

CRAPS LOG

LE MAGAZINE D'INFORMATION DU CRAPS

N°19 / NOVEMBRE 2020





**"MERCIA À TOUS NOS
CONTRIBUTEURS QUI
ENRICHISSENT PAR
LEURS RÉFLEXIONS
UNE DYNAMIQUE
COMMUNE QUE
NOTRE THINK TANK
POURSUIVRA."**

À l'heure où la France s'apprête à affronter pour la seconde fois en l'espace de quelques mois à peine la crise du Covid-19, le CRAPS fidèle à sa vocation de favoriser les échanges sur ce qui est constitutif de notre pacte républicain à savoir, la protection sociale - héritée de Léon Bourgeois et du programme du Conseil national de la Résistance - participera naturellement aux efforts demandés par le Gouvernement.

Les dîners-débats et les réunions de travail se dérouleront par conséquent à distance, en visioconférence. Les travaux entrepris à l'instar des ouvrages collectifs à paraître sur la recherche médicale, la psychiatrie et la protection sociale de la communauté Sécurité-Défense seront quant à eux, comme à l'habitude menés avec détermination.

Par ailleurs, chacun l'aura compris, les mesures prises dans le cadre de la crise sanitaire ne seront pas sans incidence sur notre système de protection sociale et notamment sur sa soutenabilité économique. En juillet dernier, 8 milliards d'euros de revalorisations salariales étaient alloués aux paramédicaux, non médicaux et hospitaliers. Mais, sur quelles bases seront financées la pérennité de ces mesures supplémentaires ? Comment éviterons-nous qu'une crise financière ne vienne s'ajouter à la crise sanitaire, induisant de facto une crise sociale majeure ? Autant d'interrogations qui viennent nourrir le débat public en cette période troublée.

Si au milieu du XIX^e siècle l'idée que la science est synonyme de progrès, le progrès médical nous a sans doute fait oublier que les virus font toujours partie intégrante de la vie. Un siècle plus tard, le phénomène est toujours là.

Les épidémies interrogent alors les sociétés modernes dans leur capacité à faire face à leur menace, à anticiper pour apporter des réponses tant politiques

que scientifiques et sanitaires, dans leur aptitude à communiquer en temps de crise. Durant cette crise épidémique, c'est l'organisation de notre système de santé qui est interrogée.

Derrière le retard de la chirurgie ambulatoire ou de la médecine de jour se cache un ancien débat, celui des lits de suite et de rééducation, celui des moyens séjours, ou encore des lits prenant en charge des personnes âgées. La coordination des acteurs de santé s'impose, l'interopérabilité s'oppose au mythe des moyens supplémentaires comme seul remède. La crise doit ainsi être l'occasion de revoir l'organisation de notre système de santé, comme l'articulation des métiers.

À l'heure où opinions et dogmatismes se confondent dans un climat aux allures de chaos, plus que jamais, la parole politique et scientifique doit retrouver force et vigueur. Le CRAPS fidèle à son engagement participera à la réflexion pour ouvrir et éclairer le débat. Débat qui sera notamment éclairé par des expertises objectives mais aussi comparatives entre les pays qui ont une dimension économique comparable, puisque les problématiques de santé ne connaissent pas de frontières.

D'autre part, puisqu'il ne peut y avoir de démocratie sanitaire sans pluralisme des approches ni sans débats, le CRAPS voulu comme un lieu de rencontres, de réflexions, d'échanges et de propositions sera au rendez-vous, afin que chacun puisse réfléchir à l'avenir de notre système de protection sociale.

Merci à tous nos contributeurs qui enrichissent par leurs réflexions une dynamique commune que notre think tank poursuivra. Merci à nos partenaires pour leur indéfectible soutien. ■

JEAN-PAUL SÉGADE
PRÉSIDENT DU CRAPS



L'IMAGE 6

APRÈS LA CRISE DU COVID-19...
TOUS SOLITAIRES, TOUS SOLIDAIRES



L'ACTU 8



LE FOCUS 10

LES CLÉS DU SÉCUR
AU SEIN DU PLFSS



ZOOM 48

JE CHERCHE UN HOMME...



TRIBUNE 54

UNE NOUVELLE ÈRE POUR
L'HÔPITAL PUBLIC ?



TRIBUNE 58

LA RECONNAISSANCE DU PRINCIPE
DE GARANTIE HUMAINE DE
L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE



DOSSIER 12

SÉCUR DE LA SANTÉ : PASSER DU
VIRTUEL AU RÉEL...



ITW 20

MARIE-SOPHIE DESAULLE
PRÉSIDENTE DE LA FEHAP



ITW 28

D^R RACHEL BOCHER
PRÉSIDENTE DE L'INPH



TRIBUNE 60

UN SÉCUR PROMETTEUR QUI RESTE
À PRÉCISER



TRIBUNE 63

SÉCUR DE LA SANTÉ : CE QU'IL FAUT
IMPULSER SANS ATTENDRE



TRIBUNE 65

EMPLOI ET EUROPE



CRAPSLOG, le magazine d'information et de réflexion du CRAPS
45, rue Boissy d'Anglas - 75008 PARIS
01 83 89 68 64
accueil@association-craps.fr
www.association-craps.fr

Directeurs de publication
Jean-Paul Ségade & Fabien Brisard

Président du comité éditorial
Hervé Chapron

Conception et Réalisation
Fabien Brisard, Anaïs Fossier, Pierre-Maxime Claude

Crédits Photo
Cocktail santé - Philippe Chagnon, Shutterstock

Impression
Imprimerie Guillotte



DOSSIER 30

AUTO-ENTREPRENEURS ET TRA-
VAILLEURS DE PLATEFORMES : LES
GRANDS OUBLIÉS DE LA PROTECTION
SOCIALE ?



ITW 42

OLIVIER RICHEFOU
PRÉSIDENT DU DÉPARTEMENT DE LA
MAYENNE



TRIBUNE 68

OCTOBRE ROSE, MOBILISONS-NOUS



TRIBUNE 70

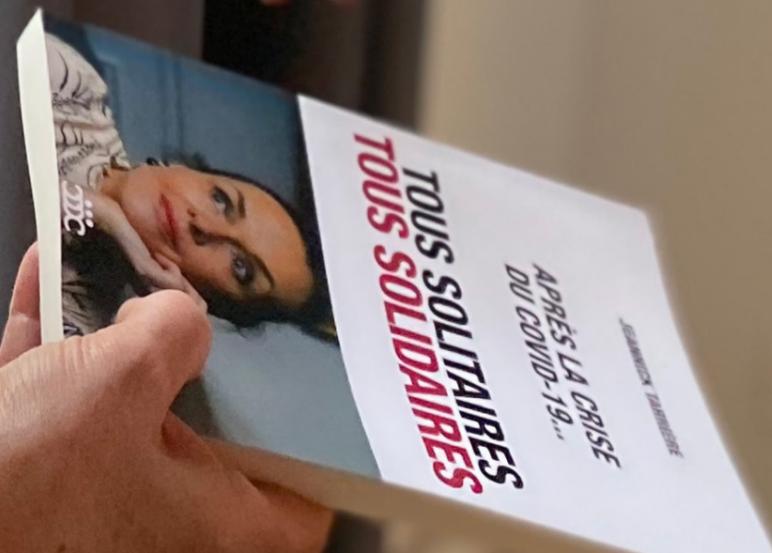
LA CHIRURGIE VA-T-ELLE
DISPARAÎTRE ?



TRIBUNE 74

LÀ OÙ SE TROUVE UNE VOLONTÉ,
SE DESSINE UN CHEMIN

Après la crise du Covid-19... Tous solitaires, tous solidaires.
Signé Jeannick Tarrière, édité par le CRAPS.



NOUVEAU LIVRE



À l'heure où le débat doit se construire autour et au-delà du Ségur de la santé, le CRAPS a souhaité apporter les points de vue des acteurs de terrain analysés par un groupe d'experts.

Les contributions reflètent une réalité quotidienne difficile mais démontrent aussi une volonté et une capacité des acteurs de participer à la construction d'un nouveau modèle. En ouvrant le débat sur le Ségur de la santé, les pouvoirs publics ont le devoir de ne pas décevoir mais également de ne pas promettre ce que l'on ne peut pas donner durablement.

En appelant plus de 40 acteurs hospitaliers à apporter leurs contributions, cet ouvrage se veut être également une contribution au débat. La construction de ce nouveau modèle reposerait sur un triptyque : trois principes, cinq niveaux de décision et neuf propositions fonctionnelles.

NOUVEAU LIVRE

Diplômée de l'Université Panthéon-Sorbonne (Paris) - DEA Droit social et titulaire d'un Master Stratégie d'Intelligence économique (EGE - Paris), Jeannick Tarrrière est une experte reconnue du secteur de la santé et de la protection sociale. Fondatrice de Traits d'union, elle préside le Comité scientifique du Cercle de Recherche et d'Analyse sur la Protection Sociale (CRAPS).

Pour lutter contre ce qu'il qualifie de plus grave crise sanitaire qu'ait connue la France depuis un siècle, le Président de la République annonce le 12 mars 2020, que le Gouvernement mobilisera tous les moyens financiers nécessaires pour soutenir l'économie, porter assistance, pour prendre en charge les malades, pour sauver des vies « quoi qu'il en coûte ».

Chaque épreuve porte en elle la capacité d'en sortir. Pour protéger la communauté, il a fallu s'en retirer; pour préserver le collectif, il a fallu le fragmenter en une multitude de retraits individuels. Cette introspection a opéré notre individuation. Solitaires, nous sommes devenus solidaires. Pour dessiner le monde de la santé d'après, il nous faut « déconfiner » nos esprits et en finir avec les lieux communs. Nous réinventer sans refaire l'Histoire.

Reste une question, comment en sommes-nous arrivés là ? Comment avons-nous abandonné à l'administration, la gestion de notre bien commun sans aucun débat démocratique et retardé notre entrée dans le XXI^e siècle ?

Ensemble, réinventons le système de santé de demain.



À LIRE

« La crise est le moment où l'ancien ordre du monde s'estompe et où le nouveau doit s'imposer en dépit de toutes les résistances et de toutes les contradictions » disait Antonio Gramsci, et, nombreux sont ceux qui présentent la crise épidémique comme un possible tournant vers un monde meilleur. L'expression « le monde d'après » fait florès. Convaincu que ce « monde d'après » doit être différent de celui d'avant, le Président de la Mutualité Française, Thierry Beudet, appelle de ses vœux une société recentrée sur l'humain, plus solidaire, plus écologique et invite à repenser le soin mutuel pour « réinventer demain ».

Chaque jour - de l'annonce de la création d'un Comité scientifique à l'annonce de l'ouverture d'un Ségur de la santé - l'auteur s'attèle à la délicate tâche de tirer des enseignements de la crise sanitaire et à énoncer des solutions. De l'urgence sanitaire aux soins du quotidien, sur nos fragilités mises en lumière durant la crise, il dessine les contours d'une société solidaire, plus à même de nous protéger, de partager la valeur et de créer de l'égalité pour répondre aux urgences écologiques et sociales d'aujourd'hui et de demain.

Engagé aux côtés de tous les mutualistes, qui, dans les centres de santé, les cliniques ou les Ehpad ont su trouver des solutions en dépit des nombreuses difficultés rencontrées, l'auteur, dans un véritable plaidoyer de l'esprit mutualiste a souhaité marquer « l'action de tous ceux qui ont fait acte de solidarité et de créativité, partout en France », reconnaissant en première ligne « le mutualisme que nous aimons, son esprit d'innovation, sa vocation à l'entraide, au sens du collectif et du partage ». Thierry Beudet rappelle alors que ce sont les microsolidarités quotidiennes, l'action en proximité des acteurs et l'altruisme spontané des citoyens les uns envers les autres qui ont constitué la première ligne dans le combat contre la crise épidémique.

Durant cette crise inédite, le soin mutuel s'est donc installé partout, par l'engagement de chacun. Et, « lorsque chacun prend soin de chacun c'est

l'entraide qui l'emporte, lorsque chacun prend soin de la société c'est l'intérêt général qui l'emporte, lorsque la société prend soin de chacun, c'est la solidarité qui l'emporte ». Le Président de la Mutualité Française entend ainsi porter avec force ce triptyque « entraide, intérêt général et solidarité » au cœur du mutualisme et de ses grands combats, lors des débats - fondamentaux - qui devront avoir lieu à l'issue de la crise.

Afin d'accompagner les évolutions de demain, le Président formule dans son journal des propositions.

Il préconise notamment à cet égard, d'inventer des solutions solidaires ayant vocation à favoriser les dynamiques d'entraides, à freiner les inégalités nouvelles, à réduire les isolements et les grandes factures. Il préconise d'autre part, d'inventer des réponses adaptées aux nouveaux risques, aux grandes mutations et aux usages émergents dans une articulation efficiente avec l'État-Providence. Enfin, Thierry Beudet invite à réinventer la santé dont nous avons besoin, c'est-à-dire « humaine puisque le patient y est au centre, démocratique puisque l'accès et l'implication de tous y sont assurés et préventive puisque l'éducation à la santé et le mieux être en sont les fondements ».

Pour conclure, si les pouvoirs publics ont fait preuve de réactivité, les

Français de responsabilité et de citoyenneté et que l'État-Providence a pleinement joué son rôle « d'amortisseur », l'auteur, au fil des pages affine son analyse et identifie les failles constatées durant la crise : défaut d'anticipation, manque de reconnaissance des soignants, gouvernance hospitalière trop complexe, défiance à l'égard des vaccins, absence d'une réelle politique publique de prévention... Ce journal qui se referme sur une crise qui dure, pose les bases d'une réflexion nécessaire sur le « monde d'après » pour « réinventer demain ».

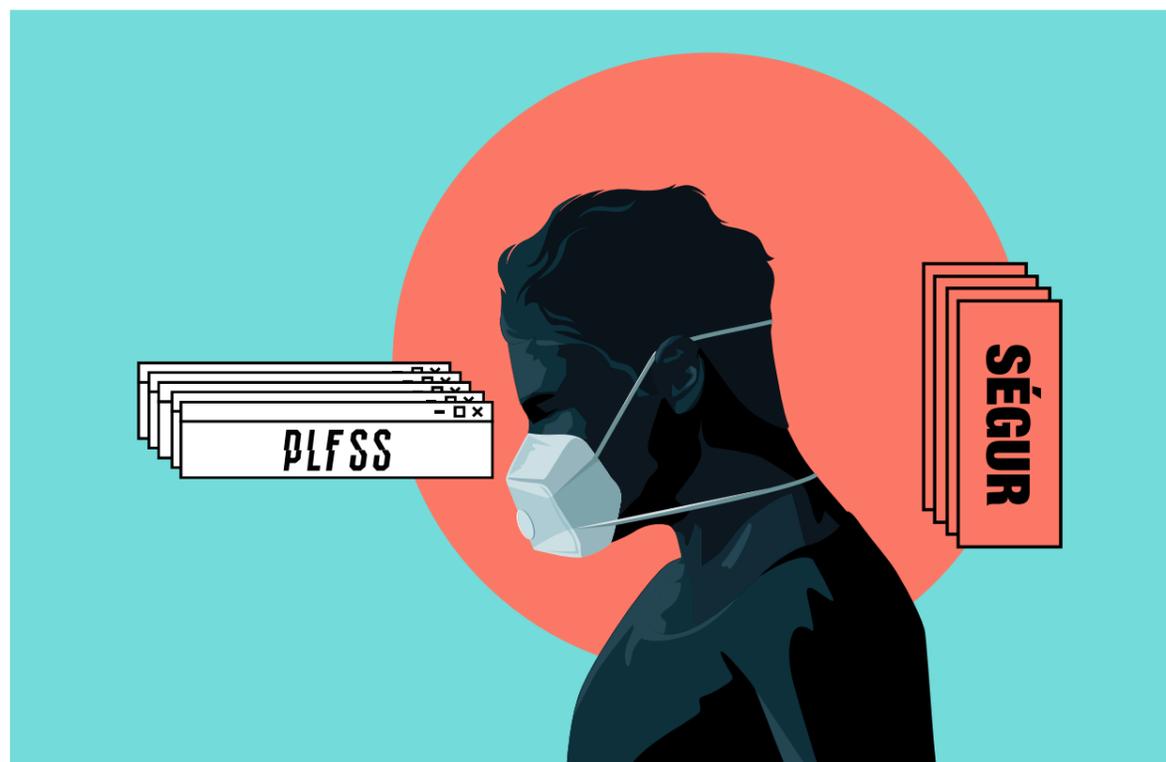
Anaïs Fossier, Chargée d'études au CRAPS



FOCUS

LES CLÉS DU SÉCUR AU SEIN DU PLFSS

CETTE ANNÉE, LE SÉCUR DE LA SANTÉ SERA INSCRIT DANS LA LOI, AVEC DES REVALORISATIONS SALARIALES HISTORIQUES, UN INVESTISSEMENT MASSIF DANS L'IMMOBILIER, LES ÉQUIPEMENTS ET LE NUMÉRIQUE QUI FAIT PARTIE INTÉGRANTE DU PLAN DE RELANCE ENGAGÉ PAR LE GOUVERNEMENT. CET EFFORT INÉDIT DANS NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ CONSTITUE UN LEVIER POUR ACCÉLÉRER ET APPROFONDIR LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ INITIÉE PAR « MA SANTÉ 2022 ».



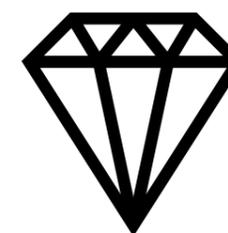
HAUSSE DE 6 % DE L'ONDAM EN 2021 HORS CRÉDITS CRISE COVID

POURSUITE DU DÉVELOPPEMENT

DE LA TÉLÉMÉDECINE AVEC, PENDANT 2 ANS, LA PRISE EN CHARGE INTÉGRALE DES ACTES DE TÉLÉCONSULTATION



PLFSS 2021



REVALORISATION

DES SALAIRES DES PERSONNELS HOSPITALIERS ET DES EHPAD : 8,8 MILLIARDS D'€ AJOUTÉS À LA TRAJECTOIRE DE L'ONDAM POUR 2020 – 2023

PLAN MASSIF D'INVESTISSEMENT

CONTRIBUANT AU PLAN DE RELANCE EN FAVEUR DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX : 19 MILLIARDS D'EUROS



EXPÉRIMENTATION

SUR 5 ANS D'UN MODÈLE MIXTE DE FINANCEMENT POPULATIONNEL DES ACTIVITÉS DE MÉDECINE

DÉPLOIEMENT DES MAISONS DE NAISSANCE, LIEUX D'ACCOMPAGNEMENT FAIBLEMENT MÉDICALISÉS ET PERSONNALISÉS DES FEMMES ENCEINTES ET DE LEUR BÉBÉ



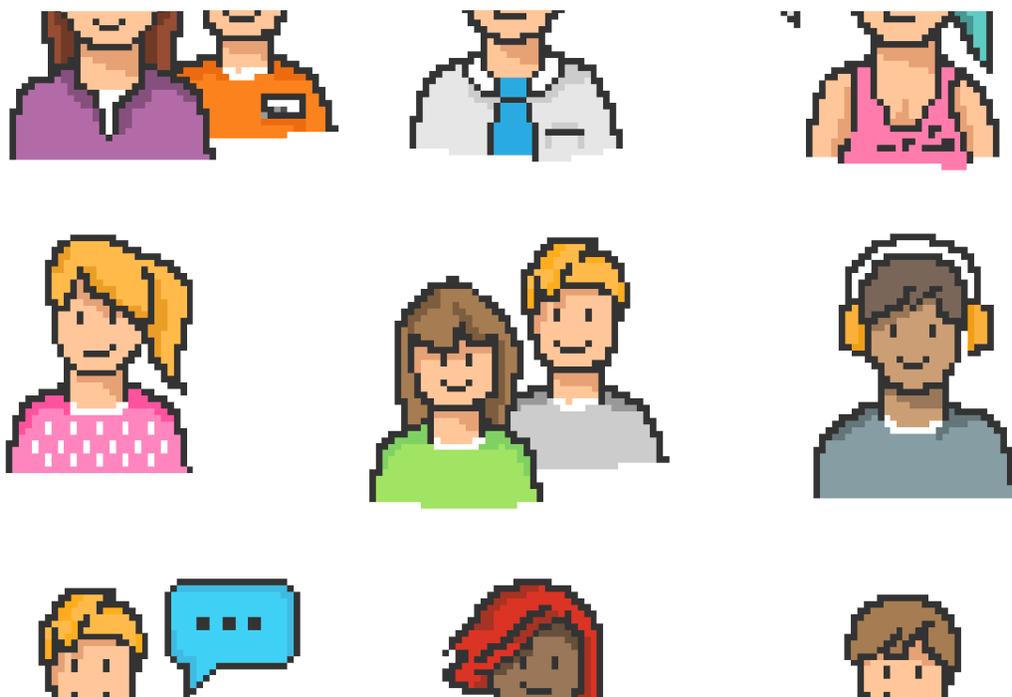
POURSUITE DE LA RÉFORME DE LA TARIFICATION HOSPITALIÈRE

SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT DES HÔTELS HOSPITALIERS



SÉCURITÉ DE LA SANTÉ PASSER DU VIRTUEL AU RÉEL...

PAR ANAÏS FOSSIER
CHARGÉE D'ÉTUDES AU CRAPS



CHAPÔ

DEPUIS LONGTEMPS DÉJÀ, LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ TIRENT LA SONNETTE D'ALARME SUR LA CRISE QUE CONNAÎT NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ. EN DÉCEMBRE DERNIER, PAS MOINS DE 660 CHEFS DE SERVICE, RESPONSABLES D'UNITÉS DE SOINS ET DE MÉDECINS HOSPITALIERS MENAGENT DE QUITTER LEURS FONCTIONS¹ ALERTANT SUR « UN HÔPITAL PUBLIC QUI SE MEURT » DÉNONÇANT « UN HÔPITAL AU BORD DU GOUFFRE ».

Tous déplorent une austerité qui frappe de plein fouet les hôpitaux au détriment de la qualité des soins et de la sécurité des patients : manque de moyens matériels et humains, fermeture de lits, surmenage, conditions de travail dégradées, les soignants sont à bout. À cela, s'ajoute un sentiment déjà ancien et bien ancré de ne pas être reconnu à la hauteur de

leur engagement. Pourtant, si la crise sanitaire a mis en lumière des dysfonctionnements, inégalités et rigidités, le système de santé a tenu. Il a tenu car par un dévouement exemplaire, nos soignants - qui souvent au péril de leur vie ont lutté pour préserver les nôtres - ont fait face.

Qualifiés de « héros nationaux », Emmanuel Macron leur promet le 25 mars à Mulhouse « un plan massif d'investissement et de revalorisation de l'ensemble des carrières pour notre hôpital ». Un peu plus tard, le 15 mai, en visite à la Pitié-Salpêtrière, le Président de la République fait

part aux personnels de santé de sa volonté de « mettre fin à la paupérisation de l'hôpital et des soignants », déclarant : « on a sans doute fait une erreur dans la stratégie annoncée il y a deux ans ». C'est ainsi que dans le prolongement de cet engagement présidentiel et fidèle à celui-ci, le Gouvernement lance le 25 mai, un « Ségur de la santé » dont l'ambition est élargie à l'ensemble du système de santé. Cette grande concertation - qui doit durer 2 mois - organisée sous l'égide de l'ancienne Secrétaire Générale de la CFDT Nicole Notat auprès de 300 acteurs du monde de la santé a vocation à « bâtir les fondations d'un système de santé encore plus moderne, plus résilient, plus innovant, plus souple et plus à l'écoute des professionnels, des usagers et des territoires ».

À l'occasion de son discours inaugural, Édouard Philippe précise les contours de cette concertation : il faut construire ensemble « l'avenir de l'hôpital », remédier à un système « bloqué et appauvri », bâtir « une nouvelle organisation du système de santé dans chaque territoire ». Pour ce faire, quatre piliers structureront l'essentiel de la concertation tels que les a définis le Président de la République. Il s'agira de revaloriser les carrières, de développer les compétences et les parcours professionnels à l'hôpital comme dans les Ehpad ; de mettre en oeuvre un plan d'investissement et de réformer les modèles de financement actuels ; de mettre en place un système plus simple, plus souple en revalorisant le collectif et l'initiative des professionnels ; et enfin de déployer une organisation du système de santé fondée sur le territoire, intégrant médecine de ville, hôpital et médico-social.



L'objectif est ambitieux, la tâche ardue tant le délai imparti pour aborder des problématiques d'ampleur est restreint. Entre revendications et interrogations, le lancement de cette grande concertation inquiète et fait réagir. À l'image du Syndicat des Médecins Libéraux (SML) qui constate que « les grands axes de la refondation annoncés sont visiblement très hospitalo-centrés ». Circonscrire le champ de la réflexion à l'hôpital d'une part et la médecine de ville d'autre part risque de reproduire l'habituelle vision - tronquée - du système de santé. De son côté, l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO) déplore la composition du Comité Ségur national, uniquement composé des « représentants du secteur hospitalier, de l'ordre et des syndicats de médecins de ville, et exclut tous les autres professionnels de santé, dont les pharmaciens d'officine et les infirmiers libéraux ». À cet égard, l'Union appelle le ministre de la Santé à « associer de façon équilibrée tous les professionnels de santé libéraux et notamment les pharmaciens d'officine afin de définir ensemble une stratégie cohérente ».

Les discussions débutent dans un climat tendu. Toujours est-il qu'après sept semaines de concertations « nous avons agi fort en engageant des sommes historiques, qui transformeront de manière tangible le quotidien des soignants » se félicite le ministre de la Santé. Le 13 juillet, Jean Castex, Olivier Véran et les organisations syndicales finissent par s'entendre sur le volet carrières, métiers et rémunérations, au coeur des travaux du Ségur (l'enjeu de la rémunération étant de loin la première revendication des soignants : citée par 84 % des professionnels, devant la possibilité de passer plus de temps auprès des patients (50 %))². Signé par trois syndicats majoritaires (FO, CFDT, UNSA), l'accord pour les personnels paramédicaux et non-médicaux prévoit une enveloppe de 7,6 milliards d'euros pour financer la revalorisation des salaires, enveloppe qui servira principalement à financer une hausse des salaires de l'ordre de 183 euros nets

mensuels. Les grilles de salaires de certains métiers seront quant à elles révisées.

Concernant les médecins, l'accord signé par l'INPH, le CMH et le SNAM-HP prévoit une enveloppe de 450 millions d'euros pour l'attractivité de l'hôpital public. Pour l'essentiel, cette somme devrait permettre d'augmenter « l'indemnité d'engagement de service public exclusif » versée aux praticiens qui s'engagent à ne travailler que dans les hôpitaux publics, sans dépassement d'honoraires. Actuellement de l'ordre de 490 euros brut par mois, cette dernière devrait passer à 1 010 euros mensuels. Aujourd'hui, la rémunération des praticiens hospitaliers constitue un frein au recrutement en début de carrière et les perspectives d'évolution au sein de la grille, quant à elles, ne permettent pas de fidéliser les personnels. Ainsi, les grilles de salaires ont vocation à être révisées, les trois premiers échelons à fusionner, et trois échelons de fin de carrières seront créés. Pour la Fédération hospitalière de France (FHF) il s'agit là d'une « mesure importante en particulier pour les jeunes praticiens ». De leur côté, les internes et étudiants en médecine devraient voir leurs indemnités de stages et de gardes revalorisées via une enveloppe budgétaire de 200 millions d'euros.

Au-delà de la revalorisation salariale, cet accord tend à poser les bases d'une politique de gestion des carrières et des compétences. Il permet plus de souplesse aux organisations et aux professionnels, notamment en ce qui concerne le travail. En effet, la perte d'attractivité de l'hôpital public résulte en grande partie des difficultés à stabiliser les organisations du temps de travail au sein des services. Il sera donc entre autre désormais possible de relever le plafond d'heures supplémentaires, de renforcer l'annualisation du temps de travail et le forfait jour mais « il ne s'agit pas d'obliger les gens à travailler davantage » ni de « déréglementer le temps de travail », assure Olivier Véran, qui souhaite « revoir le cadre d'organisation du temps de



travail à l'hôpital », considérant qu'il est nécessaire de remettre en cause les « carcans qui empêchent ceux qui le souhaitent de travailler davantage ». Une mesure qui va dans le sens d'une revendication ancienne de la Fédération hospitalière de France, qui préconisait la mise en oeuvre d'un « dispositif d'autonomie avancée » pour les hôpitaux, fortement désorganisés par la réforme des 35 heures. Réforme qui n'a d'ailleurs jamais été accompagnée des 40 000

embauches initialement prévues pour accompagner la réorganisation du travail dans les établissements de santé³.

Côté ressources humaines, des recrutements sont envisagés sans toutefois que le nombre exact ne soit défini. « On part sur la création de 15 000 postes » précise Olivier Véran. La moitié correspondront à des créations de postes et l'autre à des recrutements sur

des postes jusque-là non pourvus. Mais « le problème, très souvent, tient au manque de candidats », précise la Déléguée Générale de la Fédération hospitalière de France, Zaynab Riet, qui rappelle que beaucoup de postes sont actuellement budgétés mais non pourvus. Avant la crise du Covid-19, pas moins de 500 postes d'infirmiers étaient vacants dans les établissements de l'AP-HP⁴. L'année dernière, près de 30 % des postes de médecins à l'hôpital n'ont pas trouvé preneur, selon la FHF⁵. Une situation problématique qui conduit les hôpitaux à recourir aux intérimaires, quitte à renoncer à des embauches supplémentaires et à grever leur budget. Les conclusions prévoient d'autre part une accélération du déploiement des infirmiers en pratique avancée (IPA). Ainsi, les effectifs d'IPA seront portés à 5 000 en 2024, une annonce plutôt satisfaisante pour le Président de l'Ordre National des Infirmiers (ONI), Patrick Chamboredon, qui considère que « c'est un bon début, c'est à la fois un métier d'avenir pour les infirmiers, mais aussi pour les patients, car les IPA libèrent du temps aux médecins en se substituant à eux pour des soins auxquels ils ont été formés ».

Salués par le Premier ministre comme un « effort historique », ces accords ont vocation à être complétés par des décisions qui couvrent l'ensemble des piliers du Ségur. Le Gouvernement avait promis d'aller vite : deux mois après le lancement du Ségur de la santé, le 21 juillet, les conclusions sont rendues. Le rapport final détaille 33 mesures pour réformer le système de santé dans son intégralité. Il s'agit dans un premier temps de définir une politique d'investissement et de financement nouvelle : si la loi « Ma santé 2022 » a introduit une évolution des modèles de financement pour rendre le système de santé plus lisible, ce dernier se caractérise encore par un cloisonnement important des modes de financement, source de plaintes constantes des professionnels.

Une étude réalisée par l'IPSOS montre ainsi que 73 % des soignants souhaitent voir évoluer le modèle de financement (suppression/diminution de la tarification à l'acte ou à l'activité), près d'un professionnel sur deux évoque la qualité des soins comme critère à mieux prendre en compte dans le modèle de financement⁶. Dans cette optique, 19 milliards d'euros d'investissements seront alloués au secteur hospitalier et médico-social. Outre la reprise de la dette hospitalière à hauteur de 13 milliards d'euros (que le contribuable finira par financer d'une manière ou d'une autre), 6 milliards d'euros seront débloqués sur cinq ans pour l'investissement dans le système de santé (renouvellement du matériel, amélioration des bâtiments, développement du numérique etc.).

Dans le détail, 2,1 milliards d'euros seront consacrés aux Ehpad et autres établissements médico-sociaux. Le secteur médico-social sera ainsi « un des grands bénéficiaires de notre plan d'investissement », assure Olivier Véran. Les établissements qui accueillent des personnes âgées dépendantes quant à eux « doivent bénéficier de ces investissements pour se moderniser, se rénover et accueillir les résidents dans les meilleures conditions. ». Selon le ministre, c'est « au moins un quart des places en Ehpad qui pourront ainsi être renouvelées, rendues plus confortables, plus accessibles et conformes à la réglementation énergétique ». 2,5 milliards d'euros ont vocation à financer des projets hospitaliers prioritaires et les investissements ville-hôpital. 1,4 milliard d'euros sera consacré au rattrapage du retard sur le numérique en santé. « Cet effort budgétaire historique du gouvernement sur le numérique en santé est un véritable encouragement pour nous tous », se félicite Dominique Pon et Laura Létourneau, respectivement responsable et déléguée du numérique en santé.

Côté investissement, le Ségur de la santé affiche une ambition décentralisatrice : « nous allons augmenter

l'investissement en santé et déconcentrer les décisions d'investissements, les territoires seront aux commandes » déclare le ministre de la Santé. Cette volonté se concrétise notamment par la disparition annoncée du Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO). Cette instance qui valide (ou invalide) les plans de redressements financiers des établissements de santé et les projets d'investissements, incarne pour beaucoup une contrainte budgétaire qui induit des conséquences dramatiques dans les établissements de santé. Ce Comité laissera donc place à un « Conseil national de l'investissement en santé » porteur d'une « nouvelle approche fondée sur l'équité territoriale » dont les compétences, fonctionnement et composition restent à définir... Le concept est vague, toutefois, un pas vers la territorialisation de la santé semble être franchi, puisque les élus devraient être associés aux décisions d'investissements en ce qui concerne leur territoire.

« Choisir un système de santé c'est poser la question de son financement (...) c'est une question de choix de société⁷ ». Si la tarification à l'activité (T2A), en privilégiant la quantité des soins a permis de réduire les listes d'attente à l'hôpital, cette dernière pousse à toujours plus d'activité et génère des travers systémiques. Sa suppression n'est pas envisagée par le Ségur de la santé qui prévoit une simple accélération de la réduction de la part de T2A au profit de modes de

financement alternatifs (prenant davantage en considération la pertinence et la qualité des soins). Par conséquent, l'expérimentation d'un modèle « mixte de financement des activités hospitalières de médecine » pourra être mise en oeuvre dans les territoires qui le souhaitent. Expérimentation qui permettra de co-construire avec les acteurs un nouveau mode de financement de l'activité de médecine, alternatif au financement à la tarification à l'activité intégrale, combinant à l'échelle territoriale une part de financement à l'activité, une part de financement à la qualité et une part de financement dit populationnel, assis sur des critères de besoins de soins des patients du territoire. Reste à savoir quel mode de calcul sera choisi pour quantifier les besoins des populations, quel mode d'application du principe entre péréquation territoriale et financement des opérateurs de santé...

Qui dit financement dit aussi objectif national d'Assurance maladie (ONDAM). Perçu comme une construction principalement économique, budgétaire, éloigné de l'offre de soins et de ses évolutions, ce dernier suscite de vives passions. Un rapport⁸ des Sénateurs Catherine Deroche et René-Paul Savary pose ainsi la problématique : « nous touchons aujourd'hui aux limites d'un pilotage budgétaire à courte vue, certes efficace mais que ne paraît plus en mesure d'accompagner la transformation, tout aussi nécessaire de notre système de santé ». À cet égard, les conclusions annoncent sa rénovation pour

OUTRE LA REPRISE DE LA DETTE HOSPITALIÈRE À HAUTEUR DE 13 MILLIARDS D'EUROS (QUE LE CONTRIBUABLE FINIRA PAR FINANCER D'UNE MANIÈRE OU D'UNE AUTRE), 6 MILLIARDS D'EUROS SERONT DÉBLOQUÉS SUR CINQ ANS POUR L'INVESTISSEMENT DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

« l'adapter à une politique de santé de long terme » et pour créer « les conditions d'un débat démocratique ».

Si pour certains - comme l'ont mis en lumière les débats à l'occasion du Ségur - l'ONDAM doit devenir la résultante budgétaire d'une politique de santé tant dans sa méthode de construction que dans ses leviers de régulation, pour d'autres il doit disparaître car, « tant qu'on n'aura pas fait sauter cet ONDAM, les choses ne changeront pas. Tant qu'on ne prendra pas en compte les coûts évités par une bonne prise en charge, on tournera en rond » martèle Christophe Prudhomme, porte-parole de l'Association des Médecins Urgentistes de France (AMUF). L'on constate que le sujet est abordé avec prudence puisque le Haut conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie sera saisi pour une éventuelle réforme en 2021. Là encore, nombre d'incertitudes demeurent.

Dans le même temps, Olivier Véran annonce vouloir « sortir des dogmes et des guerres de positions qu'il s'agisse de la fermeture systématique des lits ou du refus systématique de toute réorganisation ». Si la crise sanitaire a remis sur le devant de la scène la question des lits, le sujet n'est pas nouveau puisque depuis longtemps déjà les élus locaux et les syndicats hospitaliers réclament plus de lits. Mais sur le fond, doit-on disposer d'une capacité supérieure aux besoins courants pour faire face à d'éventuelles crises dans tous les établissements de santé ? Ne faut-il pas au contraire mettre en oeuvre une organisation qui permette de répondre rapidement aux imprévisibles situations d'urgences ?

Toujours est-il que l'appel semble entendu : 4 000 lits « à la demande » seront financés par le biais d'une enveloppe de 50 millions d'euros. Les établissements pourront ainsi ouvrir des lits selon les besoins au regard des pics saisonniers ou des pics exceptionnels d'activité (il n'est donc visiblement pas question de

rouvrir des lits de manière permanente au sein des hôpitaux). Une mesure qui laisse songeur car « on a du mal à voir comment cela va être mis en place en pratique, comment trouver les personnels, les infirmières, les aides-soignantes qui vont permettre ces ouvertures » explique Olivier Milleron, porte-parole du collectif inter-hôpitaux (CIH). La lutte prévue contre le mercenariat de l'intérim médical illustre d'ailleurs bien les difficultés d'attractivité que connaît l'hôpital.

Autre point de crispation central dans le milieu médical : le poids des contraintes normatives qui pèsent sur les professionnels de santé. Toujours selon l'IP-SOS, les priorités des soignants pour simplifier leur quotidien sont principalement liées à l'organisation du travail (46 %) avec moins de glissement de tâches et plus d'autonomie ; l'allégement des tâches administratives (43 %) et l'amélioration du management (27 %)⁹. Aujourd'hui, l'on constate que le système de prise de décision et les instances issues de la loi HPST en organisant les établissements de santé de manière assez rigide ont contribué à réduire les espaces de concertation de proximité. La structuration en pôles, en regroupant des services conduit quant à elle à multiplier des strates d'organisation qui éloignent la décision du terrain. Si la volonté initiale d'assurer un fonctionnement rationalisé était louable, force est de constater que 10 ans après la mise en oeuvre des pôles, la mutualisation des moyens reste limitée. Les conclusions du Ségur prévoient ainsi de « réhabiliter le rôle et la place du service au sein de l'hôpital pour mettre fin aux excès de la loi HPST » du 21 juillet 2009, sans supprimer les pôles. Les services bénéficieront toutefois de plus de marges de manœuvre et de délégation et chaque établissement public de santé pourra proposer et adapter son organisation interne au contexte local. À titre d'exemple « si les établissements veulent organiser des pôles optionnels, il n'y a pas de raison qu'on ne puisse pas leur faire confiance » précise le ministre de la Santé.

MARIE-SOPHIE DESAULLE

PRÉSIDENTE
DE LA FEHAP



Après deux mois de concertation dans le cadre du Ségur de la santé, le système de santé va-t-il vers plus d'agilité, de solidarité et de territorialité comme vous le préconisez ?

Les Accords du Ségur de la Santé ont été signés au mois de juillet. Certaines mesures ne sont pas encore effectives et d'autres sont transposées dans le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2021 (PLFSS 2021). Au moment

des conclusions du Ségur, la Fédération avait alerté sur la mise à l'écart des secteurs du handicap et du domicile. Et cela n'a pas évolué pour le PLFSS 2021. Sur le secteur

TANT QUE NOUS SERONS CONTRAINTS DANS UNE LOGIQUE SECTORIELLE, NOUS N'Y ARRIVERONS PAS

social et le secteur médico-social, le projet de loi manque d'ambition. La seule marque d'attention pour le secteur médico-social concerne la 5^e branche, mais en réalité, il ne s'agit que d'un réceptacle de financements déjà existants. La Fédération estime qu'il faudrait 10 milliards d'euros pour revaloriser le secteur de l'accompagnement du grand-âge et qu'il au-

rait fallu proposer tout de suite l'affectation des 0,15 point de CSG, sans attendre 2024. Sinon, il n'y a pas de mesures nouvelles. Concernant les revalorisations salariales, la FEHAP estime que leur champ d'application est problématique puisqu'en sont exclus certains professionnels du champ médico-social. C'est le cas pour les professionnels du secteur du handicap. À titre d'exemple, cette revalorisation sectorielle crée des tensions et des problèmes de management au sein d'établissements et services médico-sociaux qui assurent, sur un même site, des activités sanitaires, pour personnes âgées et pour personnes handicapées, certains étant concernés par la revalorisation et d'autres pas. Cette perte d'attractivité risque d'entraîner une fuite des aides-soignants (AS) et des accompagnants éducatifs et sociaux (AES) vers le public, les EHPAD et les hôpitaux. Ces mouvements entre secteurs ne permettent pas de combler les manques. En conclusion, tant que les pouvoirs publics n'adopteront pas réellement une vision plus globale de la santé, il sera

difficile de tendre vers un système de santé agile et territorial. Une telle vision suppose une coordination de tous les acteurs pour apporter des réponses adaptées aux besoins des personnes, sur un territoire donné. Tant que nous serons contraints dans une logique sectorielle, nous n'y arriverons pas.

Le modèle des ESPIC permet souplesse, simplicité, rapidité de décision et d'adaptation lorsqu'il faut réorienter une stratégie. Les hôpitaux publics devraient-ils adopter ce modèle ?

La Fédération est fière de son modèle privé solidaire. En alliant droit privé et mission de service public, il offre la souplesse nécessaire au développement de la recherche et de l'innovation. Il permet également un management de proximité entre les équipes de direction et le personnel médical. Les décisions sont prises en étroite concertation avec les Commissions Médicales d'Établissements (CME). Elles correspondent ainsi aux réalités quotidiennes des équipes médicales. Le mode de gouvernance des ESPIC a

d'ailleurs été plus d'une fois remarqué lors des échanges du Ségur. S'il n'est pas question pour les établissements publics de santé de l'appliquer stricto sensu, le modèle privé solidaire peut toutefois être un exemple, une source d'inspiration.

Vous avez proposé de mettre en œuvre une organisation de la santé partant de la prévention et prenant en compte le parcours des personnes à partir de leurs domiciles. Les conclusions du Ségur à ce sujet sont-elles satisfaisantes ?

Le secteur du domicile est totalement exclu du Ségur et n'est pas concerné par les revalorisations salariales. Après la crise sanitaire, ils avaient déjà été oubliés sur la prime Covid. Aujourd'hui, seuls les SIAD ont perçu la prime covid, financée par l'Assurance maladie. Pour le reste des métiers du domicile, la prime est et sera versée de façon paritaire entre l'État et les départements. Nous constatons que la moitié d'entre eux ne l'a pas fait ou est restée silencieuse. Les professionnels du do-

LES PROFESSIONNELS DU DOMICILE, ACCOMPAGNENT ET SOIGNENT, AU QUOTIDIEN, DES PERSONNES ÂGÉES OU EN SITUATION DE HANDICAP, PARFOIS EN SITUATION D'ISOLEMENT. POUR CES PERSONNES, ILS CONSTITUENT, BIEN AVANT LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE, LA PREMIÈRE PORTE D'ENTRÉE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

micile, accompagnent et soignent, au quotidien, des personnes âgées ou en situation de handicap, parfois en situation d'isolement. Pour ces personnes, ils constituent, bien avant le médecin généraliste, la première porte d'entrée dans le système de santé. Ils jouent donc un rôle clef en matière de prévention. Ils permettent d'éviter des hospitalisations inutiles, qui par exemple, pour les personnes âgées peuvent déboucher sur une entrée en EHPAD. Ils ne peuvent être encore écartés des réformes à venir, car ce secteur en tension est en perte d'attractivité. ■

Les établissements et les territoires pourront par ailleurs « adapter les règles du Code de la santé publique ». Le périmètre de cette possible adaptation est extrêmement flou, sans compter sur les problématiques juridiques qui seront indéniablement soulevées. Dans le même esprit, Olivier Véran annonce une « simplification des procédures » visant à libérer du temps pour les professionnels de santé. Là aussi les modalités demandent à être clarifiées. Les mesures devraient cependant cibler les régimes des autorisations de soins, les processus administratifs, la simplification des procédures de certification qualité ou bien encore les outils de contractualisation avec les tutelles tels que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) dans le secteur du médico-social.

Côté gouvernance des établissements, sur la base des propositions du rapport Claris, remis au ministre de la Santé, les décisions qui relèvent du domaine médical seront désormais prises conjointement par le directeur de la structure et le Président de la Commission Médicale d'Établissement (CME). Les missions de ce dernier seront par ailleurs renforcées (rôle plus important dans l'élaboration du projet médical). L'on constate cependant que la gouvernance actuelle ne sera pas remise en cause par ce rapport qui n'aborde pas la question du principe de co-décision entre le Président de la CME et la direction. D'autre part, ce rapport vient renforcer l'organisation de l'hôpital en pôles quand il faudrait probablement préciser leurs champs de responsabi-

lités. Les paramédicaux verront quant à eux leur présence au sein de la gouvernance renforcée puisqu'ils seront appelés à siéger au sein du directoire, instance stratégique et décisionnaire des établissements. Globalement, les problématiques de gouvernance restent en suspens.

« Libérer les territoires, c'est libérer les énergies. C'est faire le pari de l'intelligence collective ». « Nous

devons réarmer nos territoires, nous devons nous appuyer sur nos territoires¹⁰ ». Si le manque de coordination et de coopération entre les acteurs des territoires, le cloisonnement entre la ville, le domicile et l'hôpital mais aussi entre le sanitaire, le social et le médico-social est fortement ancré, la période troublée aura permis aux professionnels d'expérimenter et d'accélérer l'usage de nouvelles méthodes de travail notamment à travers une coopération accrue des acteurs. Coopération qui a permis de trouver des alternatives aux problématiques d'accès aux soins, de prise en charge des soins non programmés et de suivi des personnes âgées.

Pour les territoires, les mesures annoncées vont dans le sens de la poursuite du soutien au développement de la télésanté ainsi que de l'élargissement de la prise en charge conventionnelle des actes de télé-médecine aux sages-femmes et chirurgiens-dentistes. Du côté du service d'accès aux soins (SAS) - nouveau service qui permet d'orienter rapidement les patients en situation d'urgence ou de demande de soin non

AUJOURD'HUI, L'ON CONSTATE QUE LE SYSTÈME DE PRISE DE DÉCISION ET LES INSTANCES ISSUES DE LA LOI HPST EN ORGANISANT LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DE MANIÈRE ASSEZ RIGIDE ONT CONTRIBUÉ À RÉDUIRE LES ESPACES DE CONCERTATION DE PROXIMITÉ.



que les CPTS au sein du dispositif de structuration des soins non programmés ont vocation à assurer un « rôle pivot ». Mais, pour le Président de la CSMF Jean-Paul Ortiz qui plaide en faveur d'organisations souples, « si on attend que la France soit couverte par des CPTS pour répondre aux soins non programmés, on risque d'attendre longtemps ».

Dans un autre registre, si les actions menées à destination des plus précaires ont pu être accélérées, la crise sanitaire a décuplé et mis en exergue des situations d'isolement, de rupture de droits et de soins aggravant leur condition. « Il était évident que se jouait quelque chose qui n'était pas juste une question sanitaire, que derrière

l'épidémiologie se dessinait la question sociale, celle des déterminants sociaux dans l'accès aux soins, celle des ségrégations et des inégalités »¹¹. Les chiffres sont glaçants : le nombre de décès observés entre le 1^{er} mars et le 13 avril en Seine-Saint-Denis était supérieur à 128 % à celui observé sur la même période en 2019, bien au delà des taux constatés dans les autres départements¹². Ainsi, sur l'objectif de lutte contre les inégalités de santé, une « gouvernance stratégique de réduction des inégalités » associant l'ensemble des acteurs, dont les élus, sera instaurée dans chaque région. Une prise en charge globale (médicale, psychosociale et sociale) à l'hôpital et en ville grâce à la pluridisciplinarité des équipes sera également garantie.

programmé - annoncé le 9 septembre 2019 dans le Pacte de refondation des urgences, il est prévu qu'une plateforme numérique partagée par le SAMU et la médecine de ville pour faciliter l'accès aux soins non programmés et à l'information en santé mais aussi pour lancer des expérimentations sur les organisations innovantes mixtes ville-hôpital, soit déployée.

D'autre part, dans l'esprit de « Ma santé 2022 », l'exercice coordonné doit devenir la norme. L'objectif fixé en 2017 de doubler le nombre de maisons de santé pluri-professionnelles et de centres de santé d'ici 2022 est réaffirmé. Pour ce faire, un mécanisme de bonus financier pour soutenir les CPTS créées en 2020/2021 et celles qui s'engagent dans des missions de régulation/coordination en matière de soins non programmés sera mis en oeuvre. L'on constate

Pour les personnes âgées - durement touchées pendant la crise épidémique - une « offre de prise en charge intégrée ville-hôpital-médicosocial » sera mise en oeuvre. Déjà annoncé de nombreuses fois, cet objectif devrait se concrétiser par une pérennisation des astreintes sanitaires mises en place durant la crise sanitaire au bénéfice des Ehpad via un renforcement des équipes mobiles et de l'hospitalisation à domicile mais aussi du dispositif de présence infirmière de nuit (garde dans les Ehpad) ou bien encore par l'organisation dans les territoires de parcours permettant les admissions directes non programmées à l'hôpital pour les personnes âgées afin d'éviter les passages aux urgences inutiles.

Enfin, autre sujet très attendu lors de la concertation : l'organisation régionale des soins et le rôle des ARS, vivement critiquées par certains en raison de leur approche jugée trop technocratique, centralisée, déconnectée des territoires et des politiques de santé qui y sont déployées. Vraisemblablement, il n'y aura pas de changement majeur en la matière puisque le Gouvernement se contente de renforcer le dialogue territorial avec les élus en développant leur présence à l'échelon départemental, en leur donnant plus de place au sein des conseils d'administration des ARS, dans des proportions qui restent toutefois à préciser. Des moyens leur seront alloués pour exercer leurs missions et renforcer leur capacité d'accompagnement de projet, sans plus de précisions... Les conclusions

ne remettent d'ailleurs pas en cause le principe de co-gestion entre les départements et les ARS concernant la tarification des Ehpad et leur tutelle. Perspective qui fait pourtant partie de la « nouvelle organisation des pouvoirs publics » attendue par Territoires unis (AMF, ADF et Régions de France)¹³.

« IL ÉTAIT ÉVIDENT QUE SE JOUAIT QUELQUE CHOSE QUI N'ÉTAIT PAS JUSTE UNE QUESTION SANITAIRE, QUE DERRIÈRE L'ÉPIDÉMIOLOGIE SE DESSINAIT LA QUESTION SOCIALE, CELLE DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DANS L'ACCÈS AUX SOINS, CELLE DES SÉGRÉGATIONS ET DES INÉGALITÉS ».

Le 17 septembre, soit près de deux mois après la clôture du Ségur de la santé, les médecins libéraux - qui souhaitent être reconnus et revalorisés à la hauteur de leur engagement pendant la crise - entrent en négociation avec la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Discussions plus que rapides du côté de la CSMF puisque le 7 octobre, la Confédération décide de quitter la table des négociations. En cause notamment, une lettre de cadrage jugée trop étroite (Olivier Véran avait en effet indiqué en amont que les tarifs des actes ne connaîtraient pas d'augmentation). Les tarifs relatifs à la télé-médecine quant à eux qualifiés de « ridicules » et « d'insultants », ne seront pas revalorisés. La CSMF alerte à cette occasion sur le risque de « déstructurer le parcours des soins ». Si cette dernière reconnaît la nécessité d'une souplesse supplémentaire, il faut

cependant veiller à ne pas ouvrir la porte à des « plateformes » délétères pour la qualité des soins.

Autre point de non-retour pour les libéraux : le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS). En raison de la crise sanitaire, l'année 2020 est mar-

quée par une baisse du chiffre d'affaires (500 millions d'euros pour les médecins généralistes et un milliard pour les spécialistes). Pour autant, le PLFSS ne prévoit qu'une enveloppe budgétaire supplémentaire de 300 millions d'euros pour les soins de ville. Concrètement, compte tenu de la lettre de cadrage des négociations actuelles, des déclarations d'Olivier Véran et du budget programmé par le PLFSS, « il ne faut pas espérer des revalorisations éventuelles avant le quatrième trimestre 2023 » fustige Jean-Paul Ortiz, Président de la CSMF.

« Il existe un choix politique clair d'orienter le système de santé vers l'hôpital et d'abandonner la médecine de ville. Ce choix politique est mortifère pour la santé des Français » martèle-t-il, dénonçant au passage des conséquences dramatiques pour l'accès aux soins et la santé des citoyens au regard de l'inévitable aggravation de la désertification médicale et de la désaffection pour la médecine libérale. Au final, « on va se retrouver dans une situation à l'anglaise. Il s'agit d'un constat tiré des faits ».

Les hôpitaux déplorent quant à eux que les engagements pluriannuels de dépenses se soient dissous dans les budgets pour lutter contre la Covid et revaloriser les rémunérations. « Ce PLFSS devrait dans ce contexte de crise historique, apporter sécurité aux établissements publics de santé et médicaux sociaux ». « C'est loin d'être le cas : si on enlève les financements obtenus lors du Ségur et les surcoûts liés au Covid, on se retrouve avec un objectif de dépenses d'Assurance maladie inférieur à ce

qui était prévu et sanctuarisé par la pluriannualité ». « Comment peut-on autant en demander aux acteurs de santé sans leur donner les moyens d'atteindre leurs objectifs ? » s'agace Frédéric Valletoux, Président de la Fédération hospitalière de France (FHF). Autrement dit, les hôpitaux devront encore réduire leurs dépenses de fonctionnement pour financer le Ségur de la santé.

**CONCRÈTEMENT,
COMPTE TENU DE LA
LETTRE DE CADRAGE
DES NÉGOCIATIONS
ACTUELLES, DES
DÉCLARATIONS
D'OLIVIER VÉRAN
ET DU BUDGET
PROGRAMMÉ PAR LE
PLFSS, « IL NE FAUT
PAS ESPÉRER DES
REVALORISATIONS
ÉVENTUELLES AVANT
LE QUATRIÈME
TRIMESTRE 2023 »**

Pourtant, le Gouvernement en 2019, avait garanti aux établissements de santé une hausse minimum de 2,4 % de leurs ressources chaque année jusqu'en 2022, correspondant à 2 milliards d'euros pour 2021. « Loin du niveau attendu et nécessaire pour faire face à des surcoûts insupportables, les chiffres portés à notre connaissance - une enveloppe de 1,3 milliard d'euros - ne semblent pas correspondre aux engagements initiaux », regrette la FHF, qui revendique 500 millions d'euros de plus pour 2020 et 700 millions pour 2021 pour les hôpitaux, ainsi que des crédits pour commencer à créer 20 000 emplois dans le secteur du grand âge¹⁴.

L'Histoire nous montre que les périodes de crise sont propices à un travail de réflexion collectif. Notre système de santé s'est construit sur des bases adaptées et cohérentes avec le monde d'hier, mais il n'est plus en adéquation avec le monde d'aujourd'hui et le sera encore moins avec celui de demain. La rénovation tant attendue de notre système de santé repose avant toute chose sur une conviction, une volonté politique. En effet, « nos réflexes, nos habitudes et pour tout

dire notre culture dans un élan pavlovien ont provoqué tout à la fois d'accusations et de demandes urgentes d'argent pour remédier rapidement aux insuffisances constatées »¹⁵ pour autant « il n'est pas question de faire moins (...) mais il n'est pas question non plus par facilité de dire, il suffirait de dépenser plus pour que tout aille mieux, ce serait faux »¹⁶. D'autre part, si certaines des ambitions annoncées dans le cadre du Ségur de la santé ont vocation à transformer en profondeur l'organisation de notre système et nombre de ses pratiques, chacun l'aura compris, la refonte de l'ensemble de l'organisation des soins est une condition.

Il est également indispensable que la santé publique ne soit plus à la marge du système de santé. Une grande partie des moyens financiers est consacrée aux soins, et peu à la santé publique, notamment à la prévention. Parent pauvre d'un système de santé axé sur le soin et globalement absente des conclusions du Ségur de la santé, cette dernière doit devenir l'élément central du changement de paradigme qui s'impose aujourd'hui. La refondation de notre système de santé doit se traduire par une nouvelle approche tant financière que culturelle et organisationnelle car faire comme avant... c'est renoncer à demain.

D'une médecine curative, il nous faut passer à une médecine capable de répondre efficacement aux défis qui émergent et de les anticiper, c'est-à-dire passer à une médecine préventive, prédictive, personnalisée et participative. Les attentes à l'égard du « Ségur de la santé publique » annoncé par le ministre de la Santé pour cet automne sont par conséquent, immenses. Pour conclure, comme dirait Alexandre Dirikenne¹⁷ « s'il est des temps pour penser et réfléchir, pour discuter et discourir, il en est d'autres pour agir ». ■

¹ **660 médecins hospitaliers se disent « prêts à la démission » - JDD.**

² **IFOP - Conclusions du Ségur de la santé - dossier de presse.**

³ **« Ségur de la santé » : Derrière les 35 heures, la réorganisation du temps de travail à l'hôpital en question - 20 minutes.**

⁴ **Covid-19: les hôpitaux toujours face au manque de lits et d'effectifs - L'express.**

⁵ **30 % de postes de médecins vacants : l'hôpital public veut une « conférence de consensus » - Le Parisien.**

⁶ **Conclusions du Ségur de la santé - dossier de presse.**

⁷ **Dr. Jerome Frenkiel, administrateur de l'INPH.**

⁸ **Rapport d'information sur l'objectif national d'assurance maladie - Sénat.**

⁹ **Dossier de Presse - Conclusions Ségur de la santé.**

¹⁰ **Jean Castex - Déclaration de politique générale - 16 juillet 2020, Sénat.**

¹¹ **« Ségur de la santé » : « La crise sanitaire et sociale doit amener à un rebond » - Le Monde - Aurelien Rousseau, Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France.**

¹² **Recommandations Rapport Notat.**

¹³ **Territoires unis : après le Sénat, les élus locaux plaident à leur tour pour un « nouvel élan de décentralisation » - banque des territoires.**

¹⁴ **« La FHF pointe les insuffisances d'un PLFSS 2021 qui « ne semble pas tenir ses promesses » - Réseau Hôpital.**

¹⁵ **Tribune « non ce n'est pas d'argent dont l'hôpital a besoin prioritairement! » - Jean-Paul Ségade ; Bernard Accoyer ; Pr Jean-Michel Dubernard ; Pr Alain Bernard - Crapslog Juin 2020.**

¹⁶ **Transcription du discours sur la transformation du système de santé "prendre soin de chacun" du Président de la République, Emmanuel Macron - 18 septembre 2018.**

¹⁷ **Le Bûcher des Illusions. Nota Bene.**



RACHEL BOCHER

**PRÉSIDENTE
DE L'INPH**

Les mesures annoncées pour l'hôpital vous paraissent-elles suffisantes en l'état, et de nature à amorcer les changements structurels d'ampleur attendus sur le long terme ?

Le Ségur de la santé a été organisé dans des délais très contraints. Dans ces conditions il est évidemment impossible de refonder le système de santé qui montre ses limites. Néanmoins, l'accord signé le 13 juillet est un accord solide, qui marque le début de la refondation des statuts des praticiens des hôpitaux publics. Nous l'acceptons comme un signal fort de reconnaissance, mais ce n'est que le point de départ, la première étape. Il faudra aller plus loin. En revanche, aucune proposition n'a été formulée pour garantir durablement l'équilibre économique du système et d'autres sujets tels que la soutenabilité financière de l'accès à l'innovation, les conditions de contrôles impartiaux de la facturation des prestataires de santé. Pour autant, un certain nombre de sujets de fond

et d'orientations évoqués retiennent l'attention (volonté de décroïsonner la ville et l'hôpital, intention de faire évoluer l'ONDAM, introduction de la dotation populationnelle en complément du financement à l'activité...). À ce stade, il s'agit de chantiers mais certains d'entre eux pourraient profondément transformer l'organisation de notre système de soins, et bon nombre de ses pratiques. Chacun voit bien que le processus de rénovation de l'hôpital est conditionné par une refonte de l'ensemble de l'organisation des soins.

Les conclusions du Ségur de la santé concernant la gouvernance hospitalière sont-elles de nature à initier un réel changement en la matière ?

La lettre d'intention du Ségur de la santé ne semble pas changer beaucoup de choses en ce qui concerne la gouvernance hospitalière. En effet, la gouvernance actuelle découle du principe instauré par la loi HPST sans contre-pouvoir ; en tant que telle, elle n'est pas

ici remise en cause. Au surplus le rapport Claris, ne traite pas du principe de co-décision entre la direction et le Président de la CME. C'est pourtant un point de rupture dont la solution emporterait la majorité. Revaloriser et réinvestir les services de soins est une bonne chose ; mais si l'organisation

CHACUN VOIT BIEN QUE LE PROCESSUS DE RÉNOVATION DE L'HÔPITAL EST CONDITIONNÉ PAR UNE REFONTE DE L'ENSEMBLE DE L'ORGANISATION DE SOINS

en pôle avec ses prérogatives n'est pas revue de fond en comble, il n'y aura aucune incidence sur la gouvernance.

Il faut impérativement et urgemment réduire le champ de responsabilité des pôles à un simple rôle de coordination ou de fédération. Malheureuse-

ment le rapport Claris ne le prévoit pas ; il renforce même l'organisation de l'hôpital en pôle. On marche sur la tête. Globalement, les problématiques de gouvernance hospitalières, régionales et nationales n'ont pas été abordées dans le fond. C'est dommage, mais nous ne nous décourageons pas en sachant pouvoir faire vraiment consensus sur ce point.

Les conclusions du Ségur de la santé ont vocation à renforcer l'offre de soutien psychiatrique et psychologique de la population. Les mesures annoncées insufflent-elles véritablement une ambition nouvelle à la feuille de route santé mentale et psychiatrie ?

Les annonces du ministre de la Santé sont encourageantes. Pour autant, les éléments disponibles à ce stade pour la discipline soulèvent des interrogations. Outre les mesures censées bénéficier à tous les hôpitaux (hausse des rémunérations, aides aux investissements, etc.), donc aux EPSM, les mesures annoncées sont souvent trop parcellaires ou imprécises pour comprendre véritablement à ce stade les intentions de l'exécutif sur la politique qui sera conduite en la matière.

- Il manque un calendrier de travail ;
- Il manque des précisions sur la mise en œuvre ;
- Il manque des crédits.

Et donc il manque des annonces plus fortes, plus claires, plus volontaires pour la discipline.

L'enveloppe de 40 millions d'euros destinée au renforcement de l'offre du soutien psychologique et psychiatrique quant à elle sera certainement insuffisante. Un effort conséquent doit être effectué pour remettre à niveau les ressources sous-dotées des établissements psychiatriques. Enfin il convient également de trouver les réponses satisfaisantes pour lutter contre la pénurie des effectifs médicaux. Une feuille de route incluant de simples ambitions s'apparente à de l'incantation sans une vraie politique de santé incluant un vaste projet global pour la psychiatrie. Tout reste à faire ! Il y a là un défi qu'il faut traiter avant que des solutions non souhaitables ne finissent par s'imposer d'elles-mêmes. Comme vous le savez, une société est jugée par la façon dont elle traite ses malades mentaux. Donc au travail. ■



AUTO-ENTREPRENEURS ET TRAVAILLEURS DE PLATEFORMES LES GRANDS OUBLIES DE LA PROTECTION SOCIALE ?

PAR HERVÉ CHAPRON

MEMBRE DU COMITÉ DIRECTEUR DU CRAPS

&

MICHEL MONIER

MEMBRE DU CRAPS

CHAPÔ

« CELA ABOLIT, D'UNE CERTAINE MANIÈRE, LA LUTTE DES CLASSES. IL N'Y A PLUS D'EXPLOITEURS ET D'EXPLOITÉS. SEULEMENT DES ENTREPRENEURS : MARX DOIT S'EN RETOURNER DANS SA TOMBE ».

HERVÉ NOVELLI

Voilà donc ce néo-libéralisme, trop longtemps arrogant, clouant enfin le bec à ce marxisme trop longtemps considéré comme réponse à tout. Ce serait une inversion de l'Histoire, peut-être même la fin de l'Histoire.

Qu'y a-t-il donc derrière cette formule choc, un tantinet racoleuse du secrétaire d'État chargé des entreprises et du commerce extérieur, Hervé Novelli, pour qu'une nouvelle approche de la science économique et in fine de la destinée des Hommes surgissent ex nihilo ? D'où venait cette nouvelle approche qui subitement transcendait plus d'un siècle d'économie politique.

Rappelons-nous, c'était au début de l'année 2009 et l'on se félicitait alors du statut d'auto-entrepreneur¹. Il fallait pour répondre à cette nouvelle crise de 29 et avant la suivante, sortir du cadre... Rendre l'emploi à l'économie !

Avec ce statut, on est bien sorti du cadre comme jamais. Il s'agissait d'abord de simplifier la création de l'entreprise individuelle, une façon de lutter contre le chômage quand l'économie nationale devait réagir pour combattre cette crise financière qui trouvait son origine, là-bas aux USA, dans l'insolvabilité des ménages, puis des banques, puis des États, faisant éclater bulles financière et immobilière.

Il fallait alors, urgemment, ici, favoriser la création d'activités venant au secours de l'emploi salarié. Le salariat qui depuis la Libération semblait être la seule forme de travail durable en raison de sa progression constante apparaissait désormais comme une modalité de l'emploi de plus en plus précaire au sein de la « nouvelle révolution industrielle » qui bouleversait depuis quelques temps déjà l'économie mondiale et certaines économies européennes notamment celle de la France. Par la conjonction d'un nouveau statut et de nouvelles technologies répondant aussi bien à une nécessité économique qu'à une aspiration sociétale de toujours plus de liberté², l'horizon professionnel devait alors se décloisonner.

Ce fut un succès. Un succès inespéré après des années et des années d'élaboration laborieuse d'une politique publique de l'emploi et de son catalogue aux mesures curatives trop souvent inefficaces et toujours coûteuses.

Avec plus de dix ans de recul, ce succès compterait-il parmi ces succès à la Pyrrhus qui font de la Politique publique pour l'Emploi une de ces rustines qui évitent de se poser la question de l'état du pneu !

AUTO-ENTREPRISE : LE SUCCÈS D'UNE ACTIVITÉ FRAGILE ?

Analyse descriptive.

Si donc Marx est invité à se retourner dans sa tombe, les concepteurs de l'auto-entrepreneuriat peuvent, eux aussi, se retourner et observer, l'euphorie du lancement passé, ce qu'est aujourd'hui la réalité de l'auto-entrepreneuriat !

Marx tout d'abord. Il ne manquerait pas de reprendre à son compte ce que Simone Weil percevait : « S'il fallait à la fois subir la subordination de l'esclave et courir les dangers de l'Homme libre, ce serait trop ». Il ne manquerait pas de relever aussi que l'auto-entrepreneur est avant tout entrepreneur de lui-même

hors non seulement du salariat dans son acception juridique mais aussi de toutes ses composantes périphériques. Qu'il est, sinon hors, du moins aux marges de la Protection sociale et comme oublié des organisations représentatives, les syndicats, trop préoccupés à la défense des insiders. Car si Marx est dépassé, il reste à l'évidence pour ces auto-entrepreneurs à réinventer, pour sortir de leur solitude, voire de leur ghettoïsation sociale, le fameux « prolétaire de tous les pays unissez-vous »... en version 2.0 !

Les concepteurs ensuite. Ils se retourneraient eux-aussi, par satisfaction, devant le succès, quantitatif, de ce dispositif : « Au cours de l'année 2009, 328 000 personnes sont devenues auto-entrepreneurs. Ces derniers représentent plus de la moitié des créateurs d'entreprises de l'année, deux tiers des non-salariés nouvellement installés, et 13 % de l'ensemble des non-salariés »³ et la chose n'a fait que croître et embellir : fin 2019 les auto-entrepreneurs sont au nombre de 1 565 000 soit une augmentation de + 16,5 % sur un an⁴. Voilà de quoi permettre à certains, toujours à la recherche de la formule choc, du bon mot, de considérer qu'Uber a davantage fait en 10 ans pour les quartiers perdus de la République que cinquante ans de politique publique de l'Emploi et ses milliards...

Entre ce que Marx en dirait et la satisfaction que peuvent en retirer les concepteurs, à quelle réalité économique et sociale correspond donc ce statut d'auto-entrepreneur, devenu micro-entrepreneur ?

Quels sont, tout d'abord, les principaux secteurs d'activité de l'auto-entrepreneur. Une publication de l'ACOSS⁵ enseigne que le secteur des Transports arrive en tête avec 106 800 auto-entrepreneurs « administrativement actifs - AA » (ils ne sont plus que 30 100 « économiquement actifs - EA »), suit le secteur des Arts et spectacles avec 104 300 AA (62 800 EA) puis le secteur du Conseil pour les affaires avec 95 700 AA (41 200 EA), puis le secteur du BTP

« autres » avec 94 600 AA (57 800 EA), le secteur de la Santé clôt ce top 5 avec 71 900 AA (57 500 EA).

L'écart constaté entre les « administrativement actifs » (on notera au passage la réalité à laquelle renvoie ce concept d'administrativement actif : être dans un fichier⁶ !) et les économiquement actifs est, certainement, une donnée illustrative de... l'élasticité de l'activité économique de l'auto-entrepreneur. Pour apprécier cet écart, il suffit d'analyser, ensuite, parmi ce 1,5 million d'auto-entrepreneurs ceux pour lesquels il s'agit d'une activité secondaire et ceux dont l'entrepreneuriat en est l'activité unique.

Il faudrait enfin identifier parmi les auto-entrepreneurs « exclusifs » ceux d'entre eux pour lesquels cette activité principale est « choisie » ou « subie ».

Les données relatives à cette approche sont rares. Une publication de l'Insee⁷ apporte quelques éclairages :

- « Trois auto-entrepreneurs sur quatre n'auraient pas créé d'entreprise en dehors de ce régime, deux raisons principales motivent leur immatriculation : développer une activité de complément (40 %) et assurer leur propre emploi (40 %) ;
- Avant de s'inscrire, les créateurs d'auto-entreprises étaient le plus souvent salariés du privé (38 %) ou chômeurs (30 %) ;
- Pour les personnes initialement à leur compte, chômeurs ou sans activité professionnelle, plus des trois quarts s'investissent à titre principal

dans l'auto-entreprise ».

Faut-il conclure de ces données que si « la simplification des procédures, notamment pour le paiement des charges, l'inscription et la gestion comptable », constitue le premier critère de choix pour l'accès au statut d'auto-entrepreneur, ce choix est prédéterminé, dans 3 cas sur 10, par la situation de chômage ? Ou bien simplement constater que dans 4 cas sur 10, l'auto-entrepreneuriat permet de créer son activité principale, son emploi (quand, dans la même proportion, ce statut permet de compléter une activité préexistante).

Les données livrées ici à la réflexion sont déjà anciennes et constituent une observation « à chaud » réalisée moins de 2 ans après la création de ce statut. Alors, statut choisi ou statut subi, la question se pose en tout état de cause, aujourd'hui, dans le contexte inédit du développement des plateformes numériques qui a joué depuis, comme effet accélérateur pour l'accès à l'auto-entrepreneuriat en ajoutant à la simplicité administrative celle de la facilité de l'accès à une activité⁸.

Pour conclure, cette statistique descriptive de la réalité de l'auto-entrepreneuriat, il faut dire aussi ce qu'est le revenu de l'auto-entrepreneur.

Pour qualifier l'évolution du chiffre d'affaires consolidé des auto-entrepreneurs (devenus micro-entrepreneurs), l'ACOSS emploie le terme de « dynamisme ». Cette donnée macro-économique traduit l'attrait du dispositif qui s'observe dans la

**ENTRE CE
QUE MARX EN
DIRAIT ET LA
SATISFACTION
QUE PEUVENT
EN RETIRER LES
CONCEPTEURS, À
QUELLE RÉALITÉ
ÉCONOMIQUE
ET SOCIALE
CORRESPOND
DONC CE
STATUT D'AUTO-
ENTREPRENEUR,
DEVENU MICRO-
ENTREPRENEUR ?**



11 298 €

LE CHIFFRE D'AFFAIRES MOYEN
POUR LE MICRO-ENTREPRENEUR,
QUAND LA LOI A FIXÉ UN PLAFOND
DE 70 000 À 170 000 EUROS

constante augmentation du nombre des micro-entrepreneurs qui, ensemble ont réalisé, en 2018, un CA de 12,4 milliards d'euros, en augmentation de 25 % par rapport à 2017⁹ ! Le doublement du plafond de chiffre d'affaires intervenu en 2018 a, certainement, grandement participé à ce dynamisme « macro-économique » de la micro-entreprise.

Au niveau micro-économique, sous les effets « prix-CA » et « volume », le dynamisme du chiffre d'affaires moyen du micro-entrepreneur est... moins marqué : le chiffre d'affaires annuel moyen de la micro-entreprise augmente de 10,2 % à 11 298 euros (pour les micro-entrepreneurs ayant également une activité salariée, le chiffre d'affaires moyen est de 7 632 euros).

11 298 euros de chiffre d'affaires moyen pour le micro-entrepreneur, quand la loi a fixé un plafond de 70 000 ou 170 000 euros selon que l'activité de la micro-entreprise est de « services » ou d'« achat-vente ». L'écart entre le réel et le possible illustre, à l'évidence, qu'il existe une marge de... dynamisme. Ce niveau de chiffre d'affaires fait aussi poser la question du revenu tiré de son activité par l'auto-entrepreneur.

Le niveau de chiffre d'affaires n'est pas celui du revenu. Le revenu moyen annuel de l'auto-entrepreneur après prélèvements sociaux et fiscaux, même « allégés », serait, sur la base du chiffre d'affaires moyen, de l'ordre de 8 500 à 9 700 euros¹⁰. L'INSEE notait, dès 2012, que dans 9 cas sur 10 la rémunération de l'auto-entrepreneur était inférieure au SMIC. S'il faut considérer que ce

niveau d'activité et de rémunération moyen s'entend compte tenu de l'activité et des revenus des auto-entrepreneurs exerçant leur activité au titre de complément, ces données posent de facto la question de la viabilité économique du micro-entrepreneariat et celle de la Protection sociale associée à ce statut au moins pour ceux pour lesquels c'est là l'activité exclusive. La couverture sociale issue d'un droit à cotisations à un taux minoré, sur un chiffre d'affaires plafonné ne permettant qu'une rémunération inférieure au SMIC, est-elle bien à la hauteur de l'ambition initiale qui ne voulait « plus d'exploiteurs et d'exploités » ?

L'effet accélérateur des plateformes numériques, la facilité du « clic ».

Le développement de l'économie numérique a fait émerger l'économie des plateformes qui nous offre le « confort du clic » pour l'accès à des services nouveaux, des services low-cost. Cette facilité offerte désormais à chacun d'entre nous¹¹ cache les « nouveaux travailleurs », ceux des plateformes, souvent micro-entrepreneurs, indépendants.

L'histoire commence en décembre 2011, les premiers VTC Uber circulent alors dans Paris ; ils sont une soixantaine.

Le nombre des chauffeurs de VTC et micro-entrepreneurs du secteur des transports serait aujourd'hui de l'ordre de 100 000. « De l'ordre de » : voilà bien une statistique à l'imprécision de laquelle nous sommes peu habitués. « De l'ordre de » car « faute d'être, pour l'heure, une catégorie juridique, la dépendance économique n'est pas une catégorie statistique »¹².

Le cas des VTC est ici naturellement illustratif de la difficulté à identifier les travailleurs des plateformes, difficulté qui conduisit le Sénat¹³ à conclure « des travailleurs visibles partout... sauf dans les statistiques » : « Il reste difficile d'évaluer avec précision le nombre de travailleurs ayant recours aux plateformes. En effet, cette population ne constitue pas une catégorie statistique en tant que telle et, jusqu'en 2019, le lien entre travailleurs et plateformes n'a pas fait l'objet d'un enregistrement administratif spécifique pouvant fournir des sources à la statistique. Par ailleurs, les plateformes elles-mêmes communiquent peu, ou de manière incomplète, sur le nombre de leurs utilisateurs, qui peuvent alternativement prendre en compte les inscrits ou les travailleurs actifs (réalisant des missions et un chiffre d'affaires). »

Difficulté d'identification aussi parce que pour nombre de ces micro-entrepreneurs, l'activité par l'intermédiaire de plateformes ne constitue pas l'activité principale. S'ils sont « hors des statistiques », ils ne sont pas pour autant hors des radars et le débat public est riche de la question des travailleurs des plateformes.

L'INSEE NOTAIT, DÈS 2012, QUE DANS 9 CAS SUR 10 LA RÉMUNÉRATION DE L'AUTO-ENTREPRENEUR ÉTAIT INFÉRIEURE AU SMIC.

De l'Institut Montaigne qui publie en avril 2019 un rapport « Travailleurs des plateformes : liberté oui, protection aussi », à la Cour de cassation qui requalifie en salarié un chauffeur « indépendant » d'Uber¹⁴, l'ampleur du débat est bien supérieur à ce que représentent ces travailleurs dans l'emploi total. La « loupe médiatique » joue, sans cependant atteindre l'effet dont bénéficie une population numériquement identique... celle des intermittents.

Le rapprochement entre ces deux catégories s'arrête donc là. Les intermittents bénéficient d'une aura culturelle, d'une représentativité et d'un écho

médiatique inégalés. Ils sont depuis l'origine dans le champ de la Protection sociale des salariés.

Pour les travailleurs des plateformes, parce qu'il s'agissait de moderniser l'économie, parce qu'il ne devait en résulter que des employeurs, plus d'exploiteurs ni d'exploités, le sujet n'a pas été traité. Tout était dans tout. Dans l'activité et l'emploi. Dans le statut et son mirage. La facilité d'accès au statut, l'eldorado espéré a éludé les vraies questions. De fait, ces vraies questions ont été circonscrites à la question elle-même traitée par défaut, par habitude, par la méthode privilégiée par les politiques pour l'emploi : minimiser les charges sociales. Le statut devait être attractif par la simplicité des procédures (il fallait que l'entrepreneur bénéficie, à l'égal du consommateur, de la facilité du clic) et il devait l'être aussi par son coût.

Alors, un taux de cotisations sociales réduit, payé en fonction du chiffre d'affaires, après abattement. Alors, le consommateur bénéficie de services low cost, et l'employeur micro-entrepreneur... d'une Protection sociale minimale ?

La conclusion, rapide, est à nuancer.

COUVERTURE SOCIALE DU MICRO-ENTREPRENEUR : LA TENTATION DU MODÈLE SALARIAL !

La « loupe médiatique » joue aussi quand il s'agit de la couverture sociale des micro-entrepreneurs. Le débat s'est focalisé sur leur imparfaite Protection sociale au regard de celle dont bénéficie le salarié. Si le constat est juste, résulte-t-il pour autant d'une comparaison pertinente ?

DE FAÇON PLUS DIRECTE, « IMPOSER AU NOUVEAU MONDE TOUTES LES RÈGLES SOUVENT EXCESSIVES DE L'ANCIEN N'AURAIT PAS DE SENS. »

Le juge a sa part dans ce débat. Il voit dans la relation entre le micro-entrepreneur et « sa » plateforme une relation de subordination, inspirée par celle qui lie depuis la naissance du droit social le salarié à son employeur : ne s'agirait-il que d'une simple déclinaison de circonstance : la subordination à l'algorithme ? Apprécie-t-il ainsi le cas d'espèce ou bien se prononce-t-il sur une politique publique, celle de la modernisation de l'économie ? Le Juge revendique-t-il le contrat de travail pour tous, en oubliant qu'avant l'auto-entrepreneur, il existait déjà des indépendants, des libéraux ? Serait-il plus attentif à ces travailleurs que ne le sont les syndicats ? Et l'on s'engouffrerait donc dans la voie du contrat de travail pour donner la garantie et la sécurité de la Protection sociale du salarié ?

Le débat mérite d'être posé... en sortant du cadre de référence du contrat de travail pour dépasser, dès l'abord, une hypothétique différence (de classe ?) entre le micro-entrepreneur-travailleur de plateforme et le micro-entrepreneur « libéral ».

Par cet « arrêt Uber », le juge convoque en extirpant de l'étagère, rayon droit du travail, ce qui affirme « le critère du lien de subordination (qui) se décompose en trois éléments : le pouvoir de donner des instructions, le pouvoir d'en contrôler l'exécution, le pouvoir de sanctionner le non-respect des instructions données » ?¹⁵ pour préciser que le « travail indépendant, (il) se caractérise par les éléments suivants : la possibilité de se constituer une clientèle propre, la liberté de fixer ses tarifs, la liberté de fixer les conditions d'exécution de la prestation de service » ?

Si par ces moyens, le juge apprécie et règle le cas d'espèce, la note explicative de cet arrêt interroge

aussi sur le constat que « le droit français ne connaît que deux statuts, celui d'indépendant et de travailleur salarié » alors qu'« un régime intermédiaire entre le salariat et les indépendants existe dans certains États européens, comme au Royaume-Uni (le régime des « workers », régime intermédiaire entre les « employees » et les « independents »), ainsi qu'en Italie (contrats de « collaborazione coordinata e continuativa », « collaborazione a progetto » ».

Cette interrogation, fondamentale, semble être passée inaperçue. Sans doute importait-il de célébrer, avec cet arrêt, la victoire du « lien de subordination » davantage que de s'interroger sur l'incomplète adaptation du Droit à cette nouvelle forme d'activité. Sécuriser à la fois ces « nouveaux travailleurs » et ne pas entraver le développement de l'économie numérique, n'était-ce pas ce à quoi invite, tout en disant le Droit, la Cour de cassation ?¹⁶

De façon plus directe, « imposer au nouveau monde toutes les règles souvent excessives de l'ancien n'aurait pas de sens »¹⁷.

DÉPASSER LA QUESTION DE LA REQUALIFICATION : POSER LA QUESTION D'UN « TIERS STATUT ».

« Si la Protection sociale s'est historiquement construite selon une logique corporatiste, des pans entiers ont depuis été universalisés. Alors que la frontière entre travail salarié et travail indépendant a tendance à se brouiller et que les trajectoires individuelles apparaissent de moins en moins linéaires, il est sans doute pertinent de poursuivre cette évolution vers une Protection sociale déconnectée du statut. Cette évolution apparaît d'autant plus justifiée que la part des recettes fiscales affectées et de la CSG dans le financement de la Protection sociale tend à s'accroître¹⁸ ».



«... Pertinent de poursuivre cette évolution vers une Protection sociale déconnectée du statut ». Voilà qui est dit. Pour la Haute Assemblée, la réflexion sur le statut de l'auto-entrepreneur deviendrait-il prétexte à remettre en cause les principes fondateurs et l'architecture du modèle de Protection sociale ? La Protection sociale déconnectée du statut, déconnectée de l'emploi voilà ce que serait le moyen pour mettre la touche finale à ce qu'entrevoit Hervé Novelli : la fin de la lutte des classes... Les germes du revenu universel déjà semés, trouveraient avec l'auto-entrepreneuriat un terrain favorable... les modalités de financement feront habilement le reste. Oui, on amalgame : Assurance, Assistance, Cotisations, Prélèvements. Égalité, Égalitarisme. On se prend à rêver : réunir budget de l'État et PLFSS. La Protection sociale dans sa spécificité intrinsèque n'existerait plus ou n'existera plus. Rasons définitivement le jardin à la française puisqu'un jardin à l'anglaise est plus facile à entretenir. Le XX^e siècle commençait à défigurer ce jardin après l'avoir précautionneusement construit, le XXI^e siècle semble déterminé à finir le travail. Mais attention aux ronces !

Ce constat, celui de la fiscalisation progressive de la Protection sociale conduit la Haute Assemblée à rejeter l'idée d'un « tiers statut », voie qui était judicieusement privilégiée, en 2008, par Paul-Henri Antonmattei et Jean-Christophe Sciberras¹⁹. Selon ces auteurs « puisque le travailleur économiquement dépendant appartient à la catégorie du travailleur indépendant, sa qualification emprunte nécessairement à cette dernière. La récente loi sur la modernisation de

l'économie facilite la recherche. Désormais, « est présumé travailleur indépendant celui dont les conditions de travail sont définies exclusivement par lui-même ou par le contrat les définissant avec son donneur d'ordre ».

C'est en fouillant et décortiquant ce que sont les droits fondamentaux des travailleurs, les sécurités et droits des salariés, et rappelant que « le régime des indépendants et celui des salariés se sont

sensiblement rapprochés au point que le débat se concentre désormais sur les deux risques qui ne sont pas couverts par le régime social des indépendants : le risque perte de revenus et le risque accident du travail et maladie professionnelle », qu'ils plaident dès 2008 pour « les conserver dans le régime des indépendants tout en offrant des garanties sur les risques perte de revenus et accidents du travail. S'agissant de ce dernier, la couverture du risque pourrait ainsi incomber aux donneurs d'ordres ».

Le voilà le débat. Quand le Juge et le Sénat voient dans l'auto-entrepreneuriat les possibles risques d'un détournement du salariat, un professeur de droit et un praticien, directeur de relations sociales, y voient le cadre juridique d'une activité économique. Le débat n'est-il pas dans la confusion entre travail et

activité économique, entre activité économique et salariat ?

Les uns ont-ils oublié ce que dit le ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion²⁰ quand les autres s'y réfèrent expressément : « le droit du travail ne

concerne pas (...) les travailleurs indépendants » et « le droit du travail organise les relations professionnelles de travail entre l'employeur et le salarié... » ?

Faut-il brouiller davantage encore travail salarié et travail indépendant ? Faut-il ajouter encore au glissement progressif d'un financement de la Protection sociale fondé sur des cotisations vers sa fiscalisation ?

La Commission des Affaires sociales du Sénat autant que Paul-Henri Antonmattei et Jean-Christophe Sciberras poursuivant chacun un « modèle » de Protection sociale pour ces nouveaux travailleurs s'accordent sur un point : le risque, qui résulterait de dispositifs de Protection sociale, de déstabilisation du modèle économique des plateformes, et des conséquences sur l'activité et l'emploi.

Un « tiers statut », dont le socle serait celui des droits sociaux des indépendants mis en place « par une négociation collective interprofessionnelle qui serait relayée par une intervention législative et laisserait des marges de liberté à la négociation collective professionnelle »²¹, qui propose une couverture du risque par le donneur d'ordre et recourt à la négociation professionnelle, apparaît comme la voie à poursuivre.

Les propositions du rapport Antonmattei-Sciberras ont été formulées, en 2008, avant que ne se développe l'activité des travailleurs des plateformes. Ces propositions, mises à l'épreuve des faits, se sont heurtées à une jurisprudence qui pour autant qu'elle affirmait le lien de subordination déterminant du salariat ne sécurise ni l'auto-entrepreneur ni le donneur d'ordre. La Cour de Justice de l'Union européenne peut paraître, elle aussi hésitante. Après avoir été peut-être plus observatrice de ce qu'il se passe.

Après avoir, dans un arrêt de 2014, trouvé à qualifier de « faux indépendants » des travailleurs qui effectuent pour un employeur, en vertu d'un contrat d'entreprise, la même activité que les travailleurs salariés de cet



**LES TRENTE
NUMÉRIQUES SONT
L'OPPORTUNITÉ,
ET CONSTITUENT
L'OBLIGATION,
D'INVENTER
UNE NOUVELLE
PROTECTION
SOCIALE DONT
ELLES NE PEUVENT
PAS ÊTRE
L'ENNEMIE.**

employeur, la CJUE a posé, par ordonnance le 22 avril 2020 qu'un prestataire de services ne peut pas être qualifié de « travailleur » lorsqu'il dispose des facultés de recourir à des sous-traitants ou à des remplaçants pour effectuer le service qu'il s'est engagé à fournir ; d'accepter ou de ne pas accepter les différentes tâches offertes par son employeur présumé, ou d'en fixer unilatéralement un nombre maximal ; de fournir ses services à tout tiers, y compris à des concurrents directs de l'employeur présumé ; de fixer ses propres heures de travail dans le cadre de certains paramètres, ainsi que d'organiser son temps pour s'adapter à sa convenance personnelle plutôt qu'aux seuls intérêts de l'employeur présumé.

Si l'on peut voir dans cette ordonnance le refus de normer, pour l'UE, le statut social des travailleurs des plateformes en l'alignant sur le salariat, on peut tout autant y voir l'invitation à inventer un « tiers statut » affirmant la qualité d'indépendant, enrichi d'un complément de couverture sociale. Si la jurisprudence comble le vide juridique, la requalification en travailleur salarié, au cas par cas, n'est pas une solution. C'est un statut sécurisant le travailleur et levant l'incertitude juridique préjudiciable au développement de cette forme d'activité qu'il faut inventer. Les propositions Antonmattei-Sciberras peuvent revenir à l'actualité, elles dépassent le cas du « travailleur des plateformes » pour poser la question de la couverture sociale et de la représentation des auto-entrepreneurs... N'est-ce pas aussi la question que pose la Cour de cassation quand elle constate en concluant sa note explicative de l'arrêt « Uber » que s'il n'existe en France que deux statuts, celui d'indépendant et celui de salarié, il existe ailleurs un statut intermédiaire...

Le débat doit se poursuivre. La Cour de Justice de l'Union Européenne n'est pas, pas encore, entendue.

En Espagne les livreurs à vélo des plateformes viennent de se voir reconnaître le statut de salariés ; la Cour suprême espagnole a fait prévaloir la relation d'employeur à salarié, contre les arguments des plateformes qui soutenaient que leurs coursiers étaient autonomes, libres de gérer leurs horaires et leur charge de travail.

En France, force est de constater que le fait que depuis le 1^{er} novembre 2019, les travailleurs indépendants sont sous certaines conditions²² éligibles à l'Assurance chômage²³ n'est pas entré en ligne de compte - ni de près ni de loin - dans les arrêts du pouvoir judiciaire postérieurs à cette date. En d'autres termes, le niveau de Protection sociale de l'auto-entrepreneur n'est pas un critère retenu pour déterminer juridiquement son statut .

Le débat doit se poursuivre. La Protection sociale a connu depuis la naissance de l'État-Providence bien des aménagements voire des transgressions. Les Trente numériques, irréversibles mais encore balbutiantes au regard de leur potentialité, ne peuvent pas en être les « Trente fossoyeuses » au prétexte qu'elles supposent beaucoup plus de capital et beaucoup moins d'emplois, qu'elles génèrent sui generis l'automatisation, la robotisation de l'industrie ou du moins ce qu'il en reste. Parce qu'elles transformeront inéluctablement le secteur tertiaire, parce qu'elles convoquent encore moins de ressources pour la Protection sociale pour toujours plus de bénéficiaires et de prestations, parce qu'elles participent au développement de l'auto-entreprenariat, les Trente numériques doivent faire « sortir du cadre », du conflit entre deux statuts, celui d'employeur et celui

de salarié. Les Trente numériques sont l'opportunité, et constituent l'obligation, d'inventer une nouvelle Protection sociale dont elles ne peuvent pas être l'ennemie. ■

¹ **Le régime de l'auto-entrepreneur (AE) a été créé par la loi n°2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie.**

² **« L'économie issue de l'« ubérisation » répond aussi à une demande d'autonomie dans l'activité professionnelle qui, sans être un phénomène massif, n'en est pas moins réelle, conduisant une part croissante d'actifs à privilégier des conditions de travail dans lesquelles ils conservent une indépendance réelle, ne serait-ce qu'en termes de gestion de leur temps. » Puissance publique et plateformes numériques : accompagner l'« ubérisation », rapport du Conseil d'État. 29 septembre 2017.**

³ **Insee première, N°1414 - 20 septembre 2012.**

⁴ **Source AcoSS - stat n° 303 - janvier 2020.**

⁵ **AcoSS stat, N° 303 - janvier 2020.**

⁶ **Définitions (AcoSS) : « Est considéré comme administrativement actif un AE ayant été immatriculé avant ou pendant la période et non radié au cours de cette période, qu'il ait déclaré ou pas un chiffre d'affaires positif. Est considéré comme économiquement actif un AE ayant déclaré un chiffre d'affaires positif sur la période étudiée ».**

⁷ **Insee première, N° 1388 - février 2012.**

⁸ **Cf infra 2 - L'effet accélérateur des plateformes numériques.**

⁹ **AcoSS Stat, N° 289 - Juillet 2019.**

¹⁰ **Calculs des auteurs sur la base des taux de charges fiscales et contributions sociales 2020 selon la nature des activités.**

¹¹ **L'accès à Internet progresse à raison d'un milliard d'individus tous les 5 ans et 5 milliards d'objets connectés unifient à ce jour l'« humanité globale ».**

¹² **« Le travailleur économiquement dépendant : quelle protection ? » Paul-Henri Antonmattei, Jean-Christophe Sciberras - Rapport à M. le ministre du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité.**

¹³ **Sénat - Rapport d'information de la Commission des Affaires sociales « Travailleurs des plateformes : au-delà du statut, quelles protections ? » - 20 mai 2020.**

¹⁴ **Arrêt n°374 du 4 mars 2020 (19-13.316) - Cour de cassation, Chambre sociale (arrêt "Uber").**

¹⁵ **Note explicative relative à l'arrêt n°374 du 4 mars 2020 (19-13.316) - Chambre sociale (arrêt "Uber").**

¹⁶ **« Pour un nouveau statut propre aux travailleurs des plates-formes ». Hervé Chapron et Michel Monier Le Cercle Les Échos - 16 mars 2020.**

¹⁷ **« Droit social 2.0 ». David Barroux in Les Echos-Idees, 4 mars 2020.**

¹⁸ **« Rapport d'information de la Commission des Affaires sociales - Sénat. Déjà cité.**

¹⁹ **Antonmattei-Sciberras, Rapport au Ministre du Travail - déjà cité.**

²⁰ **Code du Travail**

²¹ **Idem.**

²² **Il doit avoir exercé une activité non salariée sans interruption pendant au moins 2 ans au titre d'une seule et même entreprise, l'activité doit avoir cessé à cause d'une liquidation judiciaire ou d'un redressement judiciaire, il doit rechercher activement un emploi, c'est-à-dire être inscrit à Pôle emploi, l'activité non salariée doit avoir généré un revenu d'au moins 10 000 euros par an sur les 2 années qui ont précédé la cessation, il doit en outre disposer de ressources personnelles inférieures au montant du RSA, soit moins de 559,74 euros par mois.**

²³ **L'Unédic chiffre le coût de cette mesure à 140 millions d'euros par an pour 30 000 bénéficiaires.**

CRAPS : Depuis la loi NOTRe, le Département est le « pivot local » des aides sociales. Pourtant encore aujourd'hui, certains souhaitent voir cette mission transférée aux communes. Pour quelles raisons selon vous le Département constitue-t-il le bon niveau, au regard notamment de votre expérience de Président du Conseil départemental de la Mayenne ?

OLIVIER RICHEFOU : Le Département est le garant des solidarités humaines. Si l'action sociale est son cœur de métier, c'est qu'il a su démontrer au fil du temps qu'il était l'échelon le plus pertinent

"LE DÉPARTEMENT DE LA MAYENNE COMPTE 15 000 OFFRES D'EMPLOI NON POURVUES (NDLR : CHIFFRES D'AVANT CRISE) ALORS QUE DANS LE MÊME TEMPS, LE NOMBRE D'ALLOCATAIRES DU RSA NE CESSE D'AUGMENTER"

pour la piloter entre celui de la Région et celui des communes voire des intercommunalités qui n'atteignent pas de façon isolée la taille critique pour le faire. Le projet de loi « 3D » constitue une opportunité pour les Départements, acteurs essentiels des politiques du vieillissement, du

handicap, de l'insertion, de l'enfance et de la famille de bâtir la solidarité du XXI^e siècle, de renforcer localement la coordination des différents acteurs publics et privés (Département, CAF, ARS, Pôle emploi, CCAS, etc.) intervenant dans le champ de l'action sociale et de simplifier le parcours et l'information de l'utilisateur. La Mayenne inscrit ses réflexions et ses actions dans cette trajectoire. Parmi les orientations, parfois audacieuses, susceptibles d'être préconisées, figure celle visant à un rapprochement des Départements et des Caisses d'allocations familiales (CAF). J'ai d'ailleurs fait connaître au Président de la République et au Président de la Caisse nationale d'allocations familiales mon souhait de l'expérimenter en Mayenne. En vain. Les points de convergences sont pourtant tels qu'ils permettraient : de favoriser l'émergence d'un pilotage unifié et d'une vision d'ensemble de la politique de la famille ; d'éviter les démarches parfois concurrentes ; de mettre fin à un découpage contreproductif des compétences (Insertion et gestion du RSA, logement social, accueil petite enfance...); de rendre plus efficiente les organisations en mutualisant les compétences et les ressources dans un contexte budgétaire contraint ; de permettre la gestion en proximité de l'attribution des prestations sociales et faciliter la mise en cohérence des décisions prises par les institutions ; d'adapter aux spécificités locales la déclinaison des dispositifs d'aides nationaux à l'exemple du RSA.

CRAPS : L'emploi est depuis les années 80 un problème majeur pour la société française. Le Département n'est pas en « première ligne » dans ce combat. D'aucuns souhaitent une politique de l'Emploi moins centralisatrice, prenant en compte les diversités des bassins d'emploi,



**OLIVIER RICHEFOU
PRÉSIDENT DU DÉPARTEMENT
DE LA MAYENNE**

impliquant fortement Région, Département et Communes. Comment dans ce cadre imaginez-vous le rôle du Département ?

O.R. : Le Département de la Mayenne compte 15 000 offres d'emploi non pourvues (ndlr : chiffres d'avant crise) alors que dans le même temps, le nombre d'allocataires du RSA ne

cesse d'augmenter au regard notamment de la crise économique et sociale qui s'installe consécutivement à la pandémie de Covid-19. Le rôle du Département dans le cadre de la politique de l'emploi est double. Tout d'abord, les Départements sont des investisseurs publics de premier rang. En 2019, leurs dépenses d'investissements se sont élevées à 10,1



milliards d'euros. Il s'agit là assurément d'un soutien incontournable à notre économie et donc à l'emploi, et cette dimension sera renforcée dans le cadre de la relance. Ensuite, le Département doit renforcer ses politiques d'insertion pour faciliter le retour à l'emploi et renforcer l'insertion professionnelle des bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active (RSA). Il ne doit pas être seulement considéré comme un simple opérateur qui verse des allocations.

CRAPS : Le plan de relance prévu par le Premier ministre prévoit une contractualisation avec les Régions et les Départements. De quelle manière vous inscrivez-vous dans cette dynamique ?

O.R. : Avant toute chose, je tiens à saluer l'ampleur du plan inédit de relance. Durant la crise, des sommes conséquentes ont été annoncées pour soutenir notre économie, et préserver les emplois, cela a banalisé certains

montants, il n'en demeure pas moins que 100 millions d'euros sont sur la table pour la relance de notre pays, c'est un effort considérable, il ne faut pas l'oublier. Il n'en demeure pas moins que la territorialisation du plan est la pierre angulaire de la réussite de ce plan. L'argent doit arriver dans les territoires, et ce, dans une logique d'équité territoriale. Les conséquences de la crise seront moins importantes, en termes de chiffres bruts, dans un territoire rural comme la Mayenne, que pour un Département francilien. Il n'en demeure pas moins, que ces conséquences ont les mêmes traductions concrètes pour la population. C'est pour cette raison que j'ai appelé de mes vœux dès la présentation du plan à l'installation d'un « référent relance » dans chaque Département, directement rattaché au Préfet. Cette idée a été reprise par le Gouvernement avec la création des sous-préfets à la relance. J'ai eu l'opportunité d'en échanger avec la ministre de la Transformation et de la Fonction Publique, Amélie de Montchalin, pour lui rappeler cet enjeu d'équité territoriale, et

de ne pas oublier les territoires ruraux, comme la Mayenne dans le cadre des nominations. Enfin, la question de la contractualisation avec les collectivités « programme par programme » doit bien évidemment intervenir, en lien avec les objectifs des collectivités territoire par territoire. Je salue la contractualisation avec les Régions de France, cela montre la nécessité des élus locaux pour décliner le plan. J'espère que pour les Départements, nous aurons des échanges directs territoire par territoire pour mettre en place un plan qui collent à nos objectifs et besoins, dans une dynamique de complémentarité. À titre d'exemple, le Conseil départemental de la Mayenne a voté le 5 octobre, notre plan départemental de relance, « Mayenne Relance ». La contractualisation avec l'État doit s'inscrire dans la dynamique que nous avons lancée, et non pas de manière parallèle et uniforme sur chacun des territoires.

CRAPS : L'absence de réponses satisfaisantes offertes par l'État face à l'accumulation de déserts médicaux, a contraint les collectivités à intervenir pour favoriser l'installation des médecins libéraux. Quel est le bilan aujourd'hui ?

O.R. : Premier point, sémantique mais pas anecdotique : l'expression « désert médical » est à bannir car elle manque de nuance et disqualifie d'emblée certains territoires, alimentant un cercle vicieux, comme cela peut être le cas lorsque l'on parle de « quartier difficile ». Dans l'absolu, la France ne souffre pas d'un manque de médecins mais d'une sur-concentration des médecins libéraux dans certains territoires (essentiellement dans le Sud de la France, dans certains quartiers de grandes villes, dans certaines zones de montagne). L'augmentation du nombre de médecins admis en formation aura un effet marginal si la concentration sur ces territoires demeure aussi forte. Par ailleurs, il n'y a pas aujourd'hui de gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences territorialisée concernant les médecins libéraux, alors même

que le temps de formation d'un médecin nécessite une grande capacité d'anticipation. Par ailleurs, deux déterminants majeurs à l'installation sont régulièrement constatés : être originaire du Département ou avoir réalisé son stage de fin de cycle dans le Département. Surtout, le système de santé de proximité français reste très centré autour de la figure du médecin alors que de nombreux pays voisins ont développé une logique graduée de prise en soins fondée sur de nouveaux métiers à mi-chemin entre les infirmiers traditionnels et les médecins, sur la délégation de tâches à des paramédicaux qui ont pu bénéficier de formations complémentaires. Cela commence timidement en France, avec par exemple le développement des infirmiers de pratiques avancées. Le Conseil Départemental de la Mayenne, conscient des réalités de la démographie médicale sur son



territoire, a choisi de se doter d'un plan d'action concret pour agir au plus près du terrain : le plan Ambition Santé 53. Il s'agit de mener sur le long terme une action volontariste en lien avec tous les partenaires locaux, mobilisés sur le champ de l'accès aux soins (Préfecture, ARS, Assurance Maladie, Collectivités territoriales, représentants de professions de santé...). Ambition Santé 53 contient des propositions d'action à court et moyen termes comme favoriser et soigner l'accueil des internes en ville et en hôpital, proposer des modes d'exercice souples avec le moins de contraintes possibles, répondre en proximité et de la manière la plus individualisée possible à leurs besoins afin de lever certains freins, mais aussi amplifier le travail en réseaux

de ces professionnels. À long terme, le plan porte aussi des mesures structurelles : encourager pour les bacheliers du Département à suivre une 1^{re} année en santé, accueillir les externes à se former dans les hôpitaux périphériques, élargir le recrutement des internes aux autres régions.

CRAPS : La crise sanitaire a fait ressurgir dans le débat public la question des dépenses de santé. Selon vous, comment concilier l'égalité républicaine des soins et la décentralisation de la prise de décision ?

O.R. : Un rappel s'impose : la santé est tout comme l'éducation une politique publique centralisée. Les collectivités ne disposent que de compétences très marginales en matière de santé. Leur principal levier porte d'ailleurs sur les « déterminants de santé » que sont par exemple la qualité de l'air, les équipements sportifs, l'aménagement du territoire. Or, la centralisation forte des politiques de santé n'a pas permis de garantir l'égalité républicaine. L'éloignement des lieux de décision se traduit par une méconnaissance des enjeux de terrain, une tendance à l'uniformité des réponses alors que les réalités locales sont différentes et un manque de réactivité des politiques publiques. En réponse à ce constat, des pistes méritent d'être mises en œuvre comme favoriser l'expérimentation afin de proposer des soins adaptés aux besoins et à la réalité du territoire, comme l'assouplissement de la téléconsultation l'a été pendant la crise du Covid ; mettre en place des mesures souples permettant à chaque patient de bénéficier d'un médecin, d'une équipe ou d'une structure traitante pour construire son parcours de santé. Enfin, la réponse essentielle reste la déconcentration du pilotage des ARS afin de proposer un échelon

départemental, ce qui justifie pour un Département comme la Mayenne, en infra départemental pour des départements plus importants en termes de population au niveau de la gouvernance de l'offre de soins. Cette déconcentration permettra de proposer des organisations adaptées aux réalités locales, mais aussi de renforcer le lien avec les acteurs locaux et l'appropriation des décisions.

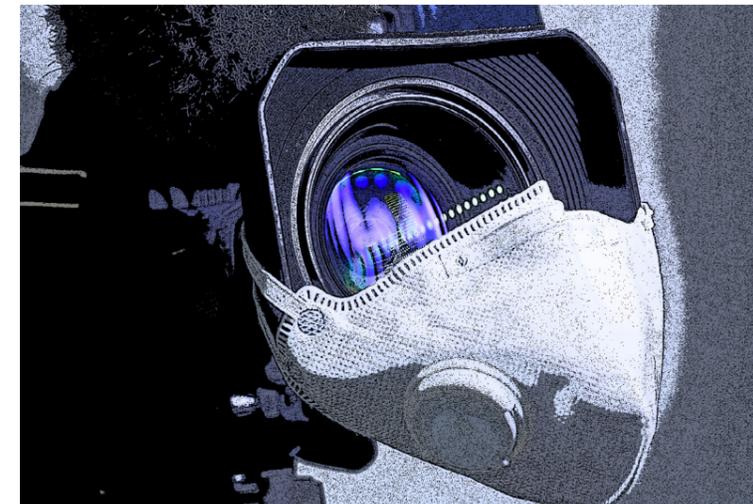
CRAPS : La crise sanitaire a mis en exergue la nécessité d'une meilleure articulation entre le sanitaire et le médico-social. Comment envisagez-vous cette articulation au niveau du Département ?

O.R. : À l'origine, les maisons et pôles de santé avaient pour ambition de couvrir les besoins de santé d'un bassin populationnel. Dans la pratique, la plupart ont permis de renforcer l'exercice groupé entre médecins et/ou paramédicaux. C'est déjà une première étape à saluer. Espérons que les CPTS soient l'outil permettant d'aller un cran plus loin en intégrant les partenaires du médico-social au niveau territorial du bassin de vie. Cette articulation sanitaire, sociale, et médico-sociale

est essentielle mais peine toujours à se mettre en place, et a tendance à reposer sur la bonne volonté des acteurs. Le rapport Vachey en fait le triste constat, déplorant la multiplicité des dispositifs. À l'échelle du Département, pour que ça marche, c'est au plus près des personnes que doit s'organiser la coordination. Dans ce sens, la MDA de la Mayenne a tissé un partenariat efficace et pragmatique avec une CPTS : la chargée d'accompagnement (ex-coordinatrice de CLIC intégrée à la MDA) travaille en étroite collaboration avec l'infirmière parcours de la CPTS pour mettre en place des réponses adaptées au public âgé et/ou en situation de handicap.

CRAPS : Le Département de la Mayenne a subi une vague épidémique estivale importante. Vous avez su l'endiguer. Les prises de décisions ont-elles été décentralisées pour répondre aux moyens et aux besoins locaux ?

O.R. : Effectivement la Mayenne a connu un rebond durant la période estivale. En premier lieu, il convient de tempérer ce rebond, car l'emballement médiatique a été fort, mais dans les deux mois de juillet-août, il y a eu un mort du Covid. C'est un mort de trop, mais c'est un mort. Au maximum, nous avons eu deux personnes en réanimation. C'était une situation qui n'était pas aussi grave que ne l'est sans doute aujourd'hui



dans d'autres départements. Quant à la réussite du Département, elle repose avant tout sur la méthode mise en place. Le duo Préfet-Président de Département que nous incarnons, avons décidé de nous appuyer sur l'ARS comme un conseil scientifique et non comme une agence de crise, ce qu'elle n'est pas. Nous nous sommes opposés à des mesures que nous jugions démesurées et donc inefficaces. Je n'étais pas contre les tests, mais contre les tests tous azimuts, il ne fallait pas tester les 300 000 Mayennais comme le

préconisait l'ARS, mais tester autour des clusters et en priorité les publics fragiles, c'est ce que nous avons décidé avec le Préfet. En s'appuyant sur cette méthode, nous avons su mettre en place des mesures proportionnées et cohérentes avec notre territoire : au lieu de réfléchir en termes de limites administratives, nous avons appliqué des mesures sur des bassins de vie. J'ai fortement dénoncé « le coup de Tchernobyl » qu'on nous faisait, comme si le virus s'arrêtait aux limites administratives du Département, c'est faux, le virus se déplace avec les individus, dans des bassins de vie. Cette vision, l'ARS, ne peut pas l'avoir, c'est en ça que le couple Préfet-Président de Département a su réussir. Par exemple, nous avons mis plusieurs bus itinérants qui allaient dans les quartiers où la population n'a pas le réflexe d'aller spontanément dans un laboratoire. Ensuite, très vite, c'est passé par le port du masque, mais pas n'importe où, c'est-à-dire pas partout dans le Département mais dans les bassins de vie autour des clusters. Mais nous n'avons pas exigé le port du masque dans d'autres lieux du Département. Enfin, l'acceptabilité d'une mesure par la population est toujours plus grande lorsqu'elle vient des élus locaux qui connaissent leur territoire, et savent expliquer précisément pourquoi on renforce une mesure dans une ville, et on assouplit ailleurs. Si on veut que les mesures soient acceptées, il faut qu'elles soient partagées et comprises et donc adaptées au territoire. Le choix

fait par le Président de la République de dire « j'écoute les experts et je décide en concertation avec les élus sur les mesures à prendre et je fais confiance aux préfets pour prendre les bonnes mesures », c'est la bonne façon de procéder. Au niveau local, je pense que nous devons reproduire cette logique, en considérant les ARS comme un conseil d'experts et non pas une agence de gestion de crise. ■

JE CHERCHE UN HOMME...

PAR LE **DR IMANE KENDILI**

PSYCHIATRE - PSYCHOTHÉRAPEUTE - ADDICTOLOGUE
SEXOLOGUE - CHRONIQUEUSE - AUTEURE



« Mais je n'en veux pas, du confort. Je veux Dieu, je veux de la poésie, je veux du danger véritable, je veux de la liberté, je veux de la bonté. Je veux du péché.

- En somme, dit Mustapha Menier, vous réclamez le droit d'être malheureux.

- Eh bien, soit, dit le Sauvage d'un ton de défi, je réclame le droit d'être malheureux.

- Sans parler du droit de vieillir, de devenir laid et impotent ; du droit d'avoir la syphilis et le cancer ; du droit d'avoir trop peu à manger ; du droit d'avoir des poux ; du droit de vivre dans l'appréhension constante de ce qui pourra se produire demain ; du droit d'attraper la typhoïde ; du droit d'être torturé par des douleurs indicibles de toutes sortes. »

Le meilleur des Mondes

Nous sommes dans un temps de solidarité obligée. Il semblerait que toutes les théories alarmistes à consonance psychotique des écologistes, ou encore des plus critiqués collapsologues, soient aujourd'hui un tournant de réflexion à investir. Des prévisions de Nostradamus en arrivant à Greta Thunberg et ses grèves pour le climat à Davos, sans oublier le petit manuel de collapsologie de Servigne et Stevens, il semble évident que l'Homme réside inhabituel sur Terre puisque le seul à adapter son environnement à ses désirs et son confort mouvants au lieu de s'adapter à son écosystème. Il a ainsi puisé dans la Terre-Mère et a érigé une civilisation thermo-industrielle macrophage. Les prévisions sont claires. Dans moins de 30 ans, nous n'aurons plus la capacité d'énergie pour fonctionner. Les réserves prévoient un tiers de la capacité actuelle et les énergies renouvelables sont un rêve chimérique derrière lequel on se cache afin de continuer la course technologique autodestructrice, laquelle, en fin de compte assoit l'Homme dans un libre-arbitre souvent dénié philosophiquement, mais bien présent en une conduite suicidaire de toute l'humanité.

Armé d'une lampe diogénique, je m'acharne. Aidez-moi à ce cheminement. Je cherche un Homme.

L'AVENIR DE L'HOMME EST RAT

L'humanité a longtemps lutté contre bien des maladies décimantes. Les disettes ont aussi fait leur temps. Le rat a été l'ennemi de l'Homme pendant bien des siècles. Traqué,

guetté, haï, le rat s'est terré dans une grande sagesse et en connaissance du cycle de la vie.

Le rat a attendu le tour de l'Homme pour se rire de lui. Aujourd'hui, l'Homme se terre. L'Homme se fuit. L'Homme se Mure. L'Homme a peur de lui-même. Malheureusement, l'Homme n'étant pas terrien, il ne possède pas cette mémoire collective sage qu'a le rat ou avant lui le mammouth.

Il faut se rendre à l'évidence que l'énergie solaire requiert du soleil et qu'elle est intermittente. Il faut aussi se dire que les éoliennes sont tributaires du vent ? Et surtout s'enquérir de la réalité logistique et du coût. Car, que nous le voulions ou non, la balance des bénéfices reste le pilier

pleines de bon sens, de passions et de recommandations mais aux répercussions restant très limitées.

Pourquoi ?

Pourtant si l'effondrement a lieu, même les mieux nés dans des soi-disant continents nantis, ne pourront pas déménager en des lieux interplanétaires sûrs. L'Homme dans sa course d'exploitation de la Terre n'a pas une option Terre 2. Mais alors, l'effondrement concernerait une sélection naturelle. Cette sélection naturelle se ferait-elle par l'eau ? Par le feu ?

L'amygdale est une entité cérébrale bien présente chez l'Homme, centre de toutes les peurs et socle de nos angoisses. Le plus drôle est cette peur bobologique inhérente

L'AVENIR DE L'HUMANITÉ EST EN FAIT UNE CONVERSATION DE SALONS EN MILIEU BOBO CHIC, OU ENCORE, UN BUDGET APPRÊTÉ À DE BELLES ORGANISATIONS ÉCOLOGIQUES PLEINES DE BON SENS, DE PASSIONS ET DE RECOMMANDATIONS MAIS AUX RÉPERCUSSIONS RESTANT TRÈS LIMITÉES. POURQUOI ?

principal de réflexion mondiale. Mobiliser et prévenir ont été les maîtres-mots. La « transition » en tant que stratégie de transformation progressive de nos sociétés industrielles en sociétés soutenables ne semble pas fonctionner. La réalité est que cette « transition » s'est enkystée au stade de théorisation et médiatisation. L'avenir de l'humanité est en fait une conversation de salon en milieu bobo chic, ou encore, un budget apprêté à de belles organisations écologiques

à l'Homme qui craint une rage de dents et sort embrasser la foule en conquérant invincible en temps de covid.

Je ne sais. Par contre, ce qui est scientifiquement évident est le réchauffement climatique, la fonte des calottes glaciaires et la déstabilisation de l'écosystème en entier. Les conséquences sont également soulignées et évidentes. L'augmentation des crises alimentaires et de l'eau. Or, la Terre est surpeuplée.

Par ailleurs, l'augmentation croissante des gaz à effet de serre contribue au réchauffement climatique. À l'origine des causes et des conséquences citées : les activités humaines. L'exploitation des combustibles fossiles et les déforestations. Ces éléments ne sont pas nouveaux. Ils sont d'actualité avec l'arrivée du Covid amenant l'Homme à sa réalité non immuable. La température actuelle n'a jamais été atteinte depuis 2 millions d'années selon les scientifiques et le 5^e rapport du GIEC. Aurions-nous maladroitement mal interprété les schémas griffonnés de Fulcanelli à Julien Champag-

collective héritée pour reproduire son déclin de manière freudienne ? Mieux encore ! Comment l'Homme peut-il avoir la prétention de penser que le monde finirait avec lui ? Comment un être aussi finement intelligent serait en un même temps aussi crédule et aut centré ? Le Covid a pourtant souligné la fragilité de l'Homme et des systèmes de santé mondiaux. Aucune technologie ni aucun PIB n'ont permis l'éradication d'un virus ni la protection de l'Homme. Une deuxième vague pointe du nez et se terrer reste la solution première. Retour aux grottes. Système familial

NOUS DEVONS NOUS RENDRE À L'ÉVIDENCE. NOUS SOMMES FAITS COMME DES RATS.

ne ? Aurions-nous inconsciemment refoulé l'inévitable ? Serions-nous en train de vivre le Finis Gloriae Mundi remis à Canseliet ? L'Homme court-il à sa perte ? Le plus risible est que contrairement à ce que nous pourrions penser, nous ne sommes qu'une niche de l'écosystème. Et si nous étions amenés à disparaître, ce serait une niche de moins et non un monde de moins. D'autres espèces plus résistantes ont disparues. Pourquoi l'Homme dans son narcissisme idiocratique et malgré son intelligence et sa mémoire a-t-il occulté une mémoire

nucléaire primal. L'ordre est sagement observé par les rats. Mais cette fois, les premiers qui quitteront le navire seront les Hommes. Nous devons nous rendre à l'évidence. Nous sommes faits comme des rats. Pourtant, à y voir de plus près, on continue à fuir la réalité. On attend un retour à une vie dite normale. On sort, on va à la plage. On s'« âme »-use. Car l'Homme se pense incontournable dans l'écosystème. Et si tout reprenait sans lui ? La fin d'un monde certes. Mais en aucun cas la fin du monde.

LE MEILLEUR DES MONDES

Les masques sont portés par certains en « dessus » sexy accessoirisés. On retrouve des swarovskis sur certains, des griffes en contrefaçon ou pas, scandaleuses certes, mais acceptées. Pire ritualisées ! Faites vos achats pour des masques dernier cri qui ne couvriront pas vos lèvres repulpées au time-filler pour une oralité désormais muselée. C'est le cas de le dire ! Nous en sommes au musèlement. Pas contraint ni forcé mais désiré. Qui aurait cru ?

Revenons au rat ou à la souris. Le rat est une sorte de race « aryenne » d'origine sélective naturelle chez les rongeurs. Il incarne symboliquement la sagesse en Chine. Le burlesque est à son comble ! Un virus importé de Chine afin de projeter la sagesse du rat en chacun de nous.

La traque arrive à grands pas. Les regards noirs fusent. Les personnes contact sont de mauvais augure. Avoir un parent atteint du covid tient du mauvais œil ou d'une malédiction résistant à l'eau salée cette fois-ci. Les charlatans et scribes en tout genre doublés des cartomanciennes et apothicaires de fortune aux étalages toxiques sont à court de recettes miracles. Et pourtant si le miracle ne pointe pas du nez, la magie devra porter ses fruits. En tous cas tout autre état possible imaginaire, virtuel ou paranormal mais surtout pas la réalité, la responsabilité ou l'acceptation. Normal. Car cela engage un engagement concret où la magie n'a pas de

place. Les litres de plomb adulés par les Marocains tout niveau socio-économique confondus, l'intellectuel étant à recatégorifier à la sauce locale, ne donneront vie qu'à de nouvelles années de plomb. La symbolique perdue si la magie s'envole. Réveillons-nous !

La vie ne changera pas car les chamans ont pleuré toute la nuit pour la pluie ou que nos prières ont été ferventes et démesurées. L'action passe par l'acceptation de la réalité.

Le retour à la réalité est rude mais nous y sommes. Les étapes sont claires. Après le déni, la colère, la fuite, viendra l'acceptation. Mais l'Homme poisson rouge, loin du rat trop sage, oublie avant même d'avoir fait sa propre roue. Et pourtant, il inventa la roue ! On demande la libération. Ou plutôt l'aliénation. Le souffle court pour souligner le paradoxe, nous attendons nos passeports immunitaires et nous faisons la queue pour les tests Covid, la boule au ventre. On est plus préoccupé par la réouverture des restaurants et des bars que par le sort de l'Homme. Le virus tue. Et alors ? Qu'il passe ma porte et décime !

Des « Marie-Antoinette » aux masques griffés s'inquiètent de la tenue de leurs lèvres sous ces masques et pianotent à la recherche d'un prince charmant virtuel à coups d'émoticônes. Les rêves



n'existent plus. L'imaginaire est obsolète devant le concret d'Instagram. On perd nos neurones à vue d'œil, accrochés à la chute libre de notre sérotonine devant les smartphones. Mieux encore, nos enfants sont mis très tôt aux écrans pour avoir la paix ou devant des chaînes autistiques certaines aux sons pseudo-musicaux en balancier. Un monde moderne qui à force de technologie et de course à une intelligence artificielle fantasmée a perdu les amorces de l'intelligence qui sont la toile de l'imaginaire et du

rêve devant le vide. Un vide qu'on fait fleurir d'idéaux, d'inventions, de réflexions, de pensées, de dialogues, d'introspection, de monologues et Tesla fut. Depuis quand l'Homme a cessé l'invention ? Inventer relève de l'utopie. Aujourd'hui, l'innovation a tout pris. Le technologique a tué l'Homme. Le « je pense donc je suis » devient burlesque. Penser ? Quelle prétention ? Par soi-même ? Encore plus risible ? Nous pensons, vivons, sentons, voulons, désirions, aimons les mêmes choses. Huxley me

manque tout d'un coup. Pas même besoin de nous enfermer. Nous nous enfermons nous-mêmes plus apeurés de manquer de burgers ; je vous rappelle la ruée vers les fast-foods à la sortie du confinement, que de l'avenir de nos enfants.

FREUD A FAILLI

Nos enfants sont dans une totale insécurité du lendemain. Au gré des résiliences, certains y resteront. L'agoraphobie et l'addiction aux écrans sont à revoir dans les clas-

La sélection naturelle s'opère sans nous. Aucune intelligence humaine ou artificielle n'est requise. Pas d'école. Une épée de Damoclès qui s'abat sur les têtes de nos chérubins avides de retour à l'école. Les cartables sont faits. Les goûters choisis et précieusement doublés pour les plus nantis. Les fournitures achetées par listes entières et pour l'année comme si devant une pénurie d'eau ou de blé on s'inquiéterait d'une pénurie de stylos. Imaginez la frustration et le dépit de ces enfants apprêtés à reprendre le

chemin de la vie qui s'endorment sur un fait pour se réveiller sur un autre. Une classe ouverte, une classe fermée. Et bonjour l'insécurité émotionnelle ! Il est évident que la santé mentale de nos enfants n'est guère prise en compte. Les temps sont durs de par le monde et les déci-

sions sont très difficiles à prendre pour tous les gouvernements, mais la communication est le cheval de bataille de toute crise, sanitaire ou autre. Décider la décroissance n'est en aucun cas envisageable par les grandes puissances mondiales. Au contraire, c'est la croissance tous azimuts. On fonce. On y va. On a tout à perdre, mais étant déjà en enfer, on ne peut s'arrêter d'avancer. Une simple logique, en somme. Nous savons que la chute est proche, mais on y va. On y va parce qu'on n'a plus le choix. Croire

le contraire est la pire des erreurs à faire, aujourd'hui. La marche vers le désastre est sans appel. Un retour sur ces mêmes théories des collapsologues nous amènerait à réfléchir autrement l'avenir de nos enfants. Le système scolaire sociabilisant et épanouissant jusqu'à une certaine mesure car bien des programmes sont fortement critiquables. Je trouve très idiot de classer les enfants selon une échelle rigide assez fermée n'incluant guère l'imagination et la créativité dans l'apprentissage. Les plus grands scientifiques et inventeurs ont d'abord été philosophes, peintres et rêveurs. Or, la place au rêve n'est plus. On rêve pour nous. Et on concrétise par objets cumulés et non par accomplissements ressentis. Consommation oblige. Bon ! Nous avons bien consommé. Pouvez-vous prendre en compte le ressenti d'un enfant en pleine croissance physique, mentale et sociale devant un avenir incertain ? Si les adultes sont impuissants et que leur gouvernement s'emmêle les pinceaux, que faire de nos enfants ? Voici le constat à froid. Car prendre des mesures draconiennes pour sauver les meubles peut engendrer le chaos, aujourd'hui. Logiquement, il est préférable d'ajourner la catastrophe. 10 ans. 20 ans. 30 ans. Avec l'espoir illusoire qu'un miracle se produise. La réalité n'est pas covidienne seulement. Elle est environnementale. Elle est énergétique car la Terre s'épuise en ressources primordiales. Elle est collapsologique. Le possible effondrement de notre civilisation industrielle. On ne parle pas de la

fin du monde, mais plutôt de la fin d'un monde. Un monde où l'Homme dilapide de manière conditionnée un héritage terrien précieux loin d'être inépuisable. Les êtres vivants et la nature sont malheureusement de vulgaires ressources à dilapider pour nourrir des pulsions expansionnistes. Mieux encore, l'Homme est devenu ressource et objet de consommation pour l'Homme. La culture du déshumain est en place et les masques tombent. La bouche aux lèvres surdimensionnées, témoin de l'oralité sacralisée chez l'Homme moderne est enfin une partie intime grâce au covid. Et à bon escient ! Nous en sommes arrivés à ce stade. Attendre un miracle. C'est l'unique porte de sortie pour cette civilisation. Évidemment, aucun miracle ne pointe à l'horizon. « Des économistes justifient rationnellement ce souci exclusif des profits à court terme en arguant qu'il peut-être de meilleur aloi de récolter une ressource aujourd'hui que demain, dès lors que les profits d'aujourd'hui peuvent être investis et que les intérêts de cet investissement entre aujourd'hui et demain tendent à rendre la récolte d'aujourd'hui plus valable que celle de demain. Quitte à ce que les conséquences néfastes soient supportées par la génération à venir, qui, par définition, n'est pas encore ici pour faire droit à



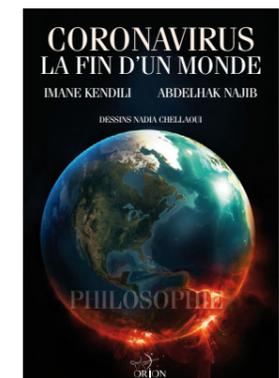
une prospective à long terme. » (Jared Diamond, Effondrement, page 672). Il faudra faire partie des survivants. Mad Max n'est pas loin, et là aussi le plus drôle c'est que le film se déroulait en 2021. C'est à réfléchir différemment car si on doit survivre sans le confort autodestructif actuel, nos enfants devraient apprendre à bêcher et planter. Puis à chasser et allumer un feu. Le retour aux grottes a débuté par des confinements et se terminera par une autarcie certaine, de plus en plus étriquée. Nous avons une date buttoir pour jeter l'éponge. Rien ne va plus. Les scénarii qui se profilent ne sont pas nombreux. La nature finira par prendre le dessus et les humains auront livré un dernier combat pour s'exterminer eux-mêmes. S'adapter et survivre passera par une sélection naturelle déjà bien entamée par le Covid. Qui seront les enseignants de demain ? Doit-on penser mathématiques, arts et lettres ? Ou chasse, pêche et cueillette ? Apprenons-leur à bêcher !

La fuite, dans le déni et le clivage, est le mécanisme le plus visible ces derniers mois. On attend la fin du cauchemar et on se projette dans une vie post-covid. On attend un miracle. On attend le retour à l'école. Toujours en attente de miracles, l'Homme se ment. Le déni et le clivage sont plus

faciles d'accès pour des cerveaux en low battery. La fuite vers l'avant. Car décideurs ou pas, grandes puissances ou pas, le narcissisme règne. Néron est un petit joueur. S'il a brûlé Rome pour rentrer dans l'Histoire, nous brûlerons la Terre entière. La psychanalyse est dans le coma. Freud a failli.

D' Imane Kendili

Dernier ouvrage d'Imane Kendili, rédigé avec l'écrivain et journaliste Abdelhak Najib aux Éditions ORION





TRIBUNE

UNE NOUVELLE ÈRE POUR L'HÔPITAL PUBLIC ?

PLUTÔT UNE AVANCÉE IMPORTANTE
QUI S'INSCRIT DANS LA CONTINUITÉ
DE LA RECONNAISSANCE
DE L'INVESTISSEMENT DES
HOSPITALIERS ET DE LA PRIMAUTÉ
DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

PAR

GÉRARD VUIDEPOT
PRÉSIDENT DE LA MUTUELLE NATIONALE DES
HOSPITALIERS

Les professionnels du monde de la santé et du social font depuis ces derniers mois la démonstration de leur investissement sans faille pour les Françaises et les Français.

Dans tous les territoires, ils sont encore largement mobilisés pour préserver notre santé et celle de nos proches, au risque souvent de mettre la leur en danger.

Ces acteurs, au premier rang desquels se trouvent l'hôpital public et ses agents, participent de notre cohésion nationale, plus encore en cette période troublée. Dès lors, à la question « fallait-il reconnaître cet investissement des acteurs du monde de la santé à travers un plan ambitieux ? », la réponse semble évidente : « oui ! ».

La réponse, « oui ! », ne souffre d'aucune contestation possible.

Et cette réponse est désormais matérialisée par les annonces et les accords du Ségur de la santé, lesquels présentent des avancées notables pour l'hôpital public et les hospitaliers.

Et avant toute analyse, admettons que l'État a su faire preuve d'une diligence exceptionnelle pour aboutir à des accords de cette ampleur, notamment quand on les compare aux délais habituels que connaît le secteur de la santé quand il s'agit de se réformer ou de convenir d'avancées sociales. 50 jours, c'est le temps qu'il a fallu pour réunir les différentes organisations représentatives et aboutir à un plan de quelques 27 milliards d'euros, accompagnés d'une série d'annonces de réformes structurelles.

Le sujet de l'attractivité à l'hôpital est au cœur des enjeux

La question de l'attractivité de l'hôpital est centrale au regard de la situation dégradée de ce dernier depuis plusieurs années : postes vacants de plus en plus nombreux, difficultés à trouver des personnels pour remplacer les absences, crise de la démographie médicale, budgets fortement contraints, etc.

Sur ce point, les accords du Ségur proposent des avancées significatives, que ce soit à travers des augmentations salariales historiques pour les soignants, les médecins et les personnels administratifs pour plus de 8 milliards d'euros, de la volonté de réduire un certain nombre de lourdeurs administratives, de l'envie de faire confiance aux professionnels sur le terrain et leur donner plus de marges de manœuvre, ou encore des possibilités de recrutements.

Ces avancées, il faut le souligner, étaient attendues de longue date par l'hôpital public, qui doit évoluer dans un environnement concurrentiel en matière d'attractivité face aux secteurs privés et à l'exercice en ville, à l'heure d'un déficit démographique de professionnels.

À ce propos, l'investissement proposé pour la nouvelle génération en santé avec 200 millions d'euros supplémentaires par an et l'augmentation des effectifs en formation paramédicale sont les

bienvenus, même si ces mesures ne solutionnent bien évidemment pas l'intégralité des problèmes rencontrés par les étudiants pendant leur cursus, notamment la rémunération des internes.

Sur ces aspects de revalorisation et d'attractivité, on peut tout de même regretter que le Ségur de la santé n'ait pas initié la mise en place d'une participation forte de l'employeur public à la protection sociale complémentaire des agents hospitaliers. Une telle mesure aurait présenté un triple avantage, particulièrement en période de crise sanitaire : améliorer le pouvoir d'achat des agents, protéger leur santé et renforcer l'attractivité des postes hospitaliers publics.

Redonner des marges de manœuvre pour l'investissement à l'hôpital était impératif

Il n'est pas nécessaire d'être un expert de l'hôpital pour connaître les difficultés financières auxquelles celui-ci est exposé.

Aussi, et là encore, les annonces du Ségur de la santé vont dans le bon sens. En injectant 6 milliards d'euros et en réformant le pilotage des grands investissements, le Ségur de la santé (et ses textes d'application à venir) donne de nouvelles marges de manœuvres opérationnelles aux établissements pour préparer et construire leur avenir. Un tournant important alors que les établissements étaient jusqu'alors plutôt habitués aux coupes budgétaires, y compris dans leurs budgets d'investissement, malgré l'urgence des besoins en la matière.

Le virage numérique, le développement de l'ambulatoire, l'appareillage de plus en plus technique, le parc immobilier vieillissant sont autant de secteurs qui vont pouvoir bénéficier de ces fonds complémentaires.

La reprise de dette pour 13 milliards d'euros participera de ce tournant en soulageant les hôpitaux les plus endettés.

Mais ces mesures en faveur de l'investissement ne doivent bien évidemment pas conduire à donner une bouffée d'oxygène temporaire et précaire à l'hôpital, pour revenir dans la même situation de



tension dans quelques années. Elles nécessitent d'être complétées par des travaux de fond pour la restructuration de l'offre sur les territoires ainsi que le retour à l'équilibre des établissements de santé afin que ceux-ci puissent garantir leurs besoins en investissements par leurs propres moyens.

Les professionnels attendent dès 2021 des mesures pérennes inscrites dans l'ONDAM et dans la loi de financement de la Sécurité sociale.

Refonder les outils financiers pour plus de souplesse à l'hôpital

Remettre le financier à sa place d'outil au service du soin : c'est l'une des idées qui maille les annonces du Ségur de la santé et qui doit participer à remettre du sens dans le travail à l'hôpital.

Que ce soit par la réforme de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (qui reste encore à construire), la réduction de la part de T2A qui a atteint un nombre certain de limites, l'augmentation de la part de la qualité, ou encore par la plus grande plasticité donnée aux capacités hospitalières avec l'ouverture et/ou la réouverture de 4 000 lits « à la demande », le Ségur va dans le bon sens.

Il n'en demeure pas moins qu'il faudra faire preuve de vigilance sur la mise en œuvre concrète de ces mesures, tant sur le plan financier le diable se glisse toujours dans les détails !

À ce titre, ces réformes du financement auraient grand intérêt à se construire en s'appuyant sur les organismes complémentaires d'assurance maladie qui participent directement au financement de l'hôpital et de ses activités.

Fixer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap comme une mesure prioritaire du Ségur est un signal positif

La Mutuelle Nationale des Hospitaliers accueille également avec intérêt les annonces visant à « améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap ». Un sujet pour lequel elle s'engage à travers une diversité d'actions concrètes aux côtés et pour les hospitaliers.

Notre Mutuelle a d'ailleurs dédié sa Grande Cause 2020-2023 au sujet de l'accès à la santé des personnes en situation de handicap et sera à la disposition des pouvoirs publics pour leur faire partager ses propositions tout comme les projets innovants et duplicables qu'elle a pu identifier au fil du temps.

Mais un Ségur qui aurait pu aller plus loin sur les sujets de prévention et de qualité de vie au travail

Et si ces différentes avancées sont bien évidemment à souligner, il nous semble que le Ségur de la santé aurait pu aller plus loin sur deux sujets majeurs pour les hospitaliers : la mise en œuvre d'une véritable politique de prévention pour leur propre santé, ainsi que d'une stratégie de qualité de vie traitant des conditions de travail.

Deux éléments qui doivent participer eux-aussi à l'attractivité de l'hôpital : l'un en réduisant drastiquement les risques induits par l'activité professionnelle des hospitaliers, l'autre en participant à de meilleures conditions de travail et de vie au sein des établissements.

Pour ce faire, l'hôpital aura besoin de moyens dédiés, humains comme matériels, ainsi que d'une programmation pluriannuelle sur la base de données précises et d'éléments de contexte factuels permettant de se fixer de vrais objectifs atteignables et utiles.

La mise en place de l'observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social, antérieure au Ségur, témoigne de cette volonté mais doit aboutir à une concrétisation sur le terrain.

Aux pouvoirs publics, aux employeurs et aux agents hospitaliers nous le disons : sachez que vous pouvez compter sur la mutuelle affinitaire et historique de l'hôpital public qu'est la Mutuelle Nationale des Hospitaliers pour travailler avec vous et pour vous sur ces sujets.

Et un Ségur qui ne traite pas le sujet de la protection sociale complémentaire des agents hospitaliers

Alors que la loi du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique habilite le Gouvernement à légiférer par voie d'ordonnance sur le sujet de la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique, le Ségur n'a semble-t-il pas été l'occasion d'aborder ce thème avec les partenaires sociaux de l'hôpital, lequel a été renvoyé à des négociations générales avec les 2 autres versants de la fonction publique.

C'eût pourtant été une occasion parfaite pour esquisser les pistes de réforme, en même temps qu'étaient traités les sujets des rémunérations ou encore des emplois.

Car l'hôpital n'est pas la fonction publique d'État ou la fonction publique territoriale, et aurait ainsi gagné à traiter ses spécificités en amont d'une discussion plus globale. Quid de l'article 44 de la loi de 1986 et des soins gratuits ? Quid de la prestation dite « maladie » du CGOS ? Quid d'une possible participation de l'employeur public aux cotisations de ses agents et du financement de cette participation ? Quid des besoins en termes de santé et de prévoyance ? Quid des principes généraux de cette réforme ?

Aujourd'hui confiée au ministère de la Transformation et de la fonction publiques, cette refonte de la protection sociale complémentaire des hospitaliers devra veiller selon nous à respecter 3 principes essentiels :

- La solidarité intergénérationnelle, inscrite comme principe dans le marbre de la loi et dans les pratiques d'une mutuelle comme la Mutuelle Nationale des Hospitaliers pour garantir un accès à une protection sociale complémentaire aux agents retraités. Une

ALORS QUE LA LOI DU 6 AOÛT 2019 DE TRANSFORMATION DE LA FONCTION PUBLIQUE HABILITE LE GOUVERNEMENT À LÉGIFÉRER PAR VOIE D'ORDONNANCE SUR LE SUJET DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE DES AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE, LE SÉGUR N'A SEMBLE-T-IL PAS ÉTÉ L'OCCASION D'ABORDER CE THÈME AVEC LES PARTENAIRES SOCIAUX DE L'HÔPITAL

disposition sociale qui revêt d'autant plus d'importance que les nouveaux opérateurs entrants dans le secteur hospitalier, parmi lesquels des mutuelles, n'entendent pas la mettre en œuvre ;

- L'égalité de traitement des agents pour éviter un phénomène de concurrence entre employeurs publics hospitaliers à l'heure où les difficultés d'attractivité sont déjà nombreuses pour certains d'entre eux ;
- La mise en place, dans un cadre national, d'une participation concrète des employeurs publics à la protection sociale complémentaire des agents, intégralement financée pour ne pas nuire à un équilibre budgétaire parfois fragile ;
- Comme le Ségur, cette réforme à venir doit s'inscrire comme une véritable avancée sociale, au risque de produire des effets négatifs pour la protection sociale complémentaire des hospitaliers, à l'heure où nous leur devons plus que jamais notre pleine reconnaissance. ■



TRIBUNE

LA RECONNAISSANCE DU PRINCIPE DE GARANTIE HUMAINE DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE : UNE GRANDE AVANCÉE POUR LA RÉGULATION ÉTHIQUE POSITIVE DU NUMÉRIQUE APPLIQUÉE À LA PROTECTION SOCIALE !

PAR

DAVID GRUSON
FONDATEUR D'ETHIK-IA
DIRECTEUR DU PROGRAMME SANTÉ GROUPE JOUVE
PILOTE DU GROUPE IA DU CRAPS

VOICI QUELQUES SEMAINES, LE CRAPS CONSACRAIT UN RAPPORT DE PREMIÈRES ANALYSES ET PROPOSITIONS CONSACRÉ AUX ENJEUX DU DÉPLOIEMENT ET DE LA RÉGULATION DE L'INTELLIGENCE ARTIFI-

CIELLE (IA) DANS LE DOMAINE DE LA PROTECTION SOCIALE. LE CRAPS Y PRÉCONISAIT LA RECONNAISSANCE DU PRINCIPE D'UNE « GARANTIE HUMAINE » DE L'IA.

L'introduction de ce principe pour l'intelligence artificielle en santé dans la révision de la loi de bioéthique représente une étape très importante, sans doute extrapolable à d'autres domaines de la régulation éthique du numérique. Cette proposition, portée initialement dans le cadre de l'initiative Ethik-IA, avait pu être reprise dans le cadre du rapport de Cédric Villani sur l'intelligence artificielle et, plus spécifiquement, dans le cadre de l'avis 129 et du rapport dédié émis par le Comité consultatif national d'éthique dans le cadre du processus de préparation de la révision bioéthique.

Sur le fond, ce principe renvoie à des valeurs très fortes portées en France et en Europe, placées au cœur de notre protection sociale et qui visent à garder l'Humain au premier plan. L'objectif général est d'éviter des mécanismes de « délégation » de nos décisions aux outils numériques et algorithmiques. Plus largement, la logique de la loi du plus grand nombre intrinsèque au pilotage algorithmique peut être source d'atteintes à la primauté de la Personne.

S'ouvrir résolument à l'innovation et essayer d'en réguler les enjeux éthiques au fil de son application : c'est le sens du principe d'une « Garantie Humaine » du numérique et de l'intelligence artificielle. En retenant ce principe, la France fait le choix d'une approche enfin plus ouverte de l'innovation, dans un cadre législatif et réglementaire qui est déjà, il est vrai, le plus protecteur au monde.

Le concept de Garantie Humaine peut paraître abstrait mais il est, en réalité, très opérationnel. Dans le cas de l'IA, l'idée est d'appliquer les principes de régulation de l'intelligence artificielle en amont et en aval de l'algorithme lui-même en établissant des points de supervision humaine. Non pas à chaque étape, sinon l'innovation serait bloquée. Mais sur des points critiques identifiés dans un dialogue partagé entre les professionnels, les citoyens et les concepteurs d'innovation.

Ce principe général ne veut pas dire, cependant, que le contrôle technique de l'algorithme lui-même ne sera pas assuré. En effet, si l'IA est intégrée à un dispositif technique numérique type objet connecté, elle sera soumise aux contrôles précis prévus dans le cadre des mécanismes de mise sur le marché des produits de santé.

La supervision peut s'exercer avec le déploiement de « collèges de Garantie Humaine » associant professionnels utilisateurs, citoyens et innovateurs. Leur vocation serait d'assurer a posteriori une révision de dossiers pour porter un regard humain sur les options conseillées ou prises par l'algorithme. L'objectif consiste à s'assurer « au fil de l'eau » que l'algorithme reste sur un développement de Machine Learning à la fois efficace et responsable éthiquement. Les dossiers à auditer pourraient être définis à partir d'événements indésirables constatés, de critères prédéterminés ou d'une sélection aléatoire.

Ce principe de Garantie Humaine avait été très clairement repris dans l'exposé des motifs et l'étude d'impact du projet de loi bioéthique. Il était ensuite intégré à l'article 11 du texte adopté à l'unanimité en première lecture à l'Assemblée nationale.

Il est désormais également repris dans le Livre Blanc de la Commission européenne sur l'IA publié le 11 février dernier et dans la réponse apportée par le Comité national pilote d'éthique du numérique et dans les orientations générales de l'Organisation Mondiale de la Santé en vue de l'émission d'une recommandation générale sur la régulation du numérique et de l'IA en santé.

Ces reconnaissances successives et de plus en plus larges du principe de Garantie Humaine de l'intelligence artificielle représentent autant d'avancées considérables de la logique de régulation positive du numérique et de l'IA portée par le CRAPS. Il convient à présent de poursuivre et d'approfondir les travaux pour décliner concrètement les corollaires et modalités de mise en œuvre de ce principe dans les différents domaines de la protection sociale ■



TRIBUNE

UN SÉCUR PROMETTEUR QUI RESTE À PRÉCISER

PAR
MANON COUSSEAU
&
THÉOPHILE VERDIER
CONSULTANTS D'YCE PARTNERS

la suite d'une concertation de six semaines débutée le 25 mai dernier, les conclusions du Ségur de la santé ont été publiées en juillet. Les 33 mesures, regroupées en quatre grands « piliers » traitent :

- de la transformation des ressources humaines ;
- de l'investissement et du financement de la santé ;
- de l'organisation des établissements hospitaliers ;

- des modalités de prise en charge des usagers dans les territoires.

Face aux nombreux enjeux du monde de la santé (crise de l'hôpital, déserts médicaux, crise sanitaire...) l'ambition du Ségur était importante. Les conclusions sont en partie au diapason de l'ambition.

Sur l'enjeu du manque de médecins, un Ségur pragmatique

Bien des travaux ont déjà été menés sur la problématique des déserts médicaux, le manque de personnel soignant, etc. Le Ségur reprend à son compte de nombreuses réflexions issues de ces travaux et propose des évolutions nécessaires, qui ne sont pas révolutionnaires pour autant.

Avec plus d'un Français sur huit résidant dans un désert médical, selon la DREES, le manque de médecins est patent sur de nombreux territoires. Un problème d'envergure nationale au vu du déséquilibre entre les départs à la retraite et les médecins formés qui s'est traduit par une perte sèche de 6 500 généralistes entre 2010 et 2018 d'après l'Ordre des médecins. La suppression du numerus clausus en médecine constitue un début de réponse - controversé - à cet état de fait mais le temps de latence d'une telle disposition appelle d'autres mesures à court et moyen terme. En l'occurrence : décharger les médecins pour leur permettre de prendre plus de patients.

L'accélération du déploiement des infirmiers en pratique avancée (Mesure 6) ou la formation de professionnels paramédicaux supplémentaires (Mesure 4) prévues par le Ségur viennent ainsi répondre à ce besoin de soigner demain plus de patients à nombre constant de médecins, en complément notamment du déploiement des 4 000 assistants médicaux. Déchargement médical et administratif donc, afin de recentrer la pratique des médecins sur les actes qui requièrent le plus d'expertise.

Mais une feuille de route pour l'hôpital qui doit encore être précisée

L'objectif de la mesure 12 et ses 4 000 lits à la

demande est clair : permettre de répondre aux évolutions de la demande (épidémie, saisonnalité de certains hôpitaux en zones touristiques...) tout en contrôlant les coûts. Pas question donc en lisant le Ségur de rouvrir des lits permanents dans les hôpitaux où ils ont été fermés ces dernières années.

Cette mesure reste une avancée puisqu'elle prend en considération des problématiques locales d'accès aux soins. Cette année nous a appris qu'il est plus que jamais nécessaire de redonner de la flexibilité aux hôpitaux, qui ont su répondre à l'épidémie localement malgré une situation de crise dénoncée depuis de nombreuses années. Il est en effet important que les événements ponctuels (afflux touristique, épidémie saisonnière) n'entraînent pas un refus ou un report de soins de suivi nécessaires et programmés.

Toutefois cette proposition doit encore se traduire dans la réalité quotidienne des hôpitaux. Comment trouver demain le personnel médical pour assurer l'ouverture de lits supplémentaires pendant une courte période ? Et ce sans avoir recours au mercariat de l'intérim médical qui doit être supprimé (mesure 3) ? Quels seront les leviers

**COMMENT TROUVER
DEMAIN LE
PERSONNEL MÉDICAL
POUR ASSURER
L'OUVERTURE DE LITS
SUPPLÉMENTAIRES
PENDANT UNE
COURTE PÉRIODE ?
ET CE SANS AVOIR
RECOURS AU
MERCENARIAT DE
L'INTÉRIM MÉDICAL
QUI DOIT ÊTRE
SUPPRIMÉ ?**

pour attirer ce personnel sur des contrats précaires, de courte durée ?

De la même manière l'impact des mesures sur l'organisation de l'hôpital ne pourra être mesuré que selon leur traduction concrète sur les plans légaux et sur les dispositifs mis en place (mesures 19 à 21). Elles demeurent un changement de paradigme dans la vision de l'hôpital puisqu'elles reconnaissent les spécificités propres à chaque établissement et encouragent leur prise en compte. Donner plus de liberté à l'organisation interne des établissements s'impose ainsi comme un engagement clé du Ségur. Le ministre de la Santé Olivier Véran a en ce sens déclaré que « l'organisation interne et la gouvernance des établissements doivent pouvoir s'adapter à des situations locales spécifiques et à des projets propres à cha-

que territoire ». La fin du calque des modes d'organisation au Code de la santé publique, imposant par exemple une même organisation interne à des hôpitaux de tailles très différentes, apparaît comme une avancée attendue et pertinente tout comme le lancement d'un groupe de travail dans le but de simplifier la commande publique.

Ainsi ce Ségur propose selon nous plusieurs propositions structurantes et changements de paradigme intéressants. Le volet hospitalier doit cependant être précisé dans les lois et les propositions opérationnelles à venir pour apprécier son impact. Le retour de l'épidémie cet automne remet en difficulté certains services et doit ainsi rappeler à tous la nécessité de faire évoluer en profondeur notre système de santé. ■



INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCÉE DE QUOI PARLE-T-ON ?

Issue de la loi de modernisation du système de santé promulguée en janvier 2016 la profession d'infirmier en pratique avancée a été précisée par plusieurs décrets, et une première promotion accédait au Diplôme d'État cette année. Pour y prétendre, trois ans d'expérience préalable comme infirmier et deux années supplémentaires de formation sont nécessaires. Ces professionnels sont en mesure de renouveler ou de modifier une prescription médicale, de prescrire des examens supplémentaires. L'objectif est de soulager les médecins dans les domaines suivants :

- les pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires ;
- l'oncologie et l'hémo-oncologie ;
- la maladie rénale chronique, la dialyse, la transplantation rénale.

Afin de ne pas créer une rupture supplémentaire dans la transmission d'informations entre professionnels de santé, les infirmiers en pratique avancée devront exercer au sein d'équipes pluridisciplinaires, comme par exemple dans les maisons de santé.

TRIBUNE

SÉGUR DE LA SANTÉ : CE QU'IL FAUT IMPULSER SANS ATTENDRE

PAR

GUY VALLANCIEN

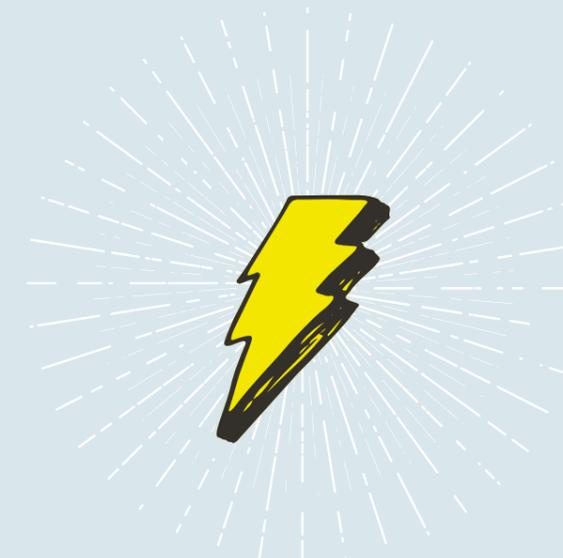
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE ET PRÉSIDENT DE CHAM

Les propositions trop nombreuses et disparates recensées lors du Ségur de la santé ne répondent pas à l'impérieuse nécessité d'une transformation radicale de notre système de soins. La prévention, l'évaluation des pratiques, les modifications des statuts professionnels et de nouveaux modes de financements forfaitaires et non pas aux moyens alloués s'imposent mais ne semblent pas avoir été listés car trop disruptifs. Or, sans un choc de culture brutal, nous continuerons à ressasser les mêmes antennes, à rabâcher les mêmes poncifs sans que sur le fond rien ne bouge. Le temps des petits arrangements est passé.

La prévention, parent pauvre d'un système de santé centré sur le soin doit devenir l'élément clef du renouveau. Dans toutes les entreprises, administrations, écoles, universités et autres institutions publiques ou privées des infirmiers de prévention formés à la détection des signaux faibles d'affection, d'addiction et autres déviations sanitaires devraient assurer une permanence auprès des employés, des agents, des élèves et des étudiants. Les quelques petits milliards d'euros dévolus à la politique actuelle de prévention sont une injure à l'objectif à atteindre. En particulier les risques majeurs à terme de baisse des facultés cognitives et mémorielles déjà observées chez les enfants en bas âges en rapport avec une trop grande présence devant les écrans des ordinateurs, tablettes et smartphones sont des éléments extrêmement inquiétants qu'il faut éliminer par une hygiène numérique as-

surée par les parents et les éducateurs. Sans y prendre garde on est en train de créer une génération d'ignares, violents et désocialisés.

L'évaluation des pratiques, tant dans leur pertinence que dans leurs résultats est quasi absente en dehors des médiocres rémunérations sur objectifs de santé publique des médecins libéraux. Echappatoire facile à une véritable évaluation des indications d'examens diagnostiques de biologie, d'imagerie et d'endoscopie, tout comme ne sont jamais analysées



les indications des thérapies médicales et chirurgicales. L'OCDE nous alerte sur la fréquence de coût de ces mauvaises pratiques qui s'observent dans environ 20 % des actes pratiqués soit en France 49 milliards d'euros dépensés inutilement sur les plus de 200 milliards engagés dans la consommation de biens et produits médicaux. Les accréditations ne répondent pas à ces questions, font perdre un temps fou aux équipes soignantes pour des résultats quasi inexistantes. La HAS complique trop ses évaluations qui ne répondent pas aux problèmes de terrain.

Pour la chirurgie, en utilisant des critères objectifs simples (taux de décès dans le séjour hospitalier, taux de reprises opératoires dans le même séjour et taux de transfert pour complication dans un autre service ou établissement, taux de marges positives en anatomopathologie dans les cancers) et en rajoutant les résultats de questionnaires de qualité de vie adressés par emails aux patients à 6 mois, un an puis tous les ans, nous pourrions savoir si un praticien donné se trouve dans la moyenne des pratiques. Il est aussi inadmissible qu'aucun contrôle ne soit effectué au bloc opératoire pour évaluer la pratique des professionnels. Quelle est la fréquence moyenne des impuissances et des incontinenances après ablation de la prostate pour cancer en France ? Nul ne sait, donc aucun chirurgien ne peut se situer par rapport à une moyenne nationale.

Réviser les statuts professionnels publics comme privés pour développer la notion de contrat multiservices. En finir avec les postes à vie et les planques plus nombreuses qu'on ne le suppose. Laisser les hôpitaux s'organiser eux-mêmes : si certains d'entre eux ne veulent pas de Commission Médicale d'Établissement ou de pôles et trouvent d'autres modes d'organisation, pourquoi les en empêcher ? Si les rapports entre administrations et médecins sont gérés différemment ici ou là, quelle affaire ? Jeter au panier les normes, ces empêcheurs d'avancer. Libérer les énergies en demandant à chaque agent comment il envisage son métier. Faire confiance, ne plus geler dans le marbre des décisions qui s'avèreront rapidement obsolètes. Jouer la carte de la flexibilité. L'hôpital mastodonte doit disparaître comme se sont éteints les dinosaures.

IL EST AUSSI INADMISSIBLE QU'AUCUN CONTRÔLE NE SOIT EFFECTUÉ AU BLOC OPÉRATOIRE POUR ÉVALUER LA PRATIQUE DES PROFESSIONNELS. QUELLE EST LA FRÉQUENCE MOYENNE DES IMPUISSANCES ET DES INCONTINENCES APRÈS ABLATION DE LA PROSTATE POUR CANCER EN FRANCE ? NUL NE SAIT, DONC AUCUN CHIRURGIEN NE PEUT SE SITUER PAR RAPPORT À UNE MOYENNE NATIONALE.

Financer le travail effectué au forfait sur un an : en chirurgie, calculer le coût d'un séjour auquel s'ajoute celui des complications divisé par leur fréquence selon les données internationales et suivre l'opéré un an y compris la prise en charge des complications et des ré-hospitalisations. Mode de financement vertueux qui honore à leur juste valeur les bons et pénalise les mauvais. L'argument d'une sélection des malades les moins à risque pour obtenir les meilleurs résultats ne tient pas car les bases de données nous donneront le profil et notamment les comorbidités des populations traitées.

Enfin accélérer la collaboration entre les secteurs privés et publics, qui aujourd'hui sauf exception travaillent plus en concurrence qu'en partage d'actions concertées.

Avec ces axes de travail au quotidien, il sera possible de redonner un sens aux professionnels qui ne s'y retrouvent plus dans un hôpital ou sous couvert de pseudo modernité on a injecté des méthodes d'organisation et de financement inadaptées.

Les éléments de transformation sus-jacents sont les plus restructurants. Ils forment les piliers d'une refondation de l'hôpital en l'absence de laquelle la fuite des cerveaux se poursuivra appauvrissant d'autant un système agonique. Très sincèrement, je crains que le Ségur de la santé n'ait pas pris la mesure de ces bouleversements sans lesquels tout reviendra comme avant en pire. Espérons le sursaut via l'innovation tous azimuts ! ■

TRIBUNE



EMPLOI ET EUROPE

PAR
GWENAËL PROUTEAU
BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL

L'EMPLOI DES JEUNES, PILIER DE LA COHÉSION SOCIALE

L'emploi est l'un des principaux piliers de la cohésion sociale. Avoir un travail est le meilleur moyen d'éviter l'exclusion, mais il n'en est pas toujours une garantie. En effet, aujourd'hui en 2020, environ 8 % des citoyens de l'Union européenne (UE) courent un risque de pauvreté alors même qu'ils ont un emploi. En considérant la population de l'UE dans son ensemble, 16 % des Européens (plus de 70 millions de personnes) pourraient encourir un risque de pauvreté mesurée en termes de revenu.

Sans emplois productifs, il est illusoire de prétendre à des niveaux de vie décentes, au développement économique, social et à l'épanouissement

de l'individu. Le travail décent résume les aspirations des êtres humains au travail.

Depuis 2008, l'activité mondiale s'est repliée en raison de la crise des « subprimes ». Née aux États-Unis, elle s'est propagée à l'économie mondiale avec une célérité sans précédent tout en revêtant une spécificité particulière. En effet, elle a affecté, à la fois les pays industrialisés et les pays émergents. Même si une légère amélioration de la croissance mondiale fut amorcée en 2017, les décisions en matière d'investissement et d'embauche à l'échelle mondiale demeurent modestes en raison de l'incertitude liée à un environnement en constante évolution.

Plus que jamais, l'emploi des jeunes reste un défi mondial et une préoccupation politique cruciale.

S'agissant des pays développés, pour lesquels on dispose d'informations, les jeunes risquent davantage de souffrir de pauvreté relative (définie ici comme vivant avec moins de 60 % du revenu médian) alors qu'ils ont un emploi. Outre les faibles salaires, les jeunes occupent souvent, faute de mieux, des emplois informels, temporaires ou à temps partiel. Ainsi, de nos jours, environ 30 % des jeunes travaillant à temps partiel et un peu moins de 40 % des jeunes dans le cadre d'emplois temporaires, le faisaient malgré eux.

Plus grave, la transition entre l'école et la vie active devenant de plus en plus difficile, un nombre croissant de jeunes ne sont ni étudiants, ni pourvus d'un emploi, ni en formation (catégorie NEET). Cette situation recèle des risques de détérioration des compétences, de sous-emploi et de découragement.

Pourtant, plus de 450 millions de nouveaux emplois, au total, doivent être créés d'ici à 2030, ne serait-ce que pour rester en phase avec la croissance de la population en âge de travailler. Cela représente environ 40 millions d'emplois par an. De surcroît, il convient d'améliorer la situation de quelques 780 millions d'hommes et de femmes qui travaillent mais ne gagnent pas suffisamment de revenus pour se hisser eux et leurs familles au-dessus du seuil de pauvreté de 2 dollars par jour.

Confrontés à un péril commun, les pays euro-

péens doivent synchroniser leurs actions. Plus que jamais, des politiques réactives et coordonnées s'imposent, notamment les politiques de stabilisation macroéconomiques. Le postulat suivant est unanimement admis : davantage de personnes occupant un emploi décent, c'est une croissance économique plus forte et plus inclusive. Plus de croissance, c'est plus de ressources pour créer des emplois décents. À l'échelle européenne, quelles sont les politiques à élaborer ainsi que la gouvernance adéquate pour transformer ce postulat en réalité ? Dans un contexte mondialisé et d'interdépendance, l'Europe peut et doit jouer sa partition dans le concert des Nations.

L'Europe, indispensable facteur clé pour relever le défi du plein emploi

Dans un monde en mutation, l'Union Européenne doit devenir une économie intelligente, durable et inclusive. Ces trois piliers qui se renforcent mutuellement doivent aider ses États membres à assurer des niveaux élevés d'emploi, de productivité et de cohésion sociale.

Pour ce faire, aujourd'hui plus que jamais, l'Europe a besoin de l'industrie et l'industrie a besoin de l'Europe. En effet, le marché unique, avec 500 millions de consommateurs, 220 millions de travailleurs et 20 millions de chefs d'entreprise, est un instrument clé pour réaliser une Europe industrielle compétitive. En plus, 80 % des efforts de recherche et développement du secteur privé relèvent

de l'industrie. À ce titre, l'industrie est un moteur d'innovation et un pourvoyeur de solutions pour relever le défi de l'emploi. Plus particulièrement, il convient d'encourager la création, le développement et l'internationalisation des PME.

Dans le même temps, il est impératif de moderniser la base industrielle de l'Europe ainsi que les infrastructures sur lesquelles elle repose. Cela nécessitera de nouveaux investissements importants impliquant l'augmentation des capitaux privés pour les investissements productifs. Aussi, une nouvelle politique de l'innovation industrielle est nécessaire pour relever, avec succès les défis de la concurrence sur le marché mondial. Ceci est particulièrement vrai pour les industries axées sur les technologies.

À cet effet, il convient d'encourager une utilisation plus innovante des NTIC tout au long des chaînes de valeur industrielles en vue de rationaliser les transactions commerciales et de stimuler la compétitivité globale grâce à des projets témoins promouvant l'intégration des entreprises, et plus particulièrement les PME dans les chaînes de valeur numériques mondiales.

Au-delà, il est important d'identifier les intérêts européens stratégiques et élaborer des réponses politiques européennes coordonnées en lieu et place des politiques nationales non coordonnées. Parallèlement, la gouvernance européenne, pour l'emploi, peut tirer profit d'une coopération approfondie entre les organismes du marché du travail et les Services Publics de l'Emploi (SPE) des États membres.

En raison de l'allongement de la durée de la vie active, il convient de moderniser les marchés du travail pour permettre aux personnes d'acquérir et de développer de nouvelles compétences tout au long de la vie. En plus, il convient de favoriser la mobilité professionnelle. Ainsi, il sera possible d'établir une meilleure adéquation entre l'offre et la demande d'emploi.

Pour relever le défi du plein emploi, le renforcement de la cohésion économique, sociale et territoriale de l'Union Européenne est primordial. Un usage efficace et efficient du budget de



l'Union serait judicieux. En effet, les autorités nationales, régionales et locales doivent impérativement utiliser pleinement les ressources à disposition et en faire un usage optimal pour que l'Europe augmente et exploite son potentiel économique et augmente le nombre d'emplois et la productivité.

Aussi, il convient de nouer des « alliances de la connaissance » c'est-à-dire une meilleure synergie entre le système éducatif et le monde du travail pour résoudre le problème de l'inadéquation des compétences. Cela passe par l'instauration d'une coopération plus structurée entre les universités et les entreprises en vue de créer de nouveaux programmes de cours consacrés à l'entrepreneuriat, à la résolution de problèmes et à la créativité.

Améliorer la situation pour les jeunes est essentiel à l'édification de sociétés inclusives et durables.

Il s'agit de concilier l'intervention publique et la solidarité internationale. Plus encore, il s'agit de dépasser les formes classiques de partenariat pour instaurer des alliances, des synergies et des stratégies de coopération « gagnant-gagnant » et capitaliser, entre autres, sur les enjeux de la transition écologique en termes de croissance et d'emplois.

Pour clore ces propos, il semble que pour beaucoup d'entre nous, l'Europe est quelque chose à la fois de bien connue et de difficile à cerner. Alors soyons conscients que notre devenir passera par sa capacité à se situer en société bienveillante, en société apprenante, ouverte et solidaire. Elle doit satisfaire aux besoins matériels de ses membres, utiliser ses ressources et les mettre en œuvre à travers des relations et un système d'organisation approprié où les jeunes font l'objet d'une attention particulière. ■

TRIBUNE

OCTOBRE
ROSE

PAR

GUILLAUME
GOUFFIER-CHA

DÉPUTÉ LREM DU VAL-DE-MARNE

MO- BILI- SONS- NOUS

■ Pourquoi portez-vous un ruban rose ? Cette question, on me l'a posée à plusieurs reprises. La dernière fois, hier, sur La Chaîne Parlementaire (LCP). Je porte ce ruban pour rappeler que tous les ans, en octobre, nous nous battons pour rappeler l'importance de se mobiliser contre le cancer du sein, l'importance de se mobiliser pour la recherche sur les soins et les traitements qui sont apportés aux malades, pour un dépistage le plus large possible de cette maladie qui touche chaque année 60 000 nouvelles femmes et qui est la cause de 12 000 décès en France. Une femme sur huit est concernée.

En 2020, en raison de la crise du coronavirus, nous ne pourrions pas aller faire la course Odysea ou organiser des événements pour sensibiliser nos concitoyens au cancer du sein. Alors, porter le ruban rose comme éclairer des bâtiments publics en rose est le meilleur moyen de rappeler qu'il est primordial de soutenir cette cause. Qu'il est primordial de conseiller à toutes les femmes de vos vies de « montrer leurs seins » régulièrement à un médecin. Comme moi, n'hésitez pas à faire un don, tout don étant important, notamment à l'Institut Gustave Roussy. « Octobre

rose » c'est tout au long du mois d'octobre. Mobilisons-nous.

À travers cette campagne contre le cancer du sein, c'est également la lutte pour le droit des femmes à avoir accès à un meilleur parcours de santé que nous poursuivons. Au cours des dernières semaines, nous avons mené à l'Assemblée nationale un autre combat sur cet accès à la santé à travers nos discussions autour de la proposition de loi portée par ma collègue Albane Gaillot, qui vise à renforcer l'accès à l'interruption volontaire de grossesse dans tous les territoires de notre pays. Après plus de dix heures de débats difficiles dans l'hémicycle, nous avons adopté cette loi en première lecture. Elle devra maintenant être discutée au Sénat. Au regard des difficultés que rencontrent trop de Françaises pour accéder à l'avortement, au regard des freins qui demeurent, des propos stigmatisants et humiliants à leur

IL EST PRIMORDIAL DE CONSEILLER À TOUTES LES FEMMES DE VOS VIES DE « MONTRER LEURS SEINS » RÉGULIÈREMENT À UN MÉDECIN. COMME MOI, N'HÉSITEZ PAS À FAIRE UN DON, TOUT DON ÉTANT IMPORTANT, NOTAMMENT À L'INSTITUT GUSTAVE ROUSSY. « OCTOBRE ROSE » C'EST TOUT AU LONG DU MOIS D'OCTOBRE. MOBILISONS-NOUS.

rencontre, au regard de ces 3 000 à 5 000 Françaises obligées d'aller avorter à l'étranger en raison de délais trop courts par rapport à nos voisins européens, les mesures qui sont présentes dans cette loi sont indispensables. Depuis trois ans, nous sommes plusieurs parlementaires à nous être mobilisés sur ce sujet. Grâce aux travaux de mes collègues Cécile Muschotti et Marie-Noëlle Battistel de la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les femmes et les hommes, nous avons grandement amélioré ce texte qui ne poursuit qu'un seul objectif, mieux protéger les droits des femmes, leur permettre de disposer pleinement de leurs corps, juste respecter leurs vies et leurs décisions.

Ces avancées ont été obtenues après un vrai combat politique. C'est hélas toujours le cas concernant les droits des femmes tant notre société est toujours marquée par le dogme patriarcal. Un jour, peut-être, l'égalité entre les femmes et les hommes seront des sujets politiques de consensus. Pour le moment, au-delà des discours de bonnes intentions des uns et des autres, les avancées réelles demeurent des combats politiques permanents. Comme celui que nous poursuivons sur l'égalité professionnelle par exemple avec la mise en place de l'index égalité professionnelle entre les femmes et les hommes. Début octobre, après deux ans d'existence de cet index, les ministres Élisabeth Borne et Élisabeth Moreno ont annoncé leur volonté de renforcer encore davantage cet outil avec un nouvel indicateur concernant les postes de direction. Une bonne mesure qui ne me fait pas oublier un autre combat que je continue de soutenir et qui vise à renforcer la parité au sein de la vie politique dans toutes les villes quel que soit leur nombre d'habitants, syndicale et associative. Nous devons encore renforcer les mesures imposant la parité dans l'ensemble des instances de notre vie démocratique et sociale, nous devons le faire pour renforcer notre République. ■



TRIBUNE

LA CHIRURGIE VA-T-ELLE DISPARAÎTRE ?

PAR

CHRISTIAN ESPAGNO

ANCIEN DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ANAP

LA LENTE ASCENSION SOCIALE DU CHIRURGIEN DEPUIS LE BARBIER DU XII^e SIÈCLE JUSQU'AU XX^e SIÈCLE

Les chirurgiens n'ont pas toujours bénéficié de l'aura qu'on leur connaît aujourd'hui. Pendant plusieurs siècles, ils ont vécu avec le statut dévalorisé d'un métier considéré comme seulement « mécanique », et dévolu comme tel à des barbiers-chirurgiens sans formation universitaire et soumis aux prescriptions médicales. Ces praticiens chargés de basses et peu reluisantes besognes étaient généralement tenus en piètre estime, voire méprisés et se vivaient eux-mêmes de façon assez péjorative. Ainsi Ambroise Paré, qui soigna successivement quatre rois de France, affirmait modestement : « Je le pansai. Dieu le guérit. ». Mais parce qu'ils interviennent de façon radicale et intrusive sur le corps humain, les chirurgiens se sont toujours considérés comme des êtres « à part » ayant directement les mains dans la chair vivante, source de l'énergie vitale, ce qui donne, en quelque sorte une espèce de droit de vie et de mort sur son patient. Cela fait d'eux des transgresseurs de tabous à la fois souillés par l'intimité de l'être vivant mais aussi tout puissant. Ainsi la

plupart des gens, et bien sûr particulièrement les patients, sont fascinés par les ambivalences de ceux à qui ils confient leur vie et vont donc spontanément avoir tendance à les déifier.

Mais il faut bien avouer que cette sensation de toute-puissance n'est pas nécessairement en relation directe avec la compétence ou avec l'état de l'art chirurgical. C'est même parfois l'inverse. Plus un chirurgien présentera des défaillances dans son art plus il aura tendance à se présenter comme un sauveur faisant des miracles.

Ainsi, la dimension thaumaturgique de la chirurgie devait contraster pendant plusieurs siècles avec ce statut assez dévalorisé, bien en dessous socialement dumédecin-lettré. Ce n'est qu'à partir de la deuxième moitié du XIX^e siècle - grâce à l'arrivée puis aux progrès de l'anesthésie et de l'hygiène opératoire - que le métier prend un élan technique et professionnel sans précédent. La Première Guerre mondiale au début du XX^e siècle contribue fortement à cet essor avec les prouesses de pionniers tels que Clovis Vincent, Jean-Louis Faure, Victor Pauchet, Jules Dejerine, Louis Ombrédanne... C'est l'époque des « Gueules cassées » et des premières transfusions sanguines.

« Un grand patron »

Il est certain que la chirurgie et les chirurgiens ont connus leur heure de gloire vers le milieu du XX^e siècle. À la fin de la Seconde Guerre mondiale, les grands patrons de chirurgie générale à Paris et dans chaque importante capitale régionale organisent la création des différentes spécialités chirurgicales (chirurgie digestive, orthopédie, chirurgie cardiaque et vasculaire, neurochirurgie...) et répartissent leurs élèves préférés dans chacune

de ces spécialités. Ainsi sont nés les différents services de chirurgie à l'hôpital et parfois même la répartition des différents actes chirurgicaux au sein de ces spécialités.

Pendant cette période, la chirurgie jouit d'un prestige inégalé auprès de la population. Le chirurgien règne en maître sur l'offre de soins hospitalière, fait et défait les carrières comme bon lui semble et... gagne très bien sa vie. D'ailleurs la spécialité

de chirurgie est de loin choisie en premier par les étudiants en médecine et ne peut être obtenue qu'après avoir réussi un concours de l'internat particulièrement sélectif mais où le contexte familial a pu parfois jouer un rôle non négligeable. Cette apogée est parfaitement illustrée dans le beau film « Un grand patron » joué magistralement par Pierre Fres-

nay. Toutefois, après la Seconde Guerre mondiale, le chirurgien mis en scène dans le film se montre essentiellement occupé par la conquête toute prosaïque de la gloire et du pouvoir : accomplir des « miracles » et obtenir un fauteuil à l'Académie. L'aura quasi sacrée est doublée d'une ambition sociale effrénée par une caste professionnelle qui se croit définitivement toute puissante. On ne peut résister à citer la célèbre plaisanterie : « Connaissez-vous la différence entre Dieu et un chirurgien ? C'est que Dieu ne se prend pas pour un chirurgien ».

Heurs et malheurs de la chirurgie

À partir des années 80, les fantastiques progrès de l'informatique, de l'imagerie, des techniques

**AMBROISE PARÉ,
QUI SOIGNA
SUCCESSIVEMENT
QUATRE ROIS
DE FRANCE,
AFFIRMAIT
MODESTEMENT :
« JE LE PANSAI.
DIEU LE GUÉRIT. ».**

anesthésiques viennent progressivement bouleverser l'exercice chirurgical. Jusque-là les blocs opératoires se ressemblaient tous plus ou moins, qu'ils soient dans un grand CHU ou dans un petit hôpital de province : il y avait une table d'intervention, un scialytique, des boîtes d'instruments assez peu différents d'une spécialité à l'autre, un respirateur et un matériel anesthésique assez sommaire. Le tout était utilisé par un personnel réduit : chirurgien, anesthésiste, panseuse et parfois instrumentiste. Le chirurgien régnait en maître tout puissant sur cette petite équipe. Aujourd'hui, les blocs opératoires les plus modernes constituent un autre monde. Les murs sont tapissés d'écrans, l'imagerie embarquée en 3D et l'informatique ont tout

envahi. Les microscopes, les robots sont omniprésents de même que les systèmes de guidage virtuels. Dans cette salle futuriste on retrouve bien sûr toujours le chirurgien, l'anesthésiste et les infirmières mais également les ingénieurs médicaux, les techniciens informatiques, les manipulateurs de radiologie, parfois les radiologues eux-mêmes. Les physiologistes, les différents spécialistes médicaux sont aussi souvent présents. Les compétences techniques de tous sont complémentaires et indispensables à la bonne réalisation de la procédure chirurgicale. Aujourd'hui le pouvoir du chirurgien dans un bloc opératoire est totalement remis en question par la multitude des compétences qui s'y côtoient, toutes aussi indispensables à la réalisation de cet acte complexe.

Par ailleurs, tous ces progrès techniques font que des actes interventionnels beaucoup moins invasifs et moins dangereux se substituent de plus en plus souvent à l'acte sanglant chirurgical classi-

que. Or, la plupart de ces actes interventionnels sont réalisés par des non chirurgiens : radiologues, cardiologues, gastro-entérologues... Les frontières de la chirurgie sont de plus en plus floues. De même, les actes restant de la prérogative des seuls « chirurgiens » au sens classique du terme se raréfient aussi vite que la fonte des glaces avec le réchauffement climatique. En outre, pour aggraver la situation, ces blocs opératoires ultra équipés et ces équipes pluri professionnelles nombreuses et aux compétences pointues sont évidemment très onéreux et ne peuvent être réservés qu'à un nombre restreint de structures hospitalières. Les « vrais » chirurgiens qui n'ont pas la chance de pouvoir exercer dans ce type de



structure sont parfaitement conscients de cette situation particulièrement dévalorisante et frustrante.

Enfin les évolutions sociétales qui incitent les patients insatisfaits à réclamer judiciairement réparation d'un préjudice qu'ils estiment, à tort ou à raison, avoir subi contribuent à faire descendre le chirurgien de son piédestal, l'obligeant à se jus-

tifier devant des juges, des experts et in fine des victimes réelles ou ressenties.

La « crise » actuelle de la chirurgie couve donc depuis longtemps. Mais sont-ils des « vrais chirurgiens », ces praticiens qui déclarent vouloir travailler en équipe pluridisciplinaire ? Et d'ailleurs reste-t-il encore de « vrais chirurgiens » ? La crise de la chirurgie est à l'évidence d'abord identitaire. Dans les hôpitaux publics, le pouvoir des grands patrons n'est plus du tout ce qu'il a été au siècle dernier. L'avant-dernière loi de réforme hospitalière, dite loi HPST, n'a fait qu'accentuer ce phénomène. On peut comprendre qu'il est difficile, après avoir été le maître tout puissant du bloc opératoire, de devoir aussi l'amélioration de ses performances à d'autres qu'à soi-même, à des personnages jusqu'alors considérés comme des collaborateurs voire des subalternes et simples exécutants.

Malgré toutes ces évolutions, le mystère entourant le geste chirurgical reste tenace. Par exemple, concernant le robot Da Vinci, son fabricant, Intuitive Surgical, ne s'y est point trompé et a pris soin de lui donner le nom d'un génie de la Renaissance : il estime que le dispositif emmènera la chirurgie « au-delà des limites de la main humaine » quitte à ce que la perfection surhumaine attribuée à la machine éveille parfois chez les chirurgiens des sentiments ambivalents.

Il est pourtant indispensable, pour leur survie elle-même, que les chirurgiens sachent faire profondément évoluer la conception de leur métier et leur rôle au sein de l'offre de soins.

Le nécessaire Aggiornamento des chirurgiens

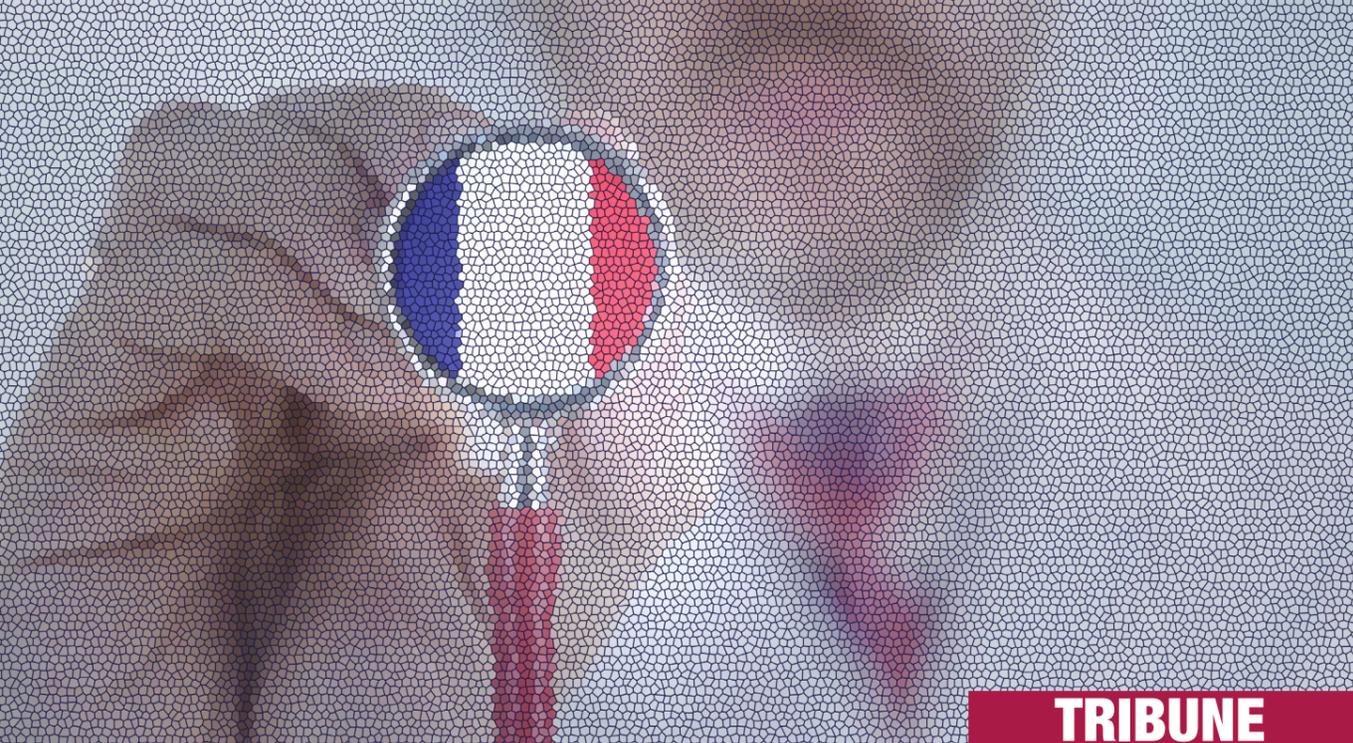
D'une génération à l'autre, de nouveaux modèles se construisent peu à peu. Les métiers évoluent à l'aune des transformations sociétales et technologiques. Le métier de chirurgien est loin d'échapper à la règle.

Il faudra sans doute (heureusement ?) encore plusieurs décennies pour que les robots et l'intelligence artificielle remplacent complètement la main de l'homme pour les procédures chirurgicales les plus complexes. Ce que l'on appelle actuellement robots ne sont que des télémanipulateurs plus ou moins sophistiqués sans aucune véritable autonomie. Il n'en demeure pas moins que de nombreuses voix se sont à juste titre élevées ces dernières années (dans le sillage de Guy Vallancien) pour que les chirurgiens soient

eux-mêmes les moteurs d'une transformation en profondeur de leur métier privilégiant de plus en plus la réflexion en amont du geste technique qui permet de poser l'indication et de déterminer la stratégie thérapeutique.

Le temps des prouesses chirurgicales reposant sur la dextérité et l'audace d'un seul homme est terminé au profit d'une réflexion d'équipe concernant le bien fondé de ce geste et les modalités de sa réalisation technique. Certains le regretteront mais finalement l'humain n'y gagne-t-il pas ? ■

IL EST POURTANT INDISPENSABLE, POUR LEUR SURVIE ELLE-MÊME, QUE LES CHIRURGIENS SACHENT FAIRE PROFONDÉMENT ÉVOLUER LA CONCEPTION DE LEUR MÉTIER ET LEUR RÔLE AU SEIN DE L'OFFRE DE SOINS.



TRIBUNE

LÀ OÙ SE TROUVE UNE VOLONTÉ, SE DESSINE UN CHEMIN

PAR SIMON RENUCCI
DÉPUTÉ-MAIRE HONORAIRE D'AJACCIO

Premier droit de l'Homme, la santé telle que définie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) correspond à un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il soit capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain. Ce droit à la santé comprend l'accès en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et à un coût abordable. Fruit du Conseil national de la Résistance (CNR), la Sécurité sociale a permis à tous l'égalité d'accès aux soins et la liberté de choisir son médecin. Pourtant au-

jourd'hui, la question des déserts médicaux, et de l'accès aux soins sur le territoire, notamment dans les territoires oubliés, où les citoyens perçoivent une réponse à un besoin de soin insatisfaisante, absente ou en péril, est plus que jamais, au cœur des préoccupations des Français.

Face à ce constat, une première proposition s'intégrant dans un projet sociétal plus ambitieux peut être envisagée : développer des contractuels mobilisant les étudiants, les administrations, la Sécurité sociale, les UFR de médecine ainsi que les collectivités territoriales. L'on constate par ailleurs, une dégradation dans le mode d'exercice. Il n'y a en effet plus d'obligation d'assurer les gardes pour garantir la continuité des soins et la médecine fait de plus en plus fréquemment l'objet d'une judiciarisation. Nous passons ainsi d'une obligation traditionnelle de moyens à une obligation nouvellement imposée de résultats. Mais, forme-t-on suffisamment les étudiants à exercer comme auparavant, c'es-

t-à-dire seul face au malade ? Autrement dit à établir un rapport humain de qualité, respectueux de part et d'autre, dans le cadre d'un dialogue singulier ?

Si l'on parle de pénurie de médecins, absents de certains territoires, l'une des questions que l'on se pose inévitablement concerne la liberté du médecin de choisir son lieu d'installation. Une approche globale de la formation de l'étudiant jusqu'à son installation est par conséquent, nécessaire. En premier lieu, il faut identifier des territoires (souvent ruraux) avec des besoins ponctuels lors des départs à la retraite ou des besoins structurels tels que la création de centres de santé. Dans le cadre de ces maisons de santé, l'exercice médical sera moins isolé et le médecin pourra bénéficier de nouvelles technologies et d'outils spécifiques, tout en étant accompagné par d'autres professionnels de santé (infirmières, pharmaciens etc.). Une fois ce constat établi, la question de l'incitation à répondre positivement à ce mode d'exercice se pose. Il convient alors d'envisager la création d'une nouvelle filière qui permettrait de former les médecins à une médecine de proximité, en effectuant par exemple des remplacements dans les territoires ruraux ou bien encore par la mise en place d'un cursus de formation qui répondrait à l'apprentissage des techniques, à la médecine à distance (connectée) et aux gestes d'urgence, seul ou en équipe. Ce nouveau cursus serait porté par une chaire d'enseignement avec une équipe spécifique, en milieu hospitalier.

Il convient ensuite d'envisager une durée de pratique de 5 à 7 ans, contractualisée ou non avec la Sécurité sociale et l'hôpital, avec un mode d'exercice dans une structure existante (par exemple un cabinet médical) ou à créer. À l'issue de cette période, le choix serait ouvert à un autre mode d'exercice : poursuivre ce type de médecine avec dépassement d'honoraires reconnue et remboursée ailleurs sur le territoire ; intégrer une spécialité comme l'ancien CES (certificat d'études spécialisés) préalablement choisi avec un professeur de la spécialité, précédé d'un stage et en relation avec ce service pendant ces 7 ans ; se présenter au concours de médecin hospitalier ; être médecin dans une administration (Sécurité sociale, médecine scolaire).

La proposition d'installation initiale tiendrait compte de la vie familiale, des modes de vie du territoire pour faciliter le travail du conjoint ou de la conjointe. Selon le bassin de vie, il faudrait s'assurer qu'il y ait une structure administrative (école, maison de services publics, gendarmerie, poste etc.). L'installation tiendrait compte également de la démographie, des conditions socio-économiques et de la mise en place d'un service d'urgence avec les sapeurs-pompiers. Pour faciliter l'installation, l'exercice devrait s'effectuer en secteur 1 et le remplacement serait assuré en période de vacances et par week-ends.

L'activité du médecin serait renforcée par une ou plusieurs infirmières ou cadres de santé, formées aux urgences, pouvant accomplir des actes de prévention et d'évaluation. Cette proposition pourrait également s'appliquer aux centres de santé et aux urgences. La mise en œuvre de ces propositions peut être rapide pour répondre à des besoins ponctuels existants mais aussi progressive en anticipant les futurs besoins, en relation avec les futurs médecins retraités et toujours en coopérant avec les autres professionnels de santé en médecine libérale.

Cette nouvelle filière, organisant un mode d'exercice libéral qui répondrait aux besoins de certains territoires, doit rassembler les acteurs de santé, les responsables politiques et administratifs, et mettre à disposition les moyens indispensables à sa mise en place et nécessite aussi l'adhésion et la participation des citoyens par la mise en œuvre d'un carnet de santé digital aussi bien pour les soins que pour la consultation annuelle de prévention. Au total, les médecins sont des acteurs de santé reconnus, accompagnés, respectés, travaillant collectivement pour une médecine de qualité et évaluée avec un rapport patient/médecin de confiance. Oui il y a des solutions innovantes à la réponse aux besoins de santé, laissons expérimenter, et accepter que des chemins différents conduisent aux même but. ■

TOUS LES NUMÉROS À RETROUVER SUR L'ENSEMBLE DE VOS SUPPORTS NUMÉRIQUES



MAGAZINES

Spécial Covid-19
Juin 2020

Retraite : déchiffrer le point
Mars 2020

PLFSS sur fond de crises
Décembre

Le Danemark les enseignements
d'une réforme aboutie
Octobre 2019

Plaidoyer pour une Europe
Sociale !
Mai 2019

Heur et malheur de l'assurance
chômage
Février 2019

L'Organisation Internationale du
Travail : une utopie en marche !
Octobre 2018

Quelques vérités sur le
médicament !
Mai 2018

Quelle nouvelle réforme du
système de santé avant la crise ?
Février 2018

Le modèle mutualiste dans les
pays en voie de développement :
quelle implantation ?
Novembre 2017

Le grand appareillage
orthopédique
Novembre 2017

La santé à l'épreuve des
territoires
Juillet 2017

Les mutuelles au coeur de notre
avenir
Janvier 2017

Une épidémie nommée tabac
Mai 2016

Le numérique au chevet de la
médecine...
Mars 2016

L'enjeu du vieillissement sur la
population
Mai 2015

Emploi : nécessaire mais pas
suffisant
Janvier 2015

Démographie médicale
Avril 2013

LIVRES

Tous solitaires, tous solidaires
Octobre 2020

Hôpital les idées des acteurs
Juillet 2020

5 leçons pour penser le social au
XXI^e siècle
Juillet 2020

Qui veut tuer les mutuelles ?
Juin 2020

Nouveau monde, nouvelle
Protection sociale !
Mai 2017

La Protection sociale en 500 mots
- Dictionnaire Passionné
Octobre 2015

Le Livre Blanc
Novembre 2012

CAHIERS

L'intelligence artificielle : un défi
pour la Protection sociale - Début
d'une réflexion
Mars 2020

Territoires de santé : de nouvelles
frontières
Juin 2019

Formation professionnelle : du
marché à l'individu
Février 2019

Retraite : un patrimoine collectif
Décembre 2018

Une question de méthode
[Dialogue social]
Avril 2017

Big data et nouvelles
technologies, la Protection
sociale à l'heure de la révolution
numérique
Mars 2017

Un quinquennat pour retrouver
une ambition française contre le
tabagisme
Mars 2017

Quelle politique mener ?
[Addiction à l'alcool]
Mars 2017

Quatre stratégies pour maîtriser
la dépense [Assurance maladie]
Février 2017

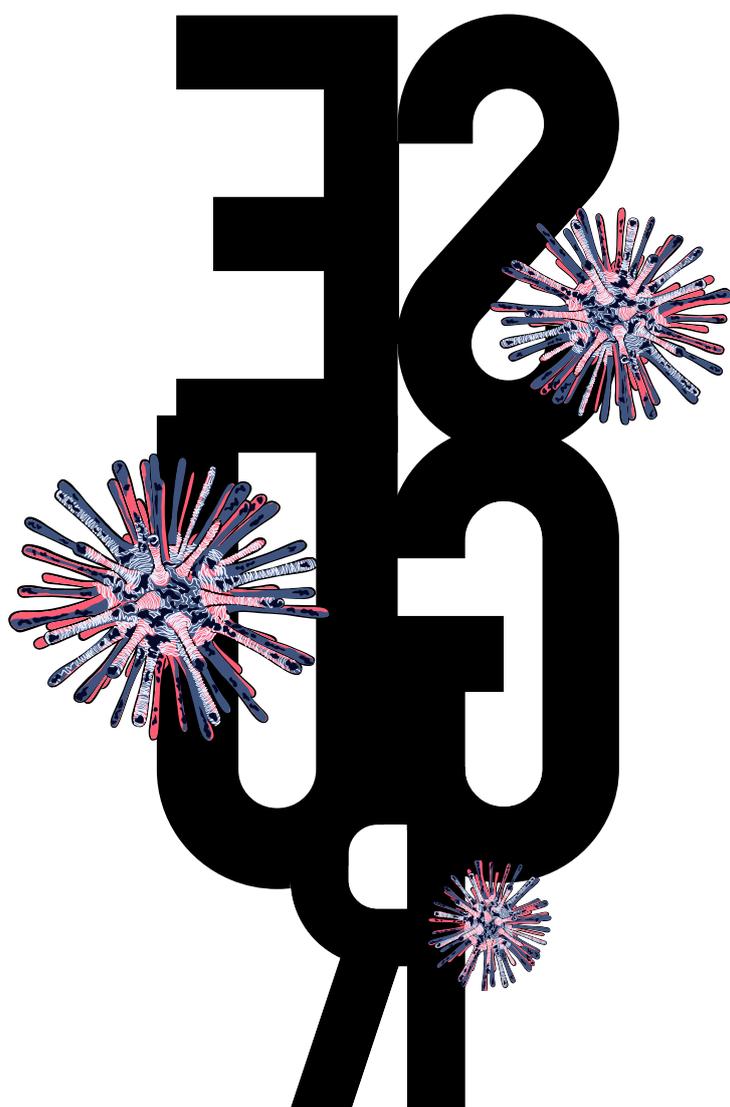
Quelques vérités pour la
pérennité d'un patrimoine
commun [Financement de la
Sécurité sociale]
Février 2017

L'emploi : un défi européen
Janvier 2017

Une bombe à mèche longue
[Chômage, formation,
accompagnement et
indemnisation]
Décembre 2016

Huit pistes pour relever les défis
de l'hôpital public
Décembre 2016

Pour structurer la médecine du
XXI^e siècle : la télémédecine
Décembre 2016



CRAPS