les ambiguïtés, pour ne pas dire les contradictions, des pouvoirs publics : insuffisance des moyens en faveur du domicile (qu'il s'agisse des services d'aide à domicile ou des structures de soins à domicile, telles que les SSIAD), absence de financements des alternatives innovantes aux maisons de retraite (l'habitat partagé par exemple) ou de leur transformation

domiciliaire et, comme souvent, défaillances statistiques majeures, dissuadant de poser un diagnostic clair sur les besoins et le bilan des différentes organisations en termes d'efficience.

Non, il ne faut pas créer des dizaines de milliers de places d'EHPAD. Il faut, au contraire, donner enfin leur chance aux alternatives à l'institutionnalisation et aux institutions alternatives, consolider l'aide à domicile, les soins à domicile, renforcer l'intégration des opérateurs, simplifier le recours des bénéficiaires, y compris en situation critique ou lorsque la contrainte, en sortie d'hospitalisation par exemple, oblige à fabriquer des solutions dans l'urgence. Il faut renforcer l'information sur la qualité. Il faut aussi veiller à l'attractivité des métiers du domicile et ne pas fabriquer en permanence des distorsions au profit des établissements.

Il faut tout à la fois se défaire de l'hospitalo-centrisme qui guette bien des décideurs, du côté de l'Etat comme des élus locaux, et garder raison face aux promesses du numérique et de la Silver economy. Il y a un marché et les GAFAM sont à l'affût. Là comme ailleurs.

Oui, il faut des moyens nouveaux pour le Grand âge mais il faut sortir le secteur de l'ère bureaucratique, meilleur allié des opérateurs les moins innovants, sans même parler des pratiques d'optimisation évoquées par le livre de Victor Castanet. Il faut sortir d'un régime de tarification administrée, d'autorisations administratives et de tutelles multiples, par construction inopérantes.

Il faut que la justice passe quand c'est nécessaire.

Il faut que le Défenseur des droits soit doté des moyens nécessaires pour renforcer la surveillance de tous les établissements et services dédiés aux personnes vulnérables.

Il faut que la Haute autorité de santé se saisisse enfin réellement de sa mission d'évaluation du secteur médico-social, qu'elle a reçue du législateur après l'échec de l'agence qui en avait auparavant la charge. On en paie aujourd'hui le prix. Il faut porter la voix des usagers et l'entendre enfin. Il y faut des moyens et structurer les organisations nécessaires. Les associations de directeurs d'établissements ou les fédérations d'employeurs sont parfaitement légitimes mais elles ne portent pas la parole des usagers.

Il faut surtout reconnaître qu'on ne fera rien de vraiment utile en faveur du Grand âge et de l'autonomie si on ne se préoccupe pas sérieusement de la régulation du secteur. Quand bien même on y mettrait enfin les moyens. On l'a fait en son temps pour les services publics en réseau (télécoms, transfert ferroviaire, électricité...) lorsqu'il s'est agi d'ouvrir ces secteurs à la concurrence. On a confié à des autorités de régulation le soin d'analyser les conditions de marché, de travailler sur les pratiques tarifaires, de mesurer le respect des obligations liées aux autorisations, de travailler le coût des licences (Eh oui, une autorisation, ça a de la valeur !), de faire en sorte que de nouveaux opérateurs viennent contester les opérateurs en place. Qui ne voit que le secteur médico-social a besoin de faire vivre ces préoccupations de régulation ?

On n'a plus besoin de rapports pour passer enfin à l'acte et fabriquer des solutions

diversifiées à la hauteur des enjeux du Grand âge. On doit s'en tenir à quelques principes simples : le respect des droits des personnes, le soutien aux initiatives innovantes au plus près des besoins (initiatives qui doivent être réellement évaluées et, si l'évaluation est probante, diffusées), la promotion de la qualité.

Mais il faut aussi se battre sur le terrain de l'économie. Oui à un service public de l'autonomie présent sur tous les territoires, mais si on le régule de façon moderne grâce à des institutions efficaces et réellement démocratiques.

Stéphane Le Bouler et Marie-Anne Montchamp

Parcours de la personne âgée : 8 actions-clés *(27 février 2022)*

Les projecteurs sont tournés vers les EHPAD et les « révélations » en question suscitent une indignation légitime. Lisa a eu l'occasion de partager son analyse il y a quelques jours : <https://www.lisa-lab.org/ehpad-le-point-de-non-retour>

Puisque l'EHPAD ne saurait être plus longtemps l'Alpha et l'Omega de la prise en charge de la perte d'autonomie, il importe de se pencher sérieusement sur la question du parcours de la personne âgée.

Gouvernance publique dispersée, financements étriqués, dispositifs d'accompagnement multiples, métiers et formations en tension, conditions de travail dégradées... La liste des problèmes de politique publique de la perte d'autonomie est longue. Au risque d'occulter le sujet-clé de l'entrée dans le « parcours » pour la personne âgée.

« Parcours » : est d'ailleurs devenu une sorte de mot-valise, un alibi qui nous donne bonne conscience parce que les dispositifs sont là avec les financements à la clé. Mais qui évoque le terme « dispositif », qui évoque le mot « parcours », qui évoque le mot « autonomie » ? Rarement les premiers concernés. Ce sont surtout les acteurs qui, en se logeant dans les cases des administrations, ont fini par se persuader qu'ils apportaient des réponses adaptées.

Il faut sortir du déni, changer de regard sur le grand âge et permettre aux personnes âgées de décider par elles-mêmes le plus longtemps possible. Arrêtons les réponses binaires, valorisons toutes les offres possibles pour avoir un domicile choisi !

Une réforme d'ampleur est nécessaire sur les systèmes d'information, l'ingénierie locale, l'accessibilité territoriale et financière.

Si la prise en charge de la perte d'autonomie s'est considérablement étoffée depuis quelques années, il reste à « Prévenir mieux » en associant les seniors. « Prévenir mieux » c'est décider d'une entrée en parcours avec eux, c'est bâtir avec eux leurs besoins, consolider avec eux leur autonomie, leur choix de parcours de vie.

Les réformes paramétriques pilotées depuis l'administration centrale ont montré leurs limites. Il est aujourd'hui nécessaire de bâtir un cadre d'action cohérent pour éviter la dispersion des acteurs et mettre en place la diversification nécessaire de l'offre. Le moment est venu de travailler à la construction d'une première ligne de prise en charge complète, insérée dans son territoire et soutenable financièrement.

Un nouveau modèle, un nouveau parcours financé dès le premier choix de la personne, avec une dotation individuelle et non plus une dotation à la structure. Il faut retrouver l'inspiration originelle de l'allocation personnalisée d'autonomie pour s'assurer que le domicile sera bien préservé et privilégié.

Alors, quelle entrée en parcours ? Huit actions nous semblent clés :

- Informer par anticipation les personnes sur leurs droits à l'autonomie ;
- Investir enfin sur la prévention (dont le retour sur investissement se mesure à court terme) ;
- Adopter une organisation territoriale lisible et proche (un lieu ressources à moins de 30 km de toute personne âgée) ;
- Clarifier la répartition des compétences et la gouvernance financière ;
- Territorialiser la politique de l'autonomie à l'échelle de l'arrondissement pour tenir compte des besoins multiples et des spécificités territoriales ;
- Donner la parole aux personnes via l'installation de Commissions Participatives de l'Autonomie dans nos territoires ;
- Faciliter l'innovation dans les différents types d'accueil domiciliaire (à partir d'une nouvelle dotation autonomie individualisée) et ne plus raisonner en termes de places (et d'autorisations bureaucratiques) ;
- Embarquer toutes les politiques publiques pour faciliter la vie quotidienne à laquelle nous aspirons tous.

Geneviève Mannarino

Synthèse de séminaire : Quels droits pour les personnes âgées dans notre société ?

Pour quelle régulation ?

(26 avril 2022)

La séance est animée par **Daniel BENAMOUZIG**, titulaire de la [Chaire Santé de Sciences Po](#) et **Stéphane LE BOULER**, président du [LISA](#).

L'ouvrage *Les Fossoyeurs* de Victor Castanet a mis de nouveau en lumière la question de la « prise en charge » de nos aînés, en particulier sur la question de leurs droits. Le levier juridique semble en effet un des instruments possibles de régulation. Cette thématique fait écho aux activités du LISA et de la Chaire Santé de Sciences Po. C'est pourquoi ces deux organisations se sont associées pour partager cette initiative de débat.

La manifestation a donné lieu aux interventions de :

- **Claire HÉDON**, Défenseure des droits depuis 2020 ;
- **Sarah SALDMANN**, avocate au Barreau de Paris ; elle défend notamment les plaignants dans le cadre de l'affaire ORPEA ;
- **Claude ÉVIN**, avocat au Barreau de Paris, ancien ministre des Affaires sociales et de la Santé.

Dans le cadre des travaux de Lisa, nous n'avons pas regretté, même si cela puisse être paradoxal, le fait que la loi Grand âge soit abandonnée, pour qu'un tel texte ne se réduise pas à ce qu'il laissait paraître, tel que préfiguré dans les laboratoires ministériels. Ce qui était en gestation ne semblait pas du tout à la hauteur des enjeux et n'abordait pas notamment de façon nette la question de la gouvernance territoriale et des enjeux financiers sous-jacents.

Nous avons souhaité reprendre le sujet de la régulation au sens fort du terme, avec la régulation par le droit – ou par les droits, tout d'abord.

Nous aborderons par la suite la régulation à travers l'exercice des contrôles, de la tutelle, de l'évaluation, sujet sur lequel la HAS vient enfin de sortir un guide.

Nous aborderons enfin la régulation économique : derrière les pratiques dénoncées par Victor Castanet, il y a des déviations individuelles, au niveau des établissements ou des groupes, mais aussi et fondamentalement une dimension plus systémique qui pose la question de la régulation économique.

Quand on donne des autorisations, on confère des avantages, un droit, une rente et on se demande quelle est la contrepartie de ces autorisations et de cette rente. Quelles sont les obligations qui en découlent dans le champ médico-social ?

Un colloque sera bâti à l'automne pour aborder au fond la question de la gouvernance territoriale et du financement du grand âge. Ces sujets sont gelés depuis une quinzaine d'années, il est temps de les remettre sur la table.

Intervention de Claire HÉDON

Faut-il le rappeler ? Les personnes âgées ont droit au même respect de leurs droits fondamentaux que le reste de la société.

L'institution du Défenseur des droits a pour but de rétablir les personnes dans leurs droits et de promouvoir les droits et les libertés, en produisant des avis au parlement, des recommandations, des propositions de réformes.

Aux yeux du grand public, la défense du droit des usagers du service public concentre sans doute une large part de l'action de l'institution : difficultés de faire valoir un droit à la retraite ou de bénéficier du service de la CAF, sur le RSA ou les APL.

S'agissant des personnes âgées, les réclamations gravitent autour de la dématérialisation de l'accès au service public et des discriminations en raison de l'âge, de l'état de santé et du handicap.

Dans un rapport sur [Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD](#), rendu en mai dernier, les constats et les recommandations se plaçaient dans la ligne des réclamations reçues dans ce domaine. Au cours des 7 dernières années, ont ainsi été comptabilisées près de 700 réclamations avant le début de la crise, avec notamment des situations de maltraitance, et 400 réclamations depuis le début de la crise sanitaire ; 80% de ces réclamations mettent en cause des EHPAD.

Les données qui ont servi de matière à ce rapport

Lorsqu'on voit des dysfonctionnements récurrents, c'est une chose de rétablir les personnes dans leur droit, c'est autre de faire un certain nombre de recommandations pour que cela cesse.

Pour faire ce rapport, nous avons conduit des entretiens et des auditions avec des associations, des syndicats, des fédérations, des institutions, ainsi qu'avec les professionnels des secteurs médico-social et sanitaire. Des visites ont également été conduites sur le terrain.

Le Comité d'entente « Avancée en âge » a aussi participé aux investigations ; il réunit les acteurs du monde associatif, qui ont une connaissance particulière dans un certain nombre de domaines.

Le Défenseur des droits a également été destinataire d'un état des lieux des réclamations et signalements adressés aux ARS, ainsi que la synthèse des inspections réalisées au cours des 3 dernières années.

Les principaux constats dressés

Ce qui est frappant dans les saisines reçues, ce sont de manière récurrente des atteintes aux droits et libertés des personnes accueillies, ces atteintes étant rendues possibles parce que les personnes sont en état de vulnérabilité. C'est cet état qui crée un risque d'atteinte au droit. « Il en va pourtant de l'honneur d'une société de défendre les droits des personnes les plus vulnérables » selon Claire Hédon.

Dans une liste non exhaustive, les atteintes qui ont été signalées concernent :

- Le libre choix, le consentement éclairé, le droit à l'information de la personne accueillie, droits indispensables bien que requérant du temps. Cette contrainte n'autorise pourtant pas à s'affranchir du recueil du consentement et à ne pas fournir des informations claires à la personne âgée ;
- Le droit à une prise en charge et à un accompagnement adaptés, droit affirmé à la fois par la Charte des droits et des libertés de la personne accueillie et par le Code de l'action sociale et des familles. Il devrait se traduire de façon très concrète par un accompagnement de la personne, respectueux de sa dignité et de sa vie privée, permettant sa participation à la détermination de ses conditions de vie ;
- La liberté d'aller et de venir : le motif de sécurité des résidents est souvent allégué pour justifier les entraves, parfois sans qu'aucune indication médicale n'ait été posée. Le plus souvent, ce sont les contraintes organisationnelles de l'établissement qui sont à l'origine de ces règles. A ces limitations peut s'ajouter le recours à des dispositifs de géolocalisation, qui ne sont pas encadrés par des recommandations de bonnes pratiques, ou à des mesures de contention physique ou médicamenteuse, utilisées pour pallier le manque de personnel ou le défaut d'adaptation de l'établissement à l'état de la personne ;
- le droit à la vie privée, à l'intimité, au maintien des liens familiaux. Depuis plusieurs années, le respect de la vie privée et les menaces qui pèsent sur elle reçoivent une attention grandissante. Alors que dans les débats publics, on s'inquiète de la protection des données, les résidents n'ont parfois même pas la possibilité de disposer d'un espace d'intimité ;
- Le droit au recours effectif et à la protection : il apparaît que les remarques, par exemple, du Conseil de la vie sociale, CVS, présent dans chaque établissement, ne sont pas toujours entendues. Ces instances ne fonctionnent pas non plus forcément très bien, avec une participation insuffisante des résidents et des familles. Des possibilités intéressantes comme l'appel à une personne qualifiée bénévole choisie sur une liste départementale ou la possibilité d'émettre une réclamation auprès de l'ARS restent très largement méconnues par les résidents et par leurs familles ;
- Les réticences à signaler les cas de maltraitance. Plusieurs facteurs peuvent l'expliquer : d'abord, la méconnaissance de ce qui constitue un acte de maltraitance, ou en tout cas des obligations de signalement, la complexité des procédures, le conflit de loyauté et la crainte des représailles. A ces difficultés s'ajoute l'absence, dans de nombreux endroits, de procédures de prévention et de gestion des événements indésirables.

Ces différentes atteintes aux droits et libertés des personnes accueillies ont été nettement aggravées par la crise sanitaire. Les personnes âgées ont été rapidement identifiées comme particulièrement vulnérables au COVID-19 en raison de l'âge, des

pathologies et des comorbidités. C'est ce qui a conduit à vouloir protéger leur santé. Dans les 400 réclamations reçues depuis le début de la crise en mars 2020, il faut évidemment souligner les entraves à la vie privée et familiale, à la liberté d'aller et venir et au respect du consentement du résident. Les suspensions et limitations de visite qui avaient globalement été acceptées pendant la première période de confinement, ont été beaucoup moins justifiées dans la suite.

Les facteurs qui expliquent ces constats

Si un certain nombre d'atteintes aux droits viennent d'actes individuels plus ou moins conscients du personnel, ce sont surtout des atteintes liées aux carences de l'organisation, à la pénurie de professionnels, à la rotation importante de ceux-ci, à l'épuisement de ce personnel et au manque d'encadrement qui ressortent.

Les directions d'EHPAD sont parfois tentées de réduire ces situations de maltraitance à des actes individuels alors qu'en réalité, ce que nous observons, c'est que la maltraitance institutionnelle s'ajoute à une maltraitance individuelle.

L'institution porte des responsabilités propres qui ne sont pas réductibles simplement aux professionnels. Ces professionnels, dans leur majorité, font de leur mieux, avec un engagement qui doit être salué, notamment pendant cette crise sanitaire.

Le manque de moyens peut engendrer de la maltraitance, avec la standardisation des conditions de prise en charge au mépris des besoins des résidents et l'absence de prise en compte et de réaction aux signalements émis par les victimes.

S'agissant des mesures qui ont été prises durant la crise sanitaire, ce qui est assez frappant, c'est qu'une grande partie des dérives observées proviennent en fait du défaut de cadre juridique abouti au niveau national. Les mesures prises pour organiser la gestion des EHPAD ont été prises sous forme de protocoles, de recommandations, de plans qui étaient publiés sur le site Internet du ministère des Solidarités et de la Santé.

Ce recours à du droit souple plutôt qu'à des dispositions législatives ou réglementaires soulève des questions.

D'abord, ces normes n'ont pas force de loi et sont rarement soumises à un contrôle juridictionnel. Par ailleurs, elles n'offrent qu'une difficile lisibilité et accessibilité, ce qui crée pour les personnes accueillies une forte insécurité. Enfin, elles rendent difficile le contrôle effectif par les autorités, les ARS ou les conseils départementaux en particulier.

De façon plus fondamentale, il est absolument essentiel que toute atteinte aux droits et libertés soit prévue par la loi et soit strictement limitée et proportionnée à l'objectif poursuivi, conformément aux principes de notre état de droit. En laissant aux établissements le soin de définir leurs propres règles, les différents protocoles et recommandations ne permettent pas que les garanties procédurales prévues par le législateur soient applicables.

Les directeurs d'établissement ont une latitude importante pour interpréter les consignes éparses dont ils disposent, que la majorité d'entre eux gèrent d'ailleurs dans un très bon équilibre entre d'une part la protection de la santé et d'autre part le respect des droits. Mais certains d'entre eux, notamment devant le risque de voir leur responsabilité engagée, ont choisi d'adopter des limites beaucoup trop strictes.

Les recommandations et pistes d'amélioration

Ce rapport contient 64 recommandations parmi lesquelles 13 sont spécifiques à la situation de crise sanitaire. En voici quelques exemples :

- Instaurer des normes pour améliorer la qualité de l'accompagnement. En pratique, la condition sine qua non ne semble être de fixer un ratio minimal de 8 encadrants pour 10 résidents. Aujourd'hui en France, c'est 7 personnels pour 10 résidents dans le public et 6 pour 10 dans le privé. Sachez qu'en Allemagne la moyenne est de 8 pour 10 et dans les pays du Nord, on est à 10 pour 10. La demande de 8 pour 10 est juste le minimum vital pour qu'on ait de la bientraitance ;
- Désigner un référent consentement qui sera chargé de veiller à la recherche effective du consentement des résidents ;
- Promouvoir la permanence des soins la nuit par la généralisation de la présence d'infirmières ;
- Rendre obligatoire la formation initiale et continue à la bientraitance et à la lutte contre la maltraitance ;
- Rendre davantage effectives les dispositions protectrices des droits des résidents, notamment en ce qui concerne la personne de confiance, dont le rôle n'est pas suffisamment bien compris par les parties prenantes et reste d'ailleurs très peu connu des résidents ;
- Le projet personnalisé dont les modalités d'élaboration doivent aussi être précisées ;
- Les audits externes et les contrôles doivent absolument être renforcés. Il ne s'agit pas forcément d'inventer un nouveau système de contrôle mais de donner les moyens aux ARS de faire ces contrôles.

En dehors des EHPAD, il arrive aussi que les personnes âgées soient confrontées à des atteintes à leur libre choix, à leur liberté. Dans une enquête publiée récemment auprès de 2500 personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile et aussi auprès des aidants de personnes âgées en perte d'autonomie, ce qui est apparu, ce sont plusieurs obstacles qui peuvent empêcher les personnes âgées d'exercer leur liberté :

- Des difficultés administratives, notamment liées à la dématérialisation des démarches ;

- Une stigmatisation et une discrimination, d'ailleurs qui souvent, ne sont pas perçues comme telles par les personnes âgées;
- Un manque d'informations.

Tous ces phénomènes découragent les personnes âgées de faire valoir leurs droits

Zoom sur la dématérialisation des services publics

La dématérialisation des démarches de service public est une chance, car elle est source de simplification pour une partie de la population, mais elle éloigne de leurs droits aussi bon nombre de gens plus en difficulté. De fait, un certain nombre d'accueils dans les services publics ont fermé et pour les personnes âgées qui sont en difficulté avec Internet, il est clair que cela contribue à ce qu'elles renoncent à leurs droits.

Cette question de la dématérialisation montre bien que les personnes âgées, du fait de leur vulnérabilité, peuvent révéler par les altérations des droits qu'elles subissent, des risques pour l'ensemble de la société. Cela concerne les publics fragiles, les personnes âgées comme les personnes en situation de handicap, les majeurs protégés, les personnes en détention ou les précaires, mais on voit aussi que cela concerne tout le monde. Si l'on rencontre des difficultés à faire des démarches via Internet, à partir du moment où on n'arrive plus à avoir quelqu'un à l'accueil des services publics, on est vite en grande difficulté.

Pour nous aiguiller ou, en tout cas, nous faire prendre conscience que ces atteintes aux droits peuvent concerner tout le monde, les droits des personnes âgées constituent un indicateur utile pour évaluer la qualité de notre état de droit et de nos services publics.

Intervention de Sarah SALDMANN

Sarah Saldmann, avocate au Barreau de Paris est actuellement chargée de dossiers relatifs aux établissements des groupes ORPEA et KORIAN. La défense des familles de victimes et des victimes elles-mêmes est le cœur de son intervention.

La genèse de ces affaires se situe en mars 2020, dans le contexte du premier confinement. Maître Saldmann est saisie par plusieurs familles de victimes soulevant une discordance nette entre les frais d'hébergement à payer à l'EHPAD concerné et le service fourni, et faisant état de dysfonctionnements graves.

Face à ces difficultés, les familles ont plusieurs possibilités : se plaindre et aller au contentieux, changer d'établissement, reprendre leur parent à domicile ou tenter de les soutenir à leur domicile avec des équipes se relayant sous la forme des 3x8. L'inconvénient de cette dernière solution est un coût exorbitant et la nécessité de mettre en place une organisation stricte, pour autant que la pathologie de la personne le permette.

En janvier 2022, après la parution du livre Les Fossoyeurs de Victor Castanet, les familles sont revenues vers Maître Saldmann et ont choisi d'entrer dans une dynamique contentieuse, en choisissant la voie pénale.

Les victimes ont souvent besoin d'un catalyseur pour faire valoir leurs droits. Dans cette affaire, il y a eu une volonté commune des familles de mettre un terme à l'impunité et à l'omerta des mauvais traitements dans certains EHPAD en général et d'ORPEA et de KORIAN en particulier.

Dans les pays du Common Law, surtout aux Etats-Unis, on dispose d'une procédure particulière : la class action, très répandue lorsqu'il s'agit de s'attaquer à une personne morale. En France, l'action de groupe existe mais uniquement en droit de la consommation, encadrée par la Loi Hamon de 2014. Il y a la contrainte d'un minimum de deux consommateurs qui soient victimes du même manquement d'un professionnel, représentés par une association agréée et le préjudice ne doit pas être matériel. Mise en œuvre de façon marginale, la procédure a tout de même été étendue par la loi du 26 janvier 2016 pour les manquements en matière de santé.

Pour la première fois en France, une "action collective" sur un volet pénal est donc lancée contre ORPEA nominativement. D'autres familles ont contacté Maître Saldmann qui a ouvert une "action collective" également à l'encontre du groupe KORIAN. Les plaintes demeurent toutes individuelles mais sont déposées le même jour pour que chaque plainte ait plus de poids.

Sur l'exercice des droits, la difficulté première qui a été rencontrée est la désinformation des requérants quant à l'existence de leurs droits.

Il faut noter l'hétérogénéité des situations quant à l'exercice des droits, en fonction du soutien familial dont disposent les résidents, de leur état de santé (en particulier sur le plan cognitif), des solutions de prises en charges alternatives...

Les plaignants dans les affaires ORPEA et KORIAN n'ont pas saisi, contacté ou écrit au Défenseur des droits du fait de la méconnaissance de cette possibilité, qui devrait être communiquée aux résidents et à leurs familles à l'entrée de l'établissement.

De fait, l'exercice des droits est souvent rendu problématique du fait d'un défaut de communication des informations essentielles.

Intervention de Claude ÉVIN

Claude ÉVIN nous rappelle en premier lieu les 20 ans de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, qui s'applique en particulier à toutes les situations de vulnérabilité.

Bien qu'il soit difficile de hiérarchiser entre les droits individuels et les droits liés à l'organisation du système, le premier droit est de pouvoir garantir à chaque personne qui le nécessite des conditions de prise en charge qui soient adaptées à son désir et adaptées à son besoin qualitativement.

Au demeurant, toute personne, tout être humain qu'il soit âgé ou non, qu'il soit malade ou non, qu'il soit vulnérable ou non, tout le monde a les mêmes droits. La question qu'on doit se poser, c'est en effet celle de l'effectivité : comment ces droits sont-ils mis en œuvre et comment sont-ils garantis ?

L'effectivité des droits pose un certain nombre de problèmes.

Concernant les droits des malades, on a du droit positif, puisque la loi du 4 mars 2002 a introduit dans le code de la santé publique des droits qui auparavant étaient des obligations des professionnels, des obligations des établissements. Il y a depuis lors des droits effectivement opposables pour les personnes. Pour autant, on a beaucoup de difficultés à les faire vivre parce que l'adaptation de ces droits fondamentaux à des situations de vulnérabilité est parfois particulièrement complexe. Il y a sans doute des avancées législatives à proposer comme en ce qui concerne la spécificité de certaines applications du droit pour les personnes âgées.

Si on prend la question du droit d'aller et de venir, il a été mis en cause avec la période de confinement mais c'est en vérité une thématique ancienne. La question du droit d'aller et venir dans les EHPAD se posait bien avant le confinement, d'ailleurs pour des motifs à prendre en considération et à examiner scrupuleusement, liés des questions de sécurité en particulier.

Il y a une réflexion à conduire pour que ces droits puissent être effectivement garantis aux personnes concernées.

Un certain nombre des droits de la loi de mars 2022, qui sont dans le code de la santé publique, peuvent effectivement s'appliquer dans le code de l'action sociale et des familles et sont tout à fait applicables dans les établissements qui accueillent des personnes âgées et des personnes âgées vulnérables.

Les outils pour faire valoir les droits sont malheureusement notoirement insuffisants.

Dans le cas des personnes dites « qualifiées », les codes disposent qu'elles sont présentes pour faire valoir les droits. Le fait est cependant qu'il n'y a pas de personnes qualifiées dans tous les départements, que l'existence de ces personnes qualifiées n'est pas connue et que leurs fonctions sont souvent ignorées par bien des acteurs.

Pour ce qui est des conseils de la vie sociale (CVS), ils n'ont pas réellement pour fonction de défendre les droits individuels des personnes mais d'intervenir sur l'organisation collective de l'institution. Naturellement, veiller à ce que l'organisation de l'établissement puisse être garant des droits est dans les missions des CVS. En outre, ces instances ne sont pas présentes dans tous les EHPAD.

Il faut évoquer aussi les situations où cela se passe mal. Dans un établissement, quand les lois ne sont pas reconnues, la personne prise en charge, tout comme ses proches, ont effectivement beaucoup de réticences à l'exprimer. Les raisons sont variées : trouver une place était difficile, s'il y a une tension qui s'établit avec la direction de l'établissement, la personne âgée pourra craindre des représailles.

Il y a donc nécessité de faciliter la prise de parole des résidents dans les établissements, ce qui n'est pas suffisamment pris en considération aujourd'hui.

Mettre en place des processus de médiation à disposition des résidents et de leurs proches, de manière obligatoire, dans les établissements est une option qui mérite d'être sérieusement envisagée. L'objectif est que le dialogue qui, parfois, a été rompu ou qui n'existait pas, puisse être rétabli et que l'intervention d'un tiers médiateur facilite effectivement cette prise de parole.

Les conditions d'accueil et d'hébergement doivent respecter la dignité des personnes, à commencer par leur intimité. Il est sans doute nécessaire de sensibiliser les professionnels sur ce registre mais il faut aussi que les conditions d'hébergement évoluent : il y a encore des chambres doubles ou sans sanitaires particuliers. La question de l'environnement architectural, de l'environnement matériel des EHPAD est aussi une question qui se pose. La rénovation des EHPAD sur le plan architectural est donc bien une priorité.

L'exercice du droit pour la personne âgée d'être prise en charge et de bénéficier des services qui répondent effectivement à son besoin s'inscrit enfin dans une gouvernance territoriale. Cela vaut à domicile comme en établissement.

Pour ce qui est du domicile, à côté des volontés des personnes concernées et des familles, il faut aussi mesurer si l'organisation de la prise en charge est adaptée aux situations complexes. Ce n'est d'ailleurs pas spécifique à la problématique des personnes âgées ; c'est le cas des situations complexes de maladie chronique ou de certaines situations de handicap.

Dans une situation où la personne âgée a besoin d'une prise en charge qui associe plusieurs types de services, l'absence de pilotage et de gouvernance d'un service global à domicile est encore relativement fréquente. Cette carence conduit à ce qu'on ait recours à l'institution par insuffisance ou défaillance de la prise en charge à domicile.

Pour traiter cette difficulté, il est important de limiter les cloisonnements, qui sont une des caractéristiques de notre système. On a une multitude de services mais comment interviennent-ils ensemble ou en coordination ?

C'est autour de cette articulation à domicile qu'il faut porter la réflexion et renforcer les propositions, en considérant les différents types et modalités de prise en charge. Le cloisonnement entre les professionnels de santé en ambulatoire et les établissements, entre le sanitaire et le médico-social, a un impact direct sur les conditions de prise en charge et sur la qualité de vie des personnes âgées.

Remarques et questionnements

- Tout citoyen – et les personnes âgées au premier chef – a le droit d'être gouverné intelligemment. De ce point de vue, la double tutelle des EHPAD est une bêtise institutionnelle. Le problème n'est pas de choisir entre l'Etat et le département mais cette dyarchie dégrade la qualité de la régulation. Il y a donc un problème d'agencement institutionnel ;

- S'agissant des Conseils de vie sociale (CVS), c'est en effet un droit qui peut rester tout à fait formel. Ils dépendent pour une large part de la bonne volonté des directeurs d'établissement. De façon symptomatique, les CVS ont été mis en sommeil pour la plupart le temps de la crise sanitaire ;
- Il est important de conduire la réflexion sur le modèle même des EHPAD, qui est un modèle hospitalier, en lui-même réducteur des droits de la personne ;
- On est devant un sujet de société extrêmement grave : la discrimination envers les personnes âgées et le manque d'inclusion. Que ce soit en établissement ou dans la vie d'une personne âgée qui vit chez elle, le regard que nous avons sur les personnes âgées, qu'elles soient dépendantes ou non finalement, les met souvent dans une forme de déni de citoyenneté. Elles doivent être à chaque fois accompagnées et on ne leur laisse que peu la parole. Il y a une vraie responsabilité à se demander quelle place nous allons donner aux personnes âgées dans notre société ;
- Il manque des accès de proximité, la personne qui commence à entrer dans une forme de dépendance ou de besoin d'accompagnement doit avoir une réponse à moins de 20 km de chez elle. Les constats de non-recours faute de solutions de proximité et d'articulation des ressources sont nombreux ;
- Il importe de travailler sur le développement des soins palliatifs dans les EHPAD, en lien avec les équipes mobiles ; la question de la formation en soins palliatifs du personnel est également cruciale ;
- Plutôt que de légiférer de nouveau, essayons de voir pourquoi ce qui est déjà dans la loi ne fonctionne pas (qu'il s'agisse notamment de la loi du 2 janvier 2002 ou de la loi sur les droits des malades du 4 mars 2002) ;
- La Haute Autorité de Santé vient de sortir le [Manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux](#) dans lequel justement la question de l'expression des usagers et des bénéficiaires en établissement médico-social est posée, parmi les indicateurs et les critères d'évaluation de la qualité et de la sécurité de la prise en charge. A travers les guides des bonnes pratiques, on peut accompagner l'action législative plutôt que de renouveler sans cesse les textes.

Conditions de travail et attractivité des métiers du médico-social : il y a urgence (17 octobre 2022)

Ce ne sont pas de dangereux activistes de la dépense publique qui le disent mais la Cour des comptes^[1] : il y a une forte corrélation entre le taux d'encadrement dans les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et la sinistralité, c'est-à-dire l'incidence ou la prévalence des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP).

C'est là une dimension essentielle des difficultés du secteur. Les arrêts de travail liés aux AT-MP s'ajoutent aux problèmes de recrutement et contribuent à dégrader encore l'encadrement soignant dans les établissements : cercle vicieux dont il nous faut aujourd'hui sortir par un effort de connaissance, par la prévention, par le renforcement des taux d'encadrement mais aussi par une meilleure définition des responsabilités. Comme un résumé des maux du secteur en quelque sorte.

Un effort de connaissance tout d'abord. Les établissements et services étant répartis entre le secteur public hospitalier, le secteur public local et le secteur privé, l'information statistique est elle-même dispersée. Comme le dit la Cour, « *les données ne sont ni harmonisées, ni consolidées, empêchant un pilotage global du risque professionnel dans cette partie du secteur médico-social.* » Péchés véniels si le secteur en question (celui des établissements sociaux et médico-sociaux – ESMS) ne se distinguait pas par la plus forte fréquence d'accidents du travail parmi l'ensemble des secteurs économiques : nettement plus que le bâtiment par exemple, qui se caractérise certes par des accidents plus graves. Parmi l'ensemble des ESMS, la Cour identifie quatre catégories d'établissement/service particulièrement touchés : les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile), les SPASAD (services polyvalents d'aide et de soin à domicile), les EHPAD et les MAS (maisons d'accueil spécialisées).

Un effort de prévention ensuite. Les moyens d'agir sont connus : l'organisation du travail (limitation du *turn over* et renforcement des taux d'encadrement – cf. *infra*), les investissements dans les matériels (en particulier les rails de transfert des personnes) pour prévenir accidents et troubles musculo-squelettiques et la formation des salariés (formation initiale et, surtout, formation continue, notamment pour rappeler les bons gestes et les postures de travail adaptées). Autre aspect, plus sensible : la tarification en fonction de la sinistralité, en vigueur dans les autres secteurs ne l'est pas dans celui dont on parle, particulièrement problématique pourtant. Cherchez l'erreur !

Un effort sur le taux d'encadrement. « *Plus le taux d'encadrement d'un Ehpad est proche du ratio d'un agent pour un résident, fixé par le Plan solidarité grand âge du 27 juin 2006, moins les arrêts pour accident de travail ou maladie professionnelle sont nombreux.* » Si, si, c'est bien toujours la Cour des comptes qui le dit. Un bon taux d'encadrement est par exemple la condition pour que les aides-soignants interviennent à deux dans certaines situations, ce qui a pour vertu de limiter l'exposition à certains risques. Cette corrélation vaut évidemment aussi à domicile : dans ce cas, les interventions en binôme sont l'exception ; pourtant, le besoin d'une coordination renforcée et pluri-professionnelle se conçoit là aussi dans l'intérêt des patients comme des professionnels.

Un effort sur les responsabilités enfin. Qui est vraiment compétent dans cette affaire ? En vérité, personne. Pas plus en administration centrale qu'au niveau territorial, la branche ATMP de l'assurance maladie n'étant de son côté en responsabilité que sur un périmètre limité. Une telle situation est somme toute ordinaire pour un risque à bas bruit, qui affecte des personnels longtemps négligés avant que d'être considérés, dans les discours publics, comme des « professionnels de première ligne ». Foin de discours : la sinistralité est catastrophique ; la prise en charge doit être à la hauteur. Il y a urgence.

Stéphane Le Bouler, président de Lisa

[ii] Cour des comptes, *Sécurité sociale 2022*, octobre 2022. « Chapitre VI – Les enjeux de la maîtrise des risques professionnels dans les établissements et services pour personnes âgées et personnes en situation de handicap »

Contrôler les EHPAD : une action à conduire sur tous les fronts

(8 novembre 2022)

Depuis l'ouvrage de Victor Castanet^[1], en janvier dernier, personne ne peut plus fermer les yeux sur certaines formes de maltraitance institutionnelle au sein des maisons de retraite... et sur les ressorts économiques d'un tel système.

Les conséquences de la déflagration ont été nombreuses : le débat sur l'encadrement en personnels soignants a repris de la vigueur (sans que les conséquences concrètes en soient vraiment encore tirées) ; les pouvoirs publics ont constaté la carence des contrôles opérés par les Agences régionales de santé et ont renforcé les dispositions en la matière, en urgence et dans le cadre de *la Loi de financement de la sécurité sociale 2023* ; le cours de bourse des principaux opérateurs a connu une descente vertigineuse, jusqu'à mettre en cause la pérennité d'Orpea, etc.

À rebours de tant d'années de négligence, la régulation efficace de ce secteur suppose de mobiliser l'ensemble des outils à disposition, sans quoi les mêmes causes produiront les mêmes effets :

- **La défense des droits des usagers**, particulièrement lorsque ceux-ci sont vulnérables ou insuffisamment représentés : la Défenseure des droits le rappelle opportunément dans les travaux que conduit cette institution, dont les moyens doivent assurément être renforcés pour bien prendre en compte les organisations médico-sociales ;
- **La responsabilité sociale des entreprises** : la réputation en Bourse s'est faite longtemps sur les profits accumulés, on sait désormais de quelle manière ; la dégringolade des principaux opérateurs a clos cette époque, du moins peut-on l'espérer ; la qualité de service vécue par les usagers et l'attention portée aux ressources humaines sont des clés de la performance économique et sociale durable de ces structures... Mais ne soyons pas naïfs : il faudra mettre en œuvre une évaluation multi-critères rigoureuse pour traquer le social washing ; on en est loin ;
- **L'évaluation**, justement, parlons-en ! Les pouvoirs publics ont beaucoup trop tardé à implanter des dispositifs ambitieux et contraignants. Espérons que, désormais, la Haute autorité de santé prendra toute la mesure de ses responsabilités en la matière ;
- **La répression des fraudes** : la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) a récemment publié un bilan^[2] de ses contrôles sur les trois dernières années : affichage des tarifs, validité des clauses dans les contrats, loyauté des pratiques commerciales... Beaucoup de manquements ont été constatés, comme souvent. La DGCCRF est de longue date la vigie des pratiques du secteur, dans son périmètre de compétence : longtemps un peu seule, elle est aujourd'hui partie intégrante de la panoplie que les pouvoirs publics doivent déployer ;
- **Le contrôle de l'usage des deniers publics** : les EHPAD mobilisent des fonds de l'assurance maladie et des départements pour la prise en charge des sections

de soin et de dépendance. La partition des dépenses entre les financeurs fait, depuis l'origine, l'objet d'âpres discussions a priori mais les contrôles quant à l'usage des ressources étaient défailants ou trop espacés dans le temps... Espérons que les événements récents auront décillé les yeux des tutelles et les feront travailler conjointement en faveur de contrôles réguliers et rigoureux ;

- **La régulation économique** : les techniques d'optimisation des opérateurs ont montré toute la sophistication des pratiques. La dextérité des acteurs n'avait d'égale que la naïveté des pouvoirs publics. Ceux-ci doivent aujourd'hui se mettre à niveau, comme ils l'ont fait dans d'autres domaines économiques, pour mieux appréhender la formation des prix et des profits, comprendre les dynamiques de marché... Il leur faut aussi renouveler les outils pour limiter les situations de rente (liées en particulier aux mécanismes d'autorisation).

Quelques initiatives dispersées ne suffiront pas à rétablir la confiance et la performance économique et sociale durable du secteur des maisons de retraite.

Pour ne pas jeter l'opprobre sur tous les acteurs, encore moins sur les personnels, les pouvoirs publics doivent prendre leurs responsabilités en déployant résolument toute la panoplie d'actions décrite ici. Il est plus que temps.

Stéphane Le Bouler, président de Lisa

[1] Victor Castanet, Les fossoyeurs : révélations sur le système qui maltraite nos aînés, Paris, Fayard, 2022

[2] <https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/ehpad-privés-lucratives-bilan-de-trois-années-de-contrôles-de-la-dgccrf-plus-dun-1>

Formations en santé

20 propositions pour parachever les transformations

(10 février 2022)

Les études de santé constituent un chantier permanent de réformes, avec des accélérations parfois, comme lors du quinquennat qui s'achève. C'est aussi un espace de débat incertain : tout le monde est concerné par l'enjeu (bénéficier des meilleurs soins, quel que soit le lieu où l'on se trouve) mais la discussion est bien souvent laissée aux spécialistes.

Lisa ouvre ici un cycle de propositions, avec cette note de portée générale, qui sera suivie d'autres papiers sur les pratiques avancées, les formations et l'accès direct, l'hyperspécialisation et l'attractivité des carrières hospitalières.

Enjeux

La réflexion sur la formation des futurs professionnels de santé nécessite de bien **appréhender l'organisation actuelle et projetée de notre système de soins et de santé**, les grandes évolutions épidémiologiques, l'évolution rapide des connaissances et les innovations (technologiques, cliniques et organisationnelles). En effet, les formations doivent constamment s'adapter et se réformer pour répondre aux défis d'aujourd'hui et de demain et être en synergie avec l'exercice professionnel et les aspirations des professionnels et des usagers.

Cette réflexion implique nécessairement de **définir les rôles et compétences des professionnels** qui vont travailler et coopérer dans ce système. Réciproquement, les formations configurent pour une part le système de santé et il s'agit donc là d'une dimension essentielle de son évolution, trop souvent disjointe.

Les formations en santé sont actuellement essentiellement construites profession par profession, laissant peu de place aux coopérations. L'évolution du système de santé et les attentes des usagers imposeraient pourtant de **repenser pour partie nos formations de façon pluri-professionnelle et d'évaluer nos besoins en professionnels à former par grandes filières de soins** (ex : soins primaires, santé bucco-dentaire, soins de recours, urgences et soins critiques, santé de la femme, santé de l'enfant, santé mentale, grand âge, ...).

Ainsi, les principaux enjeux de la formation pour les prochaines années sont **qualitatifs** (mieux définir les compétences et leur répartition entre les professions) et **quantitatifs** (mieux définir les besoins en professionnels à former, globalement et territoire par territoire). **L'organisation territoriale** des formations a aussi un fort impact sur la répartition des professionnels en exercice.

Le système de formation doit aussi faciliter les **évolutions de carrière** avec une montée en compétences de l'ensemble des professionnels, mais également permettre

des évolutions vers des métiers moins en prise directe avec les soins, en milieu ou en fin de carrière.

Ce qui a déjà été réalisé

Sur la base de travaux antérieurs, notamment ceux de la Grande conférence de santé de 2016[1], **de nombreuses réformes sont déjà été entreprises**. La Loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé[2] a supprimé le numerus clausus et diversifié les modalités d'accès aux études médicales (MMOP), réformé le 2ème cycle et l'accès au 3ème cycle des études de médecine dans le sens d'une meilleure prise en compte des compétences et permis de renforcer l'universitarisation des professions paramédicales par le biais d'expérimentations. D'autres évolutions sont en projet (3ème cycle des études d'odontologie, de pharmacie, évolution des études en maïeutique...).

Au-delà des numerus clausus médicaux, une réflexion est en cours sur l'ensemble de la politique de régulation quantitative des effectifs en formation. La crise Covid a servi ici de révélateur.

Toutes les filières de formation sont en cours de réforme, même si c'est la filière médicale qui a été la plus concernée et est classiquement la plus visible. Globalement, ces réformes tentent de concilier les attentes des professionnels, des étudiants et des formateurs et in fine, celles du système de soins. Cependant, malgré la volonté d'aller vite, ces réformes permettent surtout de s'adapter aux évolutions déjà entamées depuis plusieurs années, et ne **sont pas totalement anticipatrices des évolutions souhaitées de notre système**. C'est pourquoi, il est intéressant de reprendre une approche plus globale, centrée sur les besoins et sur les compétences nécessaires pour répondre à ces besoins.

La réforme du 2ème cycle des études médicales et des modalités d'accès au 3ème cycle a été très attendue par les étudiants et le corps enseignant. Il y a eu d'énormes efforts de refonte du programme des connaissances, des modalités d'enseignement et d'encadrement en stage ainsi que des modalités d'évaluation et d'appariement entre les résultats des étudiants et les choix offerts pour le 3ème cycle. La volonté d'un apprentissage plus adapté aux attentes du métier et des usagers reste néanmoins parasitée par un classement « couperet » qui maintient un niveau de stress élevé chez les étudiants et entraîne des apprentissages strictement orientés sur ce qui sera évalué. Les effets de la régulation territoriale pour l'accès au 3ème cycle sont manifestes mais hétérogènes sur le territoire national. En moyenne, 5 % des internes changent de spécialité en cours de formation par le dispositif de droit au remords, et certaines disciplines sont plus particulièrement concernées.

Ce qu'il reste à faire

En l'absence d'une approche globale et cohérente entre toutes les formations, les réformes risquent essentiellement de servir des intérêts disciplinaires, au détriment d'une approche centrée sur les besoins. C'est pourquoi il est indispensable de **partir des attentes du système de santé pour repenser nos formations**.

Il faut allier les exigences en connaissances scientifiques et médicales et le caractère professionnalisant des formations, tout en intégrant la régulation du système de soins, des relations interprofessionnelles et des attentes des usagers. Les étudiants doivent continuer de s'emparer des enjeux de santé publique pour assumer pleinement leur responsabilité sociale.

Cette vision doit être très prospective compte tenu de la durée de certaines formations, et la flexibilité des parcours, notamment dans les formations les plus courtes, peut redonner de l'agilité pour s'adapter au fur et à mesure. Il ne s'agit pas nécessairement de créer de nouvelles professions de soignants, mais plutôt de permettre un meilleur partage des champs d'action, de développer des pratiques avancées et de renforcer les coopérations entre les professionnels soignants.

Les liens entre formation et démographie des professions de santé sont forts. Les professionnels ont en effet tendance à s'installer dans les territoires où ils ont été formés. D'autres dispositifs sont néanmoins nécessaires pour assurer une répartition homogène de ces professionnels sur le territoire.

Les nouvelles organisations des soins primaires semblent avoir des effets positifs en renforçant l'attractivité de la médecine générale et en favorisant l'installation des professionnels dans les zones organisées autour de maisons de santé pluri-professionnelles, notamment si elles sont universitaires (MSP-U) et de CPTS. Cependant, tout reste à faire pour les spécialistes. Or, les médecins généralistes ne s'installent pas lorsque le tissu de spécialistes de 1^{er} recours n'existe pas.

Propositions concrètes

A) Évaluation des besoins et régulation

1. Intégrer plus largement les responsables des formations au sein des instances et organismes en charge des réflexions sur le système et les besoins de santé (HCAAM, DREES, ...) et réciproquement, mieux intégrer des experts du système de santé (y compris les usagers) dans la conception des formations ;
2. Créer une instance nationale pluridisciplinaire chargée de mieux définir (ou redéfinir) les champs de compétence et de coopération des différents professionnels de santé, en fonction des besoins actuels et futurs, et dans une approche par grands champs de santé ou filières de soins ;
3. Supprimer les quotas dans les formations paramédicales, comme on l'a fait avec la suppression du numerus clausus pour les formations médicales et pharmaceutiques et bâtir une régulation concertée Etat-régions sur une base pluriannuelle, permettant à celles-ci de déterminer leurs capacités d'accueil en fonction des besoins identifiés sur le territoire ;

4. Renforcer les moyens des observatoires régionaux de la démographie des professionnels de santé pour la détermination des besoins. Des indicateurs et des outils de pilotage doivent être rendus disponibles, en lien avec l'Observatoire national de la démographie des professions de santé et d'autres organismes susceptibles de contribuer. Le dialogue avec les Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) doit aussi être renforcé ;
5. Aligner progressivement les effectifs d'étudiants en 3ème cycle des études médicales au sein de chaque région sur les besoins exprimés au moment de la conférence nationale, en cohérence avec les admissions en 1er et 2ème cycles ;
6. Proposer un quota « territorial » de places de spécialités en 3ème cycle. Les étudiants choisissant ces places s'engageraient à s'installer au sein de la région de formation d'internat, dans une zone sous-dense, que ce soit en établissement de santé ou en MSP et pour une durée minimum^[3].

B) Évolution des métiers et des carrières

7. Développer de façon massive les parcours de promotion professionnelle à tous les niveaux de formation ;
8. Faciliter la montée en compétences des professionnels paramédicaux vers des pratiques avancées ou d'autres métiers (spécialisations, nouvelles technologies, enseignement universitaire, etc.) ;
9. Développer de nouvelles pratiques avancées ou spécialisées uniquement en fonction des besoins de santé (ne pas cloisonner) et permettre l'accès à l'exercice en pratique avancée dès la fin de la formation initiale, en renforçant le temps d'apprentissage en stage sur les deux années de formation master ;
10. Développer les passerelles entre les formations médicales et paramédicales (dans les deux sens) ;
11. Valoriser l'exercice en zone sous-dense pour l'accès aux formations nécessaires aux évolutions de carrière.

C) Organisation des formations

12. Impliquer plus fortement les usagers dans les formations en santé et mieux former nos étudiants à la démocratie sanitaire ;

13. Inciter les universités à organiser des pôles santé incluant les UFR santé et l'ensemble des formations paramédicales du territoire ;

14. Finaliser l'intégration universitaire des formations en maïeutique et paramédicales (une échéance à 5 ans pourrait être prévue pour une intégration complète) ;

15. Organiser la simulation à l'échelle de chaque territoire et pour l'ensemble des formations en santé ;

16. Renforcer les mutualisations d'enseignements (théoriques et stages) entre les filières santé en formation initiale et continue ;

17. Faire aboutir la réforme de l'accès aux études en santé en renforçant la diversification des parcours d'accès et en définissant mieux les compétences attendues pour la réussite dans les études en santé ; faciliter par ailleurs les réorientations tardives vers les études en santé.

18. Faire aboutir la réforme du 2ème cycle des études médicales dans une véritable approche par compétence. Envisager une réforme du 1er cycle des études médicales, dans une approche par compétence, pour mieux répondre aux attendus du 2ème cycle ;

19. Développer des enseignements spécifiques à l'exercice en zone sous-dense, en particulier en renforçant les compétences dans certains domaines spécialisés de 1er recours nécessaires à l'exercice de la médecine générale (en 2ème cycle, mais aussi en 3ème cycle, par exemple sous la forme d'options au sein du DES de médecine générale ; l'accès à l'option étant assujéti à un exercice en zone sous-dense pour une durée minimum). Assouplir les conditions de droit au remords au cours du 3ème cycle des études médicales pour répondre à des besoins de santé, tout en prenant mieux en compte les flux entrants et sortants dans la répartition territoriale des postes offerts chaque année ;

20. Augmenter les capacités d'encadrement des territoires sous-denses en professionnels de santé, en créant des « antennes » territoriales universitaires de formations en santé (autour des instituts paramédicaux, des établissements de santé hors CHU et des CPTS). Créer un label universitaire pour les CPTS et renforcer l'universitarisation des établissements hors CHU.

Il s'agit là de créer **des territoires universitaires de santé**.

Emmanuel Touzé

*Cette note a bénéficié des contributions de **Stéphane Le Bouler**, **Jean Sibilia**, **Benoît Schlemmer***

[1] <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/grande-conference-de-la-sante/>

[2] <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038821260>

[3] Ce dispositif pourrait être accompagné d'aides financières pour l'installation. Il serait différent du contrat d'engagement de service public (CESP), qui pour l'instant n'impose pas d'installation dans la région de formation, qui peut être rompu par remboursement des indemnités perçues, et permet parfois des installations dans des métropoles ou en proximité selon la définition des zones prioritaires.

Les infirmier(ères) en pratique avancée... ou comment ne pas gâcher une belle réforme ?

(13 février 2022)

Dans le champ des formations en santé, la mise en place des pratiques avancées est assurément une belle avancée des années récentes. Malheureusement, le travail sur l'implantation de ces professionnels en ville ou à l'hôpital n'a pas été à la hauteur.

Il est urgent de travailler concrètement à la réussite, pour ne pas dire au sauvetage, de cette belle réforme. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales récemment publié[1] fournit des pistes intéressantes. Lisa développe ici ses propres propositions sur la question cruciale de l'implantation.

Histoire et définitions

Selon le Comité international des infirmières[2], les pratiques avancées concernent « le professionnel paramédical [infirmière – Nurse practitioner/Advanced Practice Nurse -, ...] ayant acquis des connaissances théoriques d'expert, une capacité de prise de décisions en situation complexe et des compétences cliniques lui permettant une pratique avancée dans un domaine spécifique pour lequel il sera [reconnu, identifié, désigné, validé] ».

La pratique avancée est généralement définie par opposition/distinction à la pratique généraliste. Pour autant, elle ne se restreint pas seulement à une liste d'actes autorisés mais repose plutôt sur une gradation de niveaux de compétences (savoir, niveau de conceptualisation, expérience, gestion de situations complexes). Il y a donc une continuité au sein d'une même profession avec un niveau de compétences différent qui requiert des connaissances approfondies dans un domaine spécifique afin d'intervenir dans des situations complexes[3].

Les premiers infirmiers de pratique avancée sont diplômés depuis peu en France, pourtant cette pratique a été initiée dès les années 1960 en Amérique du Nord. Il faudra une trentaine d'années pour que ce concept apparaisse en France[4], puis une quinzaine d'années supplémentaires pour qu'il trouve une traduction dans la réglementation. En 2003, le rapport du professeur Berland préconisait pourtant déjà la coopération entre professionnels de santé et le transfert de compétences[5].

A la suite d'expérimentations dans de nombreux domaines médicaux (explorations fonctionnelles digestives, réalisation de ponctions médullaires, réalisation de bilans urodynamiques, prise en charge de maladies chroniques)[6], le bénéfice de ces pratiques avancées est mis en évidence : optimiser la prise en charge du patient en facilitant l'accès aux soins dans certains territoires, économiser du temps médical et contribuer ainsi à faire face à la diminution de la densité médicale, régulariser des pratiques existantes non reconnues, apporter une reconnaissance de compétences à certains paramédicaux tout en contribuant à la maîtrise des dépenses de santé [3].

Si la loi HPST du 21 juillet 2009, et plus particulièrement son article 51, permettait déjà aux professionnels de santé de s'engager dans de nouvelles formes de pratiques interprofessionnelles, c'est l'article 119 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 créant

l'article L. 4301-1 du code de la santé publique qui introduit le principe de la pratique avancée des auxiliaires médicaux. Ce texte permet donc d'envisager d'étendre la pratique avancée à toutes les professions paramédicales. Les décrets d'applications seront pris à l'été 2018.

La pratique avancée vise donc à répondre aux nouveaux enjeux d'un système de santé en mutation. Elle identifie des compétences, des connaissances et des modalités de travail interprofessionnelles nécessaires pour pratiquer des soins de santé à un niveau avancé par rapport aux compétences reconnues à un métier socle. Elle est fondatrice d'une nouvelle forme d'exercice et donc d'une approche complémentaire et plus globale par rapport aux évolutions des décrets d'actes ou aux démarches relatives aux protocoles de coopération déjà prévus à l'article 51.6

Concrètement, le décret sur la pratique avancée précise que celle-ci recouvre : des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage, des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique, des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.^[7]

Enjeux

Dans le champ de la formation

- Les objectifs quantitatifs en matière de formation en pratique avancée ont une chance d'être atteints, puisque ce ne sont pas moins de 3000 infirmiers(ères) en pratique avancée qui auront été formés entre 2018 et 2022 ;
- Les universités se sont donc mobilisées sur cette formation et cette filière est aujourd'hui présente dans l'ensemble des universités à composante santé ;
- Si les délais ont souvent été contraints (la rentrée étant généralement peu éloignée de la publication des textes réglementaires), cette innovation s'est insérée à l'Université de façon non conflictuelle et on a constaté une forte émulation ;
- L'afflux de candidats a été important à l'origine et pour les différents domaines ouverts mais ce mouvement est en train de se tarir : conséquence de l'épuisement du vivier qui avait alimenté les premières promotions ou des difficultés d'implantation sur le terrain (cf. infra) qui finissent par retentir sur l'attractivité des filières ? ;
- Il y a eu aussi des compromis boiteux à l'origine : notamment le fait de pouvoir faire la formation d'IPA sans période d'exercice préalable (à la sortie de la formation initiale donc) tout en ne pouvant pratiquer en tant qu'IPA à l'issue de trois années d'exercice^[8] ;

Pour ce qui est de l'implantation dans le système de santé

- L'émergence de ces professionnels a été lente : la réflexion a mûri, on l'a dit, entre le début des années 2000 et la loi Touraine de 2016 (qui pose les bases

législatives) ; il a encore fallu attendre deux ans et demi (et l'été 2018) pour voir sortir les textes d'application sur la définition des compétences et du cadre de formation : le moins que l'on puisse dire est donc que les acteurs avaient le temps de s'y préparer mais peut-être doutaient-ils que la réforme serait menée à bonne fin ;

- L'impréparation est donc collective : les problèmes d'articulation entre les compétences des soignants et entre les professions ont été longs à décanter et les crispations n'ont pas manqué chaque fois qu'on ouvrait un nouveau domaine mais ces difficultés et les délais afférents n'ont pas été mis à profit pour préparer l'implantation dans les organisations (à l'hôpital et, pire encore, en ville) : les IPA n'existent pas dans les recommandations de la HAS sur les parcours de santé ; la question de la rémunération est, depuis l'origine, une source de crispation logique ; le positionnement des IPA par rapport aux autres professionnels, notamment les infirmier(ères) spécialistes, les acteurs de l'exercice coordonné ou les cadres de santé est une source permanente de tensions et d'inefficacité ;
- L'impréparation était aussi individuelle : les projets ne sont pas forcément toujours très construits de la part des candidats à la formation comme des structures qui financent leur formation ;
- Faute de voir émerger le bon modèle d'articulation interprofessionnelle, la question de l'organisation est posée : faut-il une organisation intégrée ou au contraire une organisation séparée (les IPA entre eux) ? ;
- Dès lors, les cas de « mésusage » sont nombreux : faute de préparation, il n'y a pas toujours de poste à la sortie ; la dimension clinique se perd parfois au profit de tâches de coordination ou de simple délégation de tâches sans réelle autonomisation de l'IPA ; l'IPA est aussi parfois dans l'incapacité de faire son travail faute d'avoir accès aux outils informatiques adaptés.
- Le bilan sur le plan du temps soignant disponible pour traiter les problèmes du système de santé et apporter un bénéfice aux patients est en tout cas médiocre, puisque toute une partie des effectifs formés n'exercent pas en tant qu'IPA.

Que faire ?

A ce stade, il paraît essentiel de **redonner du sens à cette réforme**.

Il s'agit avant tout d'améliorer le parcours des patients et indirectement de permettre aux médecins de se recentrer sur leur expertise. La thématique de la réponse aux déserts médicaux peut laisser penser en revanche qu'il y a une forme de substituabilité entre les médecins et les IPA et cela crispe évidemment les acteurs, au risque d'empêcher le travail concret sur les organisations. Il faut le redire : l'IPA ne se substitue pas au médecin, il/elle devient un acteur incontournable dans le parcours de soins sur une expertise propre.

Il en va de même avec les cadres de santé et les spécialités infirmières : il n'y a pas concurrence. La reprise annoncée du décret d'actes infirmier peut être l'occasion d'apporter ces clarifications au sein de la profession.

Même s'il faut considérer l'implantation en vie réelle et s'adapter au contexte, les cas de mésusage ou d'usage en-deçà des compétences acquises dégradent la perception commune de ces nouveaux métiers et empêchent de faire la preuve de concept, sur le plan thérapeutique et sur le plan médico-économique.

Il importe de **travailler sur les expériences concrètes d'implantation** en ville et à l'hôpital pour dégager les bonnes pratiques et corriger les déviations (préciser ce qu'est... et ce que n'est pas l'IPA). A Marseille, une commission de suivi ARS-Aix-Marseille Université a ainsi été mise en place pour évaluer régulièrement les implantations. Ce type de suivi est indispensable pour optimiser le système et éviter les mésusages. Il convient par ailleurs de communiquer plus largement auprès des médecins, en commençant par les chefs de service via les CME. Sur le terrain, l'expérience commune est en effet que les médecins, faute d'information ciblée, ne savent bien souvent toujours pas ce qu'est un/une IPA et ne sont donc pas moteurs lors de l'implantation, notamment auprès de leurs collaborateurs.

Il faut **développer les études médico-économiques** sur l'intérêt pour les structures de recourir à des professionnels en pratique avancée : façon d'éviter les mésusages et de justifier les embauches (celle de l'IPA et celle du professionnel qui va le remplacer sur le métier socle).

Il importe évidemment aussi que les responsables politiques se saisissent à nouveau de la problématique des pratiques avancées : **il faut un discours clair, un dessein (pour l'organisation des professions entre elles) et la mobilisation des acteurs**. Il est intéressant de se rapprocher des recommandations internationales, de développer des stratégies d'implantation nationales basées sur des données probantes^[9] ou bien encore d'énoncer des principes de santé publique sur l'implantation de nouveaux rôles soignants.

Concrètement, **il faut officialiser la place de l'IPA dans le parcours de soins dans les recommandations professionnelles et de la HAS** ; il faut aussi **clarifier les différentes formes de pratique avancée et spécialisée** (cela vaut par exemple, au moment où l'on refond la formation d'IBODE) et **mener une réflexion sur les pratiques avancées au sein d'autres professions paramédicales^[10]** : une réflexion sur le métier de bloc opératoire (incluant la radiologie interventionnelle) entre les infirmiers et les MEM doit par exemple être menée ; le champ de la réadaptation mérite aussi que se développe rapidement une réflexion précise.

Il faut **des actes bien entendu aussi, notamment pour faire en sorte de reconnaître ces nouvelles compétences sur le plan financier** et ne pas conforter par des pratiques tarifaires inadaptées les mésusages. Le rapport de l'IGAS mentionné plus haut fait des propositions en ce sens.

Après le temps de l'implantation, **l'Université doit de son côté travailler à la mise en réseau des enseignants et à la mutualisation des outils pédagogiques** pour

accompagner cette restauration du sens et travailler concrètement à l'articulation des professions dans le temps de la formation.

Cette note a bénéficié des contributions de Philippe Berbis, Sébastien Colson, Patrick Dehail, Florence Girard, Stéphane Le Bouler, Pauline Lenesley, Marie-Astrid Meyer, Yvan Tourjansky, Emmanuel Touzé.

- [1] « Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé », janvier 2022 https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-051r-tome_1_rapport.pdf
- [2] Comité international des infirmières (2003), Definition and characteristics of the Role : Nurse Practitioner and Advanced Practice Roles, USA, Network,
- [3] Ljiljana Jovic, Christophe Guenot, Annette Naberes, Patrick Maison (2009) Pratiques avancées des professionnels paramédicaux, Étude exploratoire dans la région Ile-de-France. Recherche en soins infirmiers, vol. 4 (99) : 117-132
- [4] Delamaire M, Lafortune G (2010) Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés. Éditions OCDE
- [5] Berland Y (2003) Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences (rapport d'étape). Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées
- [6] I. Bourgeon · A. Campagne · C. Clec'h · K. Couchoux · V. Franja · S. Jeune · S. Lusso · C. Mossadegh · É. Rosset · L. Robriquet · J. Schmitt · S. Valera · J. Tirone · I. Vinatier · A. Soury-Lavergne · Commission du congrès infirmier de la SRLF (2015) Pratiques avancées et formation spécifique des IDE de réanimation : résultats de l'enquête de la SRLF 2013. Réanimation 24:608-614.
- [7] L'infirmier en pratique avancée, améliorer l'accès aux soins en diversifiant l'activité des soignants. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
- [8] Cette disposition n'est pas cohérente avec le fait que l'obtention du diplôme vaille validation de toutes les compétences par l'étudiant pour exercer sa profession.
- [9] Comme le cadre développé par Bryant-Lykosius par exemple, nommé PEPPA.
- [10] Un travail est par exemple conduit en Ile-de-France sur la pratique avancée en kinésithérapie.

L'hyperspécialisation en médecine : concilier les caractéristiques de la formation et les besoins des territoires

(27 février 2022)

La problématique de l'hyperspécialisation amène à se questionner sur l'organisation de la formation, en l'occurrence celle des médecins et des chirurgiens. En effet, on peut observer que, dans les grands centres hospitaliers universitaires, l'hyperspécialisation est très développée, dès l'internat. Ce phénomène a d'ailleurs été favorisé par l'allongement des durées de formation, obtenu par plusieurs disciplines majeures et... réclamé par d'autres.

Dès lors, la mobilité des étudiants (hyperspécialisés) est contrainte par la possibilité de retrouver un poste leur permettant d'exercer à ce niveau de spécialisation, dans d'autres lieux que le CHU.

Il est dès lors difficile d'imaginer une mobilité des spécialistes dans certains centres hospitaliers périphériques, dans lesquels le plateau technique n'est pas au niveau espéré et où la présence d'autres spécialités connexes, indispensables à la qualité du parcours de soins, n'est pas garantie. Il est plus probable que ceux-ci préféreront s'orienter vers des pôles des groupements hospitaliers territoriaux (GHT) ou certaines cliniques privées, de taille critique appropriée et avec des moyens humains et matériels nécessaires à l'exercice de leur métier, en cohérence avec le niveau de formation dont ils ont bénéficié.

Une **réflexion sans tabous sur la répartition de l'offre de soins très spécialisés dans les territoires** doit donc être menée, en tenant compte, bien entendu, à la fois des besoins de la population mais aussi de l'évolution du niveau de formation des professionnels et de leurs attentes en matière d'exercice.

Concernant **la réforme du troisième cycle des études médicales**, il paraît important de respecter une formation « spécialiste généraliste » dans une proportion suffisante. Tout en reconnaissant encore une fois que ce processus d'hyperspécialisation est inéluctable, cela revient à **ne pas la laisser prospérer avant le post-internat**. En théorie, ce devrait d'ailleurs déjà être le cas. Dans les textes, c'est bien ce qui est sous-entendu mais cela n'est pas réalisé et n'apparaît pas réalisable tant que l'essentiel du 3ème cycle se déroule dans les CHU. Il serait ainsi opportun d'ouvrir de plus en plus de terrains de stages d'interne en « périphérie », dans les établissements publics, ESPIC et privés... Une solution peut aussi être **d'élargir le dispositif des assistants partagés et de l'ouvrir davantage au secteur privé, libéral, etc.**, avec l'implication des collectivités territoriales.

En outre, il est important de **proposer un cadre visant à inciter les étudiants à rester dans les territoires où ils suivront leur formation, notamment pratique**. Cela nécessiterait de délocaliser dans une plus large proportion les stages de second cycle, à distance des CHU et des facultés mais également d'améliorer

l'articulation entre le deuxième et le troisième cycle et de valoriser réellement les étudiants ayant un parcours défini dans les territoires (points de parcours).

Pour l'heure, l'organisation des études médicales et notamment le remplacement de l'examen classant national par un système d'appariement national, qui maintient les étudiants dans une logique performative, ne facilite pas le développement d'initiatives de la part des facultés et continue de négliger la nécessaire articulation, à l'échelle loco-régionale, tant quantitative que fonctionnelle, entre 2ème et 3ème cycles.

Il faut aussi poser la question du **nombre de médecins hyperspécialisés à former pour un territoire donné**, sujet aujourd'hui à la main des étudiants eux-mêmes, les ARS et les universités manquant d'outils pour évaluer précisément les besoins en hyperspécialistes, les professionnels de terrain n'étant pas, de leur côté, partie à la décision. D'où un système très peu régulé.

L'organisation de l'offre de soins (y compris hyperspécialisés) est néanmoins l'une des principales prérogatives des ARS. La régulation par les autorisations donne en effet du pouvoir à celles-ci, mais cela ne représente en fait qu'une partie assez faible des sur-spécialisations, qui sont de plus en plus développées dans chacune des disciplines.

Une autre gamme de solutions consiste à concentrer la **technicité médicale dans des grands centres de santé**, sans pour autant réserver l'hyperspécialisation à un statut hospitalo-universitaire. Une concentration des moyens sur des sites pertinents est certainement préférable à la dilution que nous pouvons encore observer et qui débouche parfois sur une dégradation de la qualité des soins proposés aux usagers. La proximité crée souvent un faux sentiment de sécurité. A l'évidence, cette réflexion ne peut être menée que si le premier recours est garanti partout et si l'articulation avec les professionnels de premier recours est optimisée, afin d'éviter les retards de diagnostic et les défauts de suivi.

Enfin, il convient de renforcer les initiatives tendant à « **universitariser** » **les territoires**, c'est-à-dire à déployer les ressources de la faculté et de l'université hors du champ hospitalo-universitaire classique et à développer la maîtrise de stage dans la sphère libérale, de façon à dynamiser le compagnonnage, indispensable pour assurer une formation de qualité en dehors des CHU dans le champ des soins de 1er recours, en lien avec les soins primaires.

Cette note a bénéficié des contributions de **Franck Devulder, Patrick Dehail, Patrick Gasser et Emmanuel Touzé**

Carrières à l'hôpital : un choc d'attractivité nécessaire

(24 mars 2022)

La gestion des ressources humaines de l'hôpital (public et privé) est un des principaux problèmes sanitaires en France aujourd'hui. Il ne semble pas que les programmes pour l'élection présidentielle en prennent la mesure. Il y a pourtant matière... et il y a urgence.

Un enjeu pressant est bien la fuite du personnel, dont une conséquence peut être la fermeture de lits, faute de médecins ou d'infirmières pour en assurer la charge. Il s'agit là d'un **problème de management** et d'un **problème de gestion de carrière** des professionnels médicaux et paramédicaux, qui se pose à tous les niveaux.

Le **Sécur de la Santé** a permis d'apporter des revalorisations financières pour les personnels. Celles-ci étaient certes indispensables mais certainement pas suffisantes. Les modalités d'allocation des moyens sont elles aussi cruciales.

La question de l'évolution des carrières doit être reprise dans son ensemble. La prise en compte du mal être des jeunes médecins comme les départs des infirmières pour d'autres métiers doivent nous interroger.

Comme pour beaucoup de professions, les médecins et les autres personnels ne se projettent plus dans un seul métier tout au long de leur vie professionnelle.

Les contraintes de l'exercice, le manque de reconnaissance et la perte de considération font partie des raisons de ce désenchantement au sein des professions de santé, mais le défaut de perspectives de carrière y contribue également.

Depuis plusieurs années, on observe ainsi que les trois spécialités les plus prisées par les candidats aux dernières épreuves classantes nationales (ECN) sont l'ophtalmologie, la médecine esthétique et la dermatologie. Pour ce qui est du choix des spécialités des hospitalo-universitaires, le parallélisme s'impose avec la chirurgie plastique, l'ophtalmologie et la dermatologie-vénérologie. En bout de classement, on trouve les chirurgies digestive et orthopédique.

Les choix de spécialité des internes sont parlants ; ils prennent en compte la qualité de vie et donc les activités où les gardes et astreintes sont habituelles, où l'amplitude horaire est raisonnable. Selon les filières et les professions, les contraintes sont différentes. Lorsque les gardes ou les amplitudes horaires sont importantes, les salaires ne suivent pas et le système de compensation apparaît donc comme un médiocre palliatif.

Le secteur privé peut être privilégié afin de bénéficier d'une meilleure rémunération par rapport aux grilles indiciaires de la fonction publique hospitalière mais les conditions de travail, assorties de moins d'astreintes, comptent aussi. D'autant que les grilles de rémunération de l'hôpital sont largement insensibles aux différences de pénibilité subies par les praticiens.

Pour pallier le manque d'attractivité de certaines filières, on a bien fait émerger de nouvelles spécialités (ainsi de la création de la Gynécologie médicale, spécifique et

distincte de la Gynécologie-Obstétrique) mais cette pratique a surtout perverti le système.

Si le secteur privé a encore quelques avantages à faire valoir, les problèmes de recrutement n'y sont pas absents, notamment pour ce qui concerne les médecins. L'existence d'un plateau technique performant n'est plus une garantie d'attractivité. Dans les hôpitaux (CH ou CHU), **la règle du jeu sur les missions de chacun** doit être clairement affichée, d'un point de vue global comme au niveau micro.

La gradation et la réparation des tâches sont susceptibles de rendre plus claires les missions. Faute de quoi, les praticiens se voient déborder, avec le devoir de tout faire et même, bien souvent, de faire face à des injonctions contradictoires. Un meilleur dialogue entre médecins généralistes et médecins spécialistes est également primordial pour mieux orienter les patients et organiser concrètement la gradation des soins.

Il convient de **redonner le sens et les fondements de la mission, des valeurs aux équipes, car l'hôpital n'est pas une organisation comme une autre** : s'y ajoutent le sens de l'humain, les relations aux malades et aux familles, le rapport à la maladie et à la mort...

Parallèlement, il est nécessaire de **considérer la carrière d'une** infirmière au-delà de la possibilité de devenir cadre ou, pour un médecin, de prendre des responsabilités managériales. Il est indispensable de construire des trajectoires de travail correspondant aux aspirations des professionnels tout au long de leur vie. Il faut redonner aux personnels l'envie de progresser professionnellement, notamment en leur offrant des passerelles permettant de se hisser vers de nouvelles compétences, d'autres métiers, d'autres horizons.

De ce point de vue, **la question du financement est naturellement sensible** : introduire une évaluation des soins sur des indicateurs de qualité, de pertinence contribue à donner du sens aux professionnels et à faire qu'ils aient l'impression de ne pas être appréciés uniquement sur des indicateurs quantitatifs et financiers.

Des mesures doivent être prises en termes **d'attractivité** de ces professions. Le problème est à la fois celui des contraintes fortes et celui des rémunérations. Nous sommes ainsi face à un problème général d'équité et de sens.

Au Royaume-Uni, un travail de fond sur les plannings a par exemple été mis en œuvre dans certains hôpitaux afin que les contraintes soient plus équitablement partagées. Ce système de coopération est une solution à envisager pour la France.

La mobilité professionnelle pourrait aussi être davantage encouragée. Actuellement, les silos sont partout ! Il est indispensable de redonner de la souplesse, levier puissant d'attractivité : par exemple, en permettant des activités mixtes publiques/privées, en ouvrant « véritablement » le chantier des champs de compétences des métiers de la santé et donc en acceptant de répartir différemment ces activités au travers de plus de professionnels, pour ainsi montrer un chemin d'évolutions de carrière larges et diversifiées, en acceptant de faire évoluer des carrières médicales exclusivement tournées vers le soin vers des fonctions de management ou de santé publique...

A l'aune des évolutions majeures apportées au début des études de santé avec les différentes passerelles mises en place, **une transformation ménageant des possibilités de réorientation tout au long de la vie professionnelle** des soignants doit être organisée.

Pour les médecins, cela signifie notamment plus ou moins d'activité de soin, de recherche, d'enseignement ou de management selon les moments de la carrière.

En Belgique, ce fonctionnement est pratiqué. On contractualise sur la quotité de chaque activité, avec des moments forts variables au cours de la carrière. Les retours pour les structures (en termes de valorisation des différentes activités) sont ainsi organisés.

Parmi les évolutions considérables de ces dernières années, on ne saurait enfin omettre **le passage au digital**, qui a entraîné une évolution considérable des pratiques des soignants au quotidien : en contribuant à améliorer les conditions de travail (facilitation de tâches répétitives sans valeur ajoutée), à créer potentiellement de nouveaux métiers, mais aussi à augmenter le temps devant un écran au détriment du temps devant le patient, le digital contribue à repositionner les différents acteurs d'un parcours de santé et donne de fait des perspectives de carrières différentes et complémentaires.

Propositions concrètes

Un choc d'attractivité est nécessaire. Il passe globalement par :

1. Un immense effort de formation permanente à tous les niveaux et pour toutes les professions médicales et paramédicales, en se fixant des objectifs très ambitieux ;
2. Un travail pour réduire les contraintes qui pèsent sur les professionnels de santé à l'hôpital public ou pour compenser celles-ci ; cela suppose de rompre avec la logique égalitariste qui prévaut souvent pour faire, par exemple, le choix de valoriser fortement le travail de nuit et le week-end et progressivement le réduire ou le répartir autrement.

Concrètement, les mesures suivantes méritent d'être envisagées :

- Donner aux personnels des possibilités d'évolution interdisciplinaire et interprofessionnelle en créant davantage de passerelles entre les différents métiers de la santé ;
- Développer l'offre de formation permanente pour les aides-soignantes avec l'objectif de garantir une formation en gérontologie pour toutes les aides-soignantes et de permettre un accès aux Instituts de formation en soins infirmiers après quelques années de fonction, par un effort conséquent de financement de la promotion professionnelle ;
- Développer massivement la formation d'infirmiers en pratique avancée (IPA) en assurant la prise en charge des rémunérations durant la formation et en travaillant sur

l'implantation des soignants : il faut faire en sorte qu'un pourcentage significatif d'infirmiers-ères soient employé-es comme IPA à une échéance de 10 ans ;

- Valoriser fortement les postes qui comportent des contraintes de travail de nuit ou le week-end, réduire progressivement ces contraintes et mieux les répartir au sein de l'hôpital et avec les professionnels libéraux ;
- Favoriser l'accès à des fonctions de management, d'enseignement et de formation grâce à la création de formations spécifiques et surtout en ouvrant des postes valorisant ces formations ;
- Permettre des exercices mixtes public/privé ;
- Établir un cadre plus souple (notamment d'un point de vue juridique, assurantiel, économique) afin de favoriser la répartition et l'exécution de tâches de santé au sein d'une organisation médicale ;
- Établir une réelle politique d'accompagnement social (crèches, logement) et de qualité de vie au travail pour les personnels ;
- Travailler sur l'inclusion, la mixité, la diversité des profils.

Enfin, si on retient ces objectifs, il faudra **développer fortement les responsabilités à tous les niveaux** au sein de l'hôpital, ce qui suppose de transformer la tutelle sur les hôpitaux publics et le management de ceux-ci pour l'aligner sur le privé à but non lucratif : en clair **déconcentrer fortement pour créer un choc de management.**

Cette note a bénéficié des contributions de **Jean-Marc Coursier, Christophe Lannelongue, Stéphane Le Boulter et Patrick Pessaux**

Paroursup IFSI : pour rétablir quelques vérités (1^{er} septembre 2022)

Ce texte élaboré par LISA a reçu le soutien de l'Association nationale des directeurs d'écoles paramédicales (ANDEP), du Comité d'entente des formations infirmières et cadres (CEFIEC) et de la Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (FNESI).



Une fois n'est pas coutume, nous allons traiter ici d'une réforme que nous avons directement portée, à savoir l'intégration des IFSI (instituts de formation en soins infirmiers) sur la plateforme de pré-inscription Parcoursup et la fin des « concours infirmiers ».

L'histoire avait commencé dès avant l'entame du 1er quinquennat Macron. Au cours de la Grande conférence de santé de 2016, nous avons en effet pointé l'inadaptation des procédures de recrutement des infirmiers-ères. A l'automne 2017, les travaux avaient démarré entre les ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur et les parties prenantes. Le point d'orgue fut le 5 juillet 2018 lorsque les ministres en charge (Agnès Buzyn et Frédérique Vidal) annoncèrent à Caen rien de moins que la transformation de la PACES (première année commune des études de santé), la suppression des ECN (examens classant nationaux, organisant l'accès au troisième cycle des études médicales) et celle du « concours infirmier ». Le Président de la République reprit ces réformes dans son programme « Ma santé 2022 » en septembre 2018.

La réforme de l'accès aux IFSI, qui avait, à l'époque, reçu l'aval des principales parties prenantes (organisation étudiante, conférences de formateurs, régions gestionnaires), est volontiers accusée de tous les maux aujourd'hui : les abandons précoces en cours d'études, la baisse du niveau, même les comportements à l'embauche des infirmiers-ères. Cette dernière critique est, somme toute, risible : la première « promotion Parcoursup », qui aura connu – rappelons-le toujours – la période COVID, sort tout juste des instituts cet été (au bout de trois années) et on ne connaît tout simplement pas encore son comportement sur le marché du travail.

Peu importent les faits quand on veut critiquer une réforme et... masquer les vrais sujets. C'est la faute de Parcoursup... C'est si facile, et c'est populaire...

Flashback : pourquoi une telle réforme ?

D'abord parce que la loi en avait décidé ainsi... La Loi relative à l'orientation et à la réussite des étudiants (loi ORE) de mars 2018, qui créait Parcoursup, avait en effet prévu que l'ensemble des formations conduisant à un diplôme de l'enseignement supérieur seraient intégrées sur la plateforme de préinscription Parcoursup au plus tard pour la rentrée 2020. On aurait pu cependant réaliser cette intégration tout en

maintenant la formule des concours, comme cela a été le cas pour certains instituts d'études politiques ou des écoles de commerce. Cela ne nous a pas semblé pertinent.

Quelle était en effet la situation ?

Les concours infirmiers étaient dispersés sur l'ensemble des instituts : plus de 320. Les postulants étaient donc invités à faire un « Tour de France » des instituts, épuisant et coûteux, et bien sûr dissuasif pour les plus modestes. Un système de préparation était solidement implanté, avec des officines privées et les instituts de formation publics eux-mêmes, qui avaient développé des recettes accessoires sur ce champ, ...déontologiquement douteux. Les préparations concernaient un tiers des postulants... Bien moins certes que dans d'autres filières paramédicales où le sas de préparation au concours était généralisé.

Mais le plus problématique était que ce système atomisé et non consolidé laissait, par construction, un volume de places vacantes important. Le corollaire était un niveau de recrutement très bas dans certains territoires. Un concours pour rien en somme.

Qu'est-ce qu'a produit la réforme ?

D'abord un afflux sans précédent de candidats : plus de 100.000 personnes confirment chaque année au moins un vœu en IFSI pour, bon an mal an, 25.000 places. On n'avait pas de chiffres consolidés pour la période d'avant (la suppression du concours) mais les estimations les plus raisonnables font état d'un doublement (au moins) du nombre de candidats avec Parcoursup.

Ce « succès » renouvelé chaque année, malgré la crise sanitaire, malgré les discours sur les difficultés du métier, devrait nous satisfaire. Eh bien non !

Il faut quand même que le malaise au sein de la profession soit très profond pour que l'on ne se réjouisse pas au premier chef de ce fait indubitable : la profession attire, les jeunes sont en quête d'un métier qui ait du sens. Ils ne viennent pas là par hasard, par la facilité des vœux sur Parcoursup. Discours un peu méprisant. C'est bien mal considérer les jeunes que de le penser.

Last but not least il est possible aujourd'hui de choisir les recrues parmi les très nombreux postulants.

Pour autant, depuis l'insertion sur Parcoursup, la typologie des candidats, par rapport aux filières de baccalauréat, est remarquablement stable (y compris par rapport à la dernière année du concours) : autour de 40% pour la filière générale comme pour la filière technologique, et autour de 20% pour les candidats titulaires d'un baccalauréat professionnel. Autrement dit, le recrutement via Parcoursup n'a pas déformé la composition des promotions et, disons-le, il s'agissait là d'un objectif politique : maintenir la diversité scolaire et sociale de cette filière.

Beaucoup d'interlocuteurs préfèrent retenir un autre constat : les abandons en cours de formation seraient de plus en plus nombreux.

Les statistiques sur la situation avant / après la suppression du concours sont très frustes sur le sujet mais admettons que les abandons sont plus nombreux.

Concomitance ne veut pas dire causalité, surtout dans un contexte marqué par la crise Covid-19, qui a touché de plein fouet les premières promotions Parcoursup (entrées en formation en 2019 et 2020). Les conséquences ont été encore plus marquantes pour les étudiants en soins infirmiers que pour les autres formations, compte tenu de la configuration du réseau d'instituts (atomisés) et de l'intérêt de cette « main d'œuvre » pour un système de santé en situation de très forte tension : conditions d'études et de stages dégradées, mobilisation/réquisition au détriment des temps d'études, difficultés de la continuité pédagogique (et de l'implantation du numérique), confrontation directe à des situations dramatiques dans le contexte de l'hôpital ou des maisons de retraite. Cette problématique est éclairée par des témoignages et relayée par la presse^[1].

Il est intéressant de noter que les abandons en cours d'études existent dans de nombreux pays européens (jusqu'à 25% d'attrition en Grande Bretagne) ayant des modes de recrutement très divers.

Il est plus facile de s'en prendre au totem Parcoursup que de remettre en cause la qualité des stages, la difficulté des tuteurs sur le terrain, l'absence de reconnaissance de leur rôle, le modèle même de construction de cette formation qui confronte volontairement et précocement les néo-soignants à la souffrance et à la mort (avec un stage relativement long dès le premier trimestre).

Dénoncer Parcoursup, c'est critiquer une machine que l'on veut croire lointaine et déshumanisée, s'en prendre aux fameux algorithmes qui auraient remplacé le bon vieux temps de la préparation et du concours, mis fin à la saine construction de la vocation au profit des clics aléatoires sur la plateforme et substitué au sacro-saint entretien oral (aux performances incertaines) la froide analyse des dossiers sur Internet.

C'est faire peu de cas du travail d'accompagnement mis en place pour aider les directeurs d'IFSI, les écouter et construire avec eux les leviers d'un recrutement plus efficace et de bonne qualité.

C'est oublier aussi les évolutions structurelles qui se sont mises en place depuis quelques années : avec Parcoursup, ce n'est plus la formation qui choisit, ce sont les candidats qui décident, ce qui impose de concevoir le recrutement, de le piloter. Avec Parcoursup, on voit se développer les parcours de réorientation entre études de santé et formations paramédicales. Parcoursup a par ailleurs mis en lumière les effets problématiques du fonctionnement de la formation continue, dont les mécanismes d'admission sont tardifs et préjudiciables à l'efficacité du recrutement.

C'était mieux avant ! Vraiment ?

Quand les aspirants passaient une année, voire deux, dans des préparations aux épreuves du concours, qui pouvaient rehausser les compétences de certains mais coûtaient avant tout une année d'études, non reconnue.

Oui, nous avons tari ce marché de la préparation aux concours et les prestataires nous en ont beaucoup voulu.

Oui, nous avons fait économiser des dizaines de millions d'euros aux familles et nous n'avons pas à nous en excuser.

Plus fondamentalement, admettra-t-on un jour que le monde a changé, que les étudiants ne sont plus les mêmes ?

Ils sont plus jeunes, plus incertains quant à leurs choix de carrières et désireux, conformément aux textes qui encadrent le premier cycle d'ailleurs, de développer des choix plus progressifs d'études et de carrière.

Les témoignages se multiplient qui montrent des comportements et des aspirations différents des générations précédentes, qu'il faudra bien admettre, sauf à courir le risque de la désaffection. D'autres formations sont confrontées à cette évolution et la réflexion collective sera sans doute utile pour mieux concilier exigence du service public et aspirations individuelles.

Non, ce n'est pas un drame qu'il y ait des sorties en cours d'études, pour autant qu'une régulation tatillonne n'empêche pas les ajustements et que les départs soient compensés par des entrées. C'est le lot commun du premier cycle des études supérieures, et les formations en santé sont en moyenne plutôt moins concernées que d'autres formations. Pour autant aussi que les étudiants en question ne perdent pas le bénéfice de leur temps d'études en soins infirmiers.

Tout est-il rose pour autant ? Certainement pas.

Parcoursup, on l'a dit, est volontiers présenté comme une boîte noire, une machinerie aveugle. Désolé mais Parcoursup, ce sont des hommes et des femmes (les formateurs-trices) face à des dossiers de candidats, par le truchement d'une plateforme décrivant les caractéristiques des formations et mobilisant une feuille de calcul pour faciliter le travail de classement. Les responsabilités des formateurs-recruteurs ont changé de support ; elles n'en sont pas moins éminentes.

L'orientation en amont de la procédure de pré-inscription doit assurément être consolidée. Pas besoin de revenir aux préparations aux concours pour bâtir une orientation de qualité mais il faut assurément y travailler encore davantage sur le terrain. C'est la base d'une orientation et d'études réussies et c'est bien un enjeu national, un enjeu de société tant l'accompagnement à l'orientation a trop souvent été négligé.

La feuille de calcul, c'est quoi ? Le révélateur d'une politique de sélection (rendue possible et nécessaire par l'afflux de candidats), où l'on donne un poids aux différentes disciplines, aux types de bac, aux spécialités, à la motivation affichée, à l'expérience extra-scolaire... On est loin des fameux « algorithmes déshumanisés », expression facile à l'usage et dont le mystère suffit à jeté le discrédit sur des équipes de formateurs motivés et qui réalisent un travail essentiel autant que difficile.

Cette politique de recrutement est-elle travaillée, discutée entre les acteurs ? Plutôt que d'incriminer Parcoursup, posons-nous la question des bacheliers que l'on entend accueillir dans une formation conférant le grade licence, aux côtés de professionnels en reconversion ou insérés dans une logique de promotion professionnelle.

Au risque de ne pas céder au politiquement correct, la question de l'accueil de bacheliers issus des filières professionnelles à la sortie du lycée doit être ouvertement posée. Certains territoires ne font plus de places à ces candidats, d'autres si. A tout le moins, il faut que les tutelles (rectorat, région, agence régionale de santé) s'en parlent, avec les responsables d'instituts et les employeurs, y compris pour mieux adapter les moyens et les parcours aux profils des candidats.

Les praticiens de Parcoursup savent que la plateforme alloue les places de façon très efficace dans les premières semaines mais qu'il y a des difficultés en fin de procédure. C'est en effet le moment où affluent des places libérées par les candidats qui avaient reçu une proposition d'affectation mais ne peuvent pas entrer en formation faute de financement. On parle là de candidats venus sur Parcoursup mais relevant de la promotion professionnelle. Depuis des années, nous alertons les parties sur la nécessité de corriger ce dysfonctionnement qui n'est pas imputable à Parcoursup mais au calendrier de financement de la formation continue. D'autres places sont aussi libérées en nombre par ceux qui ont fini par obtenir une place en PASS ou LAS, ou encore par ceux qui ont été admis en 2^{ème} année des études de santé. Rendons la plateforme encore plus performante tout au long de la procédure en gérant enfin ces problèmes latéraux... Et n'oublions pas un fait majeur : en dehors de ces dysfonctionnements de fin de procédure, les places allouées trouvent preneurs. Différence notable par rapport à la mécanique des concours, on l'a dit.

Autre difficulté : la préférence géographique. Au lieu du « Tour de France » évoqué plus haut, les postulants parcourent désormais la carte de France des IFSI sur la plateforme. Si les vœux formulés peuvent être relativement aléatoires en début de procédure, on constate que les choix après propositions sont eux beaucoup plus ciblés géographiquement. Parcoursup n'a donc pas créé, statistiquement, une distanciation notable par rapport à la situation connue auparavant mais il peut y avoir un effet éloignement que les étudiants cherchent, légitimement, à corriger en cours de formation. Il suffirait que les mécanismes de transfert soient modernisés, homogénéisés, mieux organisés et encadrés. Rien d'insurmontable là encore.

La logique des quotas de places est évidemment aussi à revisiter à l'aune des comportements nouveaux des étudiants, induits ou non par les dispositifs de sélection : s'il y a une plus grande volatilité en cours de formation, et cela est indéniable, quelle que soit la cause, il faut que les mécanismes d'allocation des places et des ressources en tiennent compte.

Il est devenu vain et contre-productif de compter les places en début de formation comme si on était encore dans le modèle d'avant, celui – largement fantasmé – où tout le monde entre en institut le 1^{er} septembre pour en sortir en juillet de l'année N+3, sans césure, sans pause, sans redoublement, sans échappement, sans davantage d'entrées en cours de formation via des passerelles. Si ce monde n'est plus, il ne s'agit pas de le réinventer, c'est la régulation quantitative qu'il faut transformer, d'urgence. C'est *in fine* le nombre de diplômés, voire le nombre de professionnels en exercice au

décours immédiat de la diplomation qu'il faut considérer dans la projection de nos besoins de professionnels. Le protocole État-Régions signé en mars 2022 pour pérenniser les créations de places et les financements de ces formations ouvre des pistes en la matière[2].

A ce propos, n'oublions pas une autre conséquence de Parcoursup : il est possible d'injecter en temps réel des places en plus dans les procédures d'admission. Les augmentations de quotas décidées dans le cadre du Plan de relance ont ainsi trouvé leur traduction quasi instantanée. Le processus aurait assurément été plus chaotique au temps des concours.

Redisons-le : la profession devrait se réjouir de son attractivité. Rien à voir avec les difficultés à attirer les candidats dans la filière aide-soignante ou, pire encore AES (accompagnant éducatif et social).

Le problème n'est pas celui de la plateforme Parcoursup, sauf à confondre la cause et le symptôme, sinon le symbole. Le problème est celui d'une orientation encore incertaine, d'une politique de recrutement hétérogène et refusant souvent de sortir de l'implicite, et de conditions de formation dégradées, du fait de la crise sanitaire et en dehors d'elle. Attaquons-nous prioritairement à ces problèmes !

Qu'est-ce que la vision d'une réforme dit de la profession ? Le malaise est tel qu'on ne parvient pas à accueillir les bonnes nouvelles ou les signes d'espoir. On préfère donc se recroqueviller sur le modèle mono-professionnel, celui du concours, qui fait corps. On en retourne à l'idée de vocation, censée être révélée dans les entretiens de sélection. On hésite à sortir de l'ambiguïté quant à la politique de recrutement cible et donc à sa place dans la hiérarchie des professions.

Cessons donc d'esquiver ces débats. Il est grand temps de traiter ces sujets avec détermination et confiance.

Stéphane Le Bouler, président de Lisa, en collaboration avec **Emmanuel Touzé** et **Florence Girard**

[1] Voir, par exemple, le journal Libération du 5 août 2022 https://www.liberation.fr/societe/sante/les-stages-grande-desillusion-des-etudiants-infirmiers-20220805_E6JJE3Q235F4VBL2XXIDT5VDF4/

[2] <https://regions-france.org/wp-content/uploads/2022/03/Communiqu%C3%A9-de-presse-de-M.-Jean-CASTEX-Premier-ministre-Le-Gouvernement-et-les-R%C3%A9gions-renforcent-leur-engagement-commun-en-faveur-des-formati48.pdf>

Professions de santé : pour en finir avec le système des quotas

(14 septembre 2022)

Longtemps, dans le champ des professions de santé, on a été tenté de conjuguer... le Gosplan et la main invisible du marché. D'un côté, les numerus clausus, les quotas et des procédures d'allocation des ressources censées rendre compte des besoins au plus près du terrain, d'un autre côté, pour les médecins du moins, la liberté d'installation, prompte à ruiner les efforts de répartition, sur le territoire et entre les spécialités.

Les systèmes de quotas – ou de numerus clausus – ont plusieurs justifications : assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de compétences en santé, limiter la demande induite (c'est-à-dire la demande de soin liée à l'offre de professionnels), préserver le chiffre d'affaires des professionnels en place, assurer la qualité de la formation (en particulier de la formation pratique, à travers l'ajustement des effectifs formés et des capacités d'accueil), éviter aux professionnels formés des problèmes d'insertion dans l'activité, etc.

On reviendra infra sur ces motifs mais acceptons a priori l'hypothèse d'ajustement offre-demande. Encore faut-il que les conditions soient réunies :

1. Une bonne connaissance statistique, côté offre de travail et côté besoins ;
2. Un ajustement continu et fluide des objectifs de régulation des effectifs à former compte tenu des constats statistiques, des projections et de la définition des priorités ;
3. Des outils de régulation efficaces et régulièrement évalués ;
4. Des comportements d'exercice et de carrière des professionnels conformes aux hypothèses formées dans les projections.

Sur tous ces registres, le compte n'y est pas.

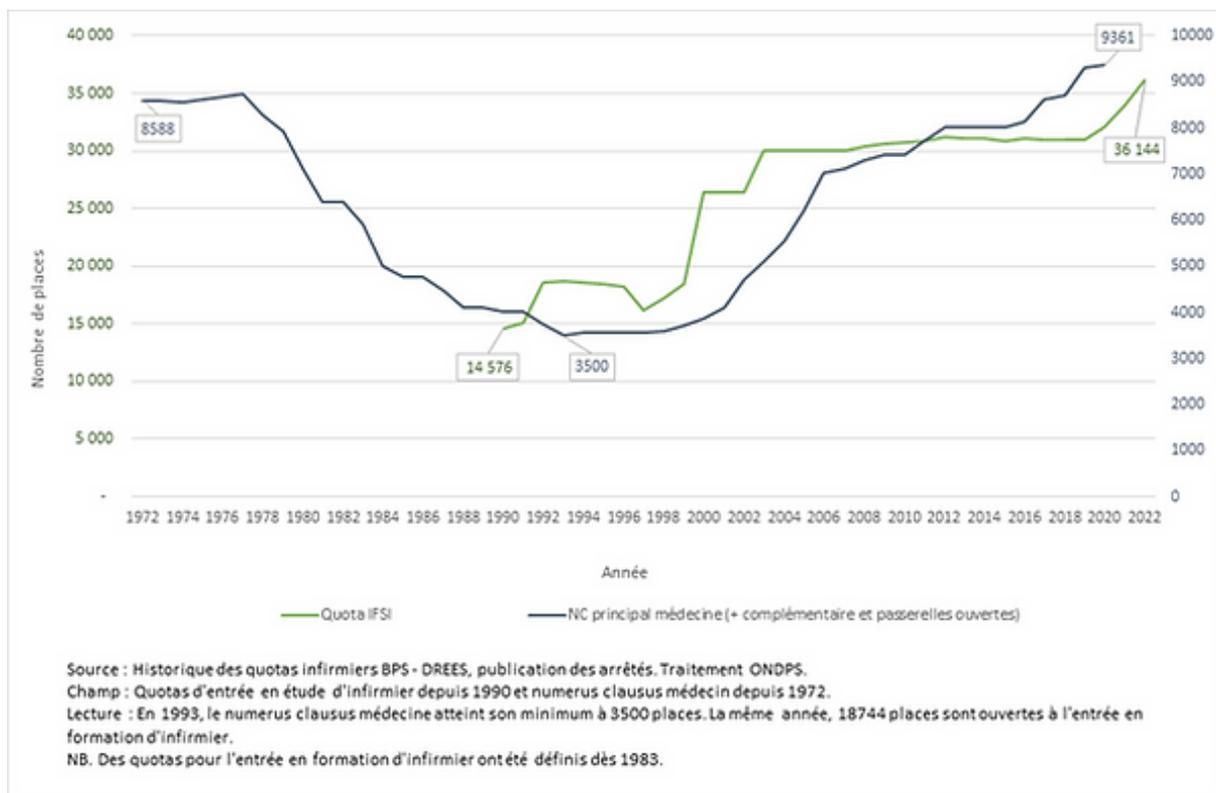
D'où des questions sur la pertinence-même de ces exercices de planification. Que faut-il viser au fond ? A quelle échéance ? A quelle maille professionnelle et territoriale ? Comment mieux prendre en compte la mobilité internationale des professionnels de santé, mobilité sortante et apport de professionnels à diplôme étranger ? Peut-on identifier des cibles de long terme pour les principales professions ?

L'histoire de ces notions

Historiquement, l'introduction des numerus clausus s'est faite dans les années 1970 à l'initiative des syndicats de médecins sur des arguments de qualité des formations et de préservation de l'activité. Cela a été bien décrit par des chercheurs^[1]. Les « budgétaires » ont rapidement pris le relais et fabriqué une coalition d'intérêt avec les syndicats médicaux, dans un contexte d'expansion du système de santé, où le « trou de la Sécu » occupait largement l'actualité (politique, économique et sociale). Si les budgétaires n'ont pas été à l'origine de cette innovation – il faut leur rendre justice – ils ont en revanche inscrit ces restrictions dans la durée, leur ont conféré une forme de

rationalité et ont exercé l'inventivité qu'on leur reconnaît volontiers (à l'exemple du fameux MICA – Mécanisme d'incitation à la cessation d'activité[2]).

Introduit en 1971, le *numerus clausus* a mis quelques années à s'appliquer concrètement. La suite est connue : une politique restrictive pendant des décennies, un relâchement depuis le début des années 2000, avec un quasi triplement entre le point bas de 1993 et les chiffres actuels.



Dans le cas des quotas (en vigueur jusque-là pour la plupart des auxiliaires médicaux), on a un système à vocation statique et largement aveugle, cherchant à ajuster à court terme la formation des soignants et les besoins du système de santé, sorte de « juste à temps » appliqué à la démographie professionnelle. Cela ne fonctionne a priori pour autant que l'on ne soit pas dans une espèce d'invisibilité statistique (sur les carrières et les mobilités des professionnels, notamment). Surtout, une gestion spontanément prudente, pour ne pas dire malthusienne, a empêché de voir l'évolution des besoins (la consommation de personnels liée aux évolutions de l'organisation du système de santé, par exemple) et des comportements des acteurs professionnels. D'où le long plateau sur la courbe des quotas infirmiers, avant l'impulsion donnée par le Plan de relance en 2020-21.

Ce qu'a révélé la crise sanitaire

La crise sanitaire a été marquée par une mobilisation exceptionnelle des soignants – en activité ou en formation. Cet engagement dure maintenant depuis près de deux ans et demi. La crise a exacerbé les tensions en matière de recrutement, dans les services de soins à l'hôpital ou en établissement médico-social, particulièrement parmi les

personnels infirmiers et aides-soignants, parmi les professionnels de la rééducation et dans des professions fortement sollicitées, telles que les manipulateurs de radiologie médicale. De fait, l'ancrage de la crise dans la durée a ajouté aux difficultés qu'on connaissait auparavant du fait de la très forte sollicitation des services de soins et de phénomènes de départ de professionnels.

La démographie de ces différentes professions n'a rien d'uniforme à l'échelle nationale. Les pénuries peuvent être générales ou localisées à l'hôpital ou en établissement médico-social. Le secteur de la prise en charge à domicile souffre lui aussi beaucoup. Les besoins vus en perspective ne sont pas les mêmes non plus, selon que l'on observe les effectifs professionnels (réellement) en activité, les équivalents temps-plein de personnels, la densité en population générale ou la densité rapportée à la population âgée.

L'impression d'ensemble aujourd'hui est néanmoins celle d'un déséquilibre important entre l'offre de professionnels et les besoins, tant présents qu'à venir.

Le sentiment commun est aussi qu'on paie là les conséquences d'une programmation défailante de l'appareil de formation, à la fois malthusienne par nature et myope. Les difficultés ne viennent pas que de l'insuffisance des effectifs formés. Elles sont très largement liées aussi à la difficulté qu'ont certains secteurs pour attirer les personnels ou les garder.

Quelles que soient les responsabilités, il faut désormais changer d'ère, rompre avec une politique de régulation des effectifs formés organisée autour du *statu quo*, pour des raisons principalement budgétaires : argument classique du coût des formations mais surtout des dépenses induites (pour l'assurance maladie) par la présence de professionnels en nombre plus élevé, argument pourtant difficile à faire valoir pour les professions « prescrites ».

La vérité est que cette régulation défailante a dégradé la capacité du système à faire face et s'est révélée au final très coûteuse.

Ceci dit, on ne change pas si facilement de paradigme.

Il n'était en effet guère compliqué d'organiser une politique de régulation par les quotas dont la vocation était malthusienne : il n'était pas utile de déployer une intense activité de prospective en matière de ressources humaines et les conséquences budgétaires étaient de toute façon nulles pour l'Etat (les augmentations de quotas consenties aux régions ne donnant pas lieu à compensation).

Mettre en place une régulation active est en revanche beaucoup plus exigeant : il faut des statistiques, il faut un dialogue organisé et il faut se préparer à mettre en place de nouveaux moyens.

Le *Plan de relance* et le protocole Etat-régions sur les formations sanitaires conclu en mars 2022 ont d'une part débloqué les quotas pour les formations en soin infirmier et aide-soignant et, d'autre part, posé les bases d'une nouvelle régulation.^[3]

Connaissance statistique de l'existant, côté offre et côté demande

La situation n'est pas la même entre les professions médicales et paramédicales.

Dans le premier cas, la connaissance statistique est assez fine, aiguillonnée par le travail de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, depuis le milieu des années 2000.

Dans le second cas, les zones d'invisibilité statistique sont très étendues, concernant des professions entières (les aides-soignants par exemple) ou les caractéristiques de carrière des professions (les infirmiers-ères au premier chef).

De fait, l'analyse des besoins dans les différentes professions est souvent un peu fruste : au mieux, elle tient compte des besoins standardisés (en fonction des caractéristiques de la population à prendre en charge et de la consommation effective de soins) ; elle considère rarement les trajectoires d'études ou de carrières, les mobilités géographiques, l'évolution des compétences des différentes professions, l'évolution de l'organisation du système de santé et les besoins en personnels afférents, les apports extérieurs (professionnels à diplôme étranger), qui peuvent être massifs dans certaines professions (40 % des dentistes nouvellement installés par exemple), etc. Le travail est parfois réalisé finement dans certaines régions et pour certaines professions mais il n'est pas disponible au niveau national : les données sont clairement à renforcer à cette échelle sur la question des carrières, des mobilités et des besoins en personnels du système de santé.

S'agissant des infirmiers-ères, il se trouve qu'on ne connaît pas leur durée de carrière au niveau national, faute de données permettant de suivre des cohortes en embrassant la diversité des parcours (exercice hospitalier versus libéral, mobilité géographique, arrêt inopiné, durable ou définitif) et faute de grandes enquêtes régulières permettant de reconstituer les carrières en question. Une récente correction opérée par la DREES a ainsi fait « disparaître statistiquement » 127.000 infirmiers-ères (en révisant la date plausible de sortie d'activité) : un sacré trou en termes de densité soignante... Est-ce à dire qu'il faudrait reconstituer les effectifs à due concurrence... ? Ce que l'augmentation récente des quotas ne fera qu'à très longue échéance, pour autant que la durée des carrières le permette.

Anticipation et pas de temps

Les pas de temps ne sont pas les mêmes, selon que les formations durent 10 ans ou plus (dans le cas des formations médicales), 5 ou 6 ans (dans le cas des dentistes, des pharmaciens, des sages-femmes ou des kinés) ou 3 ans (dans le cas de la formation socle infirmière).

Quand bien même on saurait quelle orientation prendre au juste, la longue durée pose des problèmes en termes de formation des décisions publiques. Il faut gérer plusieurs échéances : l'immédiateté (l'accès aux soins ici et maintenant) et une échéance à 10 ou 12 ans. Difficile d'être vertueux et difficile d'être crédible sur ces échéances : problèmes classiques que l'on connaît dans d'autres secteurs (gestion de l'investissement public ou des politiques énergétiques et climatiques, par exemple).

Dans le cas du *numerus clausus* médical, les oscillations sont de longue période : pendant longtemps on n'a pas osé desserrer la contrainte et depuis quelques années, personne – ou presque – n'ose poser la question du risque de pléthore médicale à terme. Politiquement incorrect.

Dans le cas des quotas paramédicaux, la difficulté était autre : la gouvernance faisait que l'initiative appartenait aux régions (collectivité gestionnaire) et la décision à l'Etat, un financement rigide verrouillant le tout. On a donc eu des quotas pour l'essentiel stables au cours des dernières années, jusqu'au dégel permis par le *Plan de relance*.

Qualité des projections et hypothèses formulées

Quel est le déterminant de l'élaboration des politiques publiques ? L'activisme des représentants des professions, en faveur de l'augmentation des effectifs ou, au contraire, de mesures restrictives, est un ingrédient crucial de la fabrique des quotas/*numerus clausus*. L'enthousiasme plus ou moins grand des opérateurs de formation est un autre déterminant essentiel : augmenter sa part de marché, obtenir plus de moyens versus maintenir le niveau de formation, compte tenu des capacités d'accueil. Ces opérateurs agissent d'ailleurs plus souvent en réaction qu'en anticipation des besoins de formation tant sur le plan quantitatif que qualitatif, accentuant encore le décalage temporel besoins anticipés/offre de formation.

Du côté de la rationalité planificatrice, les prévisions jouent évidemment un rôle majeur.

Or, on l'oublie trop souvent, la projection n'est pas la prévision. A travers les projections, il s'agit de former des hypothèses pour le futur en considérant la stabilité des comportements ou une déformation raisonnée. On part de l'existant, on suppose des comportements assez largement conservateurs et on projette donc des courbes à un horizon de 10 ou 20 ans.

La qualité de la connaissance de l'existant est essentielle. On l'a dit, elle est fragile dans bien des cas. On manque de données, notamment sur les comportements de carrière ou de mobilité des professionnels : on prend donc pour hypothèse des comportements qui peuvent être en décalage par rapport à la réalité... On ne parle même pas de la capacité à anticiper des comportements nouveaux dans le futur.

Efficacité et pertinence

Prenons l'exemple de la médecine générale. On a eu beau soutenir politiquement la filière, en l'érigant en spécialité, en organisant des départements dédiés au sein des facultés, en lui réservant une part substantielle à l'internat. Rien n'y fait, les généralistes ne sont pas au rendez-vous sur le terrain. Problème de répartition sur le territoire mais aussi problème de destination : on ne retrouve pas *in fine* ceux qui se sont formés à la médecine générale dans les cabinets de généralistes. Il n'est pas étonnant que le sujet de la contrainte à l'installation ou du conventionnement sélectif revienne si souvent dans le débat public : il signe en effet un échec de nos politiques publiques, arc-boutées sur cette figure professionnelle et organisationnelle du médecin généraliste, rehaussée symboliquement dans la hiérarchie des professions médicales... mais avec des modes d'exercice anciens délaissés. Ce n'est pas tant la

médecine générale qui est peu attractive que la façon dont elle était exercée jusque-là (exercice solitaire...) : les nouvelles générations attendent autre chose, ce qui est d'ailleurs en cohérence avec les attentes du système... mais les images d'une profession ont la vie dure !

Le résultat est là : la médecine générale occupe environ 40% des places de spécialisation pour les internes et résidents mais on comptait en 2019 seulement 27% de médecins généralistes en ville (les généralistes exerçant en établissement ou sous statut salarié sont 17%, les spécialistes 56%). En 2011, les chiffres étaient respectivement de 32%, 15% et 53%.^[4]

Truisme : quelle que soit par ailleurs la solidité des déterminants du chiffre (quota ou *numerus clausus*), celui-ci doit en outre être pertinent. L'exemple de la médecine générale le prouve : fixer une part des places à l'internat ne suffit pas s'il y a derrière des fuites massives.

L'outil de la régulation quantitative peut aussi être inadapté, techniquement, compte tenu des comportements. Les quotas paramédicaux ont ainsi été formés à une époque où les comportements professionnels étaient plus stables, les possibilités de bifurcation dans le temps de la formation ou au-delà moins répandues. On a donc décidé alors qu'on compterait – et qu'on régulerait – les effectifs sur la base des entrées en formation. Le problème est qu'aujourd'hui les étudiants sont plus mobiles, entre filières et entre territoires. Effet de génération et effet de construction des formations : les entrées dans l'enseignement supérieur ont vocation à se faire sur une base plus généraliste et à être plus progressives, les passerelles entrantes et sortantes se multiplient... Le secteur de la santé a beau être plutôt en retard sur les autres filières dans ce registre, les parcours plus diversifiés se multiplient... et sont perçus par certains comme des déviances. Le secteur perd des effectifs dont il a tant besoin.

Plutôt que de réformer la régulation pour prendre en compte cette « évaporation » naturelle, on stigmatise les étudiants ou les conditions nouvelles du recrutement.

Pour un nouveau modèle de régulation

La réalité a donc échappé à la planification ou plutôt à ce mélange improbable de planification et de laisser faire. A contrario nous plaiderons pour une authentique régulation des compétences en santé, au sens où la régulation prend comme principe l'innovation et les déséquilibres et s'efforce d'organiser les rapports de force.

Cela concerne tout d'abord l'appareil de formation. Il faut un autre réglage quantitatif :

- **Dans ses principes** : il nous faut rompre avec le malthusianisme ;
- **Dans ses modalités** : il convient de documenter les évolutions et les tensions, voir « plus loin », promouvoir le dialogue entre les acteurs ;
- **Dans ses responsabilités** : il nous faut donner la parole aux acteurs des territoires et oser la décentralisation des décisions, dans un dialogue renouvelé entre l'Etat et deux acteurs autonomes, que sont les Régions d'une part, les universités d'autre part.

Le préalable : conforter l'analyse des besoins, des mobilités professionnelles et des carrières

Au moment où le travail est fait pour densifier les études sur les besoins de formation en médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie (MMOP) dans le cadre de la réforme de l'accès aux études de santé (cf. infra), il paraîtrait légitime et pertinent que le même travail soit réalisé sur le champ paramédical, avec une mobilisation forte des acteurs régionaux aux côtés des acteurs nationaux (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques des ministères chargés de la santé et de la solidarité - DREES, Direction générale de l'offre de soins - DGOS, Observatoire national de la démographie des professions de santé - ONDPS, ministère chargé de l'enseignement supérieur, ordres, assurance maladie, représentants des employeurs et des salariés, organisations étudiantes).

Il n'existe guère de données d'enquête sur les carrières des professionnels de santé et leur mobilité, on l'a dit. Au plan national, l'ONDPS est théoriquement compétent, depuis l'origine, sur le champ paramédical mais n'avait jamais été sollicité jusqu'à présent sur la prospective des besoins en professionnels. Il l'est désormais et va pouvoir déployer son action sur ces professions, susciter des travaux d'enquêtes et d'études et renforcer le réseau des comités régionaux de l'ONDPS, essentiels pour organiser le dialogue avec les Régions gestionnaires.

Cela permettrait enfin une approche consolidée des analyses de démographie professionnelle conjointe des filières médicales et non-médicales.

La transformation : revoir la régulation

La Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a supprimé le *numerus clausus* et proposé une planification pluriannuelle du nombre de professionnels à former pour répondre aux besoins du système de santé, réduire les inégalités d'accès aux soins et permettre l'insertion professionnelle des étudiants[5]. Des objectifs nationaux pluriannuels de professionnels à former pour 5 ans (2021-2025) pour les filières MMOP ont ainsi été arrêtés par les ministres chargés de la Santé et de l'Enseignement Supérieur sur proposition de l'ONDPS[6]. C'est à partir de ces objectifs que les universités, en lien avec les ARS déterminent le nombre d'étudiants autorisés à poursuivre des études médicales. Alors que le *numerus clausus* était fixé annuellement par l'Etat, avec une analyse limitée des besoins[7], la détermination des objectifs nationaux pluriannuels de professionnels à former a impliqué une plus grande concertation des acteurs régionaux et nationaux et imposé une analyse prospective des besoins, des enjeux démographiques, épidémiologiques et organisationnels, et des capacités de formation. De plus, le caractère pluriannuel donne plus de latitude aux acteurs locaux pour s'adapter et atteindre l'objectif plus progressivement et permet une évolution plus lissée des effectifs, évitant les à-coups.

Pour les auxiliaires médicaux, si les Régions ont été rendues compétentes sur le fonctionnement des instituts de formation en 2005, depuis lors, la situation est demeurée peu satisfaisante sur le plan de la régulation des effectifs en formation : pour les formations post-bac[8], les Régions sont amenées à faire valoir chaque année (ou sur une base pluriannuelle dans certaines filières) leurs souhaits en matière de quotas, filière par filière ; les dossiers sont instruits par les Agences régionales de

santé et tranchés par le ministère de la Santé (avec une participation plus ou moins intense du ministère de l'Enseignement supérieur), sur la base d'une analyse assez sommaire des dynamiques démographiques et des besoins de santé (pour une part, faute de données, comme indiqué plus haut).

Les refus opposés aux Régions sont mal vécus par celles-ci. Lorsque des augmentations de quotas étaient accordées, cela ne se traduisait pas par une augmentation de la compensation de l'Etat, les régions étant considérées comme étant à l'origine des demandes. Cela a d'ailleurs créé une distorsion en faveur des instituts susceptibles de faire payer aux étudiants des frais de scolarité élevés (privés la plupart du temps), ajoutant un problème d'accessibilité financière aux études aux difficultés de la régulation quantitative (essentiellement dans le champ de la réadaptation : kinésithérapie, psychomotricité et ergothérapie).

A ce problème principal d'élaboration de la régulation, s'ajoutent quelques problèmes connexes liés au fait qu'un certain nombre de filières échappent à une régulation consolidée. C'est le cas en particulier des filières où l'on se forme à la fois en institut paramédical, en institut universitaire de technologique (IUT) ou en section de brevet de technicien supérieur (BTS) des lycées (diététiciens, manipulateurs radios, techniciens de laboratoire...). Pour ces filières, on n'a bien souvent aucune vision globale des effectifs en formation et *a fortiori* de la régulation. Les filières entièrement insérées à l'Université (orthophonie, orthoptie et audioprothèse) sont quant à elles théoriquement dans le giron des Régions (aux termes de la loi de 2004) mais pratiquement financées par les universités et régulées sur le plan quantitatif par les ministères sans que les Régions aient leur mot à dire.

Cette gestion quantitative assez sommaire serait au demeurant adaptée dans un système stable quant à l'utilisation des ressources soignantes, aux carrières des professionnels et à leur implantation sur le territoire. Il n'en est évidemment rien.

La mise en œuvre des créations de places dans le cadre du Plan de relance a montré qu'une autre pratique était possible, avec une approche un peu moins fruste, bien qu'encore très partielle, de la démographie professionnelle et des besoins, un dialogue avec les Régions sur la base d'une prospective ouverte et d'une organisation des formations innovante... avec bien entendu des financements d'Etat importants à la clé.

Sur ces fondements, il paraît aujourd'hui indispensable de mettre en œuvre une Conférence nationale des professions de santé, avec pour objectif de fournir une analyse documentée, à la fois rétrospective et prospective, sur les dynamiques professionnelles de l'ensemble des filières paramédicales post bac et les besoins de santé afférents.

Au-delà de l'analyse partagée, cette conférence définirait une trajectoire pluriannuelle (5 ans) pour les effectifs à former^[9], au plan national. Compte tenu du nombre de filières, celles-ci devraient être considérées par roulement.

Les données discutées lors de la Conférence nationale seraient destinées à éclairer le dialogue État-régions sur chaque territoire, en mobilisant l'ensemble des acteurs concernés, y compris bien entendu les nouvelles organisations des soins de ville.

Un rendez-vous de suivi à mi-parcours serait mis en place pour chaque filière. Dans le cadre ainsi défini, les régions opéreraient les ajustements annuels quant aux effectifs à former pour les formations qu'elles financent, dans un calendrier compatible avec la procédure Parcoursup.

Au-delà de la programmation des effectifs à former, bâtir un système de formation et de gestion de l'emploi plus agile

Il faut un système de formation plus agile. On ne diminuera pas le pas de temps de la formation. Il faut en revanche se donner toute latitude par ailleurs. Cela suppose :

- **De permettre les passerelles en cours de formation** et de faire en sorte qu'elles se développent sans entraves ;
- **D'adapter les maquettes de formation et les métiers de façon beaucoup plus fluide** ;
- **De développer les « deuxièmes carrières » et les réorientations**, de façonner une meilleure répartition des temps au cours de la carrière^[10].

Cette question des évolutions en cours de carrière pour les médecins comme pour les non-médecins est d'ordre public, au service de la régulation, alors que ces préoccupations ont longtemps été laissées à l'initiative individuelle et ont pu être vues longtemps comme des perturbations de l'ordre normatif.

Il faut aussi **faire toute leur place aux problématiques de travail et d'emploi** :

- **Les conditions de travail** : il y a des sujétions particulières dont il faut tenir compte (le travail de nuit par exemple) et on a fini par prendre conscience de la sinistralité importante dans le secteur du soin ; ce ne sont pas là des problèmes individuels mais des questions qui concernent l'organisation du travail et la gestion des carrières ;
- **L'organisation du marché de l'emploi** : on ne gère pas de la même façon un marché de l'emploi tendu et une situation d'abondance... Truisme... et pourtant ! Les secteurs de la prise en charge des personnes sont en concurrence les uns avec les autres ; la situation de l'emploi étant également tendue dans d'autres secteurs de l'économie (l'hôtellerie par exemple), la concurrence va se faire sur une base plus large pour certains métiers ; il va falloir en tenir compte en matière d'attractivité des secteurs, de conditions de travail et d'emploi et de rémunérations ;
- **La priorité du retour à l'emploi** : on évoque souvent les départs en cours de carrière (des infirmiers-ères ou des aides-soignants(es) mais que fait-on pour ramener les professionnels concernés vers l'emploi ? Pas grand-chose bien souvent ;
- **Une autre gestion : interministérielle et multi-échelons**. La gestion des formations, des carrières, des marchés du travail concerne plusieurs départements ministériels (Santé, Solidarité, Travail-Emploi, Education nationale, Enseignement supérieur) et plusieurs échelons de l'action publique (local, départemental, régional, national, pour ne pas parler de la circulation

internationale des soignants). Il faut assurément que la gouvernance et la gestion de ces problématiques accède à ces dimensions, faute de quoi les réponses seront toujours et trop partielles et trop tardives.

Plutôt que de s'en remettre à des outils de régulation quantitative des effectifs formés en grande partie obsolètes, il faut désormais investir dans les ressources humaines en santé tout au long de la carrière, très au-delà du temps de la formation initiale.

Stéphane Le Bouler, président de Lisa, **Emmanuel Touzé**, doyen de la faculté de médecine de Caen, président de l'ONDPS

[1] Voir en particulier Marc-Olivier Deplaude. La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus de médecine, Belles Lettres, 416 p., 2015, 978-2-251-43036-2. (hal-01580690)

[2] « Le MICA était un régime de préretraite destiné aux médecins libéraux conventionnés. Ce régime, créé en 1988, avait pour objectif de réduire l'offre de soins ambulatoires et de contribuer à maîtriser les dépenses. Il était géré par la CARMF pour le compte de la CNAMTS et consistait dans l'octroi d'une allocation de remplacement de revenu aux médecins libéraux conventionnés cessant leur activité entre 57 et 65 ans. Sauf demande de retraite anticipée (peu fréquente, de l'ordre de 1 à 2 par an), les médecins adhérents au MICA prenaient automatiquement leur retraite le trimestre suivant leur 65e anniversaire. En moyenne, sur la période 2000-2002, 3 600 médecins ont bénéficié du MICA chaque année. C'est donc un quart des médecins libéraux non retraités âgés de 57 à 65 ans qui ont bénéficié de ce régime de préretraite. » in DREES, « Les cessations d'activité des médecins, Etudes et Résultats n°486, avril 2006.

[3] <https://regions-france.org/wp-content/uploads/2022/03/Communiqu%C3%A9-de-presse-de-M.-Jean-CASTEX-Premier-ministre-Le-Gouvernement-et-les-R%C3%A9gions-renforcent-leur-engagement-commun-en-faveur-des-formati48.pdf>

[4] Gaétan Lafortune, Gaëlle Balestat, « Médecins et infirmiers : leur nombre et leur rémunération en France et dans les autres pays de l'OCDE avant la pandémie, Les Tribunes de la santé, 2022/2 n°72, printemps 2022.

[5] Décret no 2019-1125 du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039309275/>

[6] Conférence nationale du 26 mars 2021. Propositions de l'ONDPS pour les objectifs nationaux pluriannuels. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cn_propositions_onp_26_mars_maj19avril.pdf.

[7] L Collet, « Numerus clausus et accès aux études de médecine : bases juridiques », Les Tribunes de la Santé, 2019, n°59, p 47-61.

[8] Les Régions ont en revanche la main sur les effectifs d'aides-soignants à former.

[9] Pour les formations d'aide-soignant, la discussion Etat-régions portera sur la programmation pluriannuelle et les financements afférents.

[10] Cf. les différentes notes de Lisa sur le sujet des formations (<https://www.lisa-lab.org/prospective-des-metiers>)

- « Formations en santé : 20 propositions pour parachever les transformations » (10 février 2022)
- « Les infirmier(ères) en pratique avancée... ou comment ne pas gâcher une belle réforme ? » (13 février 2022)
- « L'hyperspécialisation en médecine : concilier les caractéristiques de la formation et les besoins des territoires » (27 février 2022)
- « Carrières à l'hôpital : un choc d'attractivité nécessaire » (24 mars 2022)
- « Parcoursup IFSI : pour rétablir quelques vérités » (1er septembre 2022)

Former plus de médecins pour demain ?

(26 septembre 2022)

Résumé

La question du nombre de médecins à former est en France, comme dans de nombreux pays, au premier plan dans le débat public à l'heure où la notion de *numerus clausus* a disparu et où de nombreuses voix alertent les inégalités territoriales responsables de « déserts médicaux ». La régulation purement quantitative de la démographie médicale par le *numerus clausus*, durant plus de 40 ans, a échoué à obtenir un niveau d'équilibre entre l'offre et les besoins. Le nombre idéal de médecins qui permet l'accès de tous, sur tout le territoire, à des soins de qualité dépend de la démographie de la population, de la démographie médicale, mais aussi de la démographie des autres professionnels de santé, et de nombreux facteurs épidémiologiques, techniques, économiques et organisationnels, qui sont par essence instables dans le temps et propres à chaque population et système de santé.

Avec la suppression du *numerus clausus* et l'instauration d'une programmation pluriannuelle du besoin en médecins, la réforme issue de la loi de 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé remplace le processus de régulation dans le temps long. L'approche par objectifs nationaux pluriannuels a ainsi marqué un pas dans la réflexion. Les travaux préparatoires à la conférence nationale tenue en mars 2021 ont conclu à la nécessité de continuer à augmenter le nombre de médecins en formation, ce qui a été acté par les ministres en charge de la santé et de l'enseignement supérieur qui ont arrêté des objectifs pluriannuels de formation en augmentation de près de 20%. Mais pour répondre à l'ambition de rapprocher les besoins en professionnels de santé des besoins de soins, il faut aller encore plus loin dans la prise en compte des déterminants du besoin en ressources humaines. Tirant leçon du passé, cet article propose des voies nouvelles pour sortir de l'unique question du nombre de médecins à former, prendre en compte davantage l'organisation du système de santé et mieux approcher la réponse aux besoins territoriaux de soins.

Dans tous les systèmes de santé, la question du nombre de médecins à former est une préoccupation ancienne. Elle reste en France au premier plan dans le débat public à l'heure où la notion de *numerus clausus* a disparu et où de nombreuses voix alertent depuis plusieurs années sur la croissance des inégalités territoriales responsables de « déserts médicaux »[1], [2], [3], [4]. En fait, on peut dire que depuis les années 1950, la politique de régulation de la profession de médecin a été essentiellement guidée par la question du nombre. Pourtant, même sous l'hypothèse d'une répartition territoriale équilibrée, il semble aussi difficile de dire précisément si nous avons disposé un jour d'un nombre de médecins en adéquation avec les besoins de santé de la population que de quantifier le manque ressenti dans la période actuelle. C'est dire combien il peut être difficile de projeter un nombre idéal à 10 ou 20 ans.

Les travaux menés en 2020 par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), en lien avec la réforme de l'accès aux études de santé, ont montré la complexité de l'exercice consistant à déterminer un nombre de médecins à former aujourd'hui pour répondre demain aux besoins de la population[5]. Le nombre idéal de médecins qui permet l'accès de tous, sur tout le territoire, à des soins de qualité, dépend bien-sûr de la démographie de la population générale, de la démographie médicale, mais aussi de la démographie des autres professionnels de santé, et de nombreux facteurs épidémiologiques, techniques, économiques et organisationnels[6], qui sont par essence instables dans le temps et propres à chaque population et système de santé. Par ailleurs, il faut rappeler que la relation entre le nombre de professionnels de santé et l'accès aux soins n'est pas directe. L'accès aux soins est une notion pluridimensionnelle qui prend en compte non seulement la disponibilité des soins (nombre de services, ressource humaine) mais aussi l'accessibilité à cette ressource (organisationnelle, géographique, financière)[7] et la qualité des soins. De plus, l'adéquation entre l'offre et le besoin résulte pour partie d'un compromis ou accord social, notion encore plus complexe à mesurer.

Même si les outils disponibles sont imparfaits, il est néanmoins indispensable, pour éclairer la décision publique, d'essayer d'évaluer l'impact de ces facteurs non démographiques dans l'exercice de projection des besoins en professionnels de santé pour s'approcher du meilleur équilibre possible et acceptable entre l'offre et le besoin. Cet article rappelle les mécanismes et les effets de la régulation des effectifs formés sur l'évolution de la démographie médicale, et propose des voies nouvelles pour sortir de l'unique question du nombre de médecins à former et pour mieux prendre en compte les besoins de soins et l'organisation du système de santé.

I. Une politique de régulation, guidée par la seule « hantise du nombre »

Ce titre fait référence à l'ouvrage de Marc-Olivier Déplaud « La Hantise du nombre. Histoire du *numerus clausus* de médecine »[8], dans lequel les arguments ayant conduit à l'instauration du *numerus clausus* de médecine et les phénomènes qui ont conduit à des fluctuations de ce nombre sont parfaitement décrits. Si depuis les années 1950, les peurs de la « pléthore » ou de la « pénurie » ont alternativement animé les professionnels et les tutelles, les raisons ont pu varier.

Le nombre de places offertes est resté basé sur les capacités d'accueil hospitalières originelles

Le premier *numerus clausus* a été fixé en fonction des capacités de formation des hôpitaux[9]. La loi de 1971[10] précise qu'il s'agira du « nombre des étudiants susceptibles d'être accueillis pour leur formation clinique et pratique dans les services hospitaliers ». Le nombre fixé est de l'ordre de 8 600 étudiants par an[11]. Ce nombre servira de base à la détermination du *numerus clausus* de 1979[12], pourtant en théorie fondé sur la prise en compte « des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des centres hospitaliers ». Mais en pratique, c'est bien le nombre de places ouvertes depuis 1971 qui fait référence et l'appréciation des capacités de formation qui a prévalu : « le bon fonctionnement des cycles de formation [...] impose la réduction de près d'un tiers du nombre des médecins formés chaque année – de 9 000 aux environs de 6 000 »[13]. Au fond, depuis 1971, c'est moins la question de la cible à atteindre qui a été posée que celle de sa fluctuation par rapport au niveau originel de 1971 ou des années antérieures.

En 45 ans, les effectifs formés ont connu un mouvement de « stop and go »

Contrairement à ce que souhaitaient les partisans du *numerus clausus* mis en place en 1971, ce quota a initialement permis de stabiliser le nombre d'étudiants admis en 2^e année de médecine, mais pas du tout de le réduire[14]. En effet, la grande latitude laissée aux facultés de médecine dans l'application des textes a conduit à admettre un nombre d'étudiants plus grand que ce qui était théoriquement autorisé, notamment par crainte d'un préjudice au développement des services hospitalo-universitaires[15]. Ainsi en 1972, le *numerus clausus* était fixé à 8 600 mais en pratique 11 300 étudiants sont entrés en 2^e année de médecine. Ce n'est qu'à partir de 1979, par une modification de la loi qui permet à l'État de fixer le nombre de places au concours, que le nombre d'étudiants admis en médecine a commencé à décroître très significativement. En moins de 15 ans, le nombre de médecins formés a donc brutalement chuté de 10 200 (nombre d'admis en 1979) à 3 500 (*numerus clausus* de 1993)[16]. Cette diminution intervient dans une période qui connaît une croissance médicale sans précédent durant laquelle la démographie médicale a été multipliée par 4 et la densité par 3[17]. Les effectifs médicaux sont qualifiés de « pléthoriques » et la concurrence entre médecins de « féroce »[18]. Et jusqu'à la fin des années 1990, tous les rapports d'experts concluaient à un nombre trop élevé de médecins[19].

Le *numerus clausus* n'est reparti à la hausse qu'en 2000, assez brutalement puisqu'il a quasi doublé sur la période 2000-2010, puis n'a cessé d'augmenter, de 26 % entre 2010 et 2020 (Figure 1 en annexe).

Une estimation parfois subjective des évolutions du nombre souhaité de médecins

Les fluctuations du *numerus clausus* au cours du temps reflètent en partie le poids plus ou moins important des acteurs et de leurs différents points de vue.

Les professionnels – La peur de la concurrence, le caractère déterminant du monopole médical, les exigences de qualité de la formation (capacités de formation notamment en stage), le prestige associé à l'appartenance à un groupe et la nécessité d'une sécurisation économique de l'exercice ont pu conduire la profession, avec parfois le soutien des étudiants en médecine, à limiter les entrées en formation[20].

Les tutelles – Le législateur a introduit les notions de « besoins de santé de la population » et de « capacités de formation » dans les textes relatifs au *numerus clausus*[21] et aux objectifs nationaux pluriannuels[22], pour justifier le nombre d'étudiants pouvant accéder aux études médicales. Comme nous le verrons plus loin, cette notion de besoins de santé n'a pas de définition précise, ce qui a longtemps permis aux pouvoirs publics de définir des quotas avec une grande souplesse tout en donnant l'apparence d'une grande rationalité[23]. Les professionnels et les tutelles ont su parfois trouver un terrain d'entente pour limiter le nombre de médecins en exercice, les uns par réflexe malthusien, les autres y voyant un moyen de mieux maîtriser les dépenses de santé, en limitant le nombre de prescripteurs.

Les usagers du système de santé – La question des « déserts médicaux » est au premier plan dans le débat public, comme l'illustre la multiplication des analyses, rapports parlementaires, témoignages et déclarations dans les médias[24] et les réseaux sociaux, émanant des citoyens, des professionnels de santé et des responsables politiques[25]. En l'absence de leviers forts sur la répartition, il a souvent été plus facile de réclamer l'augmentation du nombre, en formant plus de médecins ou en ouvrant les conditions d'autorisation d'exercice[26], comme en témoignent nombre de propositions de loi. Depuis la suppression du *numerus clausus*, les propositions visent surtout à réviser la notion de liberté d'installation et les conditions de la formation initiale[27].

Un dispositif peu adapté avec des effets décalés dans le temps

La mise en place d'un *numerus clausus* en 1971 a pu laisser penser que l'État disposait d'un instrument de contrôle fin du nombre de médecins, y compris dans la question de sa répartition puisque le *numerus clausus* était décliné par université. Comment un outil d'une grande simplicité pourrait-il gérer une problématique aussi complexe ? Il a en effet été beaucoup plus confortable, moins onéreux et moins consommateur en travaux prospectifs complexes, d'organiser une politique de régulation par le *numerus clausus* dont la vocation était essentiellement malthusienne plutôt que d'avoir une politique de régulation active.

Le constat est sévère puisque cette modalité de régulation :

- **a échoué à gérer la « pléthore » ressentie des années 1980 comme la pénurie actuelle** ; la baisse du *numerus clausus* a sans doute été trop forte, la hausse qui a suivi trop faible et surtout trop tardive ;
- **a été largement contournée** par des formations à l'étranger, et fort heureusement d'ailleurs sinon la situation serait encore plus critique ;
- **n'a pas empêché l'accroissement des inégalités territoriales** de répartition des médecins. Et ce, malgré une augmentation du nombre de médecins formés, malgré une répartition très précise des places offertes dans chaque subdivision de formation et des places et des spécialités en 3e cycle et de multiples mesures incitatives ;
- **n'a pas incité les pouvoirs publics à se pencher précisément sur des questions fondamentales** comme l'impact des modes d'exercice des nouvelles générations de médecins, les parcours professionnels et durées de carrière, l'impact du vieillissement et de la transition

épidémiologique sur les besoins de la population ou l'impact de l'évolution du système de soins et des relations interprofessionnelles ;

- **n'a pas incité les pouvoirs publics à investir suffisamment tôt dans la connaissance statistique de la démographie médicale.** Il a notamment fallu attendre 2009 pour créer un répertoire national des médecins[28] et disposer d'une base fiable d'effectifs de professionnels, condition indispensable pour anticiper les dynamiques démographiques.

La lenteur des processus décisionnels d'adaptation, la longueur des cursus de formation et la réelle difficulté d'appréciation objective et prospective des besoins de santé ont conduit, avec retard, à une prise de conscience qu'un *numerus clausus* aussi bas pouvait entraîner des conséquences dramatiques à long terme[29]. Afin de mieux répondre aux enjeux démographiques des professions de santé et notamment aux inégalités territoriales, l'ONDPS et ses comités régionaux ont été créés en 2003, sous l'impulsion du rapport Berland remis au ministre de la Santé et des Solidarités, Jean-François Mattéi[30].

II. Une démographie médicale atone depuis plusieurs années

Sur le temps long, la densité médicale a augmenté de manière impressionnante de 230 médecins pour 100 000 habitants en 1980 à plus de 320 en 2000. C'est sur la période récente que la démographie médicale est devenue atone, la densité peinant à maintenir dans les années 2010 son niveau des années 2000. Cette atonie représente une spécificité française[31], la croissance de la densité médicale de 5% en France contrastant nettement avec celle des pays de l'OCDE (30%). La France est désormais en deçà de la densité moyenne des pays de l'OCDE (360).

Une décroissance des effectifs des médecins en activité

Les niveaux de densité sont encore plus préoccupants si on affine la notion d'effectifs de médecins. La question de la borne d'âge est fondamentale dans la mesure où demeurent dans les bases de données qui recensent les médecins une partie des professionnels qui, ayant atteint l'âge de la retraite, ne conservent qu'une activité très réduite voire plus d'activité du tout. Pour limiter le risque de compter dans la croissance démographique la croissance des médecins retraités, il faudrait choisir une borne d'âge en lien avec la durée d'activité des médecins. Les séries historiques ne permettent de filtrer les effectifs selon l'âge que depuis 2012. En retenant la durée moyenne d'activité observée par le CNOM en 2021, soit une durée de 37 ans, qui correspond à un âge moyen de départ à la retraite de 67 ans, le nombre de médecins est nettement diminué. Ainsi, si l'on s'intéresse aux seuls médecins âgés de moins de 68 ans, la situation est davantage celle d'une décroissance démographique que d'une atonie (**Figure 2 en annexe**). Au 1er janvier 2022, sont comptés dans le RPPS 207 100 médecins de moins de 68 ans et près de 228 900 médecins tous âges, soit 20 000 médecins de plus, alors que la probabilité est forte pour que ces médecins ne soient plus en activité. La dynamique de la démographie médicale en est changée : contrairement aux effectifs tous âges, les effectifs de médecins de moins de 68 ans n'ont pas augmenté entre 2012 et 2022, ils ont diminué de près de 3 000 médecins et la densité médicale a diminué de 15 points (**Figure 2 en annexe**). La baisse de densité serait encore plus marquée en prenant en compte les besoins de consommation différenciés selon l'âge, comme le fait la DREES avec la notion de (densité « standardisée »)[32].

Des conséquences jusqu'en 2030

Les médecins issus des promotions nombreuses des années 1970-1980 sont arrivés à partir de 2010 à un âge proche de la retraite, augmentant d'autant le nombre de départs. Les nouvelles générations de médecins issues de la remontée du *numerus clausus* depuis 2000 commencent à grossir mais sans parvenir encore à inverser la tendance à la baisse de l'effectif global. Les projections de la DREES, qui prennent en compte les objectifs de professionnels à former fixés en 2021 (c'est-à-dire une augmentation de 18 % du nombre de médecins formés, voir plus loin), montrent que les effectifs de médecins vont continuer à baisser dans les années à venir et que la

remontée attendue ne permettra de retrouver la densité de 2021 qu'à partir de 2030 (**Figure 3 en annexe**).

La diminution du nombre de médecins a été atténuée par l'arrivée de médecins diplômés à l'étranger qui représentent 10 % des médecins, dont 40 % sont des Français diplômés à l'étranger. La part de médecins nouvellement inscrits diplômés à l'étranger (13%) est plus importante dans les régions à faible densité médicale (Centre-Val-de-Loire, Grand-Est, Outre-mer, Hauts de France), avec de fortes disparités infra régionales. En Centre-Val-de-Loire notamment, 20 % des nouveaux inscrits sont diplômés hors de France : ils sont 1 % en Indre-et-Loire, département universitaire, et 62 % dans l'Indre. Cependant ces professionnels diplômés à l'étranger sont de moins en moins nombreux, passant de 1 300 en 2012 à 1 000 en 2021 parmi les nouveaux inscrits.

III. Un nouveau système de planification ambitieux ?

Pour sortir d'un système qualifié d'« absurde »[33], la Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a supprimé le *numerus clausus* et proposé un nouveau système de régulation de l'offre de formation.

Une planification concertée

La loi a mis en place une planification pluriannuelle du nombre de professionnels à former pour « répondre aux besoins du système de santé, réduire les inégalités d'accès aux soins et permettre l'insertion professionnelle des étudiants »[34]. Des objectifs nationaux pluriannuels de professionnels à former pour 5 ans (2021-2025) ont ainsi été arrêtés par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur. Ces objectifs sont le fruit d'une concertation organisée par l'ONDPS au sein d'une conférence nationale visant à prendre en compte au mieux les besoins exprimés par chaque agence régionale de santé, les enjeux démographiques, épidémiologiques et organisationnels, et les capacités de formation. A l'issue de cette concertation[35], les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur ont décidé d'augmenter de 18 % le nombre de médecins à former pour les années 2021-25, par rapport au 5 années précédentes, soit 8 000 médecins supplémentaires, correspondant à une cible à plus de 51 000 étudiants en 5 ans[36]. C'est à partir de ces objectifs que les universités, en lien avec les agences régionales de santé (ARS) déterminent le nombre d'étudiants autorisés à poursuivre des études médicales.

Les concepts de *numerus clausus* et d'objectifs de professionnels à former ont en commun un objectif de régulation quantitative tout en ayant des approches sensiblement différentes. Le *numerus clausus* était fixé annuellement par l'État, avec une analyse limitée des besoins[37]. La détermination d'objectifs nationaux pluriannuels de professionnels à former a permis d'impliquer tous les acteurs par la concertation à la fois régionale et nationale et le partage d'une approche territoriale d'analyse prospective des besoins. Ces objectifs sont plus centrés sur l'utilisateur et les besoins du système de soins tout en tenant compte de la capacité à former les étudiants. De plus, le caractère pluriannuel donne plus de latitude aux acteurs locaux pour s'adapter et atteindre l'objectif plus progressivement et permet une évolution plus lissée des effectifs. Il place davantage le système de régulation dans le temps long, des révisions d'objectifs pouvant intervenir, sur propositions de la conférence nationale, au cours de la période quinquennale.

Néanmoins, l'exercice s'est avéré complexe et incomplet car les outils manquent pour résoudre l'équation qui relie les besoins de santé de la population, les organisations du système de santé, les attentes des professionnels et des usagers aux besoins en ressources humaines.

La complexité de l'estimation des besoins du système de santé de la population

La réponse aux besoins de santé n'est pas seulement sanitaire, elle renvoie à l'aménagement du territoire, de l'environnement physique ou social, à l'éducation, à la prévention... Pour déterminer

un nombre de soignants, il paraît plus pertinent de s'intéresser aux besoins de soins. La notion de besoins de soins reste néanmoins relative. Les besoins peuvent être assimilés à la somme des besoins satisfaits et des besoins non couverts. Ils ne peuvent pas être définis seulement par des normes d'experts et doivent tenir compte des souhaits des patients[38]. Enfin, la détermination des besoins à moyen ou long terme peut s'avérer délicate compte tenu d'évolutions imprévisibles et de la durée de formation des médecins.

Les besoins de soins dépendent de facteurs démographiques et épidémiologiques, qui sont assez facilement quantifiables. Mais ils dépendent également de facteurs non démographiques plus difficilement quantifiables : politiques de santé publique, organisation du système, évolution des métiers. Et les progrès médicaux les font évoluer quand des solutions thérapeutiques nouvelles apparaissent.

Actuellement, les besoins de soins s'expriment au travers d'une demande (consommation effective de soins), qui n'en est que la partie émergée et peut être influencée par de multiples facteurs, dont des freins financiers. Il existe en effet de nombreux besoins non couverts. On estime par exemple qu'il y a 6 millions de Français sans médecin traitant dont plus de 3 millions qui souhaiteraient en avoir un. D'autres besoins sont sans doute mal identifiés[39]. De plus, la demande de soins ne traduit pas forcément le besoin de soins. Ce n'est pas par exemple parce que la demande de soins aux urgences hospitalières augmente que cette demande correspond à un besoin de soins aux urgences hospitalières ; d'autres façons d'y répondre peuvent être envisagées, conduisant à des ajustements de l'offre sur d'autres secteurs que celui des urgences hospitalières. La demande de soins et le besoin sont donc en partie des constructions sociales ou des compromis. Et c'est finalement l'accord social sur cet équilibre qui permet de dire que l'on répond aux besoins.

Ainsi, le principe d'adapter la démographie médicale en réponse aux besoins de soins, bien que séduisant, reste d'une grande complexité[40].

Une maîtrise imparfaite des modes d'exercice et des parcours professionnels

De nombreux facteurs influencent le temps médical disponible. L'impact sur la « productivité » des médecins de la recherche d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle et du rejet de l'exercice solitaire est mal connu. L'exercice collectif, autant que possible en pluri-professionnel, est très largement privilégié[41] et l'exercice libéral n'est plus aussi prisé[42]. Les statistiques démographiques médicales comptabilisent essentiellement des effectifs globaux. Ainsi, l'activité à temps partiel, les pratiques non conventionnelles et les activités non soignantes (administration, coordination, maintien des compétences, enseignement, recherche, ...) ne sont pas identifiées. Selon le conseil national de l'ordre des médecins, au 1er janvier 2019, 16 142 médecins ont exclusivement une activité hors soins ce qui représente 8,2% des médecins en activité régulière[43].

Bien que certaines études montrent une stabilité des volumes d'actes des médecins généralistes et spécialistes au cours des 15 dernières années[44] et du temps de travail hebdomadaire déclaré des médecins généralistes depuis 2014[45], de nombreux acteurs de terrain s'accordent à dire que le ressenti actuel est très différent. Depuis 2000, le nombre d'actes de généralistes par habitant n'a cessé de diminuer passant de 4,8 consultations par patient et par an en 2000 à 4,1 en 2013[46], puis à 4 en 2021[47]. Cette diminution s'est essentiellement faite au détriment des visites à domicile. Cependant, la file active a augmenté de 1% par an depuis 2009. Selon le rapport Charges et produits de la CNAM pour 2023, la dispersion du nombre de patients par médecin est importante : « En 2021, un médecin généraliste (hors mode d'exercice particulier) voit en moyenne 1 643 patients dans l'année, avec une médiane à 1 498, et il a en moyenne 960 patients adultes (>16 ans) dont il est le médecin traitant (médiane à 927). 50% des médecins ont entre 600 et 1 300 patients adultes »[48]. En fait, ces indicateurs quantitatifs ne permettent pas d'évaluer une éventuelle diminution du temps de consultation par médecin. On manque d'éléments explicatifs sur la dispersion observée du nombre de patients pris en charge, du nombre d'actes cliniques et techniques ou du nombre d'heures travaillées.

L'aspiration à la mobilité est aussi un leitmotiv chez les professionnels, les jeunes en particulier[49]. Cela concerne à la fois la mobilité géographique, disciplinaire et statutaire. Les choix d'implantation professionnelle dépendent partiellement du lieu d'étude[50], [51], mais aussi de quantité d'autres facteurs (disponibilité des places en post internat pour les internes qu'on s'est évertué à bien positionner sur le territoire au moment de l'internat, mobilité contrainte des conjoints, attractivité du territoire, etc...)[52].

Les durées de carrière des médecins ont été peu étudiées. Selon le Conseil national de l'ordre des médecins, entre 2010 et 2020, la durée de carrière (calculée entre la primo-inscription et la retraite) s'est allongée de 2,7 ans (passant de 34,4 ans pour la cohorte sortant en 2010 à 37,1 ans pour la cohorte sortant en 2020), quel que soit le type de spécialité (médecine générale, spécialités médicales ou chirurgicales). Les taux de désinscription (abandon, radiation), sont très faibles (moins de 0,5% par an)[53].

Ces facteurs liés au mode d'exercice des professionnels déjouent pour partie les stratégies de planification des ressources humaines et doivent remettre en question l'utilisation du nombre de médecins comme seul indicateur d'offre de soins médicaux.

La difficile anticipation de l'impact des facteurs organisationnels du système de santé et du partage des compétences

Pour une réflexion prospective sur le nombre de médecins à former et l'activité de ces derniers, il est important de prendre en compte les évolutions organisationnelles et les rôles respectifs des différents professionnels de santé dans le système.

Le projet « Ma santé 2022 » décliné dans la loi OTSS de 2019, a réaffirmé le principe de la gradation des soins en définissant notamment les soins de proximité comme étant le premier niveau⁴⁵. La structuration de ce premier niveau organisé sur une base territoriale (projet de santé, communautés professionnelles territoriales de santé – CPTS –, ...) impacte la ressource humaine en santé en raison des fonctions et de l'évolution des pratiques et des statuts qu'elle requiert. Les médecins généralistes qui exercent en équipe au sein des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) dotées d'un financement collectif ont un nombre de patients inscrits et une file active de patients plus élevés d'environ 4 %[54]. Mais leur part est encore faible, bien qu'en augmentation constante (couvrant actuellement environ 20 % de la population)[55]. Il est intéressant de noter que la concentration de MSP et de CPTS est plus importante dans les régions les moins dotées en médecins[56].

Le code de santé publique énumère des conditions dérogatoires autorisant d'autres professionnels de santé à exercer certaines activités sous la responsabilité ou la surveillance directe d'un médecin, sur prescription quantitative ou qualitative du médecin, ou en vertu d'un rôle propre défini dans un décret de compétence ; mais ces délégations restent limitées et mal valorisées[57].

La coopération médecin infirmière dans le cadre de travail en équipe (dispositif Asalée notamment) permet aux médecins de suivre un plus grand nombre de patients (+7 %) sans augmentation du nombre de consultations[58]. Diverses mesures de régulation de l'offre de soins concernant des thématiques transversales peuvent impacter l'offre de soins : extension du rôle des sages-femmes dans le domaine de la périnatalité[59], [60], coopération ophtalmologiste-orthoptiste[61], implication des psychologues et remboursement des thérapies dans le domaine de la santé mentale[62] ; rôle des infirmiers de pratique avancée (IPA), du pharmacien dans le domaine des soins de proximité...

Les évolutions réglementaires récentes visant à développer les partages d'actes et de compétences entre les professionnels de santé (Encadré 1) restent timides, lentes, très dépendantes de la volonté des acteurs nationaux et locaux, hétérogènes sur le territoire et parfois obtenues de haute lutte. Elles sont souvent évoquées pour pallier la pénurie médicale dans des secteurs précis parfois limités, alors qu'elles devraient être considérées partout comme un progrès dans la qualité de la prise en charge valorisant les compétences des professionnels[63]. Ainsi le

rapport de l'IGAS de novembre 2021 préconise de repenser plus globalement les partages d'actes et de compétences entre les différents professionnels de santé en adéquation avec la réalité de l'épidémiologie, de l'évolution des connaissances, des techniques et des coopérations.

Encadré 1 – Évolutions récentes des partages d'actes et de compétence

- Protocoles de coopération (une mise en œuvre simplifiée via l'article 66 de la loi OTSS, la création des protocoles nationaux en 2019, et des protocoles locaux en 2020 ; expérimentations de l'art 51 de la LFSS 2018 qui permet de financer des organisations de soins innovantes dérogeant à la réglementation)
- Révision en cours des décrets de compétences, en particulier des infirmiers, ouvrant la possibilité de réaliser des actes relevant auparavant du champ médical
- Création de la profession d'infirmier en pratique avancée
- Autorisations temporaires accordées à des professionnels non-médicaux de se substituer à des professionnels médicaux pendant la pandémie Covid 19 (e.g. vaccination)
- Attribution de certaines compétences à certaines professions, permettant aux orthophonistes et aux masseurs-kinésithérapeutes de déterminer le volume et la nature des actes à réaliser après un bilan diagnostique
- Accès direct aux orthoptistes pour la prescription de lunettes et de lentilles de contact dans certaines situations cliniques, ainsi que, dans le cadre d'une expérimentation, aux masseurs-kinésithérapeutes, aux orthophonistes et aux infirmier(e)s en pratiques avancées, exerçant dans une structure de soins coordonnés
- Extension aux CPTS en juillet 2022 des six protocoles de soins non programmés ouverts en 2020 aux MSP et centres de santé (ex : prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par un infirmier ou un pharmacien).

La problématique des capacités de formation : repenser la mobilisation des moyens

La forte croissance du *numerus clausus* entre 2000 et 2008 a provoqué une augmentation importante du nombre d'étudiants en médecine puis d'internes. Cette forte croissance des étudiants ne s'est pas accompagnée d'une évolution de l'offre de formation hospitalo-universitaire. Surtout, ces évolutions ont pu aggraver l'hétérogénéité dans l'encadrement hospitalo-universitaire sur le territoire. Fort heureusement les praticiens hospitaliers des CHU[64] et des centres hospitaliers généraux et les praticiens libéraux s'impliquent de plus en plus dans les enseignements universitaires théoriques et surtout l'encadrement en stage. Cependant, en dehors de la médecine générale qui s'est organisée (statut officiel et rémunéré de maître de stage universitaire et postes d'enseignants associés), ces activités universitaires réalisées par des personnels non statutaires de l'université restent mal quantifiées et très timides concernant les autres spécialités. Les terrains de stage hors CHU représentent moins de 20 % des lieux d'accueil de 2e cycle, à l'échelle nationale. Cet accueil en dehors des CHU constitue pourtant une offre majeure pour réduire la concentration d'étudiants dans les grandes agglomérations. Elle nécessite toutefois d'une part d'apporter une aide aux étudiants (mobilité et hébergement notamment) et d'autre part de former (techniques d'encadrement, outils informatiques universitaires...) et de valoriser les encadrants (par des contrats universitaires) dans ces lieux de stage[65], [66].

Les enseignements universitaires sont le plus souvent dispensés en amphithéâtre ou en plus petits groupes lors de travaux dirigés, mais il n'y a pas d'organisation unique sur le territoire. D'une manière générale, les étudiants sont assez peu présents en cours et la pandémie récente Covid-19 a montré que ces enseignements « descendants » pouvaient largement être dispensés à distance. La formation pratique des étudiants se déroule quasi-exclusivement à l'hôpital, mais elle est en pleine mutation. L'enseignement pratique de la sémiologie en 1er cycle est réalisé en petits groupes et fait de plus en plus appel à la simulation en sus des premiers stages hospitaliers. La réforme du 2e cycle des études médicales donne une place centrale à l'acquisition et à l'évaluation des compétences lors des stages pratiques et la simulation devient un outil incontournable[67].

Ces évolutions imposent de repenser la mobilisation des moyens pour la formation d'un plus grand nombre de médecins[68], [69].

IV. De nécessaires nouvelles approches

Les réflexions conduites pendant les travaux préparatoires à la conférence nationale de 2021 ont montré les limites de l'exercice de planification des ressources humaines par profession. Il semble nécessaire d'avoir une réflexion d'une part interprofessionnelle et d'autre part par grand champ de besoins de santé et de soins. L'approche interprofessionnelle doit prendre en compte la démographie et le rôle de l'ensemble des professionnels de santé qui collaborent entre eux dans le système de soins et d'autre part sur leur répartition géographique et la contribution de chacun aux missions de service public. L'évaluation des besoins de santé de la population dans les domaines de la prévention, du diagnostic, du traitement et du suivi dans les différents grands champs de santé permettrait de mieux évaluer la ressource humaine nécessaire pour répondre à ces besoins.

Les besoins de santé définis par grands champs de soins

Pour contourner la difficulté de l'ajustement global de l'offre médicale aux besoins de soins, il semblerait plus pertinent d'évaluer la ressource médicale et simultanément la ressource non-médicale pour répondre à des besoins de santé définis par grands champs. Cet exercice serait d'autant plus aisé que les rôles et compétences des professionnels auront été bien définis. Les champs de la santé à envisager sont notamment les soins primaires incluant la prévention et la promotion de la santé, la périnatalité, la santé de la femme, la santé de l'enfant, la santé mentale, les urgences et soins critiques, le cancer, les maladies chroniques, la dépendance et la fin de vie. Pour chacun de ces champs, dans chaque territoire, il devrait être possible d'apprécier la fréquence actuelle et à moyen terme future des problèmes de santé, une organisation optimale de prise en charge pluridisciplinaire, la place que les usagers souhaitent prendre et les besoins qu'ils expriment et d'en déduire la consommation de soins et les besoins en professionnels de santé. La maille de réflexion peut être propre à chaque champ de santé et à chaque territoire[70].

Le premier niveau de structuration est celui des soins primaires. Ils sont définis par l'OMS comme le « premier niveau de contact des individus avec le système national de santé, regroupant les soins ambulatoires curatifs généraux (consultation médicale ou paramédicale) pour un besoin aigu ou chronique, les soins ambulatoires dentaires, les soins à domicile curatifs (visites à domicile) et les services préventifs (vaccination, examens...) »[71]. Les importantes transformations des modes d'organisation des soins primaires en cours, incluant la redéfinition du partage des actes et compétences entre les professions de santé, constituent une opportunité d'estimer au mieux les ressources humaines nécessaires pour couvrir une offre de soins primaires, en lien avec les spécialités de premier recours, les hôpitaux de proximité[72], les structures de prise en charge à domicile telle que l'hospitalisation à domicile, et les établissements médico-sociaux[73]. Cette maille d'organisation plus large que les soins primaires relève des soins de proximité qui doivent être disponibles pour tout citoyen de façon équitable sur tout le territoire national[74].

Dans le domaine du cancer, une étude internationale a montré qu'il était possible d'estimer les besoins en ressources chirurgicales et anesthésiques à moyen terme à partir d'une modélisation qui prend en compte pour chaque cancer entre autres l'épidémiologie, la répartition des grades de sévérité et la proportion d'indication chirurgicale[75].

Chaque champ de santé doit être exploré avec une méthodologie adaptée. Cette approche ne serait pas nécessairement exhaustive, mais donnerait une meilleure estimation des grandes tendances à prendre en compte pour définir le nombre de médecins à former, en prenant en compte d'emblée l'ensemble des professionnels de santé concernés.

La formation tout au long de la vie pour plus d'agilité et des carrières plus diversifiées

Compte tenu des durées de formation des professions médicales, il y a une grande inertie entre les orientations prises à un moment et les impacts démographiques qui n'interviennent que 10 à 15 ans plus tard et durent des décennies. La formation continue doit faire partie de l'arsenal pour adapter les ressources humaines aux besoins du système de santé. D'une part, elle permet à des professionnels non médicaux d'évoluer vers des pratiques avancées ou spécialisées, soulageant pour partie certaines activités dévolues aux médecins qui peuvent alors se recentrer sur des activités plus pointues. D'autre part, certains professionnels non médicaux peuvent accéder à une formation médicale raccourcie par une validation des acquis de l'expérience. Cette voie constitue un facteur d'attractivité et de stabilité dans le système de soins. Enfin, elle permet aussi à des médecins de changer de spécialité en cours de carrière et de répondre plus rapidement à d'éventuels nouveaux besoins. Ces évolutions devraient être encouragées et valorisées tant qu'elles répondent à des enjeux d'accès aux soins et de santé publique. En conséquence, une telle politique devrait être incluse dans la vision prospective des ressources.

La responsabilité populationnelle territoriale pour un meilleur accès aux soins

L'exercice consistant à mettre en adéquation les ressources humaines et les besoins de santé n'a de sens que si *in fine* les professionnels réalisent bien les missions attendues, dans des délais acceptables et de façon pertinente. Tout autre hypothèse rendrait l'exercice vain et particulièrement onéreux pour le système de santé et ne répondrait pas à l'attente sociétale. Il serait en effet désastreux de former un grand nombre de professionnels qui n'exerceraient que des activités choisies pour des patients sélectionnés. Comme cela est indiqué dans le code de la santé publique[76], sous le terme de responsabilité populationnelle territoriale (équivalente à une responsabilité sociale), les professionnels de santé doivent remplir un ensemble de missions auprès de la population, quel que soit le mode d'activité et quel que soit le lieu d'exercice[77]. Les missions collectives peuvent être identifiées par champ de soins, comme le souligne le récent rapport du HCAAM sur les soins de proximité[78]. La responsabilité individuelle et collective peut s'exercer de plusieurs façons, par exemple en contribuant à l'accès aux soins, en début ou en cours de carrière professionnelle, pour des populations vivant dans des territoires à plus faible densité en professionnels de santé ou à d'autres missions d'intérêt général comme la permanence des soins. Cela pourrait constituer une alternative plus efficace et plus acceptable à la régulation de l'installation. Une valorisation (financière ou sur la carrière professionnelle) juste et adaptée à la complexité des situations est bien sûr indispensable pour obtenir la motivation et l'adhésion des professionnels.

La pertinence des soins est également un déterminant majeur de l'efficience dans l'allocation des ressources humaines. Les variations régionales observées dans tous les pays ne peuvent pas être entièrement expliquées par des différences en termes d'état de santé de la population ou de préférences individuelles. Bien que la pertinence des soins soit une notion par nature très difficile à appréhender et donc à quantifier, il y a un enjeu à la réduire, et approcher l'exercice médical comme une responsabilité collective d'une population peut y contribuer[79], [80], [81].

Conclusion

Il faut former plus de médecins. C'est d'ailleurs ce qui a été décidé par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, faisant suite aux travaux de l'ONDPS. Néanmoins, le niveau à atteindre reste imprécis et personne ne saurait dire si en doublant le nombre de professionnels en formation l'accès aux soins et la qualité des soins seraient à terme proportionnellement augmentés. Pour être efficace et efficiente, cette augmentation doit absolument s'accompagner de mesures complémentaires afin de s'assurer que l'augmentation de la densité médicale correspond bien à une activité attendue de soins, bien répartie au niveau territorial et soutenable pour le système de santé. En l'absence de mesures organisationnelles fortes, il est à craindre que l'augmentation du nombre de médecins conduise à la poursuite de l'augmentation des inégalités d'accès aux soins.

La politique purement quantitative par un *numerus clausus* n'a pas fonctionné, notamment par manque de prise en compte de nombreux facteurs qui ont déjoué aisément des projections trop simplistes. L'approche par objectifs nationaux pluriannuels a marqué un pas dans la réflexion. Elle replace l'analyse de la démographie médicale dans le temps long et peut contribuer à éviter des effets d'inertie dans les prises de décision. Mais pour répondre à l'ambition de rapprocher les besoins en professionnels de santé des besoins de soins, il faut développer une méthodologie nouvelle. Nous pensons qu'il est d'abord nécessaire de mieux définir l'organisation du système de soins, notamment en ce qui concerne les coopérations interprofessionnelles, la gradation et la pertinence des soins. La projection des besoins en professionnels de santé pourra ensuite se faire par grands champs de soins et impliquer les acteurs concernés dans les territoires car c'est à ce niveau qu'il est possible de définir une organisation souhaitable et adaptée aux besoins de la population.

Pour atteindre ces objectifs, il est indispensable de développer des dispositifs de concertation et de réflexion prospective faisant toute leur place aux acteurs de terrain, professionnels, responsables politiques, usagers... Une réflexion doit être menée sur les inégalités territoriales de formation. En parallèle, il paraît nécessaire d'impulser une recherche spécifique, multidisciplinaire, impliquant notamment des démographes, des statisticiens, des professionnels de santé et des chercheurs en santé publique, en sciences humaines et en économie de la santé.

Emmanuel Touzé, doyen de la faculté de santé de l'université de Caen Normandie,
président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé

Agnès Bocognano, secrétaire générale de l'Observatoire national de la démographie
des professions de santé

Nous remercions :

- la cellule démographique du **Conseil National de l'Ordre des Médecins**
- **Christine d'Autume**, Inspectrice générale des affaires sociales honoraire, collaboratrice extérieure de l'observatoire national de la démographie des professions de santé
- **Dominique Polton**, Conseillère scientifique du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
- **Stéphane Le Bouler**, Secrétaire général du Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur, ancien Secrétaire général du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Président de LISA – Laboratoire d'idées santé autonomie
- **Mathilde Pichot-Utrera**, chargée de mission statistiques, Observatoire nationale de la démographie des professions de santé

Annexe :

Figure 1 – Évolution du numerus clausus depuis 1972

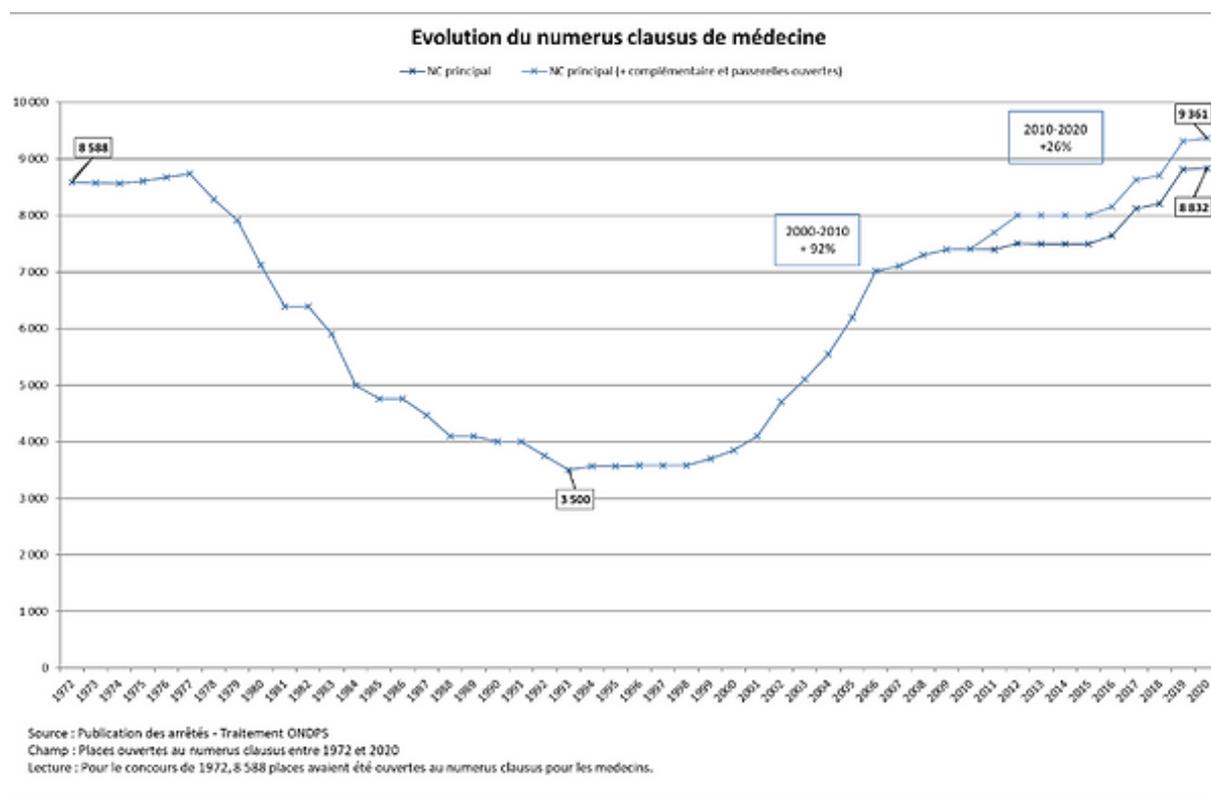


Figure 2 – Évolution des effectifs et de la densité de médecins entre 2012 et 2022

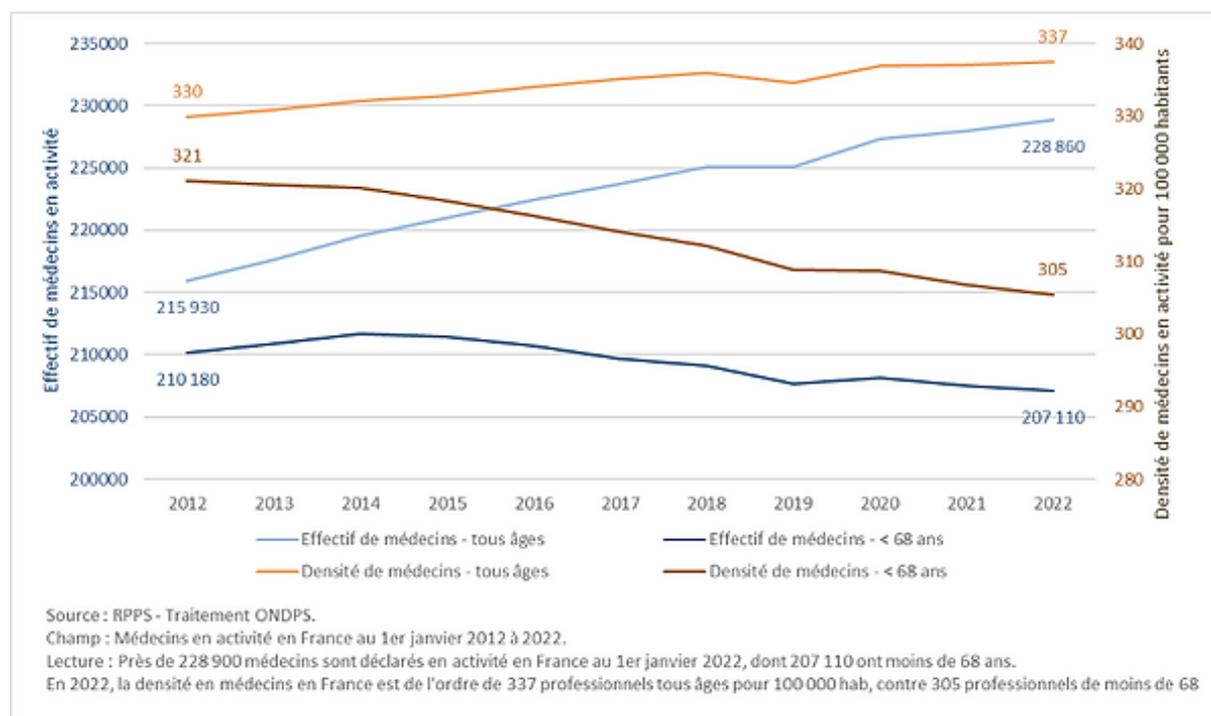
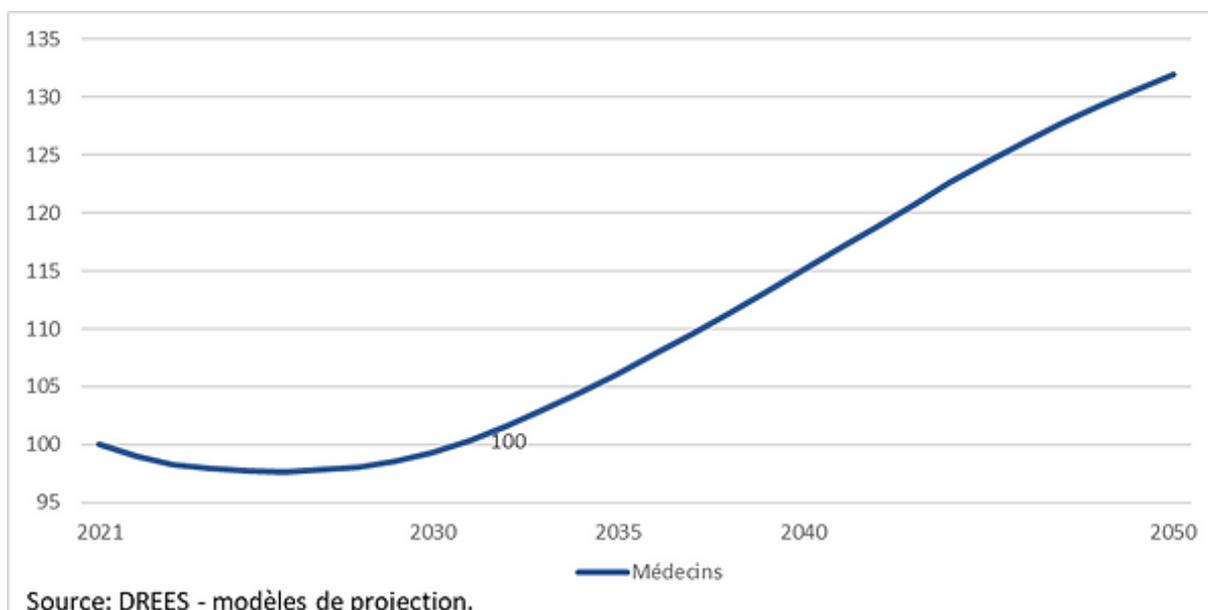


Figure 3 – Projections tendanciennes de 2022 à 2040 de la densité de médecins en activité (en base 100)



Modèle de projection DREES par micro-simulation, alimenté par les données du RPPS et sur les études médicales (SISE, ECN). Projection de population de l'Insee. Le nombre d'étudiants entrant en formation correspond aux objectifs nationaux pluriannuels définis lors de la conférence nationale (voir plus loin). Cette projection n'est pas ajustée sur la consommation de soins. Un tel ajustement aboutit à une densité en base à un peu plus de 120 en 2050 (Anguis et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Les dossiers de la DREES, 2021;76).

[1] S Castaigne, Y Lasnier. Les déserts médicaux. Avis du Conseil économique, social et environnemental (2017). https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2017/2017_27_deserts_medicaux.pdf

[2] H Maurey, JF Longeot. Déserts médicaux : L'État doit enfin prendre des mesures courageuses ! <https://www.senat.fr/notice-rapport/2019/r19-282-notice.html>

[3] A Lapinte, B Legendre. Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres. DREES Etudes et Résultats 2021 n° 1200.

[4] Lutte contre les déserts médicaux : les jeunes médecins proposent des solutions. <https://www.reagir.fr/blog/2021/11/30/lutte-contre-les-deserts-medicaux-les-jeunes-medecins-proposent-des-solutions/>

[5] La conférence nationale du 26 mars 2021 avait pour objectif de proposer des objectifs nationaux pluriannuels de professionnels à former pour les 5 ans à venir, afin de répondre aux besoins de santé de la population, à l'issue d'une concertation entre les acteurs régionaux et nationaux. Ce dispositif remplace le numerus clausus. Propositions de l'ONDPS pour les objectifs nationaux pluriannuels. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cn_propositions_onp_26_mars_mai19avril.pdf.

[6] Parmi ces facteurs, le vieillissement de la population joue un rôle majeur

[7] R Penchansky & JW Thomas. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. Medical Care 1981;19:127-140.

[8] Déplaude MO. La Hantise du nombre. Histoire du numerus clausus de médecine. Les Belles Lettres, 2015.

[9] Déplaude MO. Retour sur la genèse du numerus clausus de médecine (1968-1979). In Le Bouler S & Lenesley P; 2021, Presses Universitaires François Rabelais.

[10] Loi du 12 juillet 1971

[11] Collet, L. (2019). Numerus clausus et accès aux études de médecine : bases juridiques. Les Tribunes de la santé, 59, 47-61. <https://doi.org/10.3917/seve1.059.0047>

[12] Loi n° 79-565 du 6 juillet 1979 relative aux études médicales et pharmaceutiques

[13] Travaux préparatoires à la loi de 1979, cités par Collet L, op. cit.

[14] MO Déplaude. Instaurer la « sélection dans les facultés de médecine. Genèse et mise en œuvre du numerus clausus de médecine dans les années 1968. Revue d'histoire de la protection sociale, 2009/1 N° 2 | pages 79 à 100.

[15] A Gouteryon. Rapport du Sénat, https://www.senat.fr/rap/1978-1979/i1978_1979_0423.pdf

[16] https://www.senat.fr/rap/1978-1979/i1978_1979_0423.pdf

[17] L'essor de la profession médicale en France : dynamiques et ruptures, François-Xavier Schweyer, adsp n° 32 septembre 2000

- [18] Bouton, R. (2015). Médecine générale : la rupture des années 1990. Les Tribunes de la santé, 48, 39-47. <https://doi.org/10.3917/seve.048.0039>
- [19] J Choussat (1997). Rapport d'ensemble sur la démographie médicale. <https://www.vie-publique.fr/rapport/24692- rapport-densemble-sur-la-demographie-medicale>
- [20] A Laude, C Roynier, D Tabuteau. La notion de profession de santé. Institut Droit et Santé. Université Paris Descartes. « Repères droit santé », 2018, 163 pages. ISBN 9782956231820.
- [21] <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000880020>
- [22] <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039309275>
- [23] MO Déplaud. Une fiction d'institution : les « besoins de santé » de la population. C Gilbert, E Henry. Comment se construisent les problèmes de santé publique, La Découverte, pp. 255-272, 2009.
- [24] C Stromboni. L'inquiétante progression des « déserts médicaux ». Le Monde 14 mars 2022.
- [25] La plupart des candidats à la présidence de la république en 2022 ont inscrits dans leurs professions de foi des augmentations d'effectifs de professionnels de santé. Les Régions de France dénoncent également les déserts médicaux. <https://fr.calameo.com/read/005307989239a0f96f4f2>
- [26] Par exemple par l'autorisation d'exercice de médecin de nationalité étrangère issus de pays ne figurant pas parmi les critères définis à l'article L. 4111-1 du code de la santé publique : <http://www.senat.fr/dossier-legislatif/pp19-356.html>
- [27] Sur ce point, notamment : <http://www.senat.fr/dossier-legislatif/pp121-419.html>
- [28] Arrêté du 6 février 2009 portant création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS) »
- [29] D Polton (2000). Quel système de santé à l'horizon 2020 ? <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/014000375.pdf>
- [30] <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/024000643.pdf>
- [31] Lafortune, G. & Balestat, G. (2022). Médecins et infirmiers : leur nombre et leur rémunération en France et dans les autres pays de l'OCDE avant la pandémie. Les Tribunes de la santé, 72, 25-38. <https://doi.org/10.3917/seve1.072.0025>
- [32] Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Les dossiers de la DREES n° 76, mars 2021 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>
- [33] Discours du président de la République du 18 septembre 2018
- [34] Décret no 2019-1125 du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039309275/>
- [35] Conférence nationale du 26 mars 2021. Propositions de l'ONDPS pour les objectifs nationaux pluriannuels. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cn_propositions_onp_26_mars_maj19avril.pdf.
- [36] <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044053576>
- [37] L Collet. Numerus clausus et accès aux études de médecine : bases juridiques. Les Tribunes de la santé, 2019, n°59, p 47-61.
- [38] Cases C et Baubeau D. Peut-on quantifier les besoins de santé ? Solidarité et Santé, n°1 pp. 17-22, 2004.
- [39] Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité. Avis et rapport du HCAAM du 7 septembre 2022. <https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/rapport-hcaam-organisation-soins.html>
- [40] MO Déplaud. Une fiction d'institution : les « besoins de santé » de la population. C Gilbert, E Henry. Comment se construisent les problèmes de santé publique, La Découverte, pp. 255-272, 2009.
- [41] L'enquête du CNOM « Etude sur l'installation des jeunes médecins » de 2019 présente la préférence des internes pour l'exercice groupé (72%) comme pour les jeunes installés (70%) qui exercent dans des structures de groupe
- [42] Le recul du mode d'exercice libéral est net, au profit de l'exercice hospitalier. L'exercice exclusivement libéral n'est plus majoritaire chez les médecins, passé de 51% à 44% entre 2012 et 2022, même s'il reste majoritaire en médecine générale (57%). Source RPPS.
- [43] Données fournies par le CNOM à la demande de l'ONDPS.
- [44] Propositions de l'ONDPS pour les objectifs nationaux pluriannuels. Voir chapitre VI.3 n°6. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cn_propositions_onp_26_mars_maj19avril.pdf.
- [45] Chaput et al. (2019). Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. Études et Résultats, n°1113. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1113.pdf>.
- [46] Bras PL. Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ? Tribunes de la Santé 2016/1 n° 50, pp 67-91.
- [47] https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022-07_rapport-propositions-pour-2023_assurance-maladie_3.pdf
- [48] ibid
- [49] Rapport HCAAM 2016, Innovations et système de santé.
- [50] Polton D, Chaput H, Portela M. Remédier aux pénuries de médecins dans certains zones géographiques. Les dossiers de la DREES, 2021;n°89.
- [51] Brooks RG et al. The Roles of Nature and Nurture in the Recruitment and Retention of Primary Care Physicians in Rural Areas: A Review of the Literature. Acad. Med. 2002;77:790-798.
- [52] Dumontet M, Samson AL, Franc C. Comment les médecins choisissent-ils leur lieu d'installation. Rev Française Economie 2016, N°31, pp 221-267.
- [53] Données fournies par le CNOM à la demande de l'ONDPS.
- [54] Cassou et al. (2020). General practitioner's income and activity: the impact of multi-professional group practice in France. The European Journal of Health Economics. The European journal of health economics, 21, p. 1295-1315.
- [55] Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité. Avis et rapport du HCAAM du 7 septembre 2022. <https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/rapport-hcaam-organisation-soins.html>
- [56] <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/les-communaut-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/article/l-atlas-des-cpts>

- [57] Bohic N, Josselin A, Sandeau-Gruber AC, Siahmed H, d'Autume C. Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé. Rapport IGAS 2021-051R, novembre 2021.
- [58] Loussouarm et al. (2021). Can General Practitioners Be More Productive? The Impact of Teamwork and Cooperation with Nurses on GP Activities. Health Economics, p. 680-697.
- [59] https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2016_PDF/2016_panel3_mg_suivi_gyneco_15.pdf
- [60] Rapport de l'IGAS : <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-020r.pdf>. Le caractère obligatoire de l'entretien prénatal précoce, depuis le 1er mai 2020 (loi de financement de la sécurité sociale 2020), pouvant être réalisé par une sage-femme ou un médecin, nécessite d'évaluer le nombre de postes de sages-femmes nécessaires pour assurer ces temps d'entretiens dédiés.
- [61] La filière visuelle : modes d'exercice, pratiques professionnelles et formations. IGAS n°2019-074R, IGESR n°2019-154, janvier 2020. <https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/2020/21/2/IGESR-IGAS-Rapport-2019-154-Filiere-visuelle-exercice-pratiques-professionnelles-1322212.pdf>
- [62] Voir les assises de la santé mentale et de la psychiatrie, 2021 <https://www.santementale.fr/medias/2021/03/assises-dp.pdf>
- [63] Bohic N, Josselin A, Sandeau-Gruber AC, Siahmed H, d'Autume C. Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé. Rapport IGAS 2021-051R, novembre 2021.
- [64] Bien que les praticiens hospitaliers ne fassent pas partie statutairement des personnels enseignants et hospitaliers des CHU, le code de la santé publique les associe à l'ensemble des missions des établissements de santé, y compris à l'enseignement et à la recherche (articles R. 6152-2, articles L. 6111-1). L'article R. 6152-30 du code de santé publique indique que les praticiens hospitaliers à temps plein « peuvent, après accord du directeur d'établissement de santé, consacrer 2 demi-journées par semaine à des activités intérieures ou extérieures à leur établissement d'affectation à condition que ces activités présentent un caractère d'intérêt général au titre des soins, de l'enseignement, de la recherche [...] ».
- [65] Conférence nationale du 26 mars 2021. Propositions de l'ONDPS pour les objectifs nationaux pluriannuels. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cn_propositions_onp_26_mars_maj19avril.pdf.
- [66] Touzé E, Humbert X, Denise P. Les formations en santé : une opportunité de politique universitaire de site pour améliorer l'accès aux soins ? In Etudes de santé, le temps de réformes. Le Boulter S & Lenesley P; 2021, Presses Universitaires François Rabelais.
- [67] Braun M, Lenesley P. Comment penser la formation au socle commun des métiers de médecin et les épreuves d'accès au 3e cycle ? In Etudes de santé, le temps de réformes. Le Boulter S & Lenesley P; 2021, Presses Universitaires François Rabelais.
- [68] Jaffrelot M et Pelaccia T (2016). La simulation en santé : principes, outils, impacts et implications pour la formation des enseignants. Recherche & Formation, 82, p 17-30.
- [69] Khan KZ, et al. (2013) The Objective Structured Clinical Examination (OSCE): AMEE Guide No. 81. Part II: Organisation & Administration, Medical Teacher, 35, e1447-e1463.
- [70] Estellat C. Revue des méthodes d'évaluation des besoins de santé (2004). https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_ebs.pdf
- [71] Hassenteufel P, Naiditch M, Schweyer FX. Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées. La Documentation française, « Revue française des affaires sociales ». 2020/1, pp 11-31.
- [72] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886766/
- [73] von Eitzen-Strassel et al. Personnel planning in general practices: development and testing of a skill mix analysis method. Hum Res Health 2014;12:53.
- [74] Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité. Avis et rapport du HCAAM du 7 septembre 2022. <https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/rapport-hcaam-organisation-soins.html>
- [75] Perera et al. Global demand for cancer surgery and an estimate of the optimal surgical and anaesthesia workforce between 2018 and 2040: a population-based modelling study. Lancet Oncol 2021;22:182-89.
- [76] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886358/
- [77] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886358/?msckid=9f72a3b3ba6611ec94ba3387fb6ee32: « L'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire ».
- [78] Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité. Avis et rapport du HCAAM du 7 septembre 2022. <https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/rapport-hcaam-organisation-soins.html>
- [79] Carricaburu J et Lyon-Caen O. La pertinence des soins. Med Mal Metab 2022;16:233-236.
- [80] Le Bail M, Zeynep O. Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à dix interventions chirurgicales. IRDES, Paris (2016).
- [81] Polton D. La pertinence : trop ou trop peu de soins ? RFAS 2019;3:139-48.

Déserts médicaux : pas de territoires, pas de populations sans solutions !

(17 octobre 2022)

Les étudiants en médecine ont été appelés à la grève le 14 octobre par leurs organisations représentatives, pour protester contre l'introduction dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale de dispositions relatives à une 4^{ème} année d'internat de médecine générale, avec des stages à effectuer en priorité dans les zones sous-denses en professionnels de santé. Les étudiants sont soutenus par des organisations syndicales de professionnels en place.

Expression du corporatisme du milieu, diront certains. Réaction plutôt à une initiative insuffisamment concertée, déclenchée sans doute pour contrecarrer des propositions de loi plus martiales, destinées à installer le conventionnement sélectif à l'installation ou d'autres mesures contraignant les jeunes professionnels à s'installer là où ils ne vont pas spontanément.

Signal politique bien plus que solution aux déserts médicaux en vérité. Pourquoi sinon inscrire dans le PLFSS une mesure pour laquelle un décret aurait suffi ?

Une fois qu'on a écarté l'hypothèse de coercition (envoyer « de force » les internes dans les territoires les plus critiques), la simple arithmétique n'invite pas à prolonger les études des jeunes professionnels plutôt que de les laisser s'installer. Il est par ailleurs difficile de promettre de bons taux d'encadrement en maîtres de stage là où les médecins font défaut. Sauf, enfin, à prolonger les études des internes actuels, une telle solution ne se mettrait pas non plus en place sur le terrain avant quatre ans. Une éternité.

Les comportements d'installation sont aujourd'hui solidement ancrés dans la sociologie des jeunes professionnels concernés et, au-delà, des générations auxquelles ils appartiennent. On peut chercher à infléchir les recrutements (socialement parlant) ou vanter les atouts des territoires concernés mais on ne changera pas les comportements par décret. Autant se l'avouer.

Alors une quatrième année d'internat de médecine générale, pourquoi pas ? Ce n'est simplement pas la solution aux déserts médicaux et l'objectif doit rester pédagogique.

Au bal des chimères défilent régulièrement les mesures coercitives (mais comment contraindre des professionnels à s'installer en cabinet libéral quand ils ont tant d'autres possibilités ?), le conventionnement sélectif (qui fonctionne généralement correctement pour éviter les installations en zones sur-denses mais a bien du mal à peupler les zones en perte d'attractivité, les autres professions le montrent), les « officiers de santé », qui avaient failli resurgir du temps du ministre Olivier Véran.

Comme l'a dit raisonnablement l'actuel ministre, François Braun, il faut faire avec les ressources que l'on a.

Il faut d'abord une opération vérité : cessons de nous bercer d'illusions sur les trajectoires quantitatives à venir. La situation va rester critique, durablement, et il faut donc mobiliser toutes les ressources disponibles... et opératoires.

Les étudiants sont aujourd'hui nombreux et il faut mieux organiser leur présence en dehors des CHU et des villes universitaires. Il faut travailler les infrastructures d'accueil, les questions de logement, de transport et, bien entendu, les ressources mobilisées pour l'encadrement des stages. Les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les futures équipes de soins spécialisées doivent être mobilisées à cette fin, en lien avec les collectivités locales. Ces structures doivent attirer les étudiants par leur capacité à dispenser une formation pratique de qualité. C'est par l'accompagnement des plus jeunes – et en considérant le souhait qui est le leur de travailler en équipe – que ces organisations pourront mieux irriguer les territoires sous-denses.

Les collectivités territoriales (régions, départements, communes), justement, sont pour certaines à l'initiative aujourd'hui pour salarier les professionnels sur des territoires en difficulté. Ces dispositifs doivent être travaillés avec les professionnels et leurs représentants. C'est une solution dans la gamme des possibles. En tout état de cause, il faut renforcer le dialogue entre les professionnels et les collectivités locales, le décrier parfois.

Les assistants médicaux doivent être mobilisés de façon beaucoup plus massive : les 3 ou 4000 actuels ne permettent pas de dégager globalement un temps médical significatif. Il ne faut pas se leurrer cependant : dans le contexte actuel de l'emploi, ces métiers doivent être rendus plus attractifs si on veut en faire une solution à la hauteur des enjeux.

Contrairement à ce que l'on croit parfois, la situation sur certaines spécialités médicales est tout aussi critique, voire plus, que celle de la médecine générale. C'est donc bien un plan mobilisant l'ensemble des ressources médicales dont il s'agit.

Au-delà de ces ressources médicales, c'est toute la ligne de soins primaires qui doit être travaillée. On n'a tout simplement plus les moyens de se passer des compétences des pharmaciens, des infirmiers libéraux, des infirmiers en pratique avancée, des masseurs-kinésithérapeutes, etc. Élargissement des compétences et accès direct doivent se développer, résolument. Le ministre promeut ces solutions. Les ordres professionnels étaient d'ailleurs attendus sur le sujet. Ils ont conclu un premier accord, prometteur. Affaire à suivre.

Sans être la panacée et sans méconnaître la fracture numérique, il faut aussi ancrer le développement des innovations technologiques, dont la télémédecine, stimulée au temps du Covid-19, dans une perspective d'ensemble, articulée à la présence des soignants sur le territoire.

Il faut enfin un effort de pédagogie à destination du grand public, en ne laissant pas espérer des lendemains d'abondance. Le principe doit être : pas de populations, pas de territoires sans solutions... mais il faut expliquer que les solutions en question sont diverses, parfois composites.

Il faut surtout un changement d'échelle, il faut en finir avec les expérimentations à rallonge. Il faut déployer les solutions de façon beaucoup plus massive, en levant les obstacles de toute nature. Les conventions de l'assurance maladie avec les professions font partie de la solution, à condition là aussi de changer d'échelle et de porter des dispositifs qui marchent. Si on croit en un nouveau partage des tâches et si on entend le promouvoir, il faut bien entendu adapter les tarifications en conséquence, du côté des médecins comme des autres professionnels.

Stéphane Le Bouler, président de Lisa,
Patrick Gasser, vice-président de Lisa, président du syndicat Avenir Spé.

Études de pharmacie : le temps de la refondation

(2 novembre 2022)

L'accès en deuxième année de pharmacie (après l'année commune avec les futurs médecins, dentistes sages-femmes ou kinés) ne fait plus recette. Un grand nombre de places (1100) sont restées vacantes au niveau national en cette rentrée 2022. Et voilà un autre pan des soins primaires qui se trouve fragilisé.

L'explication est toute trouvée pour un certain nombre d'interlocuteurs^[1] : l'entrée dans les études. Autrefois, le responsable était la PACES (première année commune aux études de santé, qui avait supprimé la voie d'accès spécifique à la pharmacie en première année), aujourd'hui, ce sont les nouveaux cursus (LAS – Licence avec accès santé et PASS – Parcours d'accès spécifique santé). Ces voies d'accès mêlées ne permettraient pas de donner une visibilité suffisante aux études de pharmacie, en particulier sur Parcoursup.

Techniquement, l'argument est curieux, puisqu'il s'agit là de voies d'accès incontournables. Les étudiants qui veulent « faire pharma » n'ont pas le choix... Mais veut-on encore « faire pharma » ou, plutôt, veut-on encore devenir pharmacien d'officine ?

Le constat n'est pas nouveau : la voie officinale perd en attractivité depuis des années. Cela était déjà vrai lorsque l'ensemble des places du *numerus clausus* étaient pourvues : l'orientation des futurs pharmaciens dans la spécialisation officinale a en effet sensiblement diminué dans la dernière décennie.

Disons-le tout net : le problème ne se situe pas du côté de la visibilité d'une filière de formation mais bien plutôt dans l'image d'un métier en quête de sens et dans l'organisation de la formation afférente.

La transformation du métier

Le métier de pharmacien d'officine a considérablement évolué ces dernières années : vaccination antigrippale, puis anti-Covid, et maintenant rappels chez l'adulte, prise en charge par l'assurance maladie d'entretiens avec le patient, de bilans partagés de médication, implication de la profession dans la campagne de dépistage Covid-19 avec les tests antigéniques, etc.

Les exemples ne manquent pas de l'investissement des officinaux au-delà de la simple dispensation de produits de santé. Le mode de rémunération a d'ailleurs évolué, aux termes de la récente convention avec l'assurance maladie, pour accompagner ces missions nouvelles, faisant une part de plus en plus importante à des honoraires, y compris pour la dispensation des médicaments. La marge commerciale sur ces derniers a ainsi été rognée pour financer des sommes forfaitaires, variables selon le patient et les produits dispensés et censées tenir compte de la complexité de ces actes.

Au-delà de ces évolutions au niveau national, des initiatives locales voient le jour dans un contexte de difficultés marquées d'accès aux soins. S'appuyant sur le fort maillage officinal, ainsi que sur la disponibilité des pharmaciens, ces expérimentations visent à dégager du temps médical en diversifiant la prise en charge de certains actes.

Outre des possibilités diagnostiques confiées aux pharmaciens exerçant en mode regroupé et permises par des protocoles reconnus par la Haute autorité de santé, on pense notamment à l'expérimentation OSYS (Orientation dans le Système de Soins) mise

en place en Bretagne, qui vient encadrer et améliorer le rôle d'orientation par le pharmacien. Il ne s'agit pas là d'une innovation de rupture, puisque ce rôle est déjà exercé de facto par l'ensemble des pharmaciens. Si les difficultés d'accès aux médecins sont évidemment en cause, la demande des patients pousse aussi en ce sens : elle traduit une évolution de leurs comportements vers plus d'immédiateté dans une société où l'attente et les contraintes d'agenda que suppose une prise de rendez-vous sont moins facilement tolérées.

Ces évolutions sont d'ailleurs plébiscitées par les étudiants et les jeunes pharmaciens. Les nouvelles modalités d'entrée dans la filière pharmacie ont en effet progressivement modifié le profil des étudiants recrutés, désormais davantage intéressés par les différents métiers de la santé et sensibilisés aux enjeux des autres professionnels.

Faire évoluer les formations en conséquence

Parallèlement aux évolutions du métier et au-delà de l'accès aux études, celles-ci ne sont pas restées figées, avec des modifications des textes régissant le premier et le deuxième cycle, intégrant par exemple la formation à la vaccination. Mais ces modifications se font souvent en accompagnement ou en réaction aux évolutions que connaît la profession.

Les évolutions en cours et à venir du métier requièrent désormais des transformations plus consistantes et plus résolues du côté de la formation.

Ce sont des pans entiers de celle-ci qui mériteraient d'être consolidés :

- Afin de mieux jouer le rôle d'orientation dans le système de santé : renforcer les compétences d'orientation diagnostique des pharmaciens. L'enjeu n'est pas d'aller vers davantage de diagnostic de pathologies, mais bien de sécuriser l'orientation dans le système de soin. En entraînant davantage les futurs officinaux à mieux évaluer les plaintes des patients, il s'agit de leur permettre de déterminer si l'affection peut relever de médication officinale ou de conseil pharmaceutique, si elle nécessite au contraire un avis médical, et le cas échéant, de différencier l'urgence nécessitant une consultation sans délai de celle pouvant souffrir l'attente d'un rendez-vous. On mesure les enjeux !
- Afin d'améliorer la qualité des conseils aux patients et aux prescripteurs dans les traitements médicamenteux : s'éloigner d'une approche principalement centrée sur la pharmacologie et sur les RCP (résumés des caractéristiques du produit) et renforcer la formation en vie réelle, notamment pour mieux comprendre les recommandations, les choix de traitements (bénéfices et risques) et les alternatives thérapeutiques. Pour ce faire, il est nécessaire de continuer le travail en cours sur la valorisation des stages d'externat avec davantage de formation dans les services cliniques des hôpitaux, en compagnie des médecins, mais également d'étoffer cette offre en volume et en diversité. Cela passe par la construction (et le respect) de véritables maquettes d'apprentissage incluant en outre des passages obligatoires en services cliniques (et en particulier la participation aux réunions de concertation pluri-professionnelles), en pharmacovigilance, en essais cliniques... Il s'agit également tout au long de la formation de favoriser le travail en lien avec les associations de patients pour changer de regard sur le vécu des pathologies. La formation actuelle relève d'une haute valeur technique et théorique, mais nécessite de se rapprocher davantage du terrain et du vécu !

- Afin de protéger le socle de formation initiale de l'obsolescence liée à l'évolution des pratiques et des traitements : considérablement renforcer l'éducation à la démarche scientifique, l'appréhension des niveaux de preuve, la lecture critique d'articles scientifiques, la maîtrise des techniques commerciales des firmes, afin que les officinaux de demain puissent tout au long de leur carrière continuer d'exercer leur art avec un haut niveau de technicité scientifique.

De la difficulté de modifier les maquettes de formation

L'ajout – ou l'approfondissement – de ces différents éléments nécessite du temps de stage et d'enseignement.

Ceci dit, l'intégration récente du service sanitaire des étudiants en santé a illustré les difficultés à faire de la place dans les maquettes actuelles, très chargées.

De fait, à la frontière entre la science et l'humain, entre la logistique et le médical, entre la physique-chimie et la biologie, les études de pharmacie proposent un parcours de formation très complet et très complexe.

Ajouter des éléments nouveaux pour adapter le métier aux enjeux de demain ne peut se faire que de deux façons : un allongement des études, avec tout ce que cela engendre comme conséquences en termes de coûts pour la société autant que pour l'étudiant (et donc avec des enjeux d'accessibilité et d'attractivité), ou un toilettage des maquettes existantes.

Une hypothèse pour un allongement maîtrisé pourrait prendre la forme de formations spécifiques transversales (FST), ajoutant une option aux étudiants souhaitant aller plus loin dans leur exercice, pouvant être mutualisée avec d'autres parcours de formation.

Quelle que soit l'option retenue, le 3ème cycle devra nécessairement considérer le statut des étudiants pour se rapprocher d'un statut d'interne, garant de la capacité à faire évoluer leurs responsabilités au sein des structures d'accueil et de leur entrée progressive dans la vie active après déjà 5 années d'études. Au-delà de la formation initiale, la formation tout au long de la vie doit également prendre son essor alors que les UFR de pharmacie sont encore très peu nombreuses à proposer des formations éligibles au développement professionnel continu (DPC).

Concernant le toilettage des maquettes, il faut bien admettre qu'il est très difficile de retirer un enseignement à un cursus de formation. Il est en effet aisé de trouver une justification à l'utilité de tel ou de tel enseignement, et il existe un certain attachement de la profession aux enseignements renvoyant à la nostalgie de l'apothicaire. Si la formation de pharmacien possède un socle centré sur les médicaments, produits de santé, sous l'angle de la pharmacologie et du réglementaire, on y trouve également des éléments plus surprenants pour un regard extérieur : au-delà de l'initiation à la mycologie assez connue du grand public (et dont les compétences restent exploitées), la formation fait la part belle à la botanique ou à la zoologie... De plus, la chimie occupe encore une place importante dans le cursus, même si celle-ci a déjà réduite il y a une dizaine d'années. De nombreuses heures de travaux pratiques sont ainsi encore consacrées à la chimie organique, analytique... S'il n'est pas question de supprimer entièrement ces enseignements, qui font la base de la production des médicaments, une réflexion pourrait être menée concernant le volume d'heures qui leur est affecté dans le parcours officinal.

Plus globalement, dans un contexte où il est nécessaire de trouver de l'espace pour mettre le cursus au goût du jour, il faut pouvoir interroger la répartition entre savoirs généralistes considérés comme la base sur laquelle se construit l'enseignement, les éléments « culturels » de la profession et les savoir-faire fondamentaux indispensables à l'exercice.

Il faut aussi se le dire : un changement important dans les maquettes de formation se heurtera nécessairement aux difficultés liées aux heures d'enseignements obligatoires des enseignants-chercheurs dans certaines matières, en particulier lorsque ces derniers sont rattachés à une UFR de Pharmacie isolée. De ce point de vue, la dynamique de fusion des universités et des UFR de santé est l'occasion de lever ces difficultés, par exemple en permettant l'ouverture d'unités d'enseignement optionnelles (ou obligatoires) à destination des étudiants d'autres cursus (biologie, médecine... sans oublier la préparation en pharmacie) préservant ainsi le volume d'enseignement obligatoire tout en allégeant les volumes correspondants dans les cursus des futurs officinaux.

Enfin, le lien entre le terrain et la formation est rendu plus difficile par l'absence d'une filière organisée de recherche en pharmacie d'officine qui permettrait l'émergence de corps d'enseignants exerçant une profession de santé en dehors de l'hôpital. Il est indispensable que les pouvoirs publics se saisissent de cette question afin de favoriser la création de structures analogues aux Départements Universitaires de Médecine Générale (DUMG), avec un véritable statut de titulaires pour les officinaux bi-appartenants (officinaux-universitaires). Cette démarche, qui pourrait s'étendre à d'autres professionnels (au sein de Départements Universitaires de Santé de Ville par exemple), augmenterait les capacités de la profession à structurer une démarche critique sur sa pratique professionnelle et à la transmettre, dans un registre d'amélioration continue.

Anthony Mascle, pharmacien d'officine,
ancien président de l'ANEPF
(Association nationale des étudiants en pharmacie de France)

[1] L'Académie de pharmacie par exemple dans un avis récent
: https://www.acadpharm.org/dos_public/ETUDES_EN_PHARMACIE_2022.09.26_VF1.PDF

Accès direct aux IPA : expérimentations, mode d'emploi

(15 novembre 2022)

Le ministre de la Santé et de la Prévention envisage de mettre en place des expérimentations sur l'accès direct aux IPA (infirmiers-ères en pratique avancée). Quand on est attaché, comme nous le sommes à Lisa, au développement des innovations dans l'organisation des soins et, spécialement, au déploiement des pratiques avancées (pour les infirmiers-ères et les autres auxiliaires médicaux), on ne peut qu'accueillir favorablement une telle initiative[1].

Le monde de la santé est d'ailleurs coutumier des expérimentations. Il a un passé en la matière, un passif dans certains cas, qui invite à insister sur les conditions de déploiement.

De quoi s'agit-il quand on parle d'expérimentations ? De la possibilité de déroger aux règles législatives ou réglementaires en vigueur, pour un objet donné et sur un temps limité.

Cela vaut pour les collectivités locales depuis la révision constitutionnelle de 2003. L'article 72 de la Constitution de la Cinquième République a prévu la possibilité pour celles-ci de mettre en œuvre des expérimentations : il dispose que « *dans les conditions prévues par la loi organique, et sauf lorsque sont en cause les conditions essentielles d'exercice d'une liberté publique ou d'un droit constitutionnellement garanti, les collectivités territoriales ou leurs groupements peuvent, lorsque, selon le cas, la loi ou le règlement l'a prévu, déroger, à titre expérimental et pour un objet et une durée limités, aux dispositions législatives ou réglementaires qui régissent l'exercice de leurs compétences.* » On notera toute la « prudence » de la rédaction...

Malgré cela – ou à cause de cela, cette disposition n'a pratiquement jamais été utilisée depuis 20 ans.

Cette possibilité de déroger existe en dehors du champ des politiques locales, sous réserve qu'une habilitation législative ait été donnée. A cet égard, le Conseil constitutionnel a eu l'occasion de rappeler, notamment dans sa décision DC n° 2009-584 du 16 juillet 2009 relative à la loi HPST (cf. infra), « *que si, sur le fondement de l'article 37-1 de la Constitution, le Parlement peut autoriser, dans la perspective de leur éventuelle généralisation, des expérimentations dérogeant, pour un objet et une durée limités, au principe d'égalité devant la loi, il doit en définir de façon suffisamment précise l'objet et les conditions et ne pas méconnaître les autres exigences de valeur constitutionnelle* ».

Le domaine de la santé a connu un certain nombre d'expériences en la matière. Pour citer les plus marquantes :

- L'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 a prévu la mise en place à titre expérimental de transfert d'actes ou d'activités de soin et des réorganisations des modes d'intervention auprès des patients : l'encadrement extrêmement précautionneux et la longueur des procédures ont dissuadé ou découragé nombre de promoteurs dans les années qui ont suivi ;
- La loi relative à l'enseignement supérieur et à la recherche de 2013 avait prévu des expérimentations relatives à l'accès aux études de santé (PACES) : plusieurs vagues d'expérimentations ont été déployées ; ces initiatives ont permis de préparer la réforme portée dans la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) du 24 juillet 2019 ;
- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit, à son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé, reposant sur des financements innovants ;

- La loi OTSS de 2019 a prévu la possibilité de conduire des expérimentations en matière de formations de santé, de façon à favoriser la transversalité et les passerelles entre formations et à renforcer l'adossement à la recherche.

Ces textes ne sont pas restés lettre morte. Le monde de la santé est logiquement friand de ces possibilités de desserrer le carcan réglementaire, qui contraint l'organisation des soins, le cadre de financement ou les formations.

Ces initiatives législatives ont donc été fructueuses en termes de mobilisation des acteurs dans les territoires.

Pourtant, il faut bien voir que le principe de l'expérimentation est fondamentalement dual : acte de courage d'un côté, celui de bousculer le statu quo, d'affronter les corporatismes, les intérêts et les organisations en place ; acte de prudence, d'un autre côté, consistant à ouvrir plusieurs voies, à ne pas trancher précocement en termes de réglementation, à se laisser une porte de sortie.

Autrement dit, tout le monde y voit, peut y lire, ce qu'il veut : le mouvement ou la préservation de l'ordre établi, selon les points de vue. Rien qui ne soit irréversible.

Dans cette affaire, l'administration se fait volontiers la vigie de l'ordre et a toutes les peines du monde à laisser se déployer les initiatives (dont elle a parfois du mal à admettre le caractère réversible), de sorte que les décrets d'application contraignent souvent inutilement le déploiement de l'expérience, quand ils ne consistent pas à contrecarrer l'audace du législateur. Corde de rappel ultime : les dispositifs de sélection des projets finissent quelquefois le travail de normalisation.

Pour la réussite des expérimentations à venir sur l'accès direct aux IPA, on ne saurait donc trop insister sur :

- **La clarté du discours politique au fondement de l'expérimentation** : la situation est aujourd'hui très crispée entre les différentes professions ; il faut un dessein clair et il faut créer les conditions de la confiance, sur le terrain. Comme on a déjà eu l'occasion de le dire^[2], il y a toujours beaucoup d'incompréhension chez les médecins quant aux rôles possibles des IPA. Les responsables publics doivent faire œuvre de pédagogie et montrer les étapes concrètes d'une coopération réussie ;
- **Le bon tempo** : l'expérimentation est une forme de « respiration » face aux poids de la réglementation ; elle permet de porter de l'innovation organisationnelle, incrémentale ou de rupture ; elle rend compte d'un projet, initié par les pouvoirs publics et pris en charge par des acteurs du territoire ; il est donc essentiel de bien régler la chorégraphie dans la durée pour, au-delà de l'avant-garde des acteurs déjà convaincus, emporter la conviction des autres... et faire en sorte que les promoteurs ne soient pas abandonnés en rase campagne par ceux qui ont lancé les opérations... et sont souvent déjà passés à autre chose ;
- **La nécessité d'un déploiement large, d'un accompagnement robuste et d'une évaluation rapide, si l'on veut que les expérimentations portent véritablement le changement.** On a bien vu que les expérimentations sur les délégations des compétences (article 51 de la loi HPST et autres) sont restées très timides, limitées à quelques champs et territoires ; elles n'ont pas été étendues, sans même parler de généralisation, et, de ce fait, n'ont eu que peu d'impact (voir le rapport de l'IGAS de novembre 2021 sur le sujet du partage de compétences^[3]) ;
- **Une attention de tous les instants pour ne pas étouffer l'audace réformatrice sous un nouveau carcan de normes, de procédures ou... d'évaluation.** Les procédures à suivre doivent notamment être adaptées aux publics cibles, en particulier lorsqu'elles s'adressent à des professionnels de ville, déjà fortement sollicités par ailleurs sur le plan

administratif ;

- **Une analyse attentive des effets latéraux des expérimentations et des conditions de succès** : quand elles sont fécondes, les expérimentations bousculent les dispositifs de financement, bâtissent de nouveaux équilibres, de nouvelles relations entre les acteurs. Les expérimentations dans le champ des formations de santé ont ainsi abondamment montré cette nécessité d'accompagner le changement, au-delà des textes.

Soyons attentifs à tout cela pour se donner toutes les chances de transformer l'essai à la faveur de ces expérimentations de l'accès direct aux IPA.

Stéphane Le Boulter, président de Lisa

[1] On notera que le principe de l'autonomie pour des consultations de 1ère ligne est inscrit dans les compétences des IPA au niveau international.

https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_FR_WEB.pdf

[2] <https://www.lisa-lab.org/les-infirmier-eres-en-pratique-avancee-ou-comment-ne-pas-gacher-une-belle-reforme>

[3] Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé, novembre 2021

https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-051r-tome_1_rapport.pdf

Professions de santé : l'état d'urgence

(15 décembre 2022)

Rassurons tout de suite le lecteur : nous ne céderons pas à la vague eschatologique. Oui, il y a urgence à agir de façon résolue et sur tous les fronts en ce qui concerne les professions de santé! Mais non, nous ne sommes pas au bord du gouffre, le système n'est pas près de s'écrouler... Et il ne suffit pas de dire que la fin est proche pour occulter l'indigence de certaines analyses ou de certaines propositions.

Une crise inédite par son ampleur

L'originalité de la période vient de ce que les causes de la crise sont multiples et que celle-ci concerne l'ensemble des professions de santé.

Il n'y a guère de sujets qui ne soient abordés aujourd'hui, la plupart du temps pour pointer des défaillances : attractivité des métiers, recrutement, formation, périmètres des métiers et répartition des compétences, durée des carrières, conditions de travail et pénibilité, santé au travail, perspectives d'évolution en cours de carrière, fins de carrière... On a donc un problème d'accès à des ressources formées en adéquation avec les besoins et disponibles dans la durée.

Facteur aggravant : les interrogations ou les difficultés ne concernent pas simplement tel ou tel pan des professions médicales ou paramédicales, tel ou tel segment de la prise en charge. Bon an mal an, ce sont tous les statuts, tous les niveaux dans la hiérarchie des professions, tous les secteurs qui sont concernés. Un jour la santé de l'enfant, un autre la santé mentale ou les urgences, la périnatalité ou le grand âge.

La crise sanitaire a mis du sel sur les plaies. L'inflation rebat les enjeux. Les carences passées de la régulation sont mises au débit des pouvoirs publics... quand bien même les responsabilités sont partagées (sur la question des *numerus clausus* par exemple).

La crise ne concerne pas seulement la France, ce qui relativise les responsabilités de chacun mais ne fait qu'accroître le sentiment d'impuissance.

Autre inédit, fâcheux celui-là : les invectives pleuvent dru (sur le sujet des pratiques avancées et de l'accès direct, notamment) et les propositions plus ou moins fantaisistes fusent. Le contexte de négociation ouvert par la convention médicale n'explique – et n'excuse – pas tout.

Tout cela pour dire que nous ne pouvons plus raisonner sur ces questions dans des mondes séparés. De ce point de vue, la configuration des conventions de l'assurance maladie n'est pas disons... idéale. Comme le Ségur de la santé en son temps ne l'était pas.

Changer de posture

La posture des acteurs doit aussi évoluer de façon très sensible sur plusieurs points :

- Les questions de formation ne sont plus seulement une affaire de formateurs ou d'étudiants : le pilotage de ces questions est une responsabilité éminente des pouvoirs publics : la prospective stratégique en ces matières, la politique de régulation quantitative, le pilotage des recrutements, l'accréditation et l'évaluation des formations, l'articulation avec la formation continue... tout cela doit être plus précisément managé et il ne suffit plus ici d'activer l'arme réglementaire traditionnelle. Dispenser des formations de qualité et bienveillantes est, par exemple, devenu un objectif pour les politiques publiques si l'on veut éviter les déperditions en cours de formation ou à l'issue de celle-ci... ;

- Certains sujets ont été trop longtemps renvoyés à l'initiative individuelle et à l'intérêt des agents alors qu'ils ont une dimension systémique et engagent l'intérêt général :
 - Il en va ainsi des dispositifs de promotion professionnelle ou de validation des acquis : on ne fera pas les mêmes efforts en termes d'engagement politique et de moyens mobilisés si l'on veut bien considérer que ces dispositifs participent de l'attractivité des métiers concernés et donc de la robustesse de l'organisation du système de santé ; le développement de la formation en alternance et la simplification des dispositifs de VAE sont ainsi clairement aujourd'hui une priorité pour le système de santé ;
 - L'extension des compétences des professionnels en poste, dans un registre de pratique avancée ou de spécialisation – peu importe ici – ne doit pas être considéré seulement à travers le bénéfice individuel que peuvent retirer les agents : il est de l'intérêt du système de bâtir les compétences intermédiaires dont nous avons besoin. De ce point-de-vue, les « retards à l'allumage » que l'on a connus pour le déploiement des pratiques avancées infirmières doivent servir de leçon ;
 - Il en va de même des questions de conditions de travail et de pénibilité : en faire un enjeu de durabilité des carrières change la perspective. On sait que certaines carrières soignantes sont interrompues prématurément ; on sait aussi qu'il y a un sujet relatif à l'emploi des séniors, en particulier évidemment dans un contexte de réforme des retraites. La qualité de vie au travail, la lutte contre la pénibilité sont donc fondamentalement des enjeux collectifs.

On pourrait multiplier les exemples.

- Enfin, la pertinence de telle ou telle réforme sur l'organisation du système ne se retrouve pas forcément dans la carrière des agents... et réciproquement : la montée en compétences de telle ou telle profession ne rejaillit ainsi pas forcément sur les carrières ou le positionnement des professions (exemple, là encore, des pratiques avancées).

Autre façon de le dire : prises individuellement, les réformes sont – ou finissent par être – considérées le plus souvent comme pertinentes, qu'il s'agisse de la mise en place des pratiques avancées infirmières, des expérimentations article 51, des transformations profondes dans le domaine de la formation, des initiatives en matière d'accès direct ou des capacités d'action nouvelles des soignants (en matière de prescription ou de vaccination)... mais tout cela n'emporte pas une transformation du système ou des carrières des agents.

Abondance d'initiatives

Si l'on refusait en introduction la vision eschatologique trop souvent répandue, ce n'est pas seulement pour ne pas « désespérer » du système et des possibilités de rebond. C'est aussi parce que de très nombreux sujets ont bien été ouverts au fil des ans.

Contrairement peut-être à d'autres domaines de l'action publique, on peut même dire que les pouvoirs publics ont été particulièrement prolifiques.

Chaque grande – ou petite – loi Santé (2004, 2009, 2016, 2019...) a embarqué des dispositions, plus ou moins nombreuses, sur les métiers. Les lois de financement de la sécurité sociale ne sont pas en reste. Sans parler des propositions de loi... La période actuelle est productive en la matière.

La Grande conférence de la santé de 2015-2016 avait traité des sujets RH sur une base étendue, sans guère mobiliser de moyens budgétaires. Comme quoi, tout ne se résume pas à l'épaisseur de l'enveloppe financière.

Le Ségur de la santé a mis, lui, des moyens importants mais sur une base plus étroite, tant du point de vue des enjeux pris en charge que des professions et statuts concernés. Aujourd'hui, on paie cette carence et il nous faut donc élargir le propos. C'est l'objet des débats du Conseil national de la refondation – Volet santé et des conventions en cours entre les professions et l'assurance maladie : pour la masso-kinésithérapie et pour la profession médicale.

Gagner en cohérence et en force d'impulsion

L'impression commune est que ces initiatives à foison ne font pas suffisamment sens et n'ont pas produit les impacts attendus sur l'organisation du système de santé et sur la situation vécue par les professionnels. Plusieurs éléments d'explication peuvent être avancés :

- Les temps de maturation ou de déploiement sont longs et le sens de l'action tend à se diluer au long de ces parcours de concertation ou de fabrique de la réglementation ;
- Le modèle de financement et de valorisation des compétences n'est pas révélé bien souvent. Les financements traditionnels subsistent, avec les échelles de valeur afférentes, et les innovations peinent à émerger ou à se faire une place. « Le vieux monde se meurt, le nouveau monde tarde à apparaître... » ;
- Les goulots d'étranglement sont nombreux dans la conduite des réformes, phénomène amplifié par les lacunes du pilotage interministériel ;
- La multiplicité des objets de réforme produit un effet de dispersion de l'action publique et des possibilités de contestation.

Il faut dès lors gagner en cohérence et en force d'impulsion. Cela suppose :

- De bâtir, concerter, partager la vision sous-jacente des transformations que les pouvoirs publics entendent porter : selon les cas, jusqu'à présent, la vision est tantôt assumée (et portée dans les discours des responsables publics), tantôt tue ou déployée à bas bruit ou de façon brouillonne. Autrement dit, il faut une vision des métiers du soin, un dessein, un cadre de financement, un discours et ne plus avancer masqué ;
- De conduire simultanément un ensemble d'actions cohérentes dont la portée et le sens se renforcent l'une l'autre : on a besoin d'une feuille de route claire, déclinée en plans d'action (avec des objectifs, des échéances et des jalons précis), embarquant dans un même mouvement les différents départements ministériels concernés et les autres autorités (dont les régions), aux côtés des parties prenantes (professionnels, usagers, opérateurs, employeurs, étudiants...).

Le modèle, il n'y a pas à aller le chercher bien loin : regardons ce que l'on a fait en matière de santé numérique ces dernières années et inspirons-nous des bonnes pratiques et de l'organisation déployée à cette occasion.

Stéphane Le Bouler, président de Lisa

Comptes sociaux : la bamboche, c'est bientôt fini ! *(10 janvier 2022)*

Ce n'est pas politiquement correct mais cela ne relève pas pour autant de la provocation : il va bien falloir reposer rapidement la question de l'équilibre financier de la Sécurité sociale et particulièrement de la branche maladie, dont le déficit est abyssal, y compris dans sa dimension structurelle. La dette Covid a été de façon légitime cantonnée, logée dans la CADES, dont la durée de vie a été prolongée mais ce type de solution ne marche qu'une fois. Il faut donc retrouver rapidement le chemin de l'équilibre, dans un mix de recettes nouvelles et de maîtrise des dépenses, sachant que les effets du Ségur de la santé seront quant à eux permanents et que la croissance massive des dépenses en faveur du Grand âge est devant nous. C'est là un débat bien désagréable mais incontournable de la présidentielle.

Actuellement, au niveau du régime général de la Sécurité sociale, deux branches sont excédentaires (la branche famille et la branche accidents de travail), une branche est légèrement déficitaire (la branche retraite) et une branche est structurellement déficitaire (la branche maladie). Le déficit engendré est à peu près le triple de celui de 2018.

Le déficit de la branche maladie a été décuplé par la crise de la COVID-19. Le déficit structurel est estimé à environ 20 milliards d'euros, parmi lesquels 4,3 milliards peuvent être associés aux dépenses directement liées à la crise sanitaire et 9,3 milliards font suite aux mesures déployées au titre du Ségur de la Santé. Sur la partie conjoncturelle de ce déficit, une partie des pertes de recettes pourra être compensée. Le « surcoût COVID », lié par exemple à la dépense associée aux tests et aux campagnes de vaccination, sera lui aussi moindre (si la situation sanitaire se stabilise enfin).

Concernant la branche autonomie nouvellement créée, on constate un léger déséquilibre de ses comptes. La constitution de cette branche correspond à un transfert de la contribution sociale généralisée (CSG) maladie. 23 milliards d'euros de CSG ont en effet été transférés à cette branche.

L'analyse des déficits des différentes branches doit se comprendre en considérant leur périmètre respectif. En fonction de la présentation des chiffres, le « trou de la Sécurité sociale » pèse tantôt sur la branche maladie, tantôt sur la branche autonomie.

Par rapport à ces tendances, la Loi de financement de la sécurité sociale de 2022 n'affiche pas l'amélioration de la situation par rapport à la trajectoire (si on ne faisait rien), contrairement à ce qui se pratiquait jusque-là. Cela peut s'expliquer à la fois par le souhait de ne pas froisser les professions de santé dans le contexte de crise et par le contexte pré-électoral.

De fait, aucun débat n'a été ouvert pour le moment sur ce déficit structurel de 20 milliards d'euros de la branche maladie.

Il est aujourd'hui possible d'emprunter à de faibles taux d'intérêt, voire à des taux d'intérêt négatifs. Pour l'heure, la dette n'est donc pas problématique et son transfert est organisé. La fin du remboursement de la dette sociale a été décalée de 2024 à 2033. Cette situation ne sera peut-être pas la même à l'avenir : il faut réfléchir à comment réduire de manière structurelle les déficits.

Le gouvernement qui sera élu en 2022 devra donc se poser rapidement la question du retour à l'équilibre.

Pour ramener à l'équilibre la branche maladie, on peut agir sur les dépenses, quand bien même cela paraît compliqué dans le contexte actuel où il faut, en outre, absorber les conséquences des revalorisations salariales et des plans d'investissement dans l'hôpital. Une solution pourrait consister à déverser plus de dépenses sur les complémentaires : c'est aussi dans ce contexte qu'il faut lire le débat sur la place de celles-ci.

Le retour à l'équilibre devra donc aussi passer par une opération sur les recettes. Cette opération pourrait être directe, en augmentant la CSG et les cotisations sociales, ce qui poserait un problème d'acceptabilité. L'opération de retour à l'équilibre pourrait également être indirecte, en transférant une recette indexée de l'Etat à la Sécurité sociale et plus particulièrement à la branche maladie. Le déficit supplémentaire pourrait ainsi être pris en charge par l'Etat.

Concernant les retraites (l'autre déficit), relever l'âge du départ à la retraite en proposant des compensations ne représenterait pas un coût important et aurait de plus un effet immédiat. Cela permettrait de revenir à l'équilibre en trois ou quatre ans, ce qui serait réalisable à l'échelle d'un quinquennat.

[1] Et la note de la Cour des comptes de décembre 2021 « Santé : garantie l'accès à des soins de qualité et résorber le déficit de l'assurance maladie » (dans la série des Enjeux structurels pour la France) ne fait que rappeler les enjeux budgétaires et articule des « recettes » des plus classiques.

Régime obligatoire / complémentaires

Une priorité : l'efficacité de notre système de protection sociale

(18 janvier 2022)

Les défis principaux que notre système de protection sociale, et plus largement de santé, doit relever sont bien connus : déployer une politique de prévention qui ne soit plus sacrifiée aux arbitrages budgétaires de court terme, mieux organiser les parcours des patients et donc, en amont, l'offre de soins, mettre en place des outils de régulation, développer l'accompagnement, dont la nécessité n'est rien d'autre que la conséquence des succès de la médecine et de la chronicisation des pathologies... Il ne s'agit donc pas seulement de solvabiliser des dépenses, dont la pertinence n'est pas toujours interrogée.

En un mot, il convient de rechercher une meilleure efficacité pour notre système de protection sociale. C'est à l'aune de cet objectif qu'il faut examiner la question de l'articulation entre les régimes obligatoires d'assurance maladie et les complémentaires.

Les questions en débat

Paradoxalement, la question de l'efficacité est peu présente, voire totalement absente de ces débats, qui se limitent souvent à une approche institutionnelle.

Le scénario dénommé de « Grande sécu » n'y échappe pas, pas plus que le « bouclier sanitaire », idée lancée en 2007 par Martin Hirsch et qui resurgit périodiquement.

Il est surprenant de ne pas repartir, dans cette affaire, des raisons qui ont conduit aux deux évolutions marquantes des dernières décennies : le décrochage entre les bases de remboursement de la Sécurité sociale et les prix réels de nombreux biens et services d'un côté, les transferts des régimes obligatoires vers les complémentaires pour ce qui est appelé le « petit risque », d'un autre côté. Ces deux phénomènes trouvent leur origine dans la volonté de limiter les déficits de la Sécurité sociale tout en contenant le poids des prélèvements obligatoires.

Ils expliquent que la couverture par une complémentaire soit devenue une question critique (d'où les processus de généralisation de cette couverture, qui ont peu à peu conduit à une normalisation du secteur sous l'égide de l'Etat) et que le taux d'effort (prix de la complémentaire + reste à charge) grimpe inexorablement.

La « Grande sécu » viendrait, en quelque sorte, boucler la boucle : désengagements du régime obligatoire – généralisation de l'assurance complémentaire – étatisation. Elle a l'apparence de la cohérence mais ne fabrique guère de régulation dans la durée.

S'il s'agit d'améliorer l'existant, le propos est pourtant moins la recherche d'une meilleure solvabilisation des dépenses – le HCAAM1 relève d'ailleurs justement la très bonne position de la France sur ce critère, sauf pour ceux qui sont en dehors de la

couverture complémentaire ou acquittent des primes très importantes au regard de leurs revenus (en particulier les personnes âgées dont les revenus sont proches des seuils de la complémentaire santé solidaire - C2S) – que les problèmes d'organisation de l'offre de soins et de prévention et l'articulation entre les acteurs.

Ne nous y trompons pas, la question centrale des prochaines années sera la soutenabilité du système, pour apurer le déficit structurel actuel² et pour faire face aux conséquences du vieillissement. Seuls une meilleure organisation de l'offre de soins et des parcours et le souci de la pertinence des prises en charge permettront de répondre aux contraintes financières.

La gestion du risque et son partage entre les différents financeurs

Ces défis recourent ce qu'il est convenu d'appeler la gestion des risques³, notion introduite dans le code de la Sécurité sociale après les ordonnances Juppé de 1996 et qui dépasse largement la seule solvabilisation des dépenses. La gestion des risques doit, en principe, faire l'objet d'échanges entre l'Uncam⁴ et l'Unocam⁵ selon la loi du 9 août 2004.

Disons-le : la gestion des risques n'est pas la préoccupation principale des pouvoirs publics ni celle des régimes obligatoires, qui ont tendance à confisquer cette compétence... sans pour autant l'exercer réellement.

L'amélioration de l'efficacité suppose pourtant une véritable gestion des risques, qui, elle-même, nécessite un minimum de contrainte sur l'offre, chacun de ces domaines devant faire l'objet d'une répartition claire entre les différents acteurs du système.

En vérité, la Sécurité sociale a toujours refusé de partager la gestion des risques, qui est pourtant une dimension indissociable de toute activité d'assurance. Ce souci de garder une forme de monopole se traduit aussi dans le refus de faire participer les OCAM à certaines dépenses. Les rémunérations forfaitaires (souvent accompagnées de critères à respecter par les professionnels), auxquelles les complémentaires ont proposé de participer, restent exclusivement financées par les régimes obligatoires... de crainte pour ceux-ci de devoir partager ensuite l'élaboration des contreparties avec les complémentaires.

C'est toute la question de la négociation tripartite des conventions médicales, prévue dans la loi du 9 août 2004 mais pratiquement jamais mise en œuvre, sauf pour tenter d'imposer la prise en charge de dépassements d'honoraires par les complémentaires... Un paradoxe quand on se souvient que ces dispositions ont été imaginées pour faciliter des positions communes des financeurs !

C'est bien sûr le débat sur la possibilité de contractualisation entre les OCAM et les professionnels de santé qui est ainsi ouvert. Toujours repoussée par les professionnels de santé qui craignent de perdre leur liberté, elle pourrait cependant permettre des déclinaisons territoriales ou professionnelles des dispositions conventionnelles que l'assurance maladie ne peut mettre en œuvre, comme en témoigne l'échec de la proposition 6, pourtant timide, puisque soumise à l'accord des signataires nationaux, destinée à décliner régionalement les conventions nationales.

Une contractualisation entre OCAM et professionnels de santé serait susceptible de favoriser, au-delà de l'amélioration des pratiques, l'accessibilité des prestations et soins de santé.

Les modalités sont à définir, qui allieraient la définition d'un cadre de droits et de devoirs au niveau global et une déclinaison au niveau individuel.

Bien sûr, la gestion des risques en santé comporte des spécificités, puisqu'un des objectifs est la recherche d'égalité dans l'accès aux soins qui suppose qu'il n'existe ni risques ni populations exclues de l'assurance. Le système actuel y répond plus ou moins bien grâce à plusieurs outils : l'obligation d'assurance dans les régimes de base, la quasi-réassurance que ceux-ci exercent vis-à-vis des assureurs complémentaires pour les risques les plus lourds, la prise en charge par l'Etat des risques non assurables par les complémentaires...

Cette situation est un point d'équilibre à peu près accepté par tous, notamment parce qu'il faut qu'un aléa demeure pour que les complémentaires puissent continuer à « faire de l'assurance » et ne pas se cantonner au seul service.

Pourtant de nombreuses questions persistent, notamment dans la prévention des risques.

La confusion des rôles

L'absence de définition précise des rôles de chacun conduit à une dilution des responsabilités.

C'est vrai pour la prévention, notion sous laquelle se cachent des actions très diversifiées. La prévention primaire qui s'inscrit dans la durée doit probablement demeurer l'apanage des régimes obligatoires et plus largement des pouvoirs publics.

Les actions de prévention secondaire, qui s'adressent à des populations ciblées et interviennent au stade précoce de la pathologie (dépistages, etc.), peuvent en revanche être utilement mises en œuvre par les OCAM, dans les contrats collectifs bien sûr mais aussi dans des logiques de territoire. Il en va de même de la prévention tertiaire.

La confusion est encore plus flagrante pour l'organisation de l'offre de soins : il conviendrait de mieux distinguer les missions de l'Etat (formation, régulations professionnelles, garantie d'une offre plancher) et celles des financeurs, régimes obligatoires comme complémentaires (incitation à l'installation dans les zones sous dotées, meilleure rémunération des pratiques de qualité, incitation à l'innovation, etc.).

Les deux financeurs présentent des atouts et subissent des contraintes très différents.

Les limites de l'action des régimes obligatoires résident d'abord dans l'absence de sélectivité et de déclinaisons régionales dans le conventionnement, on l'a dit.

Cette vision uniformisante est en partie liée à la nature même des régimes obligatoires et au souci d'égalité formelle, en partie à l'absence de volonté politique. Cette

incapacité d'agir des régimes obligatoires pour tenir compte des disparités territoriales et démographiques légitime plus encore le besoin d'outils de régulation accessibles aux OCAM.

L'accompagnement

De la même manière que la prévention est négligée au profit du curatif, l'accompagnement est second au regard de la prise en charge biomédicale. Pourtant, de nombreux besoins relèvent aujourd'hui de l'accompagnement autant que d'une intervention médicale. Ces besoins sont difficilement couverts pour de multiples raisons cumulatives : offre insuffisante, métiers mal rémunérés et donc peu attractifs, restes-à-charge parfois très importants pour les utilisateurs. Le maintien à domicile en est un excellent exemple, puisqu'il « coûte » souvent plus cher aux complémentaires qu'un séjour en institution.

Nous touchons ici le point sensible du modèle économique. En effet, celui-ci est souvent le fruit de l'histoire et n'est pas toujours en phase avec les objectifs affichés.

Cette question n'est pas indépendante de celle des parcours, dont la pertinence doit aussi s'accompagner de cohérence économique pour éviter des situations comme celles des urgences,
« victimes » des conditions de leur prise en charge

Au-delà de dispositions qui relèvent de choix tarifaires des pouvoirs publics (notamment la suppression des tickets modérateurs exorbitants pour certaines hospitalisations), un scénario en matière d'assurance qui entend répondre aux enjeux réels de notre système de protection sociale doit impérativement intégrer les quatre dimensions suivantes :

- Le déploiement d'une politique de prévention déterminée, au-delà des incantations, avec une répartition réaliste des interventions ;
- L'organisation des parcours et l'information des usagers sur la qualité ;
- Une régulation partagée, afin de parvenir à un modèle économique soutenable ;
- Une contractualisation avec les professionnels qui associe les complémentaires.

La répartition des rôles entre les deux financeurs autour de ces quatre sujets doit permettre d'éviter les conséquences délétères de la situation actuelle, notamment une mise en concurrence des complémentaires sur les seuls critères de prix, qui pousse à la segmentation des risques et donc à un affaiblissement des mécanismes de mutualisation. Disons-le nettement : payer le coût de la concurrence sans laisser de marges de manœuvre aux acteurs pour gérer le risque et porter l'innovation n'a pas de sens, économiquement parlant.

Mettre les complémentaires en situation d'exercer leurs responsabilités doit enfin s'accompagner d'une évaluation rigoureuse et transparente de leurs activités, en rapport avec des objectifs de santé publique, pour éviter certaines dérives (on l'a vu dans le domaine de l'optique). Il faut donc que les mécanismes économiques qui s'appliquent aux complémentaires valorisent le respect de l'intérêt général... et soient cohérents avec les objectifs affichés.

Etienne Caniard et Stéphane Le Bouler

Avec la participation aux travaux de Jean-Marc Coursier, Sébastien Rochelle et Jean-Denis Zafar

1 <https://www.strategie.gouv.fr/publications/quatre-scenarios-polaires-devolution-de-larticulation-entre-securite-sociale-assurance>

2 <https://www.lisa-lab.org/comptes-sociaux-la-bamboche>

3 La gestion du risque en santé ne répond pas à la définition classique en vigueur dans le monde assurantiel hors santé, la marge de manœuvre des assureurs étant de fait plus réduite, par exemple par l'absence de tarification pour les régimes obligatoires ou l'impossibilité de contracter avec les professionnels de santé pour les complémentaires.

4 Union nationale des caisses d'assurance maladie

5 Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie

6 Disposition un temps présente dans la dernière loi Santé, puis retirée sous la pression des syndicats médicaux.

ONDAM et inflation : mode d'emploi à inventer

(26 juin 2022)

Dans un papier de janvier dernier^[1], nous avons alerté sur les défis qui attendaient les finances sociales à la sortie de la crise sanitaire. Problème redoutable, que les évolutions du premier semestre 2022 ne font que confirmer.^[2]

Mais c'était sans compter le phénomène radicalement nouveau de la période récente : la résurgence de l'inflation, quasiment disparue depuis l'invention de l'ONDAM (Objectif national de dépenses d'assurance maladie) en 1996. Depuis 25 ans, nous pouvions raisonner évolutions en volume, renchérissement spécifique des biens et services de santé, effets du vieillissement et du progrès technique sur les dépenses, etc.

Il va désormais falloir distinguer l'évolution générale des prix et celle des biens et services de santé, apprécier les évolutions en volume et les revenus de chacun des acteurs derrière le « voile de l'inflation ».

Le « diable inflation » est sorti de sa boîte...

Le retour de l'inflation n'a guère animé, en tant que tel, la campagne électorale, pas plus que le reste, direz-vous. La question du pouvoir d'achat a été largement présente mais on n'a guère débattu politique économique et stratégie à adopter face à l'inflation et au risque de stagflation. Comble de l'ironie, cela faisait des années que les banques centrales tentaient de ranimer l'inflation pour redonner des marges de jeu aux politiques économiques. La succession de la crise sanitaire et de la guerre en Ukraine ont « réussi » là où les politiques monétaires avaient échoué : ranimer les prix...

La crise sanitaire a perturbé les approvisionnements et le fonctionnement de l'économie globalisée ; elle a aussi bouleversé les relations d'emplois, avec notamment le phénomène de « grande démission » décrit pour les États-Unis. La guerre en Ukraine a ensuite amplifié le mouvement en provoquant un renchérissement brutal des prix de l'énergie et des biens de première nécessité. Même si on a un peu perdu l'habitude de réfléchir sur les causes de l'inflation, on reconnaît ici les déterminants classiques de celle-ci, voire de la stagflation, cette combinaison redoutable de la faible croissance et de la hausse générale des prix que l'on connaissait dans les années 1970 et au début des années 1980.

Quelles conséquences en matière d'assurance maladie ?

Le renchérissement des prix de l'énergie concerne aussi bien les professionnels de ville (pour leurs déplacements) que les organisations collectives (hôpitaux et établissements médico-sociaux), sur le plan thermique notamment. Le gîte et le couvert vont globalement être plus coûteux. Les clauses d'indexation des contrats, auxquelles on pouvait être relativement peu attentif jusque-là, vont être activées. Cela va être brutal.

La facture va également être très élevée en ce qui concerne les revenus des acteurs : les rémunérations dans le public, dans un contexte déjà très tendu, vont évoluer au rythme de l'indice de la fonction publique ; les conventions collectives dans le privé vont devoir suivre très vite, pour éviter un décrochage en termes d'attractivité. Les rémunérations des professionnels de ville ne resteront pas longtemps en retrait.

La situation du secteur santé amplifiera sans doute les mouvements généraux sur le prix du travail : on y connaît le plein emploi – et même des situations de pénurie – et les conséquences classiques sur les salaires sont inéluctables. Le Ségur n'y suffira pas...

Péril pour les finances publiques mais aussi difficultés attendues dans les secteurs où les usagers assument une large part de la dépense : on pense en particulier au coût de l'hébergement dans les EHPAD.

Si on regarde du côté de l'investissement, la situation est là aussi délicate : les marchés de travaux et de construction subissent de plein fouet le renchérissement des matériaux de construction et des biens intermédiaires. L'effort d'investissement fait par l'État va être en partie absorbé par l'inflation.

Côté financement, la facilité de l'argent pas cher a cessé : les taux d'intérêt longs ont déjà pris plus de 200 points de base, effet des anticipations inflationnistes et des restrictions monétaires récentes. Seule perspective favorable, l'augmentation des revenus des agents économiques va générer des recettes nouvelles, pour autant que la stagflation ne s'impose pas et dans les limites d'un système structurellement en déficit.

Alors que faire ?

Il faut tout d'abord adapter le logiciel de pilotage de l'ONDAM et s'intéresser à nouveau à la question de l'évolution des prix relatifs au sein du secteur santé.

Si conférence de la santé il y a, ce sujet doit être au cœur des débats, avec une discussion globale sur les revenus et les prix des facteurs, en lieu et place du traitement parcellisé habituellement pratiqué.

A moyen terme et à rebours des raisonnements malthusiens qui ont longtemps prévalu, il faut fournir au système de santé les personnels dont il a besoin pour limiter la pression sur les revenus.

Stéphane Le Bouler

[1] « Comptes sociaux : la bamboche, c'est bientôt fini ! » <https://www.lisa-lab.org/comptes-sociaux-la-bamboche>

[2] Cf. note du dernier Comité d'alerte : <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/comptes-de-la-securite-sociale/les-avis-du-comite-dalerte>

La « Conférence des parties prenantes » et la fin de l'argent magique (6 septembre 2022)

Le fameux « Quoi qu'il en coûte », proclamé au printemps 2020, avait une rationalité économique : ne pas laisser s'écrouler des pans entiers de l'économie était une disposition de sauvegarde qui avait du sens.

Le problème, comme souvent, est qu'on a ouvert la boîte de Pandore. L'argent magique s'est infiltré partout. Il a servi, selon la vocation initiale, à prendre en charge les coûts sanitaires directs de la crise et à amortir les chocs économiques liés à la réfection des affaires, mais aussi à amorcer des transformations de nos modes de vie et de production, notamment pour aller vers plus de sobriété énergétique (un des objets du plan de relance). Il a aussi financé une nouvelle politique des salaires dans le champ de la santé (le *Ségur*) et concouru à la reprise de la dette des hôpitaux. Il amortit aujourd'hui les conséquences de l'inflation.

Le Haut conseil des finances publiques s'inquiète des conséquences de tout cela et met en doute la fiabilité de nos perspectives de stabilité transmises à Bruxelles[1]. La Cour des comptes fait – discrètement – son job. On se gaussait des Italiens et des chiffres de leur dette publique il y a quelques années. Nous y sommes. Nul doute que les marchés exerceront bientôt une pression beaucoup plus forte et obligeront à des ajustements douloureux.

Il n'est pas inutile de disséquer nos errements et les effets pervers de l'argent magique. La sphère des administrations sociales sera en effet en première ligne au moment de procéder aux ajustements.

L'argent magique, c'est celui qui ne coûte pas. *Game over*

On a eu fugitivement, en 2020, le débat sur la possibilité de ne pas rembourser la dette Covid. Cantonner n'est pas répudier. La dette a *de facto* été cantonnée pour éviter qu'elle ne pèse sur le fonctionnement courant de l'Etat et des administrations sociales. On l'a déployée sur des échéances très longues, à coût quasi nul en termes d'intérêts mais le résultat est là : + 17 points de dettes en pourcentage du PIB en deux ans, 114,5% du PIB aujourd'hui (quand Maastricht, rappelons-le, prescrivait 60% ; la situation fin 2019 était à 97,5% du PIB). Cette seule circonstance barre aujourd'hui l'horizon, sans parler de la charge de la dette qui s'accroît à nouveau avec la hausse des taux (35 milliards € en 2021, 50 milliards en 2022).

Moralité : l'argent magique n'a jamais existé et, de toute façon, cette époque est révolue.

Le « Quoi qu'il en coûte » et ses déviances

Pouvait-on penser que dans un pays dopé depuis des décennies à la dépense publique un tel slogan pouvait s'appliquer sans que se multiplient les dérives et les effets d'aubaine ? Ils ont de fait été légion.

Dans la prise en charge des conséquences sanitaires de la crise tout d'abord. Dispositifs de protection, dépistage, vaccinations, fonctionnement des établissements de santé... Le secteur a bénéficié d'infinies largesses, de peur sans doute de brider les énergies en matière de tests ou de vaccinations ou d'ajouter, pour les établissements de santé, les contraintes d'équilibre financier aux difficultés capacitaires. On a donc abdiqué toute politique raisonnée prix-volumes pour ce qui est des tests et offert de confortables effets d'aubaine à certains établissements de soins, ceux qui avaient la possibilité de limiter leur activité en bénéficiant des amortisseurs mis en place.

Il n'y avait guère de raisons en effet que le domaine sanitaire échappât aux dérives connues dans de nombreux secteurs.

Quand on abolit les règles du fonctionnement économique courant (et c'est le sens profond de la formule), il y a forcément des effets pervers... et cela n'empêche pas de payer l'addition le moment venu (défaillances d'entreprises et risques sur les prêts garantis par l'Etat) : double peine.

L'argent magique du *Ségur* de la santé

Nous avons été quelques-uns à ne pas croire que le *Ségur* de la santé apporterait les solutions aux maux du système. On ne bâtit pas une politique publique sur un remord, l'idée d'une compensation, d'une rétribution pour service rendu. « Trop peu et trop tard », ont dit certains syndicats... et ils n'avaient pas forcément tort.

Avant le Covid, sous les quinquennats précédents et entre 2017 et 2020, on amorçait des réformes importantes (sur les compétences des soignants, en particulier) sans bourse délier.

Avec le *Ségur*, on a fait en gros l'inverse et ouvert les vannes du financement à hauteur de 8 milliards d'euros par an sans guère toucher à l'organisation des métiers et du système.

A la fin des années 1980, on avait beaucoup reproché au gouvernement de gauche revenu aux affaires – et au ministre en charge, Lionel Jospin, en particulier, d'avoir pareillement revalorisé les traitements des enseignants sans conditionner cet effort budgétaire à l'évolution du système.

Pas grand-chose sinon rien dans ces accords du *Ségur de la santé* sur les carrières, les conditions de travail, les situations de pénibilité particulière, le management des organisations... Deux ans après, les individus votent avec leurs pieds. Exit.

C'est toute une politique des carrières et des revenus qu'il nous faut rebâtir aujourd'hui et ce doit être l'objet de la *Conférence des parties prenantes* annoncée pour cette rentrée. Il faut donner des perspectives aux agents, re-donner du sens et permettre aux individus de se projeter.

Quand nous parlons de politique de revenus, il ne s'agit pas d'arroser toutes les professions inconsidérément, chichement ou largement selon les capacités de pression des acteurs. Une politique de revenus, cela emporte des gagnants et des perdants, des choix autrement dit.

La *Conférence des parties prenantes* saura-t-elle jouer cartes sur table, c'est-à-dire statistiques en mains et priorités assumées ?

L'argent magique et la politique des bureaux

Les libéralités budgétaires ont une autre conséquence pernicieuse : la multiplication des guichets, des appels à projets, des primes et des subventions, pour tout... et, parfois, n'importe quoi. L'impression se répand que toute activité, toute pratique, tout projet, jugés salutaires pour l'évolution des pratiques en faveur de la santé, de la sobriété, de la mobilité douce, etc. ont désormais vocation à être subventionnés.

Vu la difficulté à trouver des financements en faveur de la prévention collective en santé, on devrait sans doute s'en réjouir mais il ne faut pas méconnaître les effets pervers redoutables de cette pratique.

Primo cela donne un pouvoir discrétionnaire invraisemblable aux bureaux chargés de distribuer cette manne, qui prospèrent évidemment dans les services de l'État, de ses opérateurs, des collectivités locales. La chasse aux primes et aux subventions (re)devient un sport national. Le secteur de la santé n'est évidemment pas épargné. Il est même en première ligne. Les guichets se multiplient dans les Agences régionales de santé ou les Caisses primaires d'assurance maladie, comme au niveau central et, avec eux, pour instruire les dossiers, les chargés de mission dans les organisations professionnelles ou les collectivités. On fabrique des organisations assistées.

Secundo cette politique des guichets se substitue à des règles de financement stables, construites dans la durée, assises sur des principes conservatoires ou, mieux, péréquateurs.

Les collectivités locales sont en première ligne dans cette affaire : confrontées à l'incertitude sur leurs dotations (il faut bien donner des arguments à Bruxelles) mais en permanence sollicitées pour quémander à des guichets multiples les subventions instruites par les bureaux d'État. Foin de la décentralisation.

En matière d'organisation de santé, il semble aussi plus simple de déployer cette même politique des guichets pour stimuler les initiatives que de bâtir des principes de financement des acteurs qui soient les dépositaires des priorités de l'action publique.

L'argent magique et l'inflation

Drôle de période que celle que nous traversons. Il fut un temps, point si lointain, où l'on pratiquait les politiques de refroidissement en cas de poussée inflationniste. Il s'agissait de bloquer les prix qui pouvaient être maîtrisés par la puissance publique et de freiner les salaires pour éviter l'emballement de la spirale prix-salaires. On

actionnait en même temps l'arme monétaire au plan national (en augmentant les taux directeurs).

Désormais, l'action monétaire est déclenchée au niveau européen. Et les dispositifs budgétaires sont lourdement utilisés... pour jouer les amortisseurs à la hausse des prix (primes, ristournes et revalorisations en tout genre). On actionne bien les « boucliers » ça ou là mais, conséquence d'une politique de l'offre, on ne recourt plus au blocage autoritaire des prix et on hésite à mettre en place des prélèvements en face des dépenses... et des surprofits de certains opérateurs... Et, pour faire bon poids, on poursuit même la politique de démantèlement des impôts (redevance et CVAE aujourd'hui, après la taxe d'habitation hier).

Aujourd'hui, les perspectives sont préoccupantes sur tous les plans : inflation, dette, croissance.

On a pourtant besoin de ressources pour fabriquer les transformations dont le pays a besoin, et le secteur de la santé au premier chef.

On a surtout besoin d'un récit et d'un projet, ne serait-ce que pour sortir de l'impression folle que tout est gratuit dans l'espace public lorsque les milliards pleuvent, alors que tout un chacun connaît parfaitement les contraintes dans l'espace privé.

La Conférence des parties prenantes ne devra pas être celle des vaines promesses sans contreparties. On n'en a tout simplement pas les moyens.

Stéphane Le Bouler, président de Lisa

[1] Haut Conseil des finances publiques, Avis relatif aux prévisions macroéconomiques associées au programme de stabilité pour les années 2022 à 2027, Avis n°HCFP-2022-3, 26 juillet 2022, <https://www.hcfp.fr/liste-avis/avis-ndeg2022-3-programme-de-stabilite-2022-2027>

Lab : Inégalités sociales et territoriales

Inégalités de santé : affronter les réalités *(10 mars 2022)*

Les programmes et déclarations politiques en période électorale évoquent la montée des inégalités, inégalités sociales surtout et, sur un registre un peu différent, l'accélération de la fracture territoriale.

Le monde de la santé invoque volontiers, de son côté, les inégalités sociales de santé, parfois les inégalités sociales et territoriales de santé.

Quant à l'opinion publique et aux médias, deux faits territoriaux, la désertification médicale et l'exposition aux risques environnementaux, focalisent leur attention.

À l'issue de deux années de pandémie, à quelques semaines des élections présidentielle et législatives, où en est-on des inégalités de santé, qui avaient émergé comme thématique d'intérêt des débats en 2017 ?

Une prise de conscience dispersée

Les inégalités sociales de santé, amplement documentées dans la littérature française et internationale, se vérifient dans les variations d'état de santé, de comportements ou de recours au système de santé.

Elles sont paradoxalement quasiment absentes du débat public (hors période électorale). Treize ans d'écart de durée de vie en moyenne entre les hommes ayant respectivement les plus faibles et les plus hauts revenus. C'est une différence comparable à celle qu'on connaît en termes d'espérance de vie entre la Suisse et le Tadjikistan... et cela n'émeut guère.

Au demeurant, il ne s'agit pas seulement d'un phénomène binaire, opposant les catégories sociales les plus favorisées à celles qui le sont moins, mais d'un gradient social décroissant, qui concerne tous les groupes sociaux, qu'ils soient classés selon la catégorie socio-professionnelle, le niveau de revenus ou de diplôme.

Dans l'esprit de beaucoup, l'inégalité sociale globale trouverait son illustration, son résultat en quelque sorte, dans l'inégal état de santé. En d'autres termes, il n'y aurait pas grand-chose à faire, en matière d'orientation de la politique de santé. Les inégalités territoriales de santé sont, quant à elles, bien plus évoquées, parce que les élus locaux et les populations en appellent à l'État et à sa responsabilité et parce que les instances représentatives des différentes professions de santé se sont saisi de la question de la désertification médicale.

Après avoir réclamé des établissements de soins, puis exigé que ceux-ci soient maintenus, les élus mettent aujourd'hui en priorité la préservation ou la reconstitution, à l'échelle locale, de l'offre de santé de tous les jours, médecins généralistes

notamment.

Sporadiquement, la question environnementale mobilise aussi à l'échelle locale, lorsque des émissions de polluants sont suspectées ou avérées et lorsque des effets sur la santé sont redoutés.

En revanche, l'inégalité territoriale d'état de santé n'alimentait guère la presse et était quasiment absente des réseaux sociaux... du moins avant que le suivi des nouveaux cas et du nombre d'hospitalisations et de morts liées au COVID viennent incarner la dimension spatiale de la santé.

Ceci dit, la territorialisation de la politique de santé est encore aujourd'hui une réalité peu tangible. Les trois mois d'espérance de vie que l'on gagnait chaque année en France avant le COVID ne bénéficiaient pas à tous les territoires, loin s'en faut. Mais cette divergence territoriale caractérise ce qui est assimilé à des réalités structurelles : offre de soins, état de santé, environnement, déclin ou attractivité économique.

A l'heure du bilan

Au terme de l'actuel quinquennat, le bilan des politiques publiques dans la réduction des inégalités de santé apparaît en-deçà des ambitions initiales.

Ma santé 2022, souvenons-nous, entendait concrètement améliorer la santé des Français. Il s'agissait d'en faire l'axe principal de la politique, ce qui justifiait de déployer le 100% santé et de se défaire de quelques vaches sacrées, en mettant un terme au numérisé clausus par exemple. Pas de grands chamboulements mais quelques goodies numériques qui s'avéreront bien utiles par la suite. Pas de réorganisation territoriale hospitalière, mais pour une fois, une forte sensibilité aux enjeux locaux. Pallier la désertification médicale, dans les faits et non pas seulement dans le discours, passait, d'une part, par la refondation des hôpitaux locaux, d'autre part, par la constitution, moins suradministrée, des communautés professionnelles territoriales de santé – CPTS (par rapport aux maisons de santé pluri-professionnelles par exemple).

Quant aux inégalités sociales de santé, rien au presque, en dehors de leur mention dans la *Stratégie nationale de santé*, dont le suivi devenait pluri-ministériel.

Difficile de se prononcer cependant sur un quelconque bilan en faisant abstraction de l'expérience COVID que le système de santé a traversée, de façon inédite, en première ligne.

En dépit des premières hésitations, de quelques cafouillages, d'une impréparation avérée et d'une sous-intégration des politiques de santé à l'action publique, l'alliance des parties devant la pandémie a permis d'atteindre des résultats au moins comparables, si ce n'est plus satisfaisants que dans bien d'autres pays européens.

Restent la prise en compte et le traitement des inégalités de santé que, justement, l'épidémie a révélées.

Durant la crise, le système statistique s'est révélé globalement incapable de guider l'action publique face aux inégalités sociales et territoriales de santé. Afin de monitorer

le pilotage, il a fallu mettre en place à marche forcée la remontée d'informations indispensables, qui s'est effectuée durant les premiers mois par la transmission de tableurs Excel.

La statistique publique n'était pas prête : par exemple, un tiers des départements ne transmettaient pas à l'INSEE le recueil des décès par voie numérique. Quant à l'impact social différentiel de la crise, il était impossible de l'estimer faute de pouvoir établir un lien entre données sociales et données de santé.

Sans la crise du COVID, bien des années se seraient sans doute passées avant que l'on se rende compte que notre système statistique ne se prêtait pas au suivi et à l'évaluation d'impact des politiques publiques.

Sans le COVID encore, la modestie des indicateurs et des études dont disposent les ARS n'aurait pas été soulignée et la faiblesse des délégations territoriales des ARS n'aurait pas été évoquée et reconnue par leur représentant, en l'occurrence Jean-Yves Grall, directeur général de l'ARS Auvergne Rhône-Alpes.

Dans de telles conditions, dues en partie à la réduction des moyens des ARS et de la direction statistique ministérielle (la DREES), il était impossible de comprendre, suivre et prétendre réduire les inégalités de santé, impensable de tenir compte et de mesurer sur le terrain l'impact des interventions des associations, des opérateurs de l'État et des collectivités locales.

Était-il possible de renvoyer aux porteurs de projets de la prévention et de la promotion de la santé un retour alimentant leurs apprentissages ? Non. Était-il possible de percevoir, et mieux, d'anticiper les tendances en cours à l'échelle locale de l'état de santé et de l'offre de soins courante ? Non plus.

Quelles mesures prendre ?

Parce que les inégalités de santé sont fondamentalement des constructions sociales et territoriales, qui résultent aussi des configurations locales des soins, il est indispensable de contribuer à ce que se mettent en place des évaluations d'impact de l'action locale de santé.

Un mauvais ou un bon état de santé ne peuvent plus être compris comme l'effet banal d'une configuration sociale locale ou en fonction d'une prétendue insertion dans des *espaces périphériques*. Il est plus que temps de passer à l'action et de faire que les politiques de santé rendent des comptes sur le terrain et veillent à intégrer les effets sur la santé locale des politiques publiques à plus fort impact. Un vœu pieux ? Pourquoi ne pas mettre sur pied des Objectifs collectifs quantifiés de santé publique – OCQSP, écho de santé publique aux objectifs quantifiés de l'offre de soins – OQOS – existants ?

Ceci suppose de s'allier avec les collectivités locales sensibles au sujet. Concrètement, cela implique de ne pas laisser les contrats locaux de santé, les projets territoriaux de santé et les projets régionaux de santé dans les fictions décevantes où on les cantonne habituellement. Ceci peut se réaliser dans le contexte d'une décentralisation renforcée ou en l'état actuel des compétences.

L'État a la responsabilité, mais il n'est pas seul maître à bord dans cette affaire. Le service public de proximité, dans sa capacité d'adaptation, a un rôle majeur à jouer à l'échelle locale. Les maires et les professionnels de santé du quotidien doivent pouvoir bénéficier d'une médiation diminuant l'asymétrie de la relation avec les instances de santé.

Enfin, il conviendrait que se mette en place, dans chaque région, une entité *sachante*, indépendante, apte à rendre compte de la réduction effective des inégalités, socio-territoriales, ainsi que des facteurs et conditions de réussite constatés, et qu'un bilan concerté publié soit réalisé sur l'ensemble du territoire national.

Olivier Lacoste, Joy Raynaud

Ressources bibliographiques :

- o Basson JC, Haschar-Noé N, La fabrique des inégalités sociales de santé, Toulouse, 2021, Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole, 111p.
- o Betemps J-M., Rance E., Roth N., Cartographie des productions statistiques publiques dans les domaines de la santé et de la solidarité, Paris, 2021, IGAS-INSEE, 96 p. et ann. <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article839>
- o Haschar-Noé N, Lang T. Réduire les inégalités sociales de santé. Une approche interdisciplinaire de l'évaluation. Toulouse, 2017, Presse Universitaires du Midi, 522 p.
- o HCSP, Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution, ADSP, n°113, 2021. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/adsp?clef=1174>

Prévention, consultations et inégalités de santé *(11 octobre 2022)*

Si l'on rapproche les annonces du ministre de la Santé et de la Prévention relatives aux « consultations gratuites » à 25, 45 et 65 ans, et le récent rapport de la DREES sur l'état de santé de la population française¹, le mandat est clair : les initiatives en matière de prévention devraient bénéficier en priorité aux personnes éloignées des soins pour concourir à la réduction des inégalités.

Le rapport de la DREES devrait être lu et approprié par toutes les institutions, tous les acteurs qui participent en quoi que ce soit de l'organisation de notre système de santé. Il est en effet édifiant. Les différences selon le niveau de revenu et de diplôme d'une part, selon la localisation géographique d'autre part, concernent tout à la fois les comportements (tabac, alcool, nutrition, sédentarité), les risques encourus dans la vie professionnelle, les pratiques de dépistage (avec un gradient social très fort sur la mammographie ou le cancer colorectal par exemple), l'accès aux ressources de soins, etc.

Alors quid des « consultations gratuites » dans cette affaire ?

Considérons-les comme un marqueur et non comme l'alpha et l'oméga d'une politique de prévention renouvelée².

L'action sur les déterminants de santé environnementaux, sur les facteurs sociaux influençant les comportements individuels et sur l'accès aux services de santé invite bien entendu à mobiliser l'ensemble des politiques et les acteurs territoriaux².

Mais revenons aux consultations.

Il y a d'abord un certain nombre de considérations techniques : durée, cotation, professionnels de santé mobilisés, adossement aux nouvelles organisations des soins (MSP et CPTS notamment...). Autant de sujets qui permettront de juger de la pertinence a priori de ce dispositif et de sa valeur ajoutée par rapport à l'existant.

Au-delà, des questions se posent quant à la disponibilité et à l'accessibilité des ressources de santé.

Comment aller vers ? Comment obtenir une bonne adhésion des populations les plus éloignées des soins ? Comment éviter de reproduire dans cette affaire les inégalités spatiales existantes ? Comment absorber cette demande nouvelle dans un système en forte tension où la ressource en soins primaires est devenue plus rare ?

On ne manque pas d'expériences pilotes en ces domaines, en France et chez nos partenaires. Il paraîtrait utile de conduire une évaluation sérieuse de ce qui marche et... de ce qui ne marche pas, et de capitaliser les évaluations déjà conduites en la matière, avant de mobiliser des moyens importants dans cette affaire.

Sources

1. DREES, L'état de santé de la population en France, les Dossiers de la DREES N°102, septembre 2022.
2. https://www.lexpress.fr/actualite/sciences/les-consultations-gratuites-a-25-45-et-65-ans-une-fausse-bonne-idee-par-francois-bourdillon_2181061.html

Santé de l'enfant : une crise qui vient de loin (24 novembre 2022)

La saturation actuelle des services des urgences hospitalières pour la prise en charge des enfants en bas âge ne saurait nous surprendre. Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales[1] de mai 2021 avait parfaitement décrit les ingrédients de cette crise. Près de quinze ans auparavant, le rapport de Danièle Sommelet[2] avait d'ailleurs déjà dit l'essentiel. Explicitons les enjeux à notre tour :

- **un défaut d'organisation des soins sur fond de déficits démographiques croissants.**
En situation d'abondance des ressources soignantes, les lacunes de la gradation des soins, autrement dit une définition peu opératoire des rôles respectifs des différents professionnels de la santé de l'enfant sur le terrain, étaient déjà préjudiciables en termes d'efficience.
Elles deviennent critiques lorsque les professionnels viennent à manquer. Il importe donc aujourd'hui de replacer les différents métiers (pédiatres libéraux et hospitaliers, médecins généralistes, médecine salariée - PMI, médecine scolaire –, infirmiers de puériculture, infirmiers de soins généraux, auxiliaires de puériculture) dans une organisation graduée (expertise (hyper)spécialisée, recours, soins primaires) rationalisée sur les niveaux d'expertise de chacun, en lien avec l'organisation en matière de périnatalité. Il faut notamment créer des grosses équipes pour le recours et les urgences et développer un réseau territorial (en équipe également) pour tout ce qui relève des soins de proximité, impliquant fortement les paramédicaux et les médecins généralistes, avec le soutien des pédiatres pour les situations plus complexes ;
- **un défaut d'anticipation en termes de prospective sur les ressources humaines :** la crise vient de loin et durera longtemps. Le déficit d'attractivité de la pédiatrie libérale n'est pas un phénomène nouveau et il ne suffisait pas d'ajouter des postes aux ECN (examens classant nationaux) pour résoudre le problème : de fait, le nombre de pédiatres augmente (+11% entre 2012 et 2020) mais leur répartition entre exercice libéral et hospitalier s'est modifiée (en faveur de ce dernier : la part de l'exercice libéral exclusif est passée de 32% à 23,5% de 2012 à 2020). La place de cette spécialité dans la hiérarchie des rémunérations préparait de longue date nos difficultés actuelles. La démographie professionnelle interdit désormais les solutions en forme de plans sur la comète : il faut faire avec l'ensemble des compétences disponibles aujourd'hui et à moyen terme et mieux les organiser ;
- **l'inadaptation des appareils de formation.** Le défaut d'anticipation ne concerne pas seulement la pédiatrie libérale. C'est toute la chaîne de formation qui s'est révélée défaillante. Les travers sont bien identifiés : une tendance à la « sur-spécialisation » des internes, avec une formation longue (5 ans) et très hospitalo-centrée ; des stages de pédiatrie générale en libéral peu nombreux et des formes d'exercice isolé pas toujours attractives pour les professionnels en formation ; une part limitée de la prise en charge du jeune enfant dans les stages des internes de médecine générale ; la déshérence de la formation des infirmiers de puériculture avec un référentiel datant de... 1983 ; l'absence d'enseignements spécifiques à la prise en charge de l'enfant dans la maquette de la formation socle infirmière depuis la refonte de 2009, etc. La formation d'infirmier spécialisé en puériculture est un sujet emblématique : elle doit être portée sans délais au niveau Master et pleinement intégrée à l'Université pour engager la revalorisation de la profession ;

- **la désorganisation de la filière**, qui aboutit à des difficultés toutes particulières s'agissant des soins non programmés (bien au-delà des épidémies saisonnières de bronchiolite). Les petites structures hospitalières de pédiatrie peinent, par exemple, à attirer les jeunes pédiatres formés dans des services pointus et ont du mal à assurer un service des urgences de qualité. Au-delà des solutions pour faire face à la crise actuelle, la restructuration passe par la mobilisation ordonnée des professionnels autour de maisons de la santé de l'enfant, d'équipes de soins spécialisés rassemblant les compétences médicales et paramédicales et, plus globalement, des formes d'exercice coordonné à sensibiliser d'urgence à cette problématique ;
- **une situation péjorative en termes d'éducation à la santé, de prévention et de dépistage**. Le gradient social est particulièrement important dans la prise en charge de la santé de l'enfant et les pertes de chance ancrent ces différences dans la durée. Mettre davantage de moyens sur une organisation rationalisée et rendre de l'attractivité aux professions concernées est de facto une façon très concrète pour prendre au sérieux la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Les observateurs avisés se diront qu'il y a là des éléments de diagnostic classiques des maux de notre système de santé.

À l'instar d'autres problématiques (l'organisation en matière de santé mentale par exemple), la santé de l'enfant est en effet un bon traceur de nos dysfonctionnements et des solutions à mettre en place. Facteur aggravant, la façon dont on prend en charge la santé de l'enfant prépare aussi la vie de l'adulte : raison de plus pour mieux la situer parmi les priorités de nos politiques de santé.

Hélène Berrué-Gaillard, présidente de l'Alliance maladies rares, membre du bureau de Lisa
et **Stéphane Le Bouler**, président de Lisa

[1] IGAS, E.Fauchier-Magnan et Pr. B.Fenoll, avec le concours de la Pr. B.Chabrol, La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France, mai 2021 <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2020-074r.pdf>

[2] Danièle Sommelet, L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé, mars 2007 <https://www.vie-publique.fr/rapport/29050-lenfant-et-ladolescent-un-enjeu-de-societe-une-priorite-du-systeme>

Pour en savoir plus retrouvez Lisa sur son site Internet :

www.lisa-lab.org

Ou contactez-nous : contact.lisalab@gmail.com