Et si... la protection sociale était au cœur du prochain quinquennat ?

CRAPS

ET SI LA PROTECTION SOCIALE ÉTAIT AU CŒUR DU PROCHAIN QUINQUENNAT ?

ET SI LA PROTECTION SOCIALE ÉTAIT AU CŒUR DU PROCHAIN QUINQUENNAT ?

CERCLE DE RECHERCHE ET D'ANALYSE
SUR LA PROTECTION SOCIALE

© CRAPS, 2022.

AVANT-PROPOS

Cocteau a raison. Les bibliothèques sont des fabriques de rêves. Ont-elles pour autant l'exclusivité de l'imaginaire ?

La réponse est dans la question.

L'élection présidentielle, point d'orgue de la vie démocratique de notre vieux pays, n'est-elle pas l'occasion de sortir des débats convenus, des joutes stériles, des arguments démagogiques… des programmes qui ne seront jamais appliqués. De laisser enfin s'exprimer non pas les experts en recherche de mondanité qui accaparent la sphère médiatique quotidiennement, encore moins les structures politiques qui depuis plus de trente ans ont montré leur incapacité à sortir de leur vieille lune mais des praticiens de la Protection sociale.

C'est le pari que le CRAPS, le think tank de la Protection sociale, s'est lancé, en demandant à 31 acteurs reconnus par leurs pairs, dans leur spécialité, de sortir de leur quotidien, des contraintes administratives, des obstacles budgétaires, des cases institutionnelles. De rêver à voix haute en toute spontanéité, en toute franchise. En décloisonnant, en transgressant… en osant.

Et si…

« Comment penser le monde, si on ne sait pas rêver ! »

Imaginer pour dépasser le réel, pour le redessiner, le façonner comme le potier façonne sa glaise, tout en finesse, fort de l'expertise du praticien, en sachant que ce réel n'est autre que le fruit d'une imagination passée, tel est l'exercice auquel se sont livrés, avec l'envie de la jeunesse et le recul de l'expérience, ces femmes et ces hommes qui consacrent leur vie à porter par leur qualité cette exception française qu'est notre système de Protection sociale.

Dénoncé tout autant par les néolibéraux au nom de la compétitivité et du profit que par les budgétaristes pour son coût, le « social bashing » a heureusement cessé depuis la crise sanitaire. À la fin de sa vie, Picasso se demandait ce qu'il serait devenu sans Kahnweiler. Aujourd'hui, chaque Français devrait se demander comment il aurait traversé la crise sanitaire, ce qu'il serait devenu sans la Protection sociale.

Pour autant, le système est à bout de souffle.

Dans un monde qui est passé en une génération de « compliqué à complexe », la confusion, le simplisme et l'universalisme bien-pensant tout autant que la crispation

sur la charge qu'il représente ont, au fil des années, occulté le lien entre protection collective et citoyenneté, lien social et démocratie sociale.

Le système de soins peine à devenir un système de santé tant le curatif prédomine sur le préventif. L'assurance chômage s'échine à devenir incitative à la reprise d'emploi tant la conjoncture prédomine la norme, l'assurance vieillesse se perd dans des conjectures comptables excluant la relation entre Éducation nationale et formation professionnelle et la gestion de fin de carrière. Le logement social est tout simplement en panne.

« Pognon de dingue » ? Certainement, tant ce pognon n'est plus un investissement social. La porosité pour ne pas dire le mélange des genres entre assurance, solidarité et assistance a fait oublier ce qu'était la Protection sociale, comment elle s'est constituée, voire tout simplement ce que social veut dire ! C'est peut-être là le nœud gordien de toute réflexion concernant la rénovation du système.

« Le rêve est une seconde vie. ».

Et c'est bien une seconde vie que nous devons imaginer pour ce système né dans un pays en ruine, de par la volonté de quelques-uns qui avaient comme seul

horizon celui de réinventer l'Histoire en donnant au social une place privilégiée, celle du fondamental, en dessinant l'architecture d'un monde d'espérance dont ils s'étaient faits les dépositaires.

Loin des usines à gaz conçues par des « penseurs en chambre », les propositions que vous trouverez dans ce recueil sont dictées par l'observation fine des dérives du système, par la volonté de le transformer par le bon sens.

Et si le « sport santé » devenait moins taxé que les hamburgers ? Et si on confiait la santé des demandeurs d'emploi à la médecine du travail ? Et si l'espérance de vie en bonne santé devenait la raison d'être de l'Assurance santé ? Et si l'exercice libéral était l'avenir ? Et si on valorisait la singularité du modèle mutualiste affinitaire ? Et si on créait un ministère de la Protection sociale ?…

Le modèle social qui est le nôtre ne peut et ne doit plus être appréhendé sous le seul angle de la protection individuelle contre les risques de la vie. Les mécanismes assurantiels doivent être également perçus comme des fonctions collectives indispensables à la fois au bon fonctionnement d'une société démocratique mais également indispensable au bon fonctionnement de l'économie. Rien ne serait plus périlleux qu'un filet de

sécurité pour les plus démunis et pour les autres le recours au marché.

Refonder un État providence du XXI^e^ siècle sans oublier la numérisation, l'ubérisation, la régionalisation, le besoin de démocratie sociale, en redéfinissant la valeur travail et bien d'autres choses, qu'une analyse pertinente des risques présents et futurs ne manquera pas de pointer, tel est désormais un des enjeux majeurs de notre société.

Puissent ces propositions y contribuer…

Jean-Paul SÉGADE,
Président du CRAPS

&

Hervé CHAPRON,
Membre du Comité directeur du CRAPS

LES IDÉES

RETROUVEZ CETTE
CONTRIBUTION
EN VIDÉO

01

Et si... au-delà des constats on agissait enfin pour la psychiatrie ?

La santé mentale est, parmi les pathologies chroniques, celle qui touche le plus grand nombre de personnes.

Sophie ALBERT-SUTTERLITI
Directrice générale de l'hôpital de Ville-Évrard

Ne cherchons plus ce qu'il faut faire : agissons sur la pénurie des effectifs en encadrant, en formant, en régulant un marché où les acteurs sont en permanente concurrence. Vouloir tout faire est impossible mais renoncer devant la complexité est délétère : donnons-nous un échelon politique de coordination d'acteurs encore trop cloisonnés et des outils de financements partagés.

Les rapports, les articles, les études se succèdent et les constats convergent : prévention, dépistage, réduction des hospitalisations, réhabilitation psychosociale, respect de la dignité, destigmatisation : les objectifs sont partagés depuis des années. Pourtant, la psychiatrie plonge dans une crise alarmante et il devient de plus en plus difficile de répondre à cet enjeu de santé publique considérable.

La santé mentale est, parmi les pathologies chroniques, celle qui touche le plus grand nombre de personnes. Les maladies psychiatriques concernent 2,1 millions de personnes. Toutefois, si l'on ajoute les 5,1 millions de personnes avec un traitement par psychotropes, ce sont plus de 7 millions de personnes qui ont été prises en charge pour une pathologie ou un traitement chronique en lien avec la santé mentale.

Le coût économique et social des troubles mentaux a été évalué, par le comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie du 28 juin 2018, à 109 milliards d'euros par an, dont :

• 65 milliards pour la perte de qualité de vie,

• 24,4 milliards pour la perte de productivité liée au handicap et aux suicides,

• 13,4 milliards dans le secteur médical,

• 6,6 milliards pour le secteur médico-social.

Ces chiffres permettent de conclure que le coût des pathologies mentales est bien supérieur aux dépenses directement engagées pour la psychiatrie (secteur sanitaire, dépenses de l'Assurance maladie).

L'organisation vers laquelle un consensus existe devrait permettre de garantir au patient un parcours de soins fluide où il serait suivi par un médecin traitant et un spécialiste. En cas de besoin, il serait accueilli à l'hôpital pour un séjour court, l'aval serait organisé entre un accueil médico-social, un retour à domicile, un habitat inclusif, un foyer, une famille d'accueil. Il n'y aurait plus de « sans solution »…

Ainsi, en fonction de son état de santé, le patient se verrait proposer une prise en charge répondant à son besoin y compris pour les situations particulières (détenus en crise, patients difficiles). La prise en charge serait rapide, assurée par des professionnels formés aux dernières évolutions de l'état de l'art, en nombre suffisant et il serait admis dans une structure adaptée à la complexité de son état à toutes les étapes de sa vie (enfance, adolescence, adulte et gériatrie). Enfin, il bénéficierait d'un suivi somatique adapté à son handicap psychique.

N'oublions pas que dans ce monde idéal, la maladie serait maîtrisée autant que possible grâce à une politique de dépistage précoce mais aussi des actions sur des déterminants de santé aussi larges que l'éducation, l'environnement et la réduction des inégalités sociales dont on sait que plus elles sont importantes, plus la prévalence des troubles mentaux augmente.

Qu'en est-il aujourd'hui ?

Un déficit de médecins hospitaliers qui conduit à la fermeture de lits et à la dégradation de l'offre ambulatoire.

Et pourtant, la France a un taux de 22,9 psychiatres pour 100 000 habitants, la plaçant au-dessus de la moyenne européenne (moyenne 19,95 avec des écarts considérables 51,8 en Suisse, 9,2 en Pologne). Alors, pourquoi un tel constat de pénurie dans le secteur public et dans certaines régions ? Il n'existe aucune régulation d'installation et des rémunérations. Le taux de psychiatres en France métropolitaine va de 12,6 en Champagne-Ardenne à 29,1 en PACA. Quant aux rémunérations standardisées par l'âge, elles sont en moyenne de 94 500 euros (+38 %) par an pour les psychiatres libéraux, à 79 500 euros (+16 %) pour ceux qui exercent en clinique privée et de 65 800 euros (- 4 %) dans l'hôpital public alors que ce dernier réalise 80 % de l'activité psychiatrique. Le faible choix de la psychiatrie à l'internat est également un facteur d'inquiétude.

Des professions paramédicales en tension.

Au déficit des infirmières s'ajoutent des métiers nécessaires en psychiatrie comme les orthophonistes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les éducateurs spécialisés. Des solutions sont amorcées, mais il faut vraiment les intensifier : apprentissage, formation initiale, passerelle de reconversion doivent permettre d'abonder ces métiers essentiels et parfois peu connus dans la prise en charge des patients atteints d'un handicap psychique.

Des acteurs mobilisés qui ont répondu aux attentes des pouvoirs publics, à travers la mise en place des communautés psychiatriques de territoires et l'élaboration des plans territoriaux de santé mentale.

L'objectif de cette mobilisation est l'organisation générale d'un parcours intégrant les différentes étapes du soin en identifiant tous les opérateurs susceptibles d'apporter leur concours, à un stade ou à un autre du parcours du patient, puis d'établir des modes de coopération et en les formalisant si possible. Même s'il ne sera pas possible de réaliser l'ensemble des plans d'actions remis dans chaque territoire, les arbitrages doivent être clairs et les acteurs doivent être soutenus pour que l'ensemble de ces travaux ne reste pas lettre morte. Il serait délétère de ne pas réaliser une partie de ces propositions. Les outils existent mais la coordination doit être politique, car les acteurs impactés sont multiples : sanitaires public et privé, médico-social, social, sans oublier l'Éducation nationale, les PMI, la police et la justice. Une coordination forte au niveau régional doit se dégager : par les ARS ou par un échelon politique comme la région ou le département, mais sans cette volonté de décloisonnement on risque de démobiliser les professionnels du terrain.

02

Et si...
l'espérance de vie en bonne santé devenait la raison d'être de l'assurance santé ?

L'action des assureurs de santé peut s'avérer décisive sur la durée de vie en bonne santé des populations dont ils assurent la couverture des risques.

Didier BAZZOCCHI

Vice-président du Cercle de recherche et d'analyse sur la protection sociale (CRAPS), Ex-directeur général de MMA

La France jouit d'excellents résultats en matière d'espérance de vie de nos aînés. En 2017, elle se situait au deuxième rang du classement parmi 35 pays de l'OCDE[1] en matière d'espérance de vie à 65 ans avec une durée de 21,5 ans (soit un âge moyen de vie de 86,5 ans) et plus de 6 ans gagnés depuis 1970. Il en va tout autrement de « l'espérance de vie en bonne santé[2] », pour laquelle nous nous retrouvons médiocrement au tiers du peloton aux côtés de la Suisse et du Royaume-Uni, lequel dépense 3 points de PIB de moins que nous pour les soins de santé !

Alors que les assureurs de santé[3] sont contestés par les pouvoirs publics, ils doivent faire la preuve de leur utilité sociale, au-delà de la mutualisation du risque (la solidarité entre malades et bien-portants !) qu'ils opèrent depuis leurs origines.

[1] Panorama de la santé 2017 - OCDE.

[2] L'espérance de vie en bonne santé est le nombre d'années de vie passées sans limitation d'activité, mesurée par l'indicateur GALI (Indicateur général de limitation de l'activité), issu des statistiques de l'UE par enquête déclarative. Bien que cet indicateur soulève des problèmes d'interprétation, il semble confirmer les résultats des enquêtes spécifiques.

[3] Terme retenu pour nommer la mosaïque d'intervenants : mutuelles, mutuelles d'assurance, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance.

Or, l'action des assureurs de santé peut s'avérer décisive sur la durée de vie en bonne santé des populations dont ils assurent la couverture des risques. La santé d'une population tient majoritairement à des déterminants extérieurs au système de soins : conditions d'environnement, comportements, génétique. C'est précisément là que peut s'exprimer la raison d'être des assureurs de santé. Leur rôle premier est de solvabiliser une demande de soins non couverte par la Sécurité sociale et doit le rester. Ils le font pour 30 milliards d'euros d'indemnisations payées aux assurés chaque année. Mais l'organisation actuelle du financement du système de soins ne leur permet pas d'exprimer leur capacité à accompagner amplement les assurés pour leur recours quotidien aux soins ou la gestion de leur santé. Ceci est d'autant plus regrettable, voire absurde, qu'ils ont précisément la possibilité d'un contact direct avec les assurés au sein des communautés professionnelles (branches, entreprises, administrations…) ou mutualistes. Imaginons qu'un État qui serait moins jacobin leur accorde les moyens d'assurer leur mission. Quelles en seraient les conditions ?

Tout d'abord, les règles de non-sélection et de non-exclusion des risques ainsi que d'interdiction de la tarification individuelle doivent continuer d'être impératives.

Puis, l'accès à une assurance santé pour les populations âgées les moins favorisées – environ 40 % des retraités – doit être favorisé, de préférence par un fonds de péréquation géré par la profession de l'assurance santé.

Enfin, par un périmètre d'activité et un cadre réglementaire permettant une véritable gestion du risque. Ne leurrons pas les Français, la gestion du risque en santé n'existe pas. Or, sans gestion du risque, pas d'approche prophylactique effective, pas de prévention secondaire ou tertiaire, pas de réduction des biais cognitifs, pas d'accompagnement personnalisé pour le retour au travail ou à une vie sociale, dont on sait que ce sont des éléments déterminants d'une vie et d'un vieillissement en bonne santé.

Il faut confier aux assureurs de santé une mission de gestion du risque pour des pathologies aiguës et des pathologies chroniques correspondant à leur capacité à agir. Ceci concernera des chirurgies fréquentes (cataracte, prothèse de hanche, etc.) et chroniques (obésité, diabète, BPCO, etc.) et sera adapté aux spécificités professionnelles ou sociales des populations protégées.

Au-delà de son intérêt prééminent de santé publique, un tel projet présente également des enjeux

de compétitivité pour nos entreprises, d'innovation technologique et d'emploi de proximité.

Bien entendu, les assureurs de santé devront donner les gages de confiance attendus par les citoyens et les pouvoirs publics : non-sélection du risque en santé, renouveau des relations avec les professions médicales, usage des données réservé à la gestion du risque…

Mais c'est en leur permettant d'assumer une raison d'être répondant à un enjeu de société, l'amélioration de « l'espérance de vie en bonne santé », que le rôle sociétal qui est le leur depuis leurs origines trouvera un nouvel élan, au service de l'intérêt général. Plutôt que de « tuer les mutuelles », comme certains veulent le faire par démagogie ou dogmatisme, donnons-leur une nouvelle raison d'être, correspondant aux attentes de la société française !

RETROUVEZ CETTE
CONTRIBUTION
EN VIDÉO

03

Et si... on mesurait la qualité des soins en France ?

Nous constatons une certaine réticence de la part des autorités à mettre en place les méthodes permettant de mesurer les résultats de la qualité des soins.

Pr Alain BERNARD

Ancien chef de pôle chirurgie cardiovasculaire et thoracique du CHU de Dijon

La pratique médicale devient de plus en plus complexe sur le plan technique et implique de nombreux professionnels de santé. Le numérique arrive en force et modifie profondément la pratique médicale. Légitimement, les usagers se font de plus en plus pressants pour obtenir des informations sur le niveau de qualité des soins des établissements où ils sont censés se faire traiter.

En France, depuis plusieurs années, des actions d'amélioration de la qualité ont été mises en place par l'intermédiaire de la certification des établissements grâce à la Haute Autorité de santé (HAS). Les spécialités médicales à risque peuvent s'inscrire dans une démarche d'amélioration de la pratique médicale grâce à l'accréditation. Des améliorations significatives de la qualité des soins ont été constatées comme la prescription des médicaments ou la réalisation des réunions entre professionnels pour analyser les événements indésirables liés aux soins et ensuite trouver des solutions pour les prévenir.

Pour autant, toutes ces mesures sont-elles suffisantes en matière de mesure de la qualité des soins ? Nous pensons que les méthodes utilisées en France restent insuffisantes comparées à ce que font d'autres pays européens, notamment la mesure des indicateurs de

résultat. Nous constatons une certaine réticence de la part des autorités à mettre en place les méthodes permettant de mesurer les résultats de la qualité des soins. La France a pris du retard par rapport à d'autres pays européens sur la mesure de la dimension de la qualité des résultats.

Un bref rappel est nécessaire pour comprendre ce que l'on entend sous le vocable « indicateur de résultat ». La mesure consiste à connaître le résultat d'un acte de chirurgie ou tout autre thérapeutique sur l'état de santé des patients, en réduisant par exemple la mortalité ou la survenue de complications. La littérature foisonne de publications sur le sujet, où les indicateurs de qualité ont été décrits comme la mortalité après la chirurgie ou bien les réadmissions non programmées. Plusieurs approches sont possibles, aux États-Unis, les centres de chirurgie cardiaque sont classés selon la valeur de l'indicateur. En France, culturellement, les équipes ne sont pas préparées à cette façon de faire, mais il existe d'autres façons de procéder plus adaptées à la pratique française. Elles motivent les équipes médicales à s'inscrire dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins. Nous pouvons citer une méthode graphique qui consiste à reporter le taux de l'indicateur de chaque équipe ou établissement et ainsi chaque centre peut savoir où il se situe par rapport à la référence nationale. À la suite de cette analyse graphique, chaque centre pourrait mettre en

place les mesures pour améliorer sa pratique si les résultats n'étaient pas favorables.

Tous les outils existent pour mesurer les indicateurs de résultat, la méthodologie a été validée par de nombreuses publications internationales. Il faut simplement convaincre les acteurs producteurs de soins et les autorités de la nécessité de mettre en place la mesure des indicateurs dans l'intérêt des patients. Ce qui est proposé actuellement ne nous paraît pas suffisant, pour preuve, le travail que nous venons de terminer sur la chirurgie du foie. En prenant au hasard deux centres qui avaient un taux de mortalité postopératoire de 15 % et 13 %, bien au-delà de la référence nationale qui était estimée à 3 %. Ces établissements avaient une certification favorable de la part de la Haute Autorité de santé. Mettons-nous un instant à la place d'un patient qui demande légitimement de pouvoir être traité dans un établissement performant concernant ses résultats.

Pour conclure, les professionnels de santé et la Haute Autorité de santé à terme n'auront plus à éluder la question de la mesure des résultats des soins prodigués aux patients. Le point positif concerne l'évaluation de la qualité de vie des patients et leur satisfaction par la Haute Autorité de santé. Pour faire adhérer les professionnels

de santé, l'évaluation des résultats ne doit pas être vécue comme une sanction mais une façon d'améliorer sa pratique médicale dans l'intérêt des patients en s'inscrivant dans une démarche vertueuse.

Et si...
nous décidions
enfin de nous
tourner vers
une réelle
prévention ?

04

La prévention est l'affaire de tous, mais aussi surtout de chacun d'entre nous. Pour qu'elle soit efficace, elle doit être perçue dès le plus jeune âge, car investir dans la prévention est une nécessité absolue au vu des dépenses de santé croissantes des États et du coût de plus en plus important pour traiter des maladies par des médicaments ciblés et personnalisés.

Alors, comment s'y prendre alors que les pouvoirs publics n'ont pas accordé à ce jour les budgets suffisants pour y parvenir ?

La situation actuelle est caractérisée par une mosaïque de décisions, de projets, d'article 51 et bien d'autres, le tout arbitré par un grand nombre d'administrations et de services avec une mise en œuvre et une communication nationales pour certaines thématiques telles que le tabac, l'alcool et les accidents de la route.

Concernant des maladies telles que le cancer, les accidents cardiovasculaires ou cérébraux, marquées par un nombre élevé de morts, les politiques de prévention et les campagnes de communication ne sont pas à la hauteur des enjeux. Résultat, la population ne perçoit pas vraiment ni leurs causes, ni leurs effets.

« On ne peut pas tout faire en même temps et dans toutes les directions. Il faut être capable de hiérarchiser et de prioriser les actions. »

Dr François BLANCHECOTTE

Président du Syndicat national des biologistes (SDB),
1er vice-président des Libéraux de santé (LDS)

04

Or, parmi la vaste famille des cancers, certains d'entre eux ne seraient pas difficiles à éviter. Le meilleur exemple est celui du cancer du col de l'utérus chez la femme. La vaccination des enfants, y compris des enfants masculins, a été instituée dans certains pays et ce cancer y a reculé de façon magistrale.

Toutefois, décider est une chose mais mettre en application en est une autre. Les acteurs pertinents pour le faire sont peu sollicités, la confiance n'est pas accordée naturellement, y compris dans la santé. Il a ainsi fallu beaucoup d'abnégation aux chirurgiens-dentistes pour entrer vraiment dans des cycles de prévention des caries chez les enfants.

Certes, il est sain de se regarder et de constater que nous ne sommes pas satisfaits. Mais, alors, que faire ?

En France, tout est lié : décisions sociales, politiques de santé et de financements. Or, la crise de la Covid l'a montré : il faut qu'il n'y ait qu'un pilote dans l'avion. Si les décisions ne sont pas engagées de façon commune, on se disperse et l'efficacité n'est plus au rendez-vous.

Un MINISTÈRE unique Social, Médical et Solidaire (SMS), qui, de surcroît, gère ses dépenses sans

être continuellement soumis aux arbitrages du ministère des Finances serait une solution. Il ne s'agirait pas d'abandonner la maîtrise des comptes de la Nation et leur consolidation. Mais, il faudrait à ce ministère des recettes et une autonomie qui lui permettent de fonctionner et de mettre en place des politiques de prévention à long terme à la mesure des enjeux nationaux.

La prévention doit être effective dès le plus jeune âge et graduée en fonction des sujets à traiter. Pour réussir, il est nécessaire de déterminer au plus haut niveau les secteurs sur lesquels elle portera. On ne peut pas tout faire en même temps et dans toutes les directions. Il faut être capable de hiérarchiser et de prioriser les actions.

L'alimentation fait partie des priorités. Elle permet, en effet, de prévenir les causes d'obésité. L'environnement végétal ou animal est également essentiel, puisqu'il joue directement, nous en avons maintenant la preuve, sur la prévention des maladies. Enfin, un travail sur nos comportements et sur leurs conséquences est indispensable. Santé sexuelle, physique, psychique, méfaits du tabac et de l'alcool y sont étroitement liés.

Tout cela peut être mis en place grâce à l'Éducation nationale, mais aussi via des interventions

des professionnels dans les écoles, collèges et lycées, voire les universités et les grandes écoles. Notre monde est unique et, pour le préserver, il faut avoir des politiques volontaristes nationales déclinées au plus près des enfants et des personnes.

La communication écrite, voire orale, n'est pas suffisante. Les réseaux sociaux identifiés et référencés doivent être utilisés. Nous en sommes aux prémices, mais elle doit être fortement développée. Tout doit cependant partir d'un consensus sur les éléments de langage à diffuser, quels que soient les médias utilisés : spots télévisés, fiches ou dessins animés sur Internet…

Mais aucun résultat ne sera obtenu sans la participation de personnes convaincues, présentes sur le terrain, capables de développer des échanges par des jeux, des ateliers… et l'engagement d'associations capables de diffuser le message partout et avec qualité.

Ensuite, le relais peut être pris par l'État qui peut mettre en place le dépistage des personnes à risque, leur prise en charge et leur accompagnement afin d'éviter la survenue de la maladie, toujours plus coûteuse socialement et financièrement.

La prévention est bien l'affaire de tous, nous devons être des acteurs de la prévention dans nos métiers, nos comportements et vis-à-vis des personnes qui n'ont pas les connaissances ou les moyens pour l'instituer. C'est comme cela que nous réduirons nos dépenses de santé et que nous pourrons les consacrer à soigner des maladies plus rares ou émergentes.

04

RETROUVEZ CETTE
CONTRIBUTION
EN VIDÉO

05

Et si...
il n’y avait plus aucun recours aux intérimaires dans nos hôpitaux publics ?

Notre monde de la santé est en crise permanente : celle du recrutement, celle du développement, celle du fonctionnement.

Dr Rachel BOCHER
Psychiatre,
Présidente de l'INPH,
Chef de service au CHU de Nantes

Après la parution du nouveau statut unique de PH, (décret n° 2022-132 du 05/02/22), la question continue de se poser.

Premièrement

L'incertitude de l'avenir de notre système de santé en France n'échappe pas à la règle « savoir et prévoir ».

Car, dans notre domaine aussi, les constats s'empilent, les mesures successives s'annihilent, les attentes et les incompréhensions demeurent.

Et l'impuissance éclate alors au grand jour.

Factuellement, les difficultés récurrentes que rencontrent nos hôpitaux sont endogènes. De ce fait, elles résistent aux meilleures volontés, survivent aux plus beaux projets, découragent les professionnels.

Pourtant, à la veille d'échéances électorales majeures, l'hôpital ne fait plus rêver.

Chacun aimerait dresser un constat moins alarmiste, moins pessimiste.

Quoi qu'il en soit, notre monde de la santé est en crise permanente : celle du recrutement, celle du développement, celle du fonctionnement.

Deuxièmement

À situation économique comparable, la France affiche les salaires les plus bas d'Europe, et la multiplication des structures est vécue comme un émiettement non opérationnel, faute d'acteurs.

La réalité de la démographie médicale est cruelle et désarmante.

Et cela devrait interpeller davantage.

En effet, la plupart des spécialités médicales sont en situation de pénurie (de l'ordre de 15 à 20 %, jusqu'à 30 % pour la radiologie ou pour les temps partiels à l'hôpital public).

Les causes sont connues :

• Excès de réglementation « un record dans le monde ».

• Une gestion approximative des ressources humaines à l'hôpital.

• Des discordances salariales avec un déséquilibre entre les rémunérations du privé et celles du public.

• Une place concédée aux intérimaires et difficile à dépasser.

• Un défi des financements actuels du système de dépense de santé et notamment de l'hôpital public ; cela concerne des enveloppes globales couplées à la T2A en fonction des prix GHM. La cause tient également aux exigences des gestions démesurées comme aussi aux tailles excessives des établissements ainsi qu'à l'excès de contrôles et de tutelles. N'oublions pas que l'ONDAM, à 2,3 %, a souvent été dénoncé par l'ensemble des professionnels là où il faudrait un minimum de 4 %.

• Une prévention en panne, liée probablement à un défaut du parcours du patient, (exemple, en Allemagne, seulement 8 millions de passages aussi bien en 2009 qu'en 2019, alors qu'en France sur la même période : 15 millions de passages aux urgences en 2009 et 22 millions en 2019).

Troisièmement

Le classement OCDE est sans appel : la France est le mauvais élève (26e sur 27 parmi les pays de l'OCDE) concernant la rémunération de ses infirmiers avec un salaire dont l'indice moyen est à 0,95 du salaire médian de l'économie.

Face à ce constat, la solution proviendrait d'un recours aux intérimaires, aujourd'hui dénommés « mercenaires » ?

Tout est dit.

Un intérimaire perçoit un salaire journalier d'un montant compris entre 2 500 et 4 000 euros, il va de soi que les hôpitaux publics se trouvent devant une difficulté majeure : la disparité des traitements, – à travail égal rémunération inégale ? –, et ce, dans des conditions d'exercice équivalentes. Ce n'est pas tenable très longtemps.

À plusieurs reprises, cette situation paradoxale de disparité de traitements associée à l'augmentation de vacances a été soulignée.

En premier lieu, en 2013, à la suite d'un rapport écrit par M. Olivier Véran, alors député qui dénonçait déjà le coût des intérimaires chiffré à l'époque à 500 millions d'euros puis une nouvelle fois par Mme Agnès Buzyn alors ministre en 2017, le tout malheureusement sans succès.

Enfin, la députée, Mme Stéphanie Rist, a repris ce sujet en 2021 en tentant d'établir des garde-fous avec une journée de remplacement à 1 170 euros brut par 24 heures c'est-à-dire 950 euros nets afin de tenir compte de l'explosion de cette facture qui est actuellement à plus de 1,5 milliard d'euros.

L'application de la loi Rist entraînerait une diminution de rémunération de 30 à 40 % pour les intérimaires qui, ipso facto, se sont constitués en syndicat des remplaçants des hospitaliers publics.

À ce jour, la parution n'a pas eu lieu !

Quatrièmement

À l'évidence, il est urgent de réinvestir dans l'humain, que soit décidée une pause dans les réformes, et que la prise de responsabilités par les soignants et la

reconnaissance à leur égard soient remises à l'ordre du jour.

Le système de santé, demain, en France, devra être axé sur au moins 3 points : sa réorganisation, sa fonctionnalité, sa transformation :

• Une nouvelle relation soignants-soignés.

• Redonner sens et perspectives aux métiers du soin en écrivant une nouvelle organisation du système de santé qui ne concerne pas que l'hôpital public.

• Les ressources humaines devraient à l'avenir s'appuyer sur les leviers essentiels comme l'attractivité, la fidélisation, la formation et l'évolution des métiers et enfin la valorisation. Plus de 68 % l'attendent.

Cinquièmement

Quelques chiffres.

Selon le CNG, au 31 décembre 2019, le nombre des PH temps plein a crû entre 2011 et 2021, passant de 35 727 à 40 813.

Tandis que les temps partiels sont passés de 5 445 à 4 314 sur la même période.

Ces chiffres sont alarmants d'autant que le nombre d'internes est passé de 3 000 à 8 000 entre 2008 et 2021.

Il y a là une énigme puisque cette augmentation de près de 3 fois du nombre d'internes n'a pas entraîné celle du nombre de médecins au sein des hôpitaux publics car seuls 3 000 candidats tentent le concours.

Plus grave encore : sur la période entre 2015 et 2021, le nombre de PH mis en disponibilité a crû de 2005 à 5 000.

Sixièmement

Alors, reste en suspens la question centrale de la souffrance des soignants dans ce contexte tendu de nos hôpitaux publics.

Cette question est connue et répertoriée depuis 2007 (cf. les différentes études, notamment celle de NextPress du docteur Madeleine Estryn-Behar et l'Observatoire de la souffrance au travail en 2017).

Les grandes causes de cette souffrance sont connues. Elles se rapportent à la gouvernance 51 %, – à la désorganisation des services liée aux multiples réformes 46 %, à la pénurie médicale 41 %, et à la pandémie – seulement si on peut dire – pour 25 %.

En premier lieu, c'est le piège de la rentabilité qui se referme « sur une gouvernance par les chiffres ».

En clair, il faut en finir avec l'invisibilité du soin, et revenir à des valeurs éthiques de nos métiers, peut-être un temps perdues de vue en raison notamment de logiques purement comptables.

Septièmement

Dès lors, il convient d'ajouter le nombre de lits fermés comme première conséquence de ces constats.

Un rapport, en octobre 2021, du conseil scientifique dénonçait 20 % de lits fermés en raison de postes vacants malgré le recours à l'intérim et aux heures supplémentaires.

Il s'agit bien d'une crise dans la crise en 2021.

Par conséquent, nous sommes bien à la recherche de solutions concrètes pour remédicaliser les hôpitaux et surtout faire un moratoire sur les lits.

Huitièmement

Dans cette période programmatique et de propositions, imaginons par exemple l'installation de praticiens qui exerceraient en même temps dans le public et dans le privé.

Un seul statut comme dans d'autres pays ?

Est-ce audacieux ? Trop ?

Aujourd'hui, le nombre de médecins est de l'ordre de 200 000 dont 107 415 d'exercice libéral exclusif, les praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires sont au nombre de 50 000. Le surplus est salarié.

Cette piste de solutions concrètes devrait favoriser une meilleure organisation du système de santé et fluidifier le parcours du patient.

Il s'agit bien d'un parcours de santé et non pas d'un parcours de soins, par une meilleure coopération « public-

privé » et faire évoluer aussi le régime de la protection sociale.

Peut-on aller vers un nouveau statut mixte public-privé avec la suppression de l'activité libérale à l'hôpital ?

Peut-on ainsi aller vers la suppression de tous les postes précaires vacataires contractuels ?

Observons que plus de 40 % de contractuels ou de vacataires exercent à l'AP-HP alors que 25 à 30 % des postes sont vacants.

Cela permettrait de faire évoluer le système de santé mais aussi les métiers de la santé.

Neuvièmement

Qu'est-ce qu'un praticien aujourd'hui ?

Il conviendrait de préciser ses missions en termes d'autonomie et de responsabilité, assorties de revalorisations comme sources de mises aux niveaux des moyennes européennes et mondiales.

Les nouveaux métiers sont là, en lien avec la télémédecine, l'intelligence artificielle, les métiers d'aide à domicile et l'exemple des infirmiers de pratique avancée, et la prise en charge des soins psychologiques.

Nous sommes face à un modèle économique à bout de souffle, à un système compliqué d'où il ressort que plus on travaille plus on creuse les déficits.

Enfin, notons que l'action syndicale professionnelle a beaucoup agi pour faire évoluer le statut au cours des 20 dernières années, même si c'est toujours jugé insuffisant, en matière de revalorisation du salaire de primes des services publics, de RTT, de compte épargne temps, de récupération des gardes en temps de travail, et plus généralement de l'amélioration de la qualité de vie.

Il manque néanmoins toujours des médecins qui soignent.

L'échéance électorale de 2022 devrait permettre de débattre tant sur la démographie que sur la démocratie à l'hôpital.

Le Ségur 1, ratifié il y a quelques mois, a apporté des réponses, mais a souligné aussi bien des attentes.

Il faut réinventer les métiers du soin, le constat est sans appel, COVID à l'appui.

La passion de notre métier agira pour accompagner cette indispensable transformation.

Et les candidats à l'élection majeure devront s'en saisir.

Rendez-vous est pris.

06

Et si...
on améliorait
la protection
sociale des
réservistes ?

Le réserviste est bien souvent seul, face à l'institution, lorsqu'il faut demander une pension d'invalidité, le bénéfice des soins gratuits ou une indemnisation.

Dominique BURLETT
Président de La France Mutualiste

Si les réservistes sont deux fois citoyens, selon l'expression de Winston Churchill, leur protection sociale semble être à moitié assurée.

En cas d'accident, blessure ou décès, pendant une période de réserve ou en OPEX, ils sont couverts comme les militaires d'active : pension militaire d'invalidité, soins gratuits…

Cependant, cela méconnaît la réalité de la double vie du réserviste. Militaire à temps partiel, il est aussi salarié ou chef d'entreprise. Or, c'est cette « seconde » vie qui assure sa subsistance et celle de sa famille.

Dans ces conditions, lors d'un accident en service, il ne peut pas, bien souvent, attendre la consolidation de ses blessures, car son employeur l'attend. C'est une différence fondamentale avec la situation des militaires d'active qui sont suivis par leur unité d'appartenance et qui ont la possibilité de bénéficier de longs congés à la suite d'un accident.

De plus, le conjoint et les enfants du réserviste ne sont pas connus par l'unité d'appartenance, ni par les services sociaux militaires, ce qui accroît les difficultés en cas d'accident.

Bien entendu, et plus que les personnels d'active qui reçoivent aide et conseils, le réserviste est bien souvent seul, face à l'institution, lorsqu'il faut demander une pension d'invalidité, le bénéfice des soins gratuits ou une indemnisation (Fonds de prévoyance militaire, jurisprudence Brugnot…). Et pour les soins gratuits, il peut se trouver loin d'un hôpital ou d'un centre médical des armées, et impuissant face à l'hostilité de certains médecins ou personnels paramédicaux lorsqu'il présente son carnet de soins gratuits.

Alors, la théorie des soins gratuits correspond-elle à la réalité ? Ou faut-il la compléter par l'intervention d'assurances privées, par exemple ?

Bon nombre de réservistes, souvent par méconnaissance, partent en OPEX ou en période de réserve sans se préoccuper de leur couverture sociale, en cas d'accident. Cela est vrai pour les soins, comme indiqué ci-dessus, mais c'est aussi le cas pour la couverture des crédits immobiliers, pour lesquels les assurances ne couvrent généralement pas les activités militaires et, en particulier, les situations de crises ou de guerre. Et, bien entendu, les pertes de revenus consécutives à un accident en service (artisans ou chefs d'entreprise) ne sont pas couvertes.

Il est donc fondamental qu'une étude précise soit menée sur la protection sociale du réserviste et, dans l'hypothèse où cette couverture s'avérerait insuffisante, il faudrait inciter les assureurs à proposer des contrats adaptés, comme il en existe déjà, en partie.

Enfin, il faudrait que, lors de la signature d'un engagement à servir dans la réserve (ESR) et, en particulier, lors d'un départ en OPEX, l'attention du réserviste soit attirée sur l'intérêt de compléter sa couverture sociale par une assurance. Le réserviste pourrait se voir proposer des solutions et ne devrait y renoncer qu'en pleine connaissance de cause. Il conviendrait peut-être que cette assurance complémentaire soit prise en charge par l'institution militaire.

06

Et si...
les sapeurs-pompiers volontaires pouvaient choisir le régime social le plus avantageux pour eux en cas d'accident ?

07

Selon le régime, de fortes différences peuvent exister pour la prise en charge des frais médicaux initiaux et secondaires en cas de blessures graves et/ou d'invalidité, temporaire ou permanente.

Dominique BURLETT
Président de La France Mutualiste

Nous ne pouvons que nous féliciter de l'avancée que représente pour les sapeurs-pompiers volontaires, la promulgation de la loi n° 2021-1520 du 25 novembre 2021 visant à consolider notre modèle de sécurité civile et valoriser le volontariat des sapeurs-pompiers et les sapeurs-pompiers professionnels.

En effet, le titre 3 de cette loi, notamment, ses articles 29 à 34, renforce notablement la protection « santé » et/ou « invalidité décès » des sapeurs-pompiers volontaires.

De plus, la nouvelle notion de « mort pour le service de la Nation et/ou de la République » devrait combler le vide juridique entre les différentes situations que représentent l'accident en service commandé, l'accident de trajet et le décès en intervention, pour l'heure dénommé « mort au feu ».

Par ailleurs, les enfants des sapeurs-pompiers volontaires (SPV) disparus des suites de leur engagement accèdent à la qualité de pupilles de la Nation, sans conditions.

Ceci dit, ces progrès notables doivent être consolidés par la parution de décrets majeurs qui modifieront

plusieurs codes de lois. Le dossier n'est donc pas clos, mais requiert encore toute notre vigilance !

Il reste notamment à déterminer précisément quel régime social de prévoyance devra s'appliquer selon la nature de la prise en charge nécessaire. De quel régime dépendra une personne salariée, ou fonctionnaire, et qui est en même temps sapeur-pompier volontaire ? Selon le régime, de fortes différences peuvent exister pour la prise en charge des frais médicaux initiaux et secondaires en cas de blessures graves et/ou d'invalidité, temporaire ou permanente. Le sapeur-pompier volontaire aura-t-il le droit de choisir le régime social le plus avantageux pour lui ? Quid de la réaction des mutuelles associées ou non ?

Il faut espérer que les décrets d'application régleront ces questions…

En résumé, les Services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) vont probablement devoir modifier leurs schémas de couverture (santé et prévoyance) pour les adapter à cette nouvelle réglementation. Et à en croire le code des collectivités territoriales, les SDIS devraient budgéter dès cette année, le volume financier relatif à d'éventuelles indemnités de protection de leurs sapeurs-pompiers volontaires. En espérant que cela soit bien prévu

ainsi, dans le contexte de l'évolution de la protection sociale complémentaire des fonctionnaires qui va aussi nécessiter des moyens financiers supplémentaires !

RETROUVEZ CETTE
CONTRIBUTION
EN VIDÉO

08

Et si... les Régions étaient responsables des politiques de l'emploi ?

Les politiques de l'emploi avec plus de 100 milliards annuels sont la caricature d'une organisation jacobine, momifiée, celle d'une vision verticale de la société.

Hervé CHAPRON
Ancien directeur général adjoint de Pôle emploi

Avant et après crise sanitaire, un chômage qui bat des records en France. Avant et après crise sanitaire, des PME et des ETI qui peinent à recruter dans les Territoires. Un pays résigné devant ce fléau qui, depuis plus de 40 ans, mine la société française, qui, de guerre lasse, banalise le phénomène. 8 % de chômeurs, 4 % de plus que l'Allemagne, finalement, ce n'est pas si mal !

Ouvrons enfin les yeux. La lutte contre le chômage ne se résume pas au seul coût du travail ou à la seule faculté de licencier. Le coût du travail dans notre pays est équivalent voire inférieur à celui de ses proches voisins. Alors ?

Notre système d'accompagnement vers l'emploi est à bout de souffle. Son émiettement entre Pôle emploi et les centaines d'organismes présents dans nos Territoires entraîne une déperdition d'énergie et une explosion des coûts. 32 % des effectifs dédiés aux fonctions supports contre 24 % en Allemagne. Notre pays n'aura jamais consacré autant de moyens financiers et humains au service public de l'emploi qu'aujourd'hui. Les politiques de l'emploi avec plus de 100 milliards annuels sont la caricature d'une organisation jacobine, momifiée, celle d'une vision verticale de la société : de haut en bas, de Paris vers la province, des grands groupes vers les PME, de

l'État vers les collectivités locales. Cette organisation est devenue aujourd'hui destructrice en termes économiques et donc d'emploi…

Il est temps de regarder la réalité en face. Il est temps de changer de modèle. Il est temps de faire preuve d'audace. L'heure est venue de remettre en cause certains dogmes… sans trembler !

Osons régionaliser les politiques de l'emploi. Osons individualiser l'indemnisation du chômage !

Les Régions doivent être reconnues comme seules autorités organisatrices pour assurer la coordination des acteurs, organiser le maillage territorial et la répartition des moyens au plus près des besoins des bassins d'emplois, mettre en place une véritable politique de prospection des entreprises et enfin cibler les publics prioritaires en fonction des caractéristiques du territoire. En d'autres termes, il convient de conférer une assise locale aux politiques de l'emploi par une capacité de piloter au plus près du terrain, par une définition à ce niveau des objectifs notamment en matière de formation, en prolongement du plan stratégique régional PME/PMI, et de déléguer à une instance ad hoc présidée par le président du Conseil régional tout ou partie du processus décisionnel pour faire

agir les services de Pôle emploi en fonction des réalités du terrain en pleine cohérence avec le plan stratégique régional.

Cette réforme systémique doit aller de pair avec un renforcement de la démocratie sociale au niveau régional. La marginalisation au plan national des partenaires sociaux, la réduction à la portion congrue de la démocratie sociale sans qui, rappelons-le, la démocratie politique n'est qu'un processus non abouti, doivent cesser pour retrouver au sein d'un nouveau dialogue social territorial toute leur force.

Allons encore plus loin, brisons un dernier tabou : celui de l'indemnisation des demandeurs d'emploi. Faisons fi des vives critiques qui s'opposeront à cette idée iconoclaste, la « rupture d'égalité » entre citoyens ! Mais la rupture d'égalité n'est-elle pas, déjà, dans les taux de chômage régionaux, que l'on s'applique à mesurer pour les consolider en un taux national nullement représentatif qui aboutit à occulter les situations disparates ?

La question de l'individualisation de l'indemnisation doit être posée pour renforcer et peut-être même créer le lien historiquement manquant entre l'accompagnement au retour à l'emploi et le service de l'allocation,

fort du constat que la sanction pour refus de l'offre préalable à l'emploi n'est pas appliquée. Individualiser l'indemnisation, non pas quant aux conditions d'accès mais pour moduler la durée de l'indemnisation. Les métiers en tension régulièrement détectés justifieraient, à eux seuls, que la question des conditions de l'indemnisation des demandeurs d'emploi issus de ceux-ci soit posée. Dans un pays dont les marges de manœuvre sont réduites pour cause d'une dette abyssale, peut-on encore s'entêter longtemps à indemniser indifféremment, en termes de durée, les demandeurs d'emploi formés pour un métier, immédiatement opérationnels dans un secteur dans lequel les offres d'emploi abondent et les demandeurs d'emploi devant bénéficier d'un parcours de formation-reconversion important. Le cadre régional pour poser cette question et y répondre n'est-il pas le mieux adapté ? N'est-il pas, là encore, davantage opérationnel que celui d'une approche nationale ?

Et si on régionalisait les politiques de l'emploi ? Et si on individualisait l'indemnisation des demandeurs d'emploi ? À n'en pas douter la défiance envers les institutions s'estomperait !

Et si...
on confiait la santé des demandeurs d'emploi à la médecine du travail ?

09

Le chômage tue près de 3 fois plus que les accidents de la route !

Hervé CHAPRON
Ancien directeur général adjoint de Pôle emploi

Depuis un siècle, la santé au travail a été circonscrite d'abord à travers une acception exclusivement physique (travail des enfants, médecine du travail, accident du travail, CHSCT, etc.) pour limiter en partie l'absentéisme de plus ou moins courte durée, ensuite étendue aux aspects psychologiques aboutissant à la dernière loi sur le droit à la déconnexion informatique.

Aujourd'hui, la santé au travail est appréhendée à travers une acception extrêmement large, celle du bien-être, devant trouver son aboutissement dans le contexte « d'entreprise libérée ». Ainsi, de *trepalium*, c'est-à-dire de torture pour définir le concept de travail, on aboutit désormais à une nécessaire voire indispensable notion d'épanouissement…

On estime désormais que pour un euro investi en santé/sécurité au travail, le retour sur investissement serait supérieur à 2 euros.

Social, santé, organisation et management sont devenus indissociables. Le véritable enjeu étant le bien-être des salariés et leur valorisation comme principale ressource de l'entreprise… On ne peut que s'en réjouir.

09

Mais voilà… depuis la fin des Trente Glorieuses, depuis l'externalisation de notre industrie, depuis la recherche effrénée d'une économie à bas coût pour satisfaire un pouvoir d'achat érigé en graal, depuis la préférence française pour le chômage, les conséquences de notre « Munich social » sur la santé des demandeurs d'emploi deviennent préoccupantes sans pour autant être prises en compte.

• Fin 2020, 6,7 millions de chômeurs sont recensés dont seuls 4 millions sont indemnisables.

• 20 % des jeunes sont au chômage et jusqu'à 35 % en outre-mer.

• 2,6 millions de chômeurs étaient inscrits à Pôle emploi depuis plus d'un an fin 2019, soit deux fois plus que dix ans auparavant.

• La durée moyenne du chômage atteint un an et quatre mois.

• L'indemnisation moyenne est de 990 euros nets par mois.

• 2 milliards d'euros/an d'indemnités ne sont pas attribués à des chômeurs, pourtant éligibles, faute d'inscription à Pôle emploi.

Le chômage est désormais une question de santé publique :

• 10 000 à 14 000 décès par an lui sont imputables du fait de l'augmentation de certaines pathologies, maladie cardiovasculaire, cancer… (Enquête SUIVIMAX, Inserm 2015). Le chômage tue près de 3 fois plus que les accidents de la route !

• Le risque de connaître un épisode dépressif pour un demandeur d'emploi est multiplié, 24 % des hommes et 26 % des femmes sont ainsi concernés (Dares 2015).

• Une augmentation de 10 % du taux de chômage se traduirait par une hausse du taux de suicide de 1,5 % tous sexes confondus.

• Les hommes sans emploi ont 2,32 fois plus de risques de se déclarer en mauvaise santé et 1,34 fois plus de risques de devenir obèses que ceux qui ne le sont pas.

Or, ce risque est insuffisamment identifié par les politiques de santé publique : au-delà de la fragilisation des individus et de leurs familles, c'est l'équilibre même des régimes de Protection sociale qui se voit impacté. Cette réalité est mal connue et peu documentée.

Pour autant, face à ces chiffres dévastateurs, aucune mesure n'est prise pour enrayer ce drame. Si le demandeur d'emploi touche un salaire de substitution, ce qui est le cas puisque l'Unédic verse en lieu et place les cotisations retraite aux différents organismes concernés, comment expliquer alors qu'il ne bénéficie pas de la médecine du travail ? Comment expliquer que l'on mobilise des aides à la rédaction de CV, des conseils de « relooking » et que l'on oublie la « santé au chômage » ?

Et si on obligeait le demandeur d'emploi, comme pour un salarié, à une visite médicale régulière.

Et si on confiait cette consultation à la médecine du travail. D'autant que la segmentation de cette population mise en œuvre par Pôle emploi faciliterait grandement la gestion opérationnelle de cette proposition. Dénoncer en permanence les difficultés d'accès aux soins, dénoncer les déserts médicaux, affirmer à juste raison que le chômage est un chemin privilégié vers la pauvreté est nécessaire mais

pas suffisant. Et si on profitait des structures existantes, et si on élargissait notre conception d'un État social !

09

10

Et si...
le risque infectieux était enfin considéré à sa juste valeur ?

Il semble crucial que des choix soient faits pour que la science autour du risque infectieux soit revalorisée et financée.

Stéphane CHATENET
Directeur général d'AirInSpace

Il s'est invité dans notre quotidien, depuis qu'en décembre (ou peut-être même avant) un pangolin, un animal sauvage ou même, selon certains, un technicien de laboratoire chinois n'ait éternué une fois de trop sur un marché, dans une ville chinoise au dynamisme exacerbé, Wuhan…

Depuis, un coronavirus et ses mutants font la une et démontrent leur capacité à modifier en profondeur nos sociétés, nos acquis et bientôt le monde que nous connaissions…

Certains diront la responsabilité des activités humaines (déforestation, extension des zones habitées…) dans ce risque du type « zoonose » mais cela ne change en rien dans ce qui doit être fait au quotidien pour le gérer concrètement et efficacement.

Plusieurs pathogènes, lanceurs d'alertes, sont passés parmi nous au fil des ans (SARS CoV-1, H1N1, Ebola, MERS-CoV), sans susciter d'émoi particulier ni provoquer une prise de conscience des populations et de nos systèmes de santé bien certains de leurs capacités et force de réaction en cas de problème.

Certains acteurs avaient même choisi, a priori et a posteriori, de railler une préparation coûteuse jugeant inutile tout principe de préparation, qu'il s'agisse des masques ou de toute protection jugée budgétairement excessive.

De même, la sous-traitance généralisée du bionettoyage et de la désinfection des locaux hospitaliers avait été mise en avant comme vertueuse par nos gestionnaires et fut parfois complexe à gérer dans certains établissements quand la pandémie fut venue.

Cette problématique pourrait peut-être ne plus être traitée d'un revers de main, comme ce fut le cas dans le passé par la structure Santé, non concernés qu'ils furent par ce qui ne tient pas du registre de l'immédiateté, mais la résilience n'est jamais certaine, ni facile, pour les organisations complexes comme celle de la santé publique.

L'action publique, qui se résume souvent à inventer pour tout problème un plan réactif, a touché sa propre limite lors de cet épisode, qui durera bientôt depuis deux ans et qui a mis à mal les personnels et a donc touché l'hôpital public au cœur.

Au-delà de cet exemple pandémique, présent dans tous les esprits pour durer encore aujourd'hui, les épidémies sont fréquentes à une échelle plus petite qu'est celle du service à risque de l'hôpital ou de l'établissement de santé.

Les ennemis sont nombreux (bactéries, virus, spores, champignons…) provoquant infections et pertes de chance pour les patients les plus fragiles et/ou porteurs de comorbidités hébergés dans les services de réanimation, hématologie, greffes solides, oncologie…

Les infections nosocomiales, dont les taux sont mesurés principalement pour les patients, ont concerné cette fois de nombreux soignants en première ligne par manque de connaissances, mais aussi d'équipements protecteurs contre le virus SARS-CoV-2 émis par les malades dans des locaux peu adaptés.

La cinquième vague en cours, dite Delta, n'épargne pas non plus les soignants opérant en services Covid, l'hôpital ayant un peu désarmé durant l'été s'étant convaincu que le vaccin induirait la fin de cet épisode pénible à Coronavirus.

La gestion du risque infectieux doit-elle demeurer le parent pauvre de nos politiques de prévention ou faut-il se réarmer, tant sur le plan matériel, structurel qu'au niveau des ressources en personnel et, donc, investir sans attendre pour faire face au défi de ce risque majeur longtemps sous-estimé et passé sous les radars de la T2A ?

Le système de financement amené à remplacer et améliorer le système T2A en place devra, nous le pensons, réserver des marges de manœuvre élargies tant en personnel qu'en matériel et investissements pour couvrir ce risque.

De même, il est de la responsabilité des spécialistes du risque infectieux, des présidents de CLIN ou de toute autre organisation autour du nosocomial à l'hôpital d'évoluer vers plus de leadership dans son interface avec les directions d'établissements et d'éviter ainsi que cette problématique cruciale ne soit que par trop négligée dans les années futures.

La politique consistant à traiter massivement les infections par les antibiotiques ou les antifongiques, en prophylaxie ou en traitement curatif, dont la consommation reste importante malgré les messages du type « les antibiotiques, c'est pas automatique », jusqu'à atteindre, pour les antifongiques, le premier rang du budget d'achat

de médicaments à l'hôpital (liste en sus), possède sa propre limite dans les résistances induites par ces traitements qui susciteront beaucoup d'inquiétude à long terme.

La résistance des micro-organismes aux traitements « anti » sera le combat de demain dans les services de soins d'abord aux USA, puis en Asie et en Europe et cela mériterait que les gouvernants, ici et ailleurs, en prennent bonne mesure sans quoi le pire sera à redouter en l'état actuel de nos connaissances.

Reste comme souvent l'espoir de la recherche sur ce sujet qui est important mais les médicaments de demain, répondant à ces problématiques de santé publique, n'existent pas encore ou leurs essais restent embryonnaires.

Il semble crucial que des choix soient faits pour que la science autour du risque infectieux soit revalorisée et financée, que les professionnels actifs autour de ce risque à l'hôpital soient reconnus à leur juste valeur, que leurs conseils soient écoutés et que des investissements soient réalisés pour que, sur ce sujet, l'hôpital public français reste à la pointe et que nous puissions, collectivement, revendiquer l'héritage de Louis Pasteur et être de nouveau fiers d'être un exemple et pourquoi pas de redevenir un phare pour les autres pays.

RETROUVEZ CETTE
CONTRIBUTION
EN VIDÉO

Et si... la pleine santé était l'horizon de nos engagements mutuels ?

À un moment où la médecine se technicise, innove, où la population vieillit, il est illusoire d'imaginer que nous pourrions dépenser moins.

Éric CHENUT

Président de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)

Malgré des décennies de chômage de masse, il n'y a pas de fatalité à ce que notre pays ne renoue pas avec le plein-emploi.

Il doit donc en être de même pour la santé. L'espérance de vie sans incapacité très moyenne dans notre pays (63 ans pour les hommes et 64,5 ans pour les femmes), l'augmentation exponentielle depuis 20 ans des affections de longue durée, les inégalités d'espérance de vie entre catégories socioprofessionnelles ne sont pas des fatalités.

Et si nous avions pour ambition de placer au cœur des politiques publiques, de l'action publique, le complet bien-être physique, psychique, social et environnemental comme horizon commun ?

Et si nous évaluions l'action publique à la capacité à progresser collectivement vers la pleine santé ?

Et si pour prendre toutes décisions collectives, nous questionnions leurs impacts en termes d'externalités pour la santé des populations ?

Nous savons tous et toutes que 80 % des déterminants de santé dépendent d'éléments exogènes au

système de santé lui-même. Or, l'essentiel du débat public, quand il s'agit de la santé, se concentre sur l'organisation du système de santé, et bien trop souvent même sur l'hôpital seulement. Or, ce dernier gagnerait à ce qu'on lui donne les moyens pour assumer et assurer ses missions, et que tout soit fait, en matière de politiques publiques et d'organisation sociale, pour éviter le recours à l'hôpital, toutes les fois où cela est possible.

Pour pallier l'insuffisance de nos efforts en prévention, nous sommes collectivement contraints à financer toujours davantage le curatif. Au-delà du coût économique et social que cette perte de chance représente, l'impact humain est considérable. Elle altère la perception du bien-être collectif et accentue les inégalités entre ceux qui peuvent investir sur leur bonne santé, leur alimentation, la pratique d'activité physique et sportive régulière, qui peuvent travailler dans des secteurs professionnels moins délétères pour leur santé… et ceux qui ne le peuvent pas. Cela explique en grande partie l'écart d'espérance de vie entre catégories socioprofessionnelles, qui constitue probablement la première et la plus choquante des inégalités dans notre pays.

Il est temps que collectivement nous mettions la même énergie à viser la pleine santé que nous en mettons à converger vers le plein-emploi.

L'augmentation des dépenses de santé est utile, si elle permet de se soigner mieux et plus. À un moment où la médecine se technicise, innove, où la population vieillit, il est illusoire d'imaginer que nous pourrions dépenser moins. Pour autant, il n'y a pas de fatalité à ce que les dépenses de santé augmentent plus vite que la richesse nationale, que l'effort à consentir pour se soigner, et surtout rester en bonne santé, nous oblige à arbitrer entre des dépenses de réparation, en privilégiant toujours le curatif.

Pour notre maintien en pleine santé, pour agir sur nos environnements personnels et professionnels, nous avons intérêt à investir ensemble sur la prévention, à travers l'éducation, la culture, les transports, le logement, le travail… Nous y avons intérêt individuellement, pour que la facture n'augmente pas plus vite que nos ressources, et collectivement pour le bien-être des populations et pour faire reculer les inégalités.

Il est nécessaire que ces choix ne soient pas des orientations arrêtées par des experts mais au contraire

11

des priorités partagées, démocratiquement débattues. La démocratie en santé est un levier pour rendre acteurs celles et ceux à qui les approches populationnelles et territoriales vont s'appliquer. C'est un levier pour faciliter la bonne appropriation des prescriptions préventives, pour répondre aux besoins des gens tout simplement.

Notre culture de santé publique est largement perfectible, la crise sanitaire l'a montré, comme elle a prouvé qu'il était possible, en France, comme ailleurs, que les femmes et les hommes s'emparent des préconisations et les appliquent dès lors qu'elles sont comprises et accessibles, aussi contraignantes soient-elles.

Plutôt que de miser sur le « nudge » qui est une forme de conditionnement socio-comportemental, où l'on fait de la prévention « à l'insu du plein gré » des bénéficiaires finaux, il semble plus utile, à l'aube de transitions essentielles au plan environnemental, démographique et numérique, de miser au contraire sur l'intelligence collective, sur la participation citoyenne en développant les capacités psychosociales des populations. Traiter les assurés sociaux comme des enfants immatures en s'appuyant sur du conditionnement comportemental est une forme de manipulation qui, à terme, peut être

contreproductive en ce que ces pratiques altèrent la confiance dans l'action publique.

Chacun doit pouvoir décider en responsabilité de l'utilisation qu'il souhaite de ses données de santé, de sa participation à des programmes de recherche ou à des suivis de cohorte, de sa contribution à l'émergence d'une médecine prédictive, préventive, participative et personnalisée. Mais, pour cela encore, faudra-t-il se donner les moyens de la nécessaire confiance des assurés sociaux en explicitant les enjeux, le champ des possibles, en contribuant à leur éducation populaire et citoyenne en matière de numérique en santé.

Si nous voulons que demain la responsabilité individuelle et collective se concrétise autrement que par des contraintes comptables pénalisantes pour celles et ceux qui sont malades, et au contraire privilégier et encourager la « pleine santé », il faut permettre à chacun d'être acteur, de ne pas être seulement sujet voire objet de soins.

En misant sur la démocratie en santé, en explicitant à chacun le sens de la protection sociale, en faisant progresser la compréhension de la citoyenneté sociale, nous permettrons l'émergence de comportements vertueux pour soi, et pour les autres. Nous nous prémunirons quant

aux incompréhensions qui se sont fait jour entre l'individu et la société, entre sa liberté individuelle et la préservation de l'intérêt général.

Dans un système de protection socialisée, où l'essentiel des dépenses est mutualisé, il est indispensable de consacrer davantage de nos ressources à prévenir les risques et à promouvoir la pleine santé, pour éviter des dépenses futures, le maintien en bonne santé, et pour éviter les replis individualistes où certains ne veulent plus contribuer à la couverture de certains risques estimant que le comportement des autres n'est pas cohérent avec les intérêts collectifs.

La protection sociale garantit l'émancipation individuelle et collective en permettant à chacun de s'extraire du risque de misère/pauvreté suite à un aléa, à un problème de santé ou un accident de la vie, à la survenance d'un handicap ou de la perte d'autonomie. Par les couvertures en santé, par la prévoyance, par l'épargne retraite ou les couvertures dépendance, la protection sociale est un facteur de cohésion. Pour ce faire, il faut que cette protection collective soit garantie dans le temps. Elle s'exercera et sera performante le jour où malheureusement le besoin se fera ressentir. Il est donc fondamental de l'inscrire dans la durée et d'en expliciter les finalités pour

garantir la confiance indispensable à l'acceptabilité de son financement.

La méconnaissance du sens de la protection sociale ne doit pas aboutir à l'altération du vivre-ensemble sous couvert de replis identitaires ou individualistes. Par la responsabilité individuelle et collective, par un engagement puissant sur la prévention, nous devons donner les moyens à tous de s'impliquer pour soi et pour les autres dans la prévention. C'est cela qui garantira la soutenabilité du système de protection sociale et fera en sorte qu'en cas de risques inéluctables, la prise en charge, en soins et accompagnements, soit assumable collectivement.

La prévention est donc un engagement citoyen, un levier de préservation des solidarités, le moyen de réduire à terme les inégalités. Elle doit être un critère de fixation des orientations des politiques publiques et la pleine santé, l'horizon de nos engagements mutuels pour en évaluer la performance solidaire.

11

12

Et si...
on valorisait
la singularité
du modèle
mutualiste
affinitaire ?

Si la logique affinitaire s'exprime par une logique assurantielle, elle s'exprime tout d'abord dans une dimension résolument humaine et fortement solidaire.

CRAPS
SÉCURITÉ-DÉFENSE

La France Mutualiste, Mutuelle civile de la Défense (MCDef), Mutuelle générale de la police (MGP), Unéo et GMF

Consubstantiel à notre contrat social, le système de Protection sociale français constitue l'un des grands acquis sociaux du siècle passé offrant garanties et solutions face aux risques et aléas de la vie : maladie, recherche d'un logement, perte d'un emploi, retraite. Si les convictions se confortent dans l'épreuve, la crise sanitaire aura démontré que notre système de Protection sociale – toujours appréhendé à travers un prisme réducteur, celui de son coût – est un investissement structurant, depuis sa création, la cohésion nationale et plus récemment le développement économique.

Ce bien commun indispensable, lorsque le destin frappe, s'est révélé être au final un investissement pour l'avenir et un amortisseur de crises sanitaire et sociale. Pourtant, sous couvert de défense du pouvoir d'achat, l'impôt est d'ores et déjà au secours de la cotisation. La Protection sociale fait désormais, dans bien des cas, prévaloir la logique d'assistance universaliste sur la logique professionnelle fondatrice du modèle français. Elle mute ainsi à bas bruit vers un système de plus en plus anglo-saxon : universel, égalitaire, financé par l'impôt, banalisant avec une froide détermination toutes spécificités socioprofessionnelles.

Spécificités qui justifient pourtant une prise en compte pour une protection particulière. Certaines populations ou corps de métiers font en effet professionnellement face à des obligations, risques et aléas spécifiques. Leurs attentes en matière de prise en charge, d'offres et d'accompagnement sont donc légitimement nombreuses, diversifiées et avant tout particulières. Les nier serait une erreur, voire une faute.

À cet égard, l'exemple des mutuelles affinitaires – connaissant parfaitement les besoins réels des communautés qu'elles couvrent – est à la fois illustratif et instructif. Leur connaissance fine des risques du milieu professionnel, des besoins de leurs membres permet de proposer des garanties santé, prévoyance, dépendance, épargne, retraites, adaptées et de déployer des actions de prévention spécifiques selon les profils propres à leurs adhérents, en travaillant sur des solutions contractuelles ou extracontractuelles pour les accompagner au quotidien et leur fournir une prise en charge différenciée de certains actes, pathologies, parcours de vie.

Si la logique affinitaire s'exprime par une logique assurantielle, elle s'exprime tout d'abord dans une dimension résolument humaine et fortement solidaire : on y adhère parce qu'on a des intérêts communs, des

activités similaires, un sentiment profond d'attachement à une communauté. Parce qu'on connaît et reconnaît une mission, l'existence de risques particuliers, de besoins spécifiques et de valeurs essentielles telles que la solidarité, l'entraide, celles précisément qui sous-tendent notre Pacte social.

Cette reconnaissance se traduit notamment à travers la gouvernance de ces organismes appartenant à l'économie sociale et solidaire : ainsi, les adhérents sont le socle du modèle démocratique de la structure protectrice représentant et défendant les intérêts de leurs pairs. Ils sont élus démocratiquement. Est ainsi donnée la possibilité aux adhérents de bénéficier de protections et services adaptés à leurs besoins réels, conditions de santé et conditions sociales.

Véritable réseau social à vocation affinitaire et non lucratif, le modèle mutualiste revêt par conséquent une importance singulière pour des communautés atypiques marquées par un fort sentiment d'attachement voire d'appartenance à un corps social. Des offres de service sur mesure, répondant aux réels besoins car élaborées par les bénéficiaires eux-mêmes, sont proposées pour des communautés comme celle par exemple de la sécurité-défense dont les membres mettent leur vie au service de la

Nation et aspirent donc à des solutions de prise en charge et d'accompagnement spécifiques.

Toutefois, depuis une trentaine d'années, ce modèle à haut degré de couverture et de solidarité tend à devenir l'exception. La volonté toujours plus forte de l'État de standardiser, d'uniformiser a pour conséquence de nier les différences et conduit in fine à s'arroger insidieusement le monopole des solidarités. Ce phénomène est particulièrement inquiétant et préjudiciable tant pour ces populations clairement définies aux risques et besoins particuliers que pour l'efficience de notre système de Protection sociale collectif.

Fort de son savoir-faire et de son caractère démocratique propre, le modèle mutualiste affinitaire, par définition en évolution constante, sait de facto s'adapter aux nouveaux défis et besoins. Ce modèle doit donc être perçu comme un élément consubstantiel à notre Pacte social républicain. Y renoncer conduirait à enfermer les populations atypiques dans un processus d'uniformisation, serait contraire à leurs aspirations et les éloignerait encore plus de la nécessaire proximité d'un collectif humanisé.

Il est, à l'évidence, essentiel que la protection sociale complémentaire des communautés spécifiques telles que

celle de la sécurité-défense continue d'être assurée par des acteurs capables de faire ce « sur-mesure » indispensable aux bénéficiaires et sublimant par là même le modèle social à la française. Si tel n'était pas le cas, la capacité de répondre de façon adaptée à leurs besoins s'en trouvera grandement altérée voire annihilée.

Alors, et si on valorisait la singularité du modèle mutualiste affinitaire ? Nous pourrions pérenniser des écosystèmes vertueux pour les solidarités et pour la pérennité de notre Pacte républicain et conforter les principes de Liberté, d'Égalité et de Fraternité.

Et si...
on mettait
un terme à
l'exercice illégal
de la médecine
esthétique en
France ?

13

Les victimes – pour la plupart jeunes et souvent vulnérables – tiennent pour acquise l'existence d'une réglementation qui les protège.

Dr Dominique DEBRAY

Président du comité technique services de chirurgie et de médecine esthétique du Comité européen de normalisation (CEN)

Les interventions esthétiques, qu'elles soient chirurgicales (liftings, implants mammaires…) ou médicales (produits de comblement dermique, botox, laser…) connaissent un essor considérable. En France, chaque année, près de 200 000 injections d'acide hyaluronique sont pratiquées et les demandes sont en constante augmentation. L'injection d'acide hyaluronique, de botox ou le laser ne sont pas des actes anodins. Ils doivent être exercés par des médecins, comme le prévoit la Loi.

Or, à l'heure où le recours à la médecine esthétique fait toujours plus d'adeptes, notamment chez les jeunes, très influencés par les stéréotypes véhiculés par les réseaux sociaux, on constate une augmentation inquiétante d'affaires impliquant des officines et des praticiens clandestins. Des cliniques clandestines de « médecine esthétique », de faux médecins, toutes sortes de « praticiens » et injecteurs autoproclamés exercent, en effet, illégalement la médecine.

Ils sévissent sur Internet et n'hésitent pas à proposer des actes invasifs à prix cassés à un public qui n'a pas conscience des risques encourus. Ces interventions clandestines comportent pourtant des risques importants pour la santé de ceux qui passent par ce marché parallèle. Non réalisées par des professionnels habilités qui

connaissent les conditions d'utilisation des produits et la prise en charge des effets secondaires, ces actes peuvent avoir des conséquences dramatiques pouvant conduire jusqu'à la mort.

Au regard des risques et des complications possibles au cours de ces interventions, le patient doit être en mesure de fournir un consentement libre après avoir été informé loyalement. Hors d'un acte pratiqué par un médecin, ce consentement est absent. Les victimes – pour la plupart jeunes et souvent vulnérables – tiennent pour acquise l'existence d'une réglementation qui les protège. Lorsqu'elles se présentent dans des cabinets médicaux ou aux urgences avec des complications, il est difficile et souvent trop tard pour agir et réparer les dégâts, parfois irréversibles.

Un cadre légal existe, mais demeure inachevé, et les dérives se développent de façon exponentielle. Il est urgent d'achever le cadre réglementaire et de permettre au public de s'assurer que les lieux sont autorisés, que les praticiens sont qualifiés, que les produits sont sûrs, que les patients reçoivent des informations exactes et qu'une prompte prise en charge médicale est disponible en cas de problème. Par analogie, tout se passe aujourd'hui comme si le Code de la route posait le principe d'une limitation

de vitesse selon la nature des routes, mais renvoyait à un décret inexistant pour la vitesse autorisée. Les forces de police ne pourraient pas sanctionner les chauffards !

Tel est exactement le cas pour les actes à visée esthétique : la Loi a donné aux agences régionales de santé les moyens humains et répressifs pour protéger efficacement la population mais, faute de précisions relevant d'un décret inexistant, elles peinent à exercer leur pouvoir. Certes, l'exercice illégal de la médecine relève de sanctions pénales, mais elles arrivent trop tard. D'autant que les victimes n'osent le plus souvent pas déposer plainte que ce soit par honte, ou par intimidations provenant de réseaux clandestins de mieux en mieux structurés.

Au-delà, les professionnels eux-mêmes doivent disposer de la formation, de l'expérience et des moyens adaptés aux actes qu'ils mettent en œuvre. La réglementation doit ainsi définir la formation et l'expérience exigées de chaque profession, préciser les modalités de déclaration et de publicité des praticiens et des lieux autorisés, et enfin fixer les normes techniques à mettre en œuvre. Ce cadre réglementaire est prévu par la Loi, et conforme au droit commun. Les normes techniques qui ont été élaborées par les sociétés savantes au sein du Comité européen

13

de normalisation, et approuvées par l'administration, existent.

Pour remplir sa mission de protection de populations souvent vulnérables, il ne reste à l'État qu'à publier un décret sur des bases déjà normées et connues, donnant à l'autorité administrative les moyens de faire cesser un braconnage, nuisible à la confiance du public et éminemment dangereux pour les plus vulnérables.

Cette remise en ordre fut réalisée de manière volontariste par le NHS en Grande-Bretagne lorsque les pratiques illicites s'y développèrent, avant qu'elles ne se propagent désormais en France. Il est encore temps d'agir, afin que nos concitoyens qui recherchaient ainsi une amélioration de leur bien-être ne subissent une dégradation funeste de leur qualité de vie. Force doit rester à la Loi !

RETROUVEZ CETTE
CONTRIBUTION
EN VIDÉO

14

Et si... on refondait vraiment l'organisation de l'hôpital ?

C'est l'ensemble de la qualité et de la performance de notre système de soins qui est menacé actuellement.

Dr Christian ESPAGNO
Neurochirurgien,
ancien directeur associé de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP)

Jamais le malaise des soignants à l'hôpital n'a été aussi grand.

Le « Ségur de la santé », finalisé en juillet 2020, est un échec partiel car ses résultats concrets se résument à des avancées salariales certes essentielles et significatives mais insuffisantes, sans être accompagnées des autres mesures aussi indispensables concernant l'ensemble des problèmes de l'hôpital.

De récentes études européennes montrent en effet que le mal-être des soignants progresse partout en Europe, mais c'est en France qu'il est le plus important. Près de 7 soignants sur 10 se déclarent actuellement en situation d'épuisement professionnel. Les 2/3 des soignants disent que la pandémie de la Covid-19 n'a fait qu'exacerber ce sentiment, soit le pourcentage le plus élevé de tous les pays européens. Des études qualitatives ont également été menées pour déterminer les causes de cette situation explosive. Les soignants font majoritairement ressortir pêle-mêle : leur charge de travail, la lourdeur des documents médicaux et administratifs à renseigner, le manque d'autonomie et de prise de décision, les exigences croissantes des patients, un manque d'équipement et de ressources, des procédures inefficaces et déshumanisées. Le modèle de rémunération

à la T2A est aussi parfois incriminé parmi les différents facteurs de dysfonctionnement du système.

Les risques que cela implique sont considérables, et pas uniquement pour la santé des soignants : des erreurs de diagnostics et thérapeutiques peuvent surgir, le découragement des praticiens est susceptible de dégrader la qualité des soins. Des démissions et arrêts maladie en grand nombre désorganisent et affaiblissent les équipes présentes, favorisant une nouvelle salve de burn-out et d'arrêts. Selon les sources, de 8 à 15 % des postes d'infirmières sont désormais vacants, et environ 6 000 lits sont inutilisés en France de ce fait. La vague de démissions s'est accentuée avec la Covid, et le malaise est persistant chez ceux qui restent, leur charge de travail s'accroissant irrémédiablement. Une gestion erratique des lits dans beaucoup d'établissements impose au personnel soignant des changements permanents de planning et des rappels fréquents depuis le domicile créant ainsi une « mise en alerte » continue au détriment des périodes nécessaires de repos et de congés. Les horaires de travail effectifs, heures supplémentaires non récupérées comprises, dépassent souvent les 40 heures par semaine pendant des périodes de plusieurs mois.

C'est l'ensemble de la qualité et de la performance de notre système de soins qui est menacé actuellement.

Les avancées salariales du Ségur de la santé sont considérées comme insuffisantes et de nouvelles augmentations sont réclamées.

Il y a aussi parfois un manque de coordination flagrant entre les impératifs des gestionnaires administratifs et ceux des soignants, médecins en particulier, ce qui génère souvent des conflits et un manque d'efficacité voire un blocage de la situation.

Enfin, et il ne s'agit pas du moindre des problèmes, les Systèmes d'information hospitaliers (SIH) sont trop souvent inadaptés à l'écosystème hospitalier, nécessitant de multiplier les saisies et, au lieu de faciliter l'exercice quotidien, le compliquent et le rendent plus chronophage ce qui génère stress et mécontentement. Faute d'outils adaptés, les tâches administratives demandées sont incomprises et rejetées comme inutiles ce qui, il faut bien le reconnaître, est parfois le cas.

Ce profond mal-être des soignants a plusieurs graves conséquences :

14

La confiance des patients dans leur système de santé s'effrite, elle aussi, même si les Français restent encore largement majoritaires à faire confiance aux acteurs de la santé, clairement, cette confiance commence à se fissurer et les Français sont de plus en plus pessimistes. 61 % pensent que la qualité des soins fournis par les établissements de santé va se détériorer à l'avenir. La crise de la Covid a évidemment considérablement perturbé l'offre de soins en multipliant les annulations et les reports et en dissuadant nombre de patients de se rendre à l'hôpital par crainte d'une contamination. La Ligue contre le cancer redoute que 30 000 cancers soient non détectés, ou détectés trop tardivement du fait de la Covid. Une étude de Gustave Roussy, présentée au congrès de l'ESMO, estime que ces retards pourraient entraîner d'ici 5 ans une surmortalité par cancers entre 2 et 5 %. Un chiffre qui pourrait même être sous-évalué selon les auteurs de l'étude (Groyer 2020).

Les inégalités de prise en charge intra et interterritoriales augmentent : de nombreuses petites structures hospitalières font face à un manque crucial d'attractivité avec dégradation de la qualité et de la sécurité des soins, équipes soignantes réduites ou inexistantes.

Le gap de qualité et d'efficacité avec les pays les plus performants se creuse. Alors que l'OMS classait la France en tête des pays il y a 20 ans, elle n'occupe plus actuellement dans les différents classements qu'un rang situé entre la 5e et la 10e place.

Face à ce constat un peu déprimant et surtout dangereux, la réalisation d'un véritable « *aggiornamento* » de l'hôpital, du même niveau que celui des réformes Debré de décembre 1958, paraît s'imposer sans attendre, dès le début du nouveau quinquennat.

Plusieurs axes forts pourraient être mis en place :

Améliorer les conditions de travail des soignants et mieux les responsabiliser sur le plan organisationnel

En mettant les rémunérations des soignants à la moyenne des pays européens comparables au nôtre. Même si le Ségur de la santé a permis de l'atténuer et si les comparaisons ne sont pas toujours évidentes, il existe probablement encore un écart de 5 à 10 % des revenus par rapport à la moyenne de nos voisins européens qu'il faut combler sans attendre. C'est une condition nécessaire mais pas suffisante pour restaurer l'attractivité de ces professions.

En revoyant l'organisation des unités de soins et en améliorant leur autonomie sur le plan organisationnel et financier. Le découpage des unités de soins à l'hôpital selon les spécialités est de plus en plus obsolète. Aujourd'hui, les médecins s'identifient de moins en moins selon leur spécialité et de plus en plus selon la famille d'actes qu'ils pratiquent ou le parcours de leur patient. Avec le développement des pratiques dites interventionnelles, les notions même d'activité chirurgicale ou médicale deviennent de plus en plus floues. Pour plus de cohérence, de coordination et de fluidité, il faut donc réorganiser les unités de soins selon les parcours et les filières de prise en charge.

Revoir la gouvernance et l'organisation interne de l'hôpital

En allant progressivement vers une cogérance entre médecins et dirigeants administratifs, car le cœur de métier de l'hôpital est le soin.

En renforçant l'efficience des systèmes d'information hospitaliers. Il faut à tout prix que les SIH rattrapent les 10 à 15 ans de retard qu'ils ont par rapport à d'autres secteurs économiques. C'est indispensable dans tous les domaines de la gestion hospitalière. Les systèmes d'information ne

doivent plus être une contrainte et une perte de temps pour le personnel mais au contraire une aide précieuse qui leur fait gagner du temps et de l'efficacité. Sur ce sujet, il faut reconnaître que la mission confiée il y a deux ans à Dominique Pon et Laura Létourneau en charge de la transformation numérique en santé, maintenant dotée de moyens conséquents, s'est véritablement emparée du problème, ce qui devrait permettre de corriger les trois maux principaux dont souffrent les SIH : absence de gouvernance cohérente, d'interopérabilité et de sécurité nationale.

Accélérer la restructuration territoriale

Il est connu que la France dispose d'un nombre de lits et d'hôpitaux supérieur à la moyenne des pays européens. Par exemple, on trouve deux fois plus de lits par habitant en France qu'en Europe du Nord, en Grande-Bretagne, en Italie ou en Espagne. En France, l'offre de soins en matière de plateaux techniques est trop dispersée avec une hospitalisation complète certes globalement surdimensionnée puisque le taux d'occupation moyen est de 70 % alors que la moyenne de l'OCDE est de 80 %, mais surtout mal répartie. Il faut accélérer le regroupement de plateaux techniques performants : le bon sens voudrait que l'on restructure l'offre de soins en

14

fonction des besoins réels de la population et de l'évolution du progrès médical. Le maintien de petites structures dispersées, peu performantes, est souvent responsable d'une inégalité d'accès aux soins. En effet, les patients modestes qui n'ont pas les moyens de se déplacer, seront pris en charge dans ces structures où la qualité des soins n'est pas garantie. Une étude française publiée récemment dans une revue internationale montre qu'il y a encore des équipes chirurgicales qui opèrent moins de dix cancers du poumon par an avec un risque de décès en postopératoire multiplié par 1,5. Cette situation conduit à maintenir du personnel soignant et des médecins parfois sous-utilisés et même, pour certains établissements, à recruter des médecins mercenaires qui coûtent une fortune alors que d'autres structures, performantes et attractives, sont insuffisamment dotées. L'autre effet pervers peu évoqué, c'est le sentiment d'isolement de certains praticiens et la démotivation pour leur métier. Cela renvoie à la gradation des soins et des établissements sur un territoire. Face au vieillissement de la population, les soins de ville et les structures adaptées (EHPAD) ne sont pas suffisamment organisés pour éviter de nombreuses hospitalisations inutiles, coûteuses et parfois délétères.

Bien sûr, ces nécessaires regroupements hospitaliers devront s'accompagner d'une importante restructuration

des transports sanitaires afin de permettre aux patients d'accéder plus facilement aux centres d'excellence.

Assurer une meilleure coopération public-privé

Lors de la première vague de l'épidémie de Covid, on a bien vu que les coopérations public-privé ont eu, surtout dans certains territoires, du mal à se mettre en place. Alors que les hôpitaux publics étaient submergés par l'afflux de malades avec nécessité d'établir à la hâte de véritables « hôpitaux de campagne » et des transports en urgence d'une région à l'autre à grands frais et avec une considérable mobilisation de soignants, les convois passaient parfois devant des établissements privés avec des réas vides. Heureusement, le système s'est rapidement ressaisi et la coopération public-privé a été bien meilleure lors des vagues suivantes.

Il est de la responsabilité première des ARS d'initier et d'accompagner de véritables parcours coordonnés de prise en charge permettant aux malades de bénéficier des meilleurs soins dans les meilleurs délais sans aucun dogmatisme concernant le statut des établissements concernés.

14

Mettre en place une véritable évaluation de la qualité des soins

Il n'y aura pas de restructuration profonde et durable sans une évaluation continue du système. Cette évaluation performante passe par plusieurs outils indispensables :

• Des recueils d'indicateurs efficaces : notre pays prend du retard dans l'évaluation de la qualité des soins. On ne peut plus aujourd'hui offrir des soins conformes aux données de la science et aux légitimes exigences des malades sans suivre un certain nombre d'indicateurs robustes qui permettent de mesurer les progrès et de se comparer aux autres. Il est également indispensable maintenant d'inclure dans cette évaluation le jugement et le ressenti des patients, donc de mettre en place un recueil d'indicateurs qui leur sont plus spécifiques (PROMS et PREMS).

• Une meilleure tenue de registres, tant pour les soins enjeux de santé publique que pour les soins innovants, afin de mieux orienter les actions de prévention et de prendre en compte plus rapidement les progrès thérapeutiques.

Bien sûr, cela nécessite de la part de tous les acteurs une réelle volonté de progresser et de disposer de systèmes

de recueil performants qui soient au maximum automatisés afin d'éviter des doublons et des pertes de temps.

En synthèse, il est intéressant de noter que ce profond malaise paraît moins visible au sein des structures privées alors que la charge de travail est au moins équivalente et que les rémunérations de la plupart des soignants, en particulier les infirmières et les aides-soignantes, sont plutôt inférieures à celles du secteur public. Certes, le monde médiatique est moins attiré par les difficultés des établissements privés mais il y a peut-être aussi d'autres raisons. Une d'entre elles pourrait être une gestion beaucoup plus souple et moins soumise à une hypertrophie administrative et technocratique. La crise de la Covid a bien montré qu'à l'hôpital public, pour peu qu'on leur fasse confiance et leur laisse suffisamment d'initiative, les acteurs sont capables de trouver de remarquables solutions organisationnelles qui ont certainement permis d'éviter au cours des premières vagues des catastrophes sanitaires beaucoup plus grandes. Sans la très forte implication de la plupart des soignants et l'ingéniosité de leurs solutions, notre système de santé n'aurait pas tenu le choc.

C'est cette souplesse qu'il faut absolument créer à l'hôpital public. Par exemple, en étant capable de transformer très rapidement des lits de soins critiques en

lits de réanimation par un stockage et un entretien efficaces du matériel nécessaire et surtout par une mutualisation et une mise à niveau régulière du personnel afin qu'il puisse immédiatement être performant en cas d'un besoin brutal de nouveaux lits de réanimation dont le maintien permanent en période plus « calme » serait inutile et particulièrement coûteux. L'expérience de Valenciennes, dite de « l'hôpital magnétique » qui attribue à chaque unité de soins une large autonomie de gestion et financière avec des résultats très positifs, est à ce titre très encourageante.

Malgré l'ampleur et les difficultés de la tâche, ne soyons pas pessimistes. Notre système de santé et ses soignants ont montré lors de la crise Covid toute leur valeur pour peu qu'existe une ambitieuse volonté politique de mettre en place une organisation moderne, souple et performante.

RETROUVEZ CETTE
CONTRIBUTION
EN VIDÉO

15

Et si...
on se redonnait les moyens d'avoir une recherche médicale d'excellence ?

Notre système est aujourd'hui fragilisé par une hypertrophie réglementaire et administrative.

Anaïs FOSSIER
Responsable des études du CRAPS
(Représentant un collectif)

La France, dans un monde hautement concurrentiel, en évolution rapide et constante, peine à asseoir son positionnement sur la scène internationale. Elle ne parvient pas non plus à s'imposer comme un leader au niveau européen. Malgré de nombreux atouts et domaines d'excellence, son recul en matière de recherche médicale dénoncé depuis longtemps déjà est inquiétant. Notre manque d'efficacité dans la recherche de vaccins contre le SARS-CoV-2 illustre le retard français par rapport à d'autres pays où bon nombre de nos chercheurs se sont d'ailleurs expatriés. Si rien n'est fait, des pays tels que la Chine et les États-Unis s'imposeront inévitablement et sans retour en arrière possible comme les leaders mondiaux en santé. Ce constat exige des réponses afin que chacun puisse accéder rapidement à des thérapies innovantes et bénéficier du progrès médical auquel notre pays doit contribuer. Si plus personne ne conteste la nécessité de soutenir la recherche médicale française, il est désormais crucial qu'elle s'inscrive dans une volonté et une action politique fortes.

Notre système est, aujourd'hui, fragilisé par une hypertrophie réglementaire et administrative. La multiplication des normes entraîne d'innombrables lenteurs alors que le progrès médical se diffuse rapidement et induit des comportements peu dynamiques des acteurs.

Il est alors impératif de leur redonner de la liberté, de les libérer de ces trop nombreuses contraintes pour qu'ils puissent au mieux développer leurs projets, découvrir et innover. La crise Covid a d'ailleurs montré l'intérêt et la nécessité de faire bouger les lignes en la matière. En accélérant considérablement les procédures, les patients ont été intégrés plus rapidement dans les essais permettant in fine à la France de se positionner au second rang mondial en matière de recherche sur la Covid en avril 2020. Ces modalités de fonctionnement de « temps de crise » doivent perdurer pour améliorer l'accès à la recherche clinique. La France doit impérativement redevenir attractive sur les essais cliniques et en particulier dans les phases précoces de développement. Si tel n'est pas le cas, le préjudice sera considérable pour les patients qui ne pourront pas avoir accès à des thérapies innovantes, en amont d'une mise sur le marché. Les procédures actuelles doivent, par conséquent, être allégées et simplifiées.

Retrouver une place de premier plan sur la scène internationale suppose par ailleurs que les acteurs et leurs projets ne se retrouvent pas prisonniers des « labyrinthes institutionnels ». L'organisation de la recherche est, en effet, complexe compte tenu du nombre de structures impliquées et de leur fonctionnement en silos. Si la qualité des chercheurs ne fait pas débat, le système dans lequel ils

évoluent est en revanche contesté. Le manque de lisibilité des responsabilités, la complexité de la gouvernance, l'éclatement organisationnel, sans parler de la perte d'attractivité pour les carrières hospitalo-universitaires et le manque de transversalité entre le public et le privé, sont autant de facteurs qui éloignent les chercheurs et dissuadent les grandes entreprises du médicament et les investisseurs du privé de développer leur activité en France.

Les systèmes actuels ne sont ni propices à l'innovation ni à la prise de risque et conduisent in fine de nombreux chercheurs à partir à l'étranger. Le système public, notamment universitaire, doit urgemment opérer un changement de braquet pour revoir ses mécanismes de fonctionnement et regagner en attractivité. Plus globalement, les interactions entre les acteurs doivent s'intensifier dans le cadre d'une action de proximité pour une recherche d'excellence et compétitive. L'approche territoriale ne peut plus être considérée à la marge. Les territoires sont, en effet, des espaces qui permettent aux acteurs de terrain de développer des projets adaptés aux spécificités propres au territoire au sein duquel ils exercent. À titre d'exemple, la Région dispose de moyens d'action de proximité et d'une agilité que le niveau national n'a pas toujours. En connaissant parfaitement son écosystème, elle est en capacité de mettre les acteurs en réseau.

Autres freins bien connus à l'attractivité : le manque de perspective d'évolution professionnelle dans le champ de la recherche et le cloisonnement des parcours entre la recherche publique et privée. Au regard de ce constat, les liens entre le public et le privé gagneraient à être renforcés et la pluridisciplinarité à être encouragée. Le fonctionnement en silos ne peut plus être la règle. Les parcours croisés doivent être favorisés et valorisés. Il est alors fondamental de sortir d'une logique concurrentielle mortifère pour la recherche et de passer à une logique de partenariat entre les acteurs des territoires. Dans cette optique, les barrières réglementaires et idéologiques entre la recherche publique et privée, entre les statuts et les contrats, doivent être levées.

Enfin, la reconquête de l'attractivité et de la compétitivité de la recherche française à l'international ne pourra se faire sans un positionnement fort de la France sur les questions du numérique et de l'IA puisque, nous le savons, la médecine de demain reposera très largement sur l'étude et l'exploitation des données. Elle ne pourra pas non plus se faire sans un investissement conséquent dans les innovations de rupture qui se traduisent, certes, par des coûts immédiats élevés, mais génèrent des développements économiques sur le long terme. Plus globalement, la recherche médicale souffre d'un déficit financier structurel

qu'il faut rattraper. Pour rester dans la course et redevenir compétitive, la France doit retrouver une véritable capacité d'innovation et lever les freins réglementaires, structurels et culturels qui l'entravent encore trop souvent.

Alors, et si on se redonnait les moyens d'avoir une recherche médicale d'excellence ? La France redeviendrait porteuse de solutions innovantes pour les patients, elle redeviendrait une terre d'innovation, de découverte et d'accueil pour les chercheurs et les industriels !

RETROUVEZ CETTE
CONTRIBUTION
EN VIDÉO

Et si...
les personnes en situation de handicap bénéficiaient d'un zéro reste à charge pour pratiquer une activité physique ?

16

L'exercice physique représente pour les personnes en situation de handicap une prévention primaire et secondaire de premier ordre.

Pr François GENET
Professeur des universités - médecin hospitalier,
Responsable de la délégation médicale paralympique Tokyo 2020,
Chef de service de l'unité parasport-santé à l'hôpital Raymond-Poincaré de Garches,
Président de l'Institut de santé parasport connecté (ISPC-Synergies)

Le Grand appareillage orthopédique (GAO) externe, bien que marché de niche, n'en demeure pas moins essentiel pour compenser l'altération des fonctions et la limitation d'activités des personnes en situation de handicap. À ce jour, les orthèses et prothèses de sport et de loisir sur mesure ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale. Seuls les appareillages de « vie courante » le sont sur la base d'un renouvellement tous les 3 ou 4 ans, voire 6 ans pour certains éléments prothétiques hi-tech (genou prothétique par exemple). Alors que le projet de vie de la personne en situation de handicap est au cœur de la loi de février 2005, ce droit à la pratique d'une activité de loisir ou de sport est refusé par la solidarité nationale alors qu'elle l'accorde aux valides. Ainsi, la réparation de rupture des ligaments croisés du genou sera prise en compte à 100 % par la Sécurité sociale, mais pas la podo-orthèse de sport de la personne atteinte de poliomyélite, ni la lame de course de l'amputé. C'est injuste et constitue à nos yeux une rupture d'égalité flagrante.

Mais au-delà d'un droit égal pour tous à la pratique d'un sport, l'on sait que l'exercice physique fait partie pour les personnes en situation de handicap de la stratégie de prévention secondaire (éviter la récidive, se reconstruire par le sport et améliorer son autonomie). L'augmentation significative de l'espérance de vie de cette population induit

le développement de pathologies chroniques bien connues de la population générale (obésité, diabète, hypertension artérielle, cancer, etc.) justifiant l'intérêt de l'activité physique et du sport comme faisant également partie de la prévention primaire des maladies pour la population en situation de handicap. Le succès de la pratique pour ces personnes induirait donc potentiellement une baisse de la consommation de médicaments, de consultations ainsi que des risques de comorbidité et résoudrait indirectement en partie la problématique de l'accès aux soins pour cette population.

La création prochaine de l'Institut de santé parasport connecté (ISPC) doit être l'occasion pour la puissance publique de répondre de façon appropriée à ces attentes.

Pour mémoire, l'ISPC sera une vitrine de ce que peut proposer la France dans le domaine du Parasport-Santé avec une approche encore unique au monde définissant et structurant l'accompagnement de la population d'une nation à la pratique d'une activité sportive de loisirs ou de compétition. Il sera également un lieu référent national pour évaluer à la fois les potentiels d'activités de sport et de loisir des personnes en situation de handicap, mais également évaluer la pertinence médico-économique

des dispositifs médicaux de compensation du handicap. L'ISPC renforcera sa légitimité et son expertise nationales en intégrant en son sein des équipes de recherche physiologique et technologique ainsi qu'un service de résidence hôtelière visant, au-delà d'une capacité d'accueil de délégations de sportifs et chercheurs, à préparer le retour au domicile des personnes en situation de handicap en fin de SMR (anciennement SSR). Enfin, il participera à l'axe stratégique accompagnant les jeux olympiques et paralympiques sur ce site olympique mais également pour l'« après J.O. », apportant la valeur ajoutée indispensable de développement durable au service de l'ensemble de la population. Il est d'ailleurs le seul institut dédié au parasport à bénéficier du label Héritages des J.O. 2024[1].

Au-delà de l'ISPC, ce projet permettrait également d'envisager une prise en charge par la solidarité nationale des appareillages de sport et de loisir non-inscrits actuellement dans la LPPR (Titre II Chapitre 7). Ce nouveau droit ouvert serait cependant conditionné par

[1] France 2024 : Faire mieux grâce aux jeux – Liste des 170 mesures – mesure 39 : « Développer une structure universitaire de santé référente dont l'objet principal est l'expertise relative au sport pour toutes les personnes en situation de handicap quels que soient leurs niveaux ou ambitions. Les 3 piliers fondateurs de cet ensemble seront le conseil pour la pratique, la recherche scientifique (technologique, physiologique) et la formation. »

une évaluation capacitaire délivrée par des structures de niveau 3 (expertes), dont l'ISPC en serait la tête de proue.

À ce jour, ces dossiers dits d'appareillage atypique sont traités avec grande difficulté par les MDPH qui manquent totalement d'expertise médico-technique pour déterminer si telle ou telle prise en charge est recevable ou non. L'ISPC pourrait, en ce cas, devenir le centre national référent pour déterminer selon plusieurs critères objectifs et partagés, si tel ou tel appareillage de sport ou de loisir serait admissible à prise en charge se substituant ainsi à l'entente préalable délivrée régionalement par le médecin ou l'orthoprothésiste conseil de la sécurité sociale. Cette réforme s'inscrirait par ailleurs dans le prolongement naturel de la mise en œuvre en 2020 d'un système informatique national commun aux MDPH.

Comme nous l'avons déjà dit, l'on sait que l'exercice physique représente pour les personnes en situation de handicap une prévention primaire et secondaire de premier ordre. Car l'activité physique accroît significativement l'espérance de vie et surtout la qualité de vie, impactant à la baisse la consommation de médicaments, de consultations ainsi que les risques de comorbidité tels que l'hypertension ou la surcharge pondérale.

Le différentiel entre le déclaratif d'intention d'équipement[2] et l'évaluation capacitaire effectuée par les médecins référents conduira inéluctablement à une diminution très significative de ces volumes. L'ISPC sera la porte d'entrée étroite et obligée pour que soit examinée, par des équipes expertes de niveau 3, toute demande de prise en charge des appareillages de sport et de loisir. Seul un prérequis obligatoire donnera droit à examen du dossier : stabilisation du handicap (+ 2 ans post-traumatisme par exemple), pratique avérée et prouvée d'un sport, vérification capacitaire (maillage territorial par exemple)… C'est la seule délibération collégiale et documentée qui ouvrira le droit à délivrance d'un appareillage de sport ou de loisir. Des pistes pourraient être étudiées, en particulier pour les prothèses des membres inférieurs et supérieurs qui bénéficient d'une double dotation (prothèse de secours en cas de panne ou casse de la prothèse principale) avec substitution de la prothèse de secours par la prothèse de sport.

[2] Selon l'étude commandée par l'UFOP au début de l'année 2018 et administrée par les étudiants en Sciences de l'information, Master I de l'université de Besançon auprès des clients appareillés au sein des entreprises adhérentes de l'UFOP, 33 % des personnes appareillées interrogées souhaiteraient bénéficier d'un appareillage de sport ou de loisir, rejoignant en cela l'étude du Crédoc sur les pratiques sportives des Français adultes dont 30 % déclarent pratiquer un sport régulièrement.

La France serait le premier pays à proposer ce service. Une annonce très certainement virale à l'occasion des Jeux paralympiques de Paris 2024, moment espéré d'inauguration de l'ISPC.

RETROUVEZ CETTE
CONTRIBUTION
EN VIDÉO

Et si... l'on changeait radicalement la doctrine de prévention des RPS et de la santé mentale au travail ?

17

Prévenir les RPS et la dégradation de la santé mentale au travail n'implique pas forcément des actions qui exposent et fragilisent le pouvoir de direction.

Samuel GEFFROY
& Olivier MILHÈRES
Psychologues,
Fondateurs de Milhères & Geffroy Associés

Quelles sont les conditions pour obtenir une prévention réellement efficiente en matière de risques psychosociaux et de santé mentale au travail ?

Les politiques publiques, comme les experts en management et les directions des structures concernées, publiques ou privées, pensent la prévention sous l'angle de la production bureaucratique de règles, normes ou référentiels adossés à l'empilement des textes législatifs.

Cette injonction, qui se décline au niveau des organisations par l'action d'agences parapubliques, ignore l'échec cuisant des politiques publiques sur ce sujet. Le principe qui consiste à toujours refaire encore plus de ce qui échoue est ici à l'œuvre.

Le point commun de ces pratiques fautives est double :

• Ignorer sciemment la crainte légitime des acteurs face au risque d'instrumentalisation du sujet au détriment du pouvoir de direction et d'organisation ;

• Renforcer constamment la dimension absolutiste de la contrainte qui sous-tend la construction et le déploiement de ces politiques publiques.

À titre d'exemple, nous pouvons lire dans un rapport récent d'une de ces agences publiques ces deux interrogations méthodologiques édifiantes :

« Est-ce que les règles et normes négociées offrent des marges de manœuvre suffisantes aux acteurs pour qu'ils mènent à bien leur activité ? » et « est-ce que d'autres pratiques échappent complètement et de manière récurrente au cadre proposé ? ».

L'État s'empare des questions relatives aux conditions de travail avec une dérive, certes justifiée par le Bien de tous, mais qui produit in fine, deux écueils préjudiciables à l'ensemble de la société :

• La succession de lois, règlements et accords négociés qui restent lettres mortes ou qui sont constamment contournés, la jurisprudence devenant le régulateur tardif du système ; ceci accentue la complexité et l'instabilité de notre droit et des relations de travail. Le recours à la prévention tertiaire, donc curative, au détriment des autres préventions est le signe majeur de cet échec.

• L'étouffement des initiatives et de la liberté managériale, de la capacité d'anticipation et de création

qui doivent se développer au sein des organisations (cf. citations infra).

Bref, la justification de cette doctrine publique a beau être la défense de la performance sociale, nous expérimentons constamment sur le terrain des stratégies d'évitement, de communication finement ajustées (et renforcées par l'action des consultants prospérant sur ce marché), axées sur la protection du risque d'engagement de la responsabilité pénale des dirigeants plus que sur une véritable volonté de prévention et d'amélioration des conditions de travail. Souvent, l'État est le premier vecteur de ce comportement (cf. la tutelle exercée sur les EHPAD déterminée par les enjeux budgétaires au détriment des maltraitances institutionnelles affectant les personnels comme les résidents).

Nous relevons un écart majeur entre les intentions et les pratiques. Les acteurs sont souvent embarqués dans de véritables « usines à gaz » dont les productions sont très souvent inadaptées et aux impacts très réduits, lorsqu'ils existent.

Dès lors, pourrait-on enfin s'interroger sur la corrélation entre l'incessante dégradation des conditions de travail, la montée des malaises et du mal-être au travail

17

et l'inflation législative, normative et méthodologique à l'œuvre depuis 2008 (Accord national interprofessionnel sur le stress au travail) dans notre pays ?

Un changement de doctrine s'impose. Il est même urgent.

Sept principes pourraient guider cette réorientation des politiques et du management publics :

1 – Replacer au centre de toute décision la prise en compte des fonctionnements systémiques et abandonner les raisonnements fondés sur des causalités linéaires. Par exception, l'alignement équilibré entre le sens, les processus et les contenus servirait d'ossature aux conduites des transformations et au management des structures tant publiques que privées.

2 – Développer une vigilance (sans en normer illusoirement les modalités) envers les injonctions paradoxales, les doubles liens, les dissonances cognitives, les conflits de valeurs qui sont générés par des décisions normatives ou managériales ; elles sont les racines organisationnelles des diverses modalités de souffrance au travail. Leur résolution est efficiente.

3 – Réintroduire le concept de prévention quaternaire qui servirait de facteur équilibrant entre les trois préventions usuelles et garderait les acteurs publics et privés éloignés de cette tentation normatrice contraignante et absolutiste.

4 – Développer une culture de repérage et de traitement des écarts dans les pratiques managériales, entre les prescriptions et le réel, entre les intentions et les retours d'expérience. À ce titre, le message vocal diffusé dans le métro londonien « *Mind the gap* » pourrait condenser sous forme de mantra cette exigence aussi simple que fondamentale et ignorée.

5 – Réhabiliter le principe du « rasoir d'Ockham » et sortir de cette logique inflationniste de production tous azimuts de référentiels, guides, cahiers des charges, etc. On pourrait ainsi réduire drastiquement le nombre d'agences étatiques et développer la culture de la recherche de solutions réduites en nombre, cohérentes entre elles et générant un effet de levier sur plusieurs dimensions problématiques.

6 – Intégrer les principes systémiques (boucles rétroactives, covariance, etc.) à la place des raisonnements simplistes et fautifs construits sur l'imaginaire des causalités

linéaires (si B alors c'est qu'il y a eu A), génératrices de culpabilité et d'agressivité.

7 – Former les managers publics et privés à l'ensemble de ces principes que nous nommons plus amplement La clinique de la transformation, soit l'articulation entre la clinique du travail et la sécurisation des processus de transformation et de traitement des situations dégradées.

En attendant cette refonte idéologique des principes sous-tendant les politiques publiques inefficientes en matière de prévention des risques psychosociaux et de la dégradation de la santé mentale au travail, les acteurs pourraient localement s'emparer d'une méthodologie différente en termes de management et de communication :

• Comprendre que prévenir les RPS et la dégradation de la santé mentale au travail n'implique pas forcément des actions qui exposent et fragilisent le pouvoir de direction : il est aisément possible, dans une logique systémique, de mettre en œuvre une réelle et efficiente action de prévention sans même la nommer comme telle et employer ouvertement le sigle RPS tant redouté de bon nombre de dirigeants et DRH.

Dans son rôle, l'État pourrait d'une part arrêter de persister dans une voie préjudiciable et inefficiente pour redonner une liberté aux acteurs fondée sur l'incitation et non la contrainte « soft ».

• Avoir le courage d'entendre ce que les gens ne disent pas ouvertement pour, au regard de sa propre responsabilité, définir une action juste.

Pascal nous le rappelait déjà en nous invitant à la lucidité et à dépassionner nos réactions : « Personne ne parle de nous en notre présence comme il parle en notre absence. L'union qui est entre les hommes n'est fondée que sur cette mutuelle tromperie ; et peu d'amitiés subsisteraient, si chacun sait ce que son ami dit de lui lorsqu'il n'y est pas, quoiqu'il en parle alors sincèrement et sans passion. » (Pensées, L978-100).

Et si...
chaque Français
avait accès
à un panel
de solutions
d'intelligence
artificielle en
santé ?

Fixons-nous comme objectif collectif de donner accès à chaque Français à un panel d'algorithmes médicaux pour ses besoins courants.

David GRUSON, Judith MEHL & Anaïs PERSON

Directeur du programme santé de Luminess et fondateur d'Ethik-IA,
Responsable des affaires publiques de Luminess,
Présidente de l'association Privacy Tech

La réponse à la crise sanitaire si dure que nous connaissons a d'abord été principalement humaine. Les professionnels sont en première ligne face au contexte COVID et il convient évidemment de commencer par, à nouveau, leur rendre hommage. Leur engagement sur le terrain a constitué un démenti très net pour tous ceux qui avaient, un temps, pu penser que le numérique et la robotisation viendraient les remplacer.

Pour autant, en parallèle, cette période a été aussi marquée par une diffusion de plus en plus large des nouvelles solutions d'intelligence artificielle en santé. L'apprentissage machine par reconnaissance d'image connaît à présent de très nombreux cas d'application dans des domaines aussi divers que la traumatologie, le diagnostic de la rétinopathie du diabète, l'interprétation des mammographies, le diagnostic du glaucome ou encore l'interprétation de clichés de tumeurs. Par ailleurs, l'IA de pilotage par les données de santé, adjuvant des nouvelles approches territorialisées en santé, entre également dans le réel, tout particulièrement dans les domaines des maladies chroniques ou métaboliques.

Dans ce contexte, la France et l'Europe ont clairement un atout stratégique. Face à la puissance financière et technologique des GAFAM et des BATX,

l'horizon de l'IA en santé européenne est celui des solutions d'excellence et de la médecine de spécialité. Les équipes européennes sont performantes tout à la fois sur le plan technologique et – c'est sans doute l'essentiel – sur le plan de l'innovation médicale elle-même dans des domaines de pointe comme l'algorithmique appliquée à la génétique. Ce positionnement sur le fond se double aussi d'un autre avantage majeur s'agissant de la soutenabilité éthique de ce développement de l'IA en santé. La reconnaissance du principe d'une Garantie Humaine de l'IA dans la loi de bioéthique française de 2021 et dans le nouveau projet de règlement européen sur l'IA représente, à cet égard, une avancée essentielle pour une intelligence artificielle durable restant au service de l'Homme.

Un domaine d'action reste, cependant, nettement en retard s'agissant de la diffusion de l'IA en santé : la mise en accessibilité économique pour tous de ces nouvelles solutions. Comme nous le montrions dans une première étude du groupe de travail diligentée par le CRAPS sur IA et protection sociale[1], la question de la prise en charge de ces innovations par la Sécurité sociale et les complémentaires reste, à ce stade, largement en suspens. Certes, un certain nombre d'initiatives pilotes sont déjà à relever sur les

[1] https://www.thinktankcraps.fr/lia-un-defi-pour-la-protection-sociale-2/

premières admissions au remboursement de dispositifs médicaux avec IA ou sur de nouveaux contrats proposés par des mutuelles ou des assureurs pour donner accès à ces solutions dans plusieurs domaines de spécialités. Mais nous sommes encore très loin d'une mise en accessibilité globale.

Le temps presse, pourtant : nous ne sommes sans doute qu'à quelques mois de l'apparition d'un « Netflix de l'IA en santé » donnant accès, moyennant versement d'un abonnement forfaitisé et via un opérateur numérique extra-européen, à une batterie d'algorithmes médicaux de premier cran. On voit, évidemment, le risque majeur d'une telle évolution : celui d'une réservation pratique de l'innovation en médecine algorithmique à ceux de nos concitoyens qui en auront les moyens et donc d'un approfondissement des inégalités d'accès aux soins.

Et si nous pouvions éviter cette perspective sinistre ? Fixons-nous comme objectif collectif, pour les cinq années qui viennent, de donner accès à chaque Français – qu'il soit en ville ou en zone rurale reculée – à un panel d'algorithmes médicaux pour ses besoins courants, dans un cadre naturellement intermédié par les professionnels de santé. Rassemblons, à cette fin, dès cette année 2022, les acteurs de la couverture du risque santé, les professionnels

de santé, les représentants des patients et les innovateurs en IA dans le cadre d'une concertation opérationnelle portée par un engagement fort des pouvoirs publics.

Et réussissons sans tarder. Collectivement.

La préservation d'une innovation solidaire en santé est à ce prix.

RETROUVEZ CETTE
CONTRIBUTION
EN VIDÉO

Et si...
l'on arrêtait de concevoir les services numériques pour les usagers ?

L'accès aux services publics progresse, mais les usagers font face à des difficultés persistantes. En témoigne l'enquête sur l'accès aux droits menée par le Défenseur des droits.

Quelques faits pour nous faire idée :

• « Une personne sur cinq éprouve des difficultés à accomplir les démarches administratives courantes. Les personnes les plus précaires sont les plus concernées : une personne précaire sur quatre est confrontée à ce type de situation contre 17 % des personnes ne déclarant pas de difficultés financières. »

• « Si 80 % des personnes interrogées pensent qu'une décision défavorable d'un service public ou administration peut être contestée, une personne sur trois éprouvant des difficultés dans ses démarches administratives pense que c'est impossible. Plus de la moitié de la population (54 %) d'enquête rapporte des difficultés pour résoudre un problème avec une administration ou un service public (dont 12 %, « souvent » ou « très souvent »). »

• « Les personnes en situation de précarité rapportent plus de difficultés que les autres : c'est le cas

Il s'agit de concevoir et réaliser le service avec l'usager, surtout ceux qui sont représentatifs, ceux qui vivent les difficultés.

Abraham HAMZAWI
Partner à Sopra Stéria Next

de 60 % d'entre elles contre 50 % de celles et ceux qui ne sont pas confrontés à la précarité. »

• « Parmi les personnes qui évoquent des difficultés pour résoudre un problème, la demande répétée de pièces justificatives (38 %) et la difficulté à contacter quelqu'un (38 %) représentent les problèmes les plus fréquemment rapportés. Une personne sur trois cite, également, le manque d'information. »

Bien sûr, depuis cette enquête conduite en 2017, des progrès ont été accomplis. Mais nous pouvons nous demander si nous n'avons pas déjà atteint un mur infranchissable. Celui où les améliorations constantes ne sont plus perceptibles par les usagers.

En effet, tant que nous continuerons à concevoir des services pour les usagers, il nous manquera un élément essentiel afin d'améliorer en continu les services : la prise en compte de l'expérience humaine et tous ses biais cognitifs, ses irrationalités, bref, la psychologie humaine.

Bien entendu, les services ont été testés auprès des usagers, ils ont été impliqués, consultés. Quand on conçoit et réalise un service pour l'usager, nous procédons ainsi.

Mais, là, il s'agit de concevoir et réaliser le service avec l'usager, surtout ceux qui sont représentatifs, ceux qui vivent les difficultés.

D'une certaine manière, nous pouvons dire que nous nous situons dans une démarche d'empowerment des usagers en bénéficiant de tout leur savoir expérientiel. Plus nous traitons les cas des personnes qui rencontrent le plus de difficultés, plus les solutions ainsi dégagées bénéficieront au plus grand nombre. Nous sommes dans une démarche « d'extreme-user », car ce sont eux qui induisent une perception dégradée de la qualité de service, des coûts de gestion élevés, mais surtout un réel problème d'accès aux droits.

Mais qui sont ces « extreme-users » ?

Ceux qui sont manifestes : les usagers qui rencontrent régulièrement les difficultés et qui finissent par renoncer à leurs droits.

Mais, également, les agents des organismes qui ont une mission de service public. Ils sont eux aussi confrontés aux usagers en difficulté et leurs moyens numériques ne sont pas souvent conçus pour gérer ces relations complexes. Ces outils sont conçus pour la gestion interne et non pas

19

pour faciliter radicalement la relation avec les usagers. La connaissance par ces agents des situations est précieuse, car ils sont en contact permanent avec les usagers et leurs compétences sont incontournables pour concevoir des services avec les usagers.

En considérant l'extreme-user comme acteur clé de la dématérialisation des services publics, en l'intégrant dans les équipes projets où il tient un rôle clé, nous pourrons franchir le mur évoqué ci-dessus… jusqu'à ce qu'un nouveau se dresse à nous : la simplification radicale des démarches au service de l'action publique.

20

Et si...
comme
Colbert, nous
arrêtions d'être
imprévoyants ?

41 % des Français ont directement vécu au moins un aléa lié à la prévoyance au cours de leur vie !

Éric JEANNEAU
Administrateur du groupe VYV

Tout le monde assure sa maison. S'en passer semble impensable !

Si la foudre la dévastait… elle serait reconstruite.

Mais si c'était nous… Face aux risques de la vie, sommes-nous suffisamment armés ?

Pourrions-nous supporter les frais et les pertes de revenus occasionnés par une incapacité de travail, un handicap, une perte d'autonomie ou un décès ? Il serait inconscient de croire que cela n'arrive qu'aux autres : 41 % des Français ont directement vécu au moins 1 aléa lié à la prévoyance au cours de leur vie[1] !

Colbert[2] l'avait bien compris, c'est pour cela qu'il assurait ses marins et pas seulement ses bateaux !

Mais confiants, nous comptons sur notre chance… ou sur la Sécu, sans même connaître ses limites. Pourtant, ce premier niveau de protection n'est que partiel.

[1] L'enquête 2020 de l'Observatoire de l'imprévoyance VYV – IPSOS.

[2] https://www.groupe-vyv.fr/presse/aux-racines-de-la-mutualite-dhier-a-aujourdhui/ 1673, Colbert crée la Caisse des invalides de la marine marchande.

Les garanties de prévoyance permettent de le compléter, par le maintien des ressources, la prise en charge des frais et l'accompagnement.

Malheureusement, ses bénéfices incontestables restent tristement méconnus et peu répandus.

C'est pourquoi notre groupe mutualiste a choisi d'observer et d'agir face à notre imprévoyance[3].

François-Xavier Albouy[4] souligne : « Dans une société comme la France qui s'imagine surprotégée, mesurer le coût de l'imprévoyance permet de démontrer que la prévoyance n'est pas assez diffusée pour protéger efficacement contre les aléas de la vie. Les sommes en jeu sont considérables : près de 12 milliards d'euros manquent chaque année aux familles touchées[5]. »

[3] L'Observatoire de l'imprévoyance, une initiative du Groupe VYV (groupe-vyv.fr).

[4] Économiste - directeur de recherche, chaire transitions économiques, transitions démographiques, Fondation du risque.

[5] François-Xavier Albouy, « Méthodologie pour une mesure du coût de l'imprévoyance », *Risques* n° 127 - Revue *Risques* (revue-risques.fr).

Aujourd'hui, le Groupe VYV, convaincu que ce sujet est une priorité trop longtemps oubliée, met en débat ses convictions sur la prévoyance des actifs. Celles-ci s'articulent autour de deux grands axes :

Tout d'abord, permettre à tous les actifs de faire face aux épreuves, lorsqu'elles adviennent, en leur assurant une couverture prévoyance de qualité. Cela nécessite notamment :

• De permettre à chacun de mieux comprendre sa couverture sur ces risques longs. Pour cela, nous proposons de déployer un « compte de prévoyance », regroupant les informations sur toutes ces garanties et d'inciter à sa consultation à chaque moment de vie clef.

• D'impliquer les employeurs en généralisant leur participation à des dispositifs de prévoyance, se traduisant par une part de la masse salariale consacrée à couvrir :

• Un niveau socle de couverture universelle sur les risques décès et invalidité.

• Le complément de garanties et des dispositifs de prévention les plus adaptés aux besoins de leurs salariés, définis dans le cadre habituel de négociations.

20

• De simplifier les différents dispositifs pour gagner en lisibilité comme en efficacité.

• D'alerter les salariés lorsqu'ils perdent leur couverture collective de prévoyance ou la participation de leur employeur et de prévoir dans ces contrats la possibilité pour ces salariés de prolonger à leurs frais au moins les garanties décès et invalidité, afin d'assurer la continuité de couverture pendant toute la carrière.

Ensuite, déployer tous les efforts possibles pour réduire la fréquence et les impacts de ces risques, parce que l'indemnisation n'est qu'une compensation permettant d'atténuer la peine endurée. Il s'agit aussi de maintenir ces garanties dans un coût raisonnable, et donc accessible au plus grand nombre, tout en faisant face à l'augmentation des maladies chroniques, des risques psychosociaux, des nouveaux risques environnementaux et plus largement à l'allongement de la durée de la vie active.

Pour cela, nous proposons :

• D'encourager financièrement les employeurs à mettre en place des dispositifs de diagnostic et de prévention adaptés aux spécificités de leurs métiers et de leur population.

• De mobiliser au plus tôt l'ensemble des acteurs afin d'étudier toutes les solutions possibles, temporaires ou définitives, pour favoriser le maintien ou le retour progressif à l'emploi.

Organisations syndicales et patronales, réseaux professionnels, mutuelles et assureurs santé, pouvoirs publics, ouvrons le débat sur cet enjeu de société, pour que tous les actifs, salariés du privé, fonctionnaires et même indépendants, disposent d'une couverture prévoyance de qualité.

21

Et si...
on essayait de
comprendre
la crise de
l'hôpital ?

Le modèle que nous avons connu et qui a fonctionné pendant 40 ans est à bout de souffle et doit être réinventé.

Jacques LÉGLISE
Directeur général de l'hôpital Foch

La persistance de la crise sanitaire du Covid dans la durée a créé ces derniers mois un sentiment de lassitude et de découragement chez les professionnels de santé. Des départs importants ont été constatés avec, en même temps, un effondrement des candidatures de jeunes professionnels infirmiers sortis d'école.

Dans ce contexte de crise, les mesures issues du Ségur de la santé ont, en outre, engendré de nombreuses frustrations. Plus particulièrement dans le privé non lucratif pour lequel le traitement a été moins favorable. Si bien qu'on se trouve face à un paradoxe : jamais aucun gouvernement n'aura autant et en aussi peu de temps revalorisé les rémunérations des soignants, alors que jamais le malaise des professionnels hospitaliers n'aura été si grand.

C'est que, outre les facteurs de tension récents qui viennent d'être cités, la crise a accentué et mis en lumière des fragilités latentes et anciennes.

Elle révèle, en tout premier lieu, à quel point la pression financière qui pèse depuis dix ans sur les établissements de soins français s'est avérée destructrice. L'exigence de plans de rendus d'emplois en contrepartie des investissements à travers le COPERMO, le maintien

de progressions de tarifs inférieures à la progression des charges, puis à partir du plan triennal du gouvernement Valls, encore plus brutalement, les baisses de ces tarifs année après année, toutes ces politiques gouvernementales ont conduit pour les compenser et éviter des suppressions de postes qui auraient été calamiteuses pour la qualité et la sécurité des soins, à une course à la progression des volumes d'activité.

Cette pression excessive à l'activité a entraîné in fine une perte de sens et une détérioration des rapports entre les soignants et les gestionnaires, ceux-ci étant rendus bien injustement responsables des choix des politiques publiques.

Or, la qualité de fonctionnement des structures hospitalières dépend directement de la qualité et de l'intensité du dialogue et de la coopération entre les gestionnaires et les communautés médicales et soignantes. Cette qualité dépend notamment de la taille de l'hôpital : plus ce dernier est à taille humaine, plus ce dialogue est quotidien, et plus les arbitrages peuvent être menés rapidement avec les explications qui doivent nécessairement les accompagner. Du fait du progrès médical et des technologies, l'hôpital vit en effet dans une dynamique de transformation perpétuelle, qui certes rend le travail à

l'hôpital passionnant, mais qui en fait aussi la complexité et la fragilité. Dans les grandes structures, ce dialogue est beaucoup plus difficile. Or, est venue en outre s'ajouter ces dernières années dans cette course à « la taille » la création des Groupements hospitaliers de territoire. Celle-ci a engendré une couche supplémentaire de gouvernance, qui conduit à éloigner encore plus les gestionnaires et les communautés médicales et soignantes.

Dans le même temps, la pression normative sur les métiers du soin n'a cessé toutes ces dernières années de s'accroître avec des exigences de qualité et de traçabilité certes fondées, mais qui dans un contexte d'intensification de l'activité de soin ont amené les soignants à les rejeter aujourd'hui comme des « tâches administratives » trop lourdes.

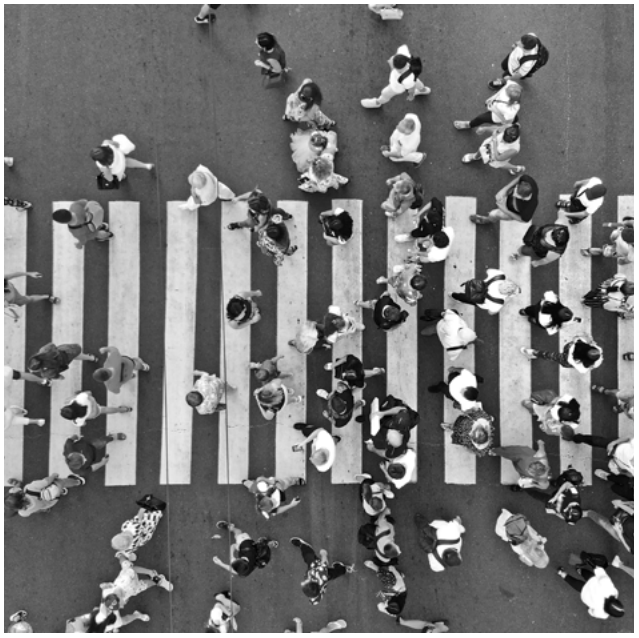
Or, cette intensification du travail s'est faite alors que nous assistons ces dernières années dans le monde de l'hôpital comme dans le reste de la société à un changement de paradigme avec des professionnels qui aspirent à un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Comme ailleurs, mais peut-être encore plus qu'ailleurs, ce changement de paradigme déstabilise l'hôpital : avec plus de professionnels, notamment médicaux, l'Hôpital dispose paradoxalement de moins de temps de travail disponible.

Toutefois, si ce changement de paradigme explique pour beaucoup la question de l'attractivité des métiers médicaux et soignants à l'hôpital, il ne l'explicite que partiellement. La question de la compétition par les rémunérations, avec une incapacité des établissements du service public (hôpitaux publics et hôpitaux privés à but non lucratif) de suivre l'évolution des revenus auxquels les médecins peuvent accéder désormais quand ils vont exercer en libéral dans une clinique commerciale, surtout s'ils y exercent avec des dépassements d'honoraires, s'avère en effet particulièrement devastatrice.

Aujourd'hui, plus de la moitié des séjours de chirurgie sont réalisés dans les cliniques commerciales dans notre pays. Le risque est donc grand que, dans quelques années, faute de personnel, nous n'ayons plus d'offre de service public dans certains domaines, et que nous nous dirigions si on ne réagit pas vers un système de soins à l'américaine.

L'hôpital est donc entré dans une période où le modèle que nous avons connu et qui a fonctionné pendant 40 ans est à bout de souffle et doit être réinventé. Définir un système de tarification qui, tout en rémunérant les établissements équitablement au prorata de l'activité de chacun, permette de faire face à la progression des charges

et aux exigences de qualité, trouver un meilleur équilibre entre exigences normatives légitimes et réalités de terrain, trouver un mode de travail des soignants plus respectueux de leurs vies privées, mieux réguler les rémunérations des soignants entre service public et activités commerciales, veiller au maintien d'une offre de service public compétitive partout sur le territoire, telles sont certainement certaines des clés majeures de cette réinvention. Sans aborder celles qui dépendent de la restructuration du système de Santé dans son ensemble comme la réorganisation de la permanence des soins pour faire face aux urgences.



RETROUVEZ CETTE
CONTRIBUTION
EN VIDÉO

Et si...
on reconstruisait notre système de santé en partant des besoins de santé ?

22

Il faut donner une direction à notre système de santé, au-delà des bricolages administratifs et des rustines financières.

Antoine MALONE
Responsable du pôle prospective, Europe, international à la Fédération hospitalière de France (FHF)

À l'orée de l'élection présidentielle qui pourrait être décisive pour l'avenir de notre système de santé, la nécessité d'une refondation de ce dernier fait désormais consensus. Si l'épidémie de COVID a confirmé des constats déjà connus, elle a aussi mis en lumière d'autres traits qui peuvent être des catalyseurs pour remettre notre système de santé sur les rails. D'abord, l'incroyable inventivité des professionnels de santé, leur capacité d'adaptation, leur solidarité et leur engagement sans faille au service des patients et de la population. Elle a montré que les établissements, la ville, les collectivités, les associations, bref, tous les acteurs de la santé étaient capables de travailler ensemble, pour autant qu'ils partagent une responsabilité et un objectif communs. Enfin, elle a montré la capacité des acteurs de santé à intégrer rapidement de nouvelles connaissances et de les mettre tout autant rapidement au service d'une meilleure prise en charge.

Pourquoi ne pas s'appuyer sur ces qualités pour refonder notre système de santé ? Un système qui viserait le Triple Objectif d'une meilleure santé pour la population, d'une meilleure prise en charge pour les patients, et d'une meilleure utilisation des ressources du Territoire. Un système qui met en œuvre une Responsabilité populationnelle.

Un constat qui ne fait plus débat ?

Des établissements poussés à la limite de leur capacité, des urgences dont la fréquentation a doublé en vingt ans, des citoyens qui peinent à trouver des réponses à leurs besoins « en ville », des professionnels dévoués, mais à la recherche de sens, ayant le sentiment que le « système » ne leur permet pas de travailler correctement. Une crise d'attractivité. Une crise du financement.

Si les (trop) nombreuses réformes ont joué un rôle dans cette situation, c'est d'abord la transformation massive des besoins de santé qui l'explique. D'abord, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques. Entre 2011 et 2017, les admissions en ALD ont augmenté en moyenne de 5,1 % par année[1]. Plus de 11 millions de personnes sont désormais inscrites sur ces listes, avec plus de 1,5 million de nouvelles inscriptions par année. En ce qui concerne les maladies cardio-neurovasculaire, c'est 14 % d'augmentation entre 2015 et 2020, 12 % pour le diabète.

À cela s'ajoute le vieillissement de la population. L'espérance de vie s'est considérablement allongée, et c'est

[1] CESE.

tant mieux. Mais les personnes vivent plus longtemps, avec plusieurs pathologies. Ainsi, plus de 60 % des personnes âgées de plus de 60 ans vivent avec au moins deux pathologies chroniques.

Or, ces personnes « consomment » plus de services de santé, et différemment. Dans l'Aube, en 2019, 54 % des 4 807 résidents atteints d'insuffisance cardiaque ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année, en étant admis aux urgences dans la moitié des cas. Et ce cas de figure se répète sur l'ensemble des territoires métropolitains. Les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque ont généré près de 11 milliards d'euros de dépenses d'hospitalisation en 2019… soit autant que le budget du ministère de la Justice, ou trois fois le budget du ministère de la Culture.

À l'inverse des épisodes aigus, les besoins de santé générés par les pathologies chroniques et le vieillissement sont donc marqués par une « demande » continue vis-à-vis des services de santé, mais aussi par la capacité d'un individu à « gérer » sa santé et sa maladie, en liaison avec le système de soins. Et surtout, ces besoins sont liés aux habitudes de vie, aux déterminants de santé, à la littératie en santé, bref… à la prévention. Une prévention qui dépasse les professionnels de santé pour toucher tous les acteurs de la cité, à commencer par les citoyens eux-mêmes.

22

Donc, oui, les réformes, le financement, l'organisation ou l'absence d'organisation des acteurs de santé expliquent une part des difficultés connues aujourd'hui. Mais ces facteurs ne peuvent occulter une transformation encore bien importante : la croissance énorme des besoins de santé, et leur transformation de nature : de besoins aigus à besoin chroniques fortement liés aux habitudes de vie.

Cela oblige à repenser certains constats. Bien entendu, la « ville » et « l'hôpital » doivent mieux travailler ensemble. Bien entendu, il faut en faire plus sur la prévention. Évidemment que les collectivités – et en particulier les communes – devraient jouer un rôle plus important. Naturellement qu'un modèle de financement adapté serait nécessaire… Mais comment ? Comment est-ce que tous ces ingrédients peuvent être agencés et mobilisés pour avoir un impact ?

Des expériences étrangères probantes

La France n'est pas le seul pays où le système de santé a à faire face à ces défis qui touchent à des degrés divers l'ensemble des pays occidentaux. Que ce soit en Vénétie, en Catalogne, dans certains Länder allemands, en Irlande… tous cherchent à mettre en place des systèmes

de santé intégrés, qui visent explicitement le maintien en santé de la population, plutôt qu'une offre ponctuelle visant à répondre à des besoins aigus. Le NHS England, plus important système de santé public au monde, se réorganise sur la base de 42 Systèmes de santé intégrés (Integrated Care Systems, ICS), chargés, sur leur territoire, de viser le Triple Objectif d'une amélioration de la santé de la population, d'une amélioration de la prise en charge des patients et d'une meilleure utilisation des ressources.

Parmi tous ces modèles, l'un nous semble particulièrement pertinent dans le cas de la France, c'est celui des ACO - Accountable Care Organizations. Mises en place dans la foulée de l'Obama Care, les ACO consistent en un regroupement volontaire d'acteurs de santé (hôpitaux, acteurs libéraux de ville, acteurs sociaux, etc.) qui s'engagent par le biais d'un contrat avec un assureur à maintenir en santé une population définie. Si ce regroupement parvient à contrôler la dépense de santé de cette population tout en atteignant des objectifs de santé publique, il peut récupérer une partie des montants économisés à la société. Couvrant aujourd'hui 33 millions de personnes – dont la moitié via un contrat avec un assureur public –, les ACO commencent à générer des résultats. En 2019, l'assureur public Medicare a pu économiser plus de 3 milliards de dollars en dépenses de santé, et en reverser 1,5 aux ACO

qui lui sont affiliés. Mais surtout, on constate une réelle amélioration de la qualité, aussi bien en termes d'accès des patients, de mise en place systématique d'actions de prévention, de contacts entre patients et professionnels, de recours aux services hospitaliers et surtout aux urgences. Et ce sont les populations les plus fragiles et précaires qui en bénéficient le plus.

Vers une organisation de santé territorialisée fondée sur la Responsabilité populationnelle

En s'appuyant en premier lieu sur les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les Groupements hospitaliers de territoires (GHT), mais aussi sur l'ensemble des acteurs de santé de ce territoire, un tel système est tout à fait concevable en France. C'est d'ailleurs le sens de l'Article 19 de la Loi Santé de juillet 2019, qui dispose que « l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire ». C'est la notion de Responsabilité populationnelle.

Mais encore ? En pratique, ces acteurs de santé doivent réfléchir et travailler ensemble pour élaborer ensemble un programme d'action partagé, qui indique

précisément quels sont les besoins de santé de cette population, et comment les acteurs de santé comptent s'y prendre pour y répondre. Il s'agit d'un changement de perspective radical par rapport à l'existant, puisque plutôt que de devoir répondre aux injonctions qui viennent d'en haut, ce sont les acteurs de terrain, les professionnels – hospitaliers comme libéraux –, les patients et les citoyens, les associations, les agents des collectivités qui analysent les besoins de santé et qui développent un programme opérationnel.

Ce programme doit s'appuyer sur une « stratification » des besoins de santé des habitants de ce territoire, allant de la prévention jusqu'à la prise en charge des patients complexes ayant des besoins lourds. L'objectif commun est bien sûr de tout faire pour éviter que les gens ne développent une pathologie, et si cela devait arriver, de tout faire pour éviter que celle-ci ne se dégrade. Donc, cela veut dire s'appuyer sur les connaissances les plus à jour, pour s'assurer que chacun bénéfice des services dont il a besoin – pas plus, pas moins. C'est donc un programme qui doit viser l'excellence clinique : le bon service, pour la bonne personne, au bon endroit, au bon moment.

Mettre en place un mode de financement cohérent avec notre (Triple) Objectif

Plus encore que le paiement à l'acte (en ville) ou à l'activité (à l'hôpital), c'est le cloisonnement entre modes de financement qui entrave un tel modèle. Un patient atteint d'une pathologie chronique passe sans arrêt de « la ville » – et entre plusieurs professionnels de ville – et « l'hôpital ». Le soutien de médecins spécialisés n'est pas toujours nécessaire, mais il doit être présent au besoin. Des compétences en activité physique adaptée, en nutrition, en santé mentale doivent être mobilisées. Et tout cela doit fonctionner sur la base d'un processus clinique unique et partagé et intégré. Mais les acteurs de santé doivent pouvoir s'y retrouver financièrement : si le programme fonctionne – et on l'espère –, les patients iront moins à l'hôpital, aux urgences, verront sans doute moins souvent leur médecin traitant au profit d'infirmières, et ainsi de suite.

Dans ce contexte, le modèle des ACO est très séduisant : il s'agirait d'ajouter, au-dessus des financements traditionnels, une enveloppe populationnelle. Celle-ci prendrait en compte l'ensemble des dépenses de santé des résidents du territoire. Si les acteurs de santé de ce territoire parviennent à en maîtriser l'évolution,

sous réserve d'atteinte d'objectifs de santé publique, ils pourraient récupérer les économies engendrées par leur travail, pour les réinjecter dans de nouvelles actions.

Un futur possible… qui existe déjà

Un tel système, territorialisé et populationnel, est-il une utopie ? Pas du tout. En fait, il existe déjà. Depuis trois ans, les acteurs de santé de l'Aube, de la Cornouaille, des Deux-Sèvres, du Douaisis et de la Haute-Saône mettent en œuvre un modèle d'intégration clinique basé sur la Responsabilité populationnelle, en s'appuyant sur des consortiums réunissant ville et hôpital. Les cinq Territoires Pionniers travaillent sur les populations atteintes ou à risque de diabète de type 2 ou d'insuffisance cardiaque, soit plus de 70 000 personnes malades, et 300 000 personnes à risque. En s'appuyant sur une stratification médico-économique et clinique de ces populations, ils visent à mettre en œuvre les meilleures pratiques en fonction des besoins de chaque personne. Pour ce faire, ils s'appuient sur des programmes élaborés lors de réunions cliniques auxquelles ont participé des centaines d'acteurs de santé et de citoyens. Aujourd'hui, ce sont plusieurs centaines de résidents de ces Territoires qui sont suivis, plusieurs milliers de citoyens qui ont profité d'actions de sensibilisation et de dépistage, s'appuyant sur

un réseau inédit de partenaires, allant des entreprises aux collectivités, en passant par les associations de patients, les maisons sport-santé, Les Restos du cœur…

Redonner du sens… redonner une direction

Lorsqu'on discute avec les professionnels qui participent à la démarche, ils nous disent qu'elle redonne du sens à leur travail. Et combien ils ont raison… aujourd'hui, nous avons un système de santé qui court après la maladie, qui s'épuise à rattraper une vague qui avance de plus en plus vite. Il faut changer de logique. Que ce soit en termes humains, sanitaires, budgétaires, démocratiques, notre modèle éclaté et orienté vers le curatif craque de toutes parts.

On dit souvent qu'on attend d'un (ou une) président(e) de la République qu'il donne une direction. Il faut donner une direction à notre système de santé, au-delà des bricolages administratifs et des rustines financières. Cette direction, c'est celle-là : un système de santé territorialisé, qui vise le Triple Objectif d'une meilleure santé pour la population, d'une meilleure prise en charge des patients, et d'une meilleure utilisation des ressources. Un système qui met en œuvre la Responsabilité populationnelle.

RETROUVEZ CETTE
CONTRIBUTION
EN VIDÉO

23

Et si... on créait un ministère de la protection sociale ?

Un ministère de la Protection sociale; ce serait donner une architecture à ce qui est aujourd'hui un puzzle

Michel MONIER
Ancien directeur général adjoint de l'Unédic

Alors qu'elle consomme plus du tiers du PIB, la Protection sociale se présente, dans l'architecture administrative et politique, comme un objet mal identifié. La gestion de la crise sanitaire et de ses conséquences économiques et sociales a mis en évidence, jusqu'à la cacophonie, la multiplicité des acteurs qu'elle mobilise.

« La Protection sociale est un domaine partagé, voire déchiré entre un ministère du "Travail" et un ministère "des Solidarités et de la Santé", les deux sous tutelle de celui de l'Économie, des Finances et des… Comptes publics. » Et ce n'est là que la partie visible d'un iceberg ! Chacun de ces ministères pilote des opérateurs, des agences avec lesquelles collabore le monde associatif. Et il faut ne pas oublier l'action des municipalités, départements et régions ! Ne pas oublier, non plus, l'action des acteurs économiques, employeurs et syndicats !

La rationalité administrative a cédé le pas à l'irrationalité dans le domaine de la Protection sociale. L'amalgame s'est fait d'un tout, devenu illisible, qui associe ce qui relève des assurances sociales, de l'assistance et de la solidarité. Ce qui reste de rationalité ne serait plus que celle de Bercy qui s'attache à faire que la trajectoire des finances publiques reste maîtrisée et pour qui le risque de dérapage se trouve, tout entier, dans la Protection

sociale ! Le ministère de l'Économie s'est fait ministère des économies que l'on ne peut trouver ailleurs que dans les dépenses sociales.

Pour autant que la Protection sociale, financée par la redistribution, ne puisse pas être ni un puits sans fond ni le palliatif de l'absence d'une réelle politique de développement économique, elle n'est pas pour autant son ennemie ni celle de la bonne gestion des finances publiques. L'argument de la soutenabilité budgétaire rend inaudible celui de la soutenabilité sociale des politiques publiques.

L'économie institutionnelle nous apprend que l'organisation, les Institutions déterminent l'action. Elle invite à repenser, ici, la rationalisation des choix budgétaires et autres tentatives en ajoutant la rationalisation de l'organisation, cette impossible réforme de l'État !

Alors, et si on créait un ministère de la Protection sociale ? Un ministère de plein et entier exercice qui défendrait effectivement le budget social devant la Représentation nationale ? Un ministère qui n'aurait plus à subir telle décision opportune de l'État qui en ignore les conséquences sur le financement de la Sécurité sociale dont il creuse le déficit. Un ministère en responsabilité d'une

politique sociale de prévoyance et d'accompagnement du développement économique qui piloterait avec des objectifs affirmés l'ensemble de cette galaxie d'acteurs sociaux… une galaxie qui ne manque pas d'avoir ses trous noirs.

Le sujet est forcément absent d'un débat qui ne se fait pas sur ce que doit être une Protection sociale adaptée aux enjeux de ce siècle. Le débat ne se fait pas car il n'est pas, comme on le pense, dans ces réformes au coup par coup de tel ou tel domaine, dispositif ou institution participant à la Protection sociale.

Créer un ministère de la Protection sociale aurait comme premier intérêt d'obliger à dire ce qui est du domaine de la Protection sociale pour permettre de définir une politique lisible, puis son financement et préciser ensuite sa gouvernance opérationnelle.

Pourquoi le système de retraite est-il aujourd'hui une mission du ministère des Solidarités et de la Santé davantage que du ministère du Travail ? Pourquoi la santé au travail est-elle une mission du ministère du Travail ? Quelle est la place de la politique de la ville quand elle vise à réduire les inégalités sociales ? Quelle est la place d'un secrétariat d'État aux personnes handicapées, quelle

est celle d'un programme de lutte contre la pauvreté aujourd'hui interministériel ?

Un ministère de la Protection sociale, ce serait donner une architecture à ce qui est aujourd'hui un puzzle. Ce serait traduire effectivement dans les faits cet objectif, déjà ancien (2001), de la LOLF qui ambitionne de présenter un « budget transparent et complet, permettant aux parlementaires et, à travers eux, aux citoyens, d'avoir une vision précise et étayée des politiques publiques et des dépenses de l'État associées ».

Si on créait un ministère de la Protection sociale, l'État afficherait bien davantage qu'une politique publique, il afficherait une volonté.

24

Et si...
le chômage
était un risque
professionnel ?

Le risque assuré n'est plus le chômage mais bien la rupture du contrat de travail. C'est l'assurance d'un risque qui résulte de la politique, de la stratégie de l'employeur.

Michel MONIER
Ancien directeur général adjoint de l'Unédic

Objet de tous les soins des politiques publiques, le chômage et son indemnisation font régulièrement l'actualité. Il s'agit, réforme après réforme, de rendre le dispositif plus incitatif à la reprise d'emploi, plus égalitaire et moins coûteux.

L'indemnisation du chômage a été profondément réformée, bien davantage que par les divers ajustements paramétriques, par la suppression de la cotisation salariée à laquelle la CSG est venue se substituer, la cotisation « employeur » étant seule maintenue.

Réforme profonde, donc, par l'évolution du mode de financement qui fait disparaître la participation du salarié à la couverture du risque chômage au bénéfice d'un système associant la solidarité (CSG) et une cotisation de l'employeur. Ce caractère nouveau est encore affirmé par la modulation de cette cotisation employeur, pour certains secteurs, selon l'intensité du recours à des contrats courts. En maintenant la seule contribution de l'employeur, cette réforme du financement fait de lui l'assuré non pas contre le risque de chômage mais contre les risques d'une rupture du contrat de travail !

C'est là la logique nouvelle qui pointe sous cette réforme. L'employeur seul cotisant à la « caisse chômage »

souscrit comme une police de responsabilité civile qui, avec le concours financier de la collectivité, finance l'indemnisation des conséquences du dommage, pour le salarié, de la rupture du contrat de travail.

Alors, et si… et si on poussait cette logique jusqu'au bout ? Ne s'agit-il pas aujourd'hui non plus d'une assurance chômage mais d'une assurance employeur contre les conséquences de la rupture du contrat de travail pour son salarié « cocontractant » ? La réforme du financement de l'indemnisation du chômage ne met-elle pas l'employeur face au risque chômage dans la même situation que celle vis-à-vis du risque Accident du travail-maladie professionnelle (AT-MP) ? N'assure-t-il pas, au bénéfice de ses salariés, un risque professionnel : celui de la perte d'emploi résultant de la rupture d'un contrat ?

« L'agenda social autonome pour un paritarisme utile, renouvelé accompagnant les transitions » que le Medef proposait, en février dernier, aux partenaires sociaux, ne va-t-il pas dans ce sens ? Entre autres thèmes de discussion, cette invitation souhaitait la « mise en place d'un organisme paritaire de gestion de la branche AT-MP » et l'évaluation de « l'opportunité d'un changement de modèle en matière de gestion de la branche AT-MP en proposant un modèle de gestion autonome des ressources

correspondantes ». Ce que l'on nomme assurance chômage, dont les partenaires sociaux sont aujourd'hui exclus de la négociation, ne s'est-il pas, de fait, rapproché du modèle AT-MP ?

Pousser la logique de cette réforme jusqu'au bout, c'est voir que le risque assuré n'est plus le chômage mais bien la rupture du contrat de travail. C'est l'assurance d'un risque qui résulte de la politique, de la stratégie de l'employeur. À l'instar du risque AT-MP pour lequel l'employeur met en œuvre diverses mesures de prévention et de protection, il dispose d'outils de gestion des risques associés à la rupture du contrat de travail : la GPEC, la formation professionnelle, la VAE… sont des instruments sinon de maîtrise totale du risque du moins de sa gestion, de son anticipation, de sa prévention.

Pousser cette logique jusqu'au bout, c'est aussi faire de la prévention de la perte d'emploi un sujet qui donnerait aux ordres du jour des Comités économiques et sociaux une belle ambition : celle de la responsabilité partagée des représentants des salariés et de l'employeur.

Au niveau national, les partenaires sociaux auraient un grain à moudre d'une autre teneur que la négociation des paramètres de l'indemnisation qui leur a échappé :

24

la négociation des outils du maintien dans l'emploi, de l'évolution des compétences. Autant de questions qui, pour reprendre les mots de la lettre du Medef, font de l'entreprise le lieu qui permet à nos concitoyens d'amplifier le sens du collectif. Des sujets qui, à l'évidence, renouvelleraient le paritarisme, un paritarisme utile, accompagnant les transitions.

Alors, en poussant cette nouvelle logique du chômage conçu comme un risque professionnel, la cotisation employeur pourrait être objectivement modulée, comme le sont les cotisations AT-MP, en fonction des moyens et des résultats obtenus dans la prévention du risque rupture du contrat de travail-chômage.

La réforme du financement de l'indemnisation du chômage ne propose-t-elle pas un nouveau paradigme : celui de « tout essayer pour l'emploi » après avoir « tout essayé contre le chômage » ?

Alors, et si… on gérait le chômage comme un risque professionnel ?

Et si...
les grandes ambitions laissaient place à l'agilité sociale ?

25

Ce pari, sur lequel il faut miser, a de dangereux que, tel qu'il est formulé, il risque d'ajouter encore « un pognon de dingue » à un système aujourd'hui défaillant.

Michel MONIER
Ancien directeur général adjoint de l'Unédic

La Protection sociale est en panne, et ce n'est pas nouveau. La maladie qui l'affecte a été déclarée en 1981, année de publication d'un rapport de l'OCDE (*L'État protecteur en crise*) et d'un essai de Pierre Rosanvallon (*La crise de l'État-providence*). C'est donc aujourd'hui une affection de longue durée face à laquelle les sciences, administratives et politiques, sont impuissantes. Pire, les politiques publiques n'ont fait qu'aggraver le mal. Réformes après réformes, le souci d'universalité de la Protection sociale fait naître des droits et prestations nouvelles quand le souci de la soutenabilité des finances publiques contraint, lui, à des artifices de financement et à du saupoudrage.

Alors, le constat s'impose : oui, le « pognon de dingue » n'a trop souvent que peu d'effets !

Fallait-il les Gilets jaunes ou le premier confinement pour mettre au jour les inégalités territoriales, les criantes inégalités de revenus « après redistribution », les inégalités de sécurité de revenus, les déserts médicaux, les 120 000 NEEDs produits chaque année par l'Éducation nationale. Fallait-il 40 ans pour se désespérer qu'il faille aujourd'hui 6 générations à un « pauvre » pour espérer atteindre le niveau du revenu moyen ? Fallait-il voir, sur les trottoirs de certaines banlieues, s'allonger des

files d'attente pour, simplement, accéder à un repas ? Les associations caritatives nous alarmaient, l'émotion primait. Une misère que l'on ne voyait pas, ou que l'on ne voulait plus voir, se montrait alors que l'attention était tout entière occupée par celle qu'il fallait apporter à ceux des « premières lignes ». Était-ce là une façon de continuer à cacher encore ceux qui n'en sont même pas de ces indispensables des premières lignes ?

L'émotion passée, avec l'aide de quelques « Ségur », et l'aide aussi de la dette souveraine, l'heureux rebond de notre économie semble suffire à promettre un retour à meilleure fortune, une sage euphorie fait oublier que les causes préexistantes à la crise sanitaire sont toujours là. Le pari est fait de la croissance économique retrouvée qui garantira le financement du système de Protection sociale. Ce pari, sur lequel il faut miser, a de dangereux que, tel qu'il est formulé, il risque d'ajouter encore « un pognon de dingue » à un système aujourd'hui défaillant. La sage euphorie est alors submergée par l'ambition de la mise en œuvre effective de réformes elles aussi un moment confinées. Mieux, la « Grande Sécu » ajoute à l'ambition en faisant oublier que des besoins immédiats restent insatisfaits !

Alors et si… et si avant de vouloir faire les choses en grand, on faisait efficace et rapide ? Si l'on répondait d'abord à l'urgence en réallouant cette part inefficace du pognon de dingue au financement d'actions sociales majeures immédiates ?

Les leçons de la crise sont nombreuses et enseignent quelques mesures d'urgence. Les mettre en œuvre de façon prioritaire, ce serait redonner du sens au modèle social ; ce serait participer à remettre en marche l'ascenseur social.

Alors, et si… et si on s'interrogeait sur l'irrationalité qu'il y a à investir dans des moyens qui ne sont utilisés que 9 mois sur 12 quand on subventionne par ailleurs des structures associatives pour pallier l'absence de la République ? Ces infrastructures, écoles, collèges et lycées, ces moyens sont-ils à bail exclusif de l'EN ? Quel tabou les rend inutilisables pour le bien commun quand ils sont inutilisés un tiers du temps ?

Alors, et si on laissait ouvertes les cantines scolaires 12 mois sur 12 pour assurer, « à ceux qui en ont le plus besoin », la sécurité alimentaire ?

Et si on mobilisait, durant les vacances scolaires, pour offrir aux « jeunes » des « territoires oubliés de la

25

République » les activités dont ils sont privés ? Ces activités que des associations subventionnées peinent à réaliser…

Et, puisque l'on parle ici de l'EN… Et si… Et si l'EN prenait en charge la lutte contre l'illettrisme ? Peut-être trouverait-on là à mieux rémunérer les (des) enseignants…

Et si, dans un autre domaine, celui de l'emploi, l'on validait des expérimentations telles que les « territoires zéro chômeurs » avec la même réactivité que celle mise pour imposer des politiques publiques conçues dans les cabinets ministériels et les administrations centrales ?

Et si l'on développait les Contrats à impact social qui font déléguer la mise en œuvre d'une politique publique à un tiers que l'État rémunère en fonction des objectifs effectivement atteints ? Faut-il que ces tiers soient qualifiés de « start-up du social » pour que le dispositif trouve de l'intérêt ?

Oui, et si la nécessaire refondation du modèle social se faisait pas à pas en commençant par donner du sens à ce qui n'en a plus ; en s'attachant à des « *success stories* » faciles à obtenir, en réduisant les dépenses inutiles pour affecter les crédits à la réalisation de « petites Sécu » ?

Alors, et si… et si on commençait par faire simple, rapide, mesurable pour répondre à des urgences et donner un sens à de plus grandes ambitions.

25

RETROUVEZ CETTE
CONTRIBUTION
EN VIDÉO

Et si... on faisait de la prévention un véritable axe partenarial RO-RC ?

Les acteurs du régime complémentaire, au premier chef desquels les mutuelles, ont en réalité beaucoup à apporter au régime obligatoire sur les questions de prévention.

Robin MOR
Directeur des affaires publiques
de la Mutuelle nationale hospitalière (MNH)

Alors que nous tentons péniblement de sortir d'une pandémie, dont nous subissons encore les résurgences successives, il semble être déjà l'heure de tirer des leçons structurelles et structurantes sur l'organisation de notre système de santé et de protection sociale.

Ô non, pas pour proposer une forme de radicalité centralisatrice et hégémonique que d'aucuns souhaiteraient rendre programmatique, à la veille d'échéances électorales centrales pour notre pays. Pas plus que pour revoir cette organisation à travers l'unique lorgnette financière, alors même que les défis systémiques ne se situent pas ici, dans une France qui bénéficie des restes à charge parmi les moins élevés du monde, malgré les efforts évidents qu'il reste à fournir sur le sujet.

Non, ce n'est clairement pas de propositions dogmatiques et beveridgiennes dont a besoin notre système de santé et de protection sociale.

C'est en réalité à la question suivante, bien plus profonde, que nous devons désormais répondre collectivement : comment faire, pour les 30, 40, 50 prochaines années, pour augmenter l'espérance de vie en bonne santé de nos concitoyens, laquelle stagne, alors

même que l'espérance de vie continue pour sa part de progresser ?

Face à ce défi immense, la logique extrêmement curative de notre système de santé et de protection sociale ne saura suffire. Elle démontre d'ailleurs des limites de plus en plus prégnantes.

La prévention doit donc, désormais (et enfin !), devenir notre boussole commune.

Nul besoin de revenir sur ses bienfaits et ses vertus, décrits depuis de nombreuses années par d'éminents spécialistes, sur un nombre considérable de spécialités médicales, de pathologies et de sujets sociaux et sociétaux.

Mais si la prévention est si bien décrite et a été jusqu'à aujourd'hui l'objet d'incantations politiques régulières, force est de constater qu'elle ne constitue toujours pas le « cœur du système ». Nous la touchons en réalité tout juste du doigt. Et ce n'est pas ici faire injure aux femmes et aux hommes qui agissent au quotidien : ils le font avec une volonté et un engagement sans faille, mais en réalité avec les faibles moyens que notre système met à leur disposition, et dans une organisation qui ne les place pas au juste niveau.

Et alors que certains préféreraient le simplisme organisationnel d'un opérateur unique, d'autres font le pari que la diversité des acteurs du système de santé et de protection sociale constitue une véritable richesse. Une richesse dans laquelle puiser pour faire de la prévention notre nouveau pilier commun, au service de la santé des Françaises et des Français.

C'est sur les fonts baptismaux de cette logique préventive que doit se construire une nouvelle articulation entre le régime obligatoire et le régime complémentaire, basée sur une relation partenariale renforcée, plutôt que sur une forme strictement délégataire.

Il s'agit alors de remettre la notion de « complémentarité » dans son acception originelle, trop longtemps dévoyée.

Car les acteurs du régime complémentaire, au premier chef desquels les mutuelles, ont en réalité beaucoup à apporter au régime obligatoire sur les questions de prévention.

Ils se sont en effet, pour une part non négligeable d'entre eux, construits autour d'une logique affinitaire, qu'elle soit géographique, professionnelle, populationnelle

ou encore confessionnelle. Fruits de cette approche singulière, les acteurs complémentaires ont acquis une connaissance particulièrement fine de leurs adhérents (ou assurés pour les acteurs lucratifs), avec qui ils ont tissé des liens de proximité et au quotidien.

Le mouvement mutualiste est, au-delà, intrinsèquement composé de ses adhérents, qui en assurent sa gouvernance, comme ce peut être le cas dans une autre forme des institutions de prévoyance, gérées paritairement par les partenaires sociaux. Ceux-là mêmes qui assurent la gestion des branches professionnelles auxquelles se rattachent lesdites institutions.

En ce sens, les organismes complémentaires sont une richesse pour notre système de santé et de protection sociale, alors même qu'ils accompagnent nos concitoyens tout au long de leur vie, de leur naissance jusqu'à leur décès.

Dans cette nouvelle stratégie préventive, l'assurance maladie obligatoire ne saurait avoir une approche populationnelle aussi fine que peuvent l'avoir les complémentaires santé, et cela ne doit en réalité pas être son rôle. Il est donc temps d'envisager la construction de nouveaux partenariats et d'engagements mutuels entre

ces acteurs, obligatoire d'une part, et complémentaires de l'autre, pour mener des actions de prévention générales tout autant que ciblées, à tous les moments de la vie, et auprès de chacun d'entre nous.

Ces nouveaux partenariats doivent bouleverser le pilotage actuel du système. Alors que les organismes complémentaires peuvent être parfois considérés à défaut comme des variables d'ajustement du régime obligatoire, ils doivent désormais être directement inclus dans le pilotage et la construction des politiques publiques.

Pas dans une volonté de s'imposer au système, mais d'apporter une contribution éclairante, complémentaire à celles des autres parties prenantes, qu'ils soient l'assurance maladie obligatoire, les professionnels de santé, les élus locaux et nationaux, etc.

Les capacités d'innovation et de mise en œuvre opérationnelle des organismes complémentaires seront alors directement au service de ces politiques publiques, qu'ils auront participé à concevoir. Des politiques qui fixeront des priorités clairement établies en tenant compte des données, informations et projections que chacun apportera aux autres.

Ce sont des débats et de la pluralité des points de vue que doivent se nourrir nos politiques publiques, jamais d'une vision unique.

En réalité, les organismes complémentaires n'ont pas attendu une révolution systémique pour poursuivre les objectifs des politiques de santé publique. Ils l'ont fait, en les anticipant parfois, voire en les inspirant quelques fois. Mais ils l'ont fait sans que cela soit le fruit d'une démarche partagée, qui les engage avec le régime obligatoire autour d'objectifs de santé publique communs, monitorés, suivis et envisagés dans le temps long.

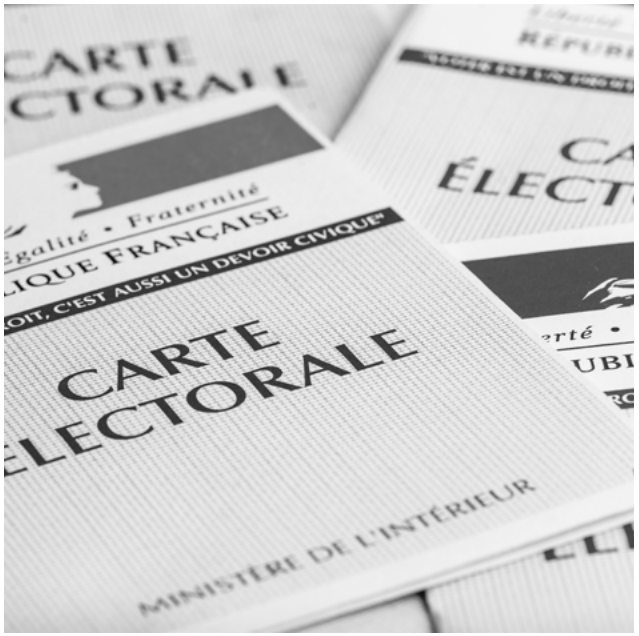
C'est ici l'enjeu central d'un nouveau partenariat régime obligatoire-régime complémentaire au service de la santé de nos concitoyens.

Une telle approche rendra par ailleurs indispensable de revisiter nos logiques de pilotage. La prévention, enjeu du long terme, ne passera pas l'épreuve du strict exercice budgétaire annuel que nous connaissons. D'autres indicateurs devront être coconstruits et mesurés, notamment sur l'ensemble des externalités positives produites par les actions préventives menées par tous.

Cette nouvelle méthode de calcul doit impliquer une révision de la structure des comptes de la Sécurité sociale, mais également de ceux des organismes complémentaires, y compris dans les règles de solvabilité qui doivent dépasser la seule conception financière. L'utilité sociale, environnementale et sanitaire doit faire partie d'un nouveau système de pensée.

C'est donc une transformation en profondeur qu'il faut opérer. Confiance, contractualisation, action conjointe en seront les maîtres-mots.

En somme, il s'agit ici de repenser notre système de santé et de protection sociale, dans son ensemble, en inversant nos priorités : la prévention, avant le soin. Le tout, en faisant le pari que la réussite et la résilience de cette révolution seront celles de notre richesse collective, issue de notre diversité et d'une saine complexité.



RETROUVEZ CETTE
CONTRIBUTION
EN VIDÉO

Et si...
enfin, on faisait de la santé un véritable enjeu pour l'élection présidentielle de 2022 ?

27

La santé, avec 14 % de citations, arrive en seconde position, alors même que ce sujet reste aujourd'hui encore totalement absent du débat public.

Robin MOR
Directeur des affaires publiques
de la Mutuelle nationale hospitalière (MNH)

Rarement, une campagne pour l'élection présidentielle française aura été à ce point marquée par les radicalités. Embolisé jusqu'à la crise ukrainienne par les sujets de la sécurité ou encore de l'immigration, le débat public s'est construit ces derniers mois sur une volonté affirmée par certains candidats de cliver nos concitoyens, à travers des éructations permanentes et la recherche systématique de boucs émissaires.

Pouvons-nous considérer qu'il s'agit là d'une représentation fidèle des attentes des Françaises et des Français ? En réalité, rien n'est moins sûr !

Sondage après sondage, les Françaises et les Français nous indiquent tout le contraire. Loin de certains bruits médiatiques et politiques, nos concitoyens ont en réalité des attentes bien différentes. C'est ce que nous confirme l'Observatoire de la santé récemment révélé par la Mutuelle nationale des hospitaliers.

4 enseignements principaux peuvent être retirés de cette enquête, réalisée avec l'Ifop auprès d'un panel représentatif de plus de 1 000 Français.

Le premier enseignement de cette enquête nous confirme le décalage entre certains bruits médiatiques ainsi que politiques et la réalité des attentes de nos concitoyens.

Certes, la sécurité et l'immigration arrivent en troisième et quatrième position des sujets jugés prioritaires par les personnes interrogées. Mais ces thématiques, qui ont saturé l'espace public ces dernières semaines, sont littéralement écrasées par deux inquiétudes majeures pour nos concitoyens : le pouvoir d'achat et la santé.

En effet, 30 % des personnes interrogées citent le pouvoir d'achat comme le sujet prioritaire de l'élection présidentielle.

La santé, avec 14 % de citations, arrive en seconde position, alors même que ce sujet reste aujourd'hui encore totalement absent du débat public. Une preuve évidente de l'attention particulière qu'y portent les Françaises et les Français à la veille d'une échéance électorale majeure.

Le deuxième enseignement de notre Observatoire est le profond attachement qu'expriment les Français à leur hôpital public ainsi qu'aux agents hospitaliers.

Sur ce sujet, les inquiétudes de nos concitoyens sont fortes.

90 % des personnes interrogées sont tout à fait d'accord avec le fait que « l'hôpital public est en souffrance et mérite qu'on lui apporte des solutions immédiates et de long terme ». Ils sont, en parallèle, tout aussi nombreux à considérer que ce même hôpital public est, en réalité, « en danger ».

Le troisième enseignement de cette enquête révèle que la situation de nos hôpitaux publics s'impose comme un puissant sujet politique, un véritable enjeu électoral.

97 % des personnes interrogées estiment que dans le cadre de l'élection présidentielle de 2022, les « propositions qui viseront à protéger l'hôpital public et les agents hospitaliers doivent être un enjeu ». Ils sont 53 % à considérer que cet enjeu doit être prioritaire pour les candidates et les candidats.

Le quatrième et dernier enseignement de notre Observatoire est, pour sa part, quelque peu surprenant, quoique somme toute assez logique. En cohérence avec ce désir fortement exprimé de protection de l'hôpital public et des agents hospitaliers, 89 % des personnes interrogées

jugent importante la mise en place d'une complémentaire santé et prévoyance de qualité pour les agents hospitaliers du service public.

C'est là un enseignement important, à l'heure de la mise en œuvre d'une réforme ambitieuse et structurante pour la protection sociale complémentaire de l'ensemble des agents publics.

Mais ces chiffres et cette enquête nous disent beaucoup plus.

Ces chiffres semblent en effet exprimer une attente, une recherche, un désir bien particulier de nos concitoyens : un souhait de nouvelles espérances.

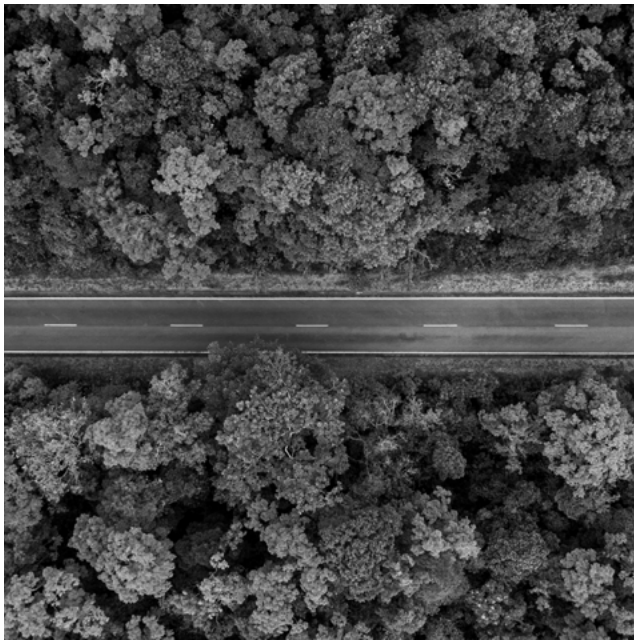
Car bien que notre société soit devenue très complexe, fragmentée, elle reste toujours majoritairement attachée aux valeurs républicaines qui la cimentent, au Pacte social qui la rend fraternelle.

Loin de vouloir casser nos solidarités, les Françaises et les Français souhaitent les réparer, les renforcer. La santé est un élément essentiel, structurant, de ces solidarités et plus largement de l'ensemble de notre protection sociale. Nos concitoyens nous invitent à travers les attentes qu'ils

expriment à en prendre le plus grand soin et à apporter des réponses concrètes, à la hauteur des défis qui sont les siens.

Nous partageons alors, toutes et tous, une responsabilité. Celle de participer activement à l'éclosion d'un projet collectif, rassembleur, en lien avec les valeurs de notre République, qui remette sur pied un système de santé en difficulté, et qui, pourtant, apporte tant à notre société. Les Françaises et les Français y sont profondément attentifs, et c'est là le cœur des enseignements de l'enquête de la Mutuelle nationale des hospitaliers.

Alors, sans plus attendre, faisons vraiment, ensemble, de la santé un enjeu majeur pour l'élection présidentielle de 2022.



28

Et si...
était créé un
grand ministère
« One Health » ?

Il faut aujourd'hui réfléchir et intégrer de façon transversale la santé humaine, la santé animale et la santé environnementale.

Dr Jean-Paul ORTIZ
Ancien président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)

Tirons les enseignements de la pandémie de la COVID-19. Ce virus provient certainement d'un réservoir animal : chauve-souris, pangolin ou autre. Il faut aujourd'hui réfléchir et intégrer de façon transversale la santé humaine, la santé animale et la santé environnementale.

Ce n'est qu'à cette condition que nous pourrons sortir d'une logique d'un système de santé uniquement centré sur le soin et aller vers un système qui assure la prévention et la prise en compte de la santé de la population dans tout son dimensionnement.

Ceci nécessite d'abord de rassembler l'ensemble des acteurs : décideurs politiques, administrations, représentations professionnelles et citoyennes, etc. au sein d'un seul et même ministère, qui aurait la responsabilité de la santé dans sa globalité.

On ne pourra pas avancer sur la prévention, en particulier en intégrant les déterminants issus de l'alimentation et de l'environnement, si l'ensemble des services et des acteurs ne sont pas coordonnés et ne partagent pas les mêmes objectifs. La COVID-19 a révélé les failles d'une organisation humaine qui ne s'est pas inquiétée de son environnement alors que son impact sur notre santé est pourtant de plus en plus important. Si, aujourd'hui, on

parle du SARS-CoV-2, demain, d'autres pandémies liées à Zika, Ebola, grippe aviaire, etc. risquent de bouleverser notre vie quotidienne, en passant de la faune à l'homme. Pourquoi ces interactions santé animale-santé humaine semblent aujourd'hui brutalement rentrer dans notre vie quotidienne ? Certainement parce que l'homme n'a pas été respectueux de son environnement et de la planète.

Déforestation, agriculture intensive, proximité de la faune de toutes sortes avec la vie domestique sont autant de facteurs qui ont favorisé ces interactions, quelquefois très meurtrières. En franchissant la barrière humaine, les pathologies virales animales touchent de façon violente l'espèce humaine, non préparée à de telles infections…

Comment faire face à ce défi majeur, si ce n'est par la promotion d'une vie plus respectueuse de l'environnement et par l'intégration de ses contraintes dans l'ensemble de l'activité humaine. Cela passe par une approche globale et intégrée de la santé, touchant la santé humaine, la santé animale et la santé environnementale. Les facteurs d'émergence des maladies doivent être pris en compte. C'est bien en interconnectant les organisations, la recherche consacrée à la santé humaine et la santé vétérinaire que ceci pourra se faire. Parce que beaucoup de maladies peuvent être transmises par des vecteurs animaux tels que

tiques, moustiques ou par des insectes, mais également par le biais de zoonoses…

Cette nécessaire interconnexion trouve un exemple précis dans le défi de l'antibiorésistance. Selon l'OMS, l'antibiorésistance sera un fléau majeur pour le XXIe siècle, puisqu'elle pose la perspective de 15 millions de morts par an dans 30 ans. Ceci est lié à la résistance des bactéries à tous les antibiotiques actuellement sur le marché, qui sont trop largement et mal utilisés, tant en médecine vétérinaire qu'en médecine humaine. Des efforts sont faits, et ils sont louables : en médecine vétérinaire, le recours à l'antibiothérapie a permis en France de diminuer l'exposition de 37 % pour la faune domestique. En revanche, en santé humaine, des progrès doivent être encore faits puisque cette utilisation n'est en baisse que de 9,6 % dans les structures hospitalières sur les cinq dernières années.

La campagne « un antibiotique, c'est pas automatique » a porté ses fruits mais cet effet s'amenuise… Le mésusage de l'antibiothérapie est malheureusement un problème trop courant tant dans nos structures hospitalières qu'en médecine de ville. Les causes en sont multiples et la demande pressante des patients en est une.

28

Mieux utiliser les antibiotiques sera aussi éduquer les Français à une meilleure utilisation de ces médicaments…

De nombreux travaux pointent aujourd'hui l'extraordinaire impact de l'environnement sur la santé humaine. Pollution de l'air, pollution des océans, impact des perturbateurs endocriniens, autant de thématiques qui aujourd'hui interpellent les médecins et la population. Facteurs de dégradation de la santé humaine, les polluants divers et variés doivent être aujourd'hui mieux identifiés et combattus. Les enjeux et les impacts économiques en particulier sur l'agriculture sont majeurs. Il en va toutefois de la survie de l'espèce humaine. Beaucoup s'interrogent sur les causes de baisse de fertilité qui sont constatées dans les civilisations occidentales…

L'impact de l'environnement sur l'apparition de cancers, d'hémopathies n'est plus à démontrer aujourd'hui, pourtant peu de choses sont faites… Il est temps de penser la santé environnementale comme un défi qui doit être pris en compte par notre société en plein bouleversement, afin de donner à notre système de santé une orientation conforme à ses devoirs.

Cela passe forcément par une éducation à la santé dès le jeune âge et à une sensibilisation en particulier des

jeunes générations, dès l'école, de façon à préserver leur santé en protégeant leur environnement.

Pour mieux prendre en compte tous ces enjeux, rien ne peut remplacer un lieu de décisions et de pouvoir unique afin de prendre en compte les contraintes des uns et des autres : santé, agriculture, environnement, économie, etc. tout en ayant la capacité de diriger le pays avec l'objectif partagé d'une santé globale pour tous les citoyens. À quand un ministère de la Santé globale en France qui réunirait santé, ministère de l'Environnement et une partie du ministère de l'Agriculture en lien avec le ministère de l'Économie et du Travail ?

Voilà une orientation novatrice qui marquerait un nouveau quinquennat par sa vision avant-gardiste.

29

Et si...
l'exercice libéral
était l'avenir ?

Toutes les planètes sont alignées pour faire de l'exercice libéral un formidable levier de la transformation économique de notre pays et de ses territoires.

Michel PICON
Président de l'Union nationale des professions libérales (UNAPL)

Le caractère des professions libérales puise ses racines dans le Droit romain qui, déjà, préservait l'indépendance du professionnel. Depuis, le travail intellectuel indépendant n'a jamais cessé de se développer. Il suscite toujours plus de vocations aujourd'hui.

Les professionnels libéraux de la Santé, du Droit, des Techniques et cadre de vie sont indispensables au quotidien de nos concitoyens. Ils conseillent, défendent ou soignent 5 millions de Français chaque jour.

La proximité est dans l'ADN des plus de 2,5 millions d'actifs de notre secteur, et le ou la future locataire de l'Élysée devra soutenir nos professions pour maintenir ce lien fort au service de la population.

Avec plus d'un million de salariés dans les entreprises libérales, nos entreprises sont aussi un maillon essentiel pour l'emploi. À l'heure où des tensions de recrutement se font ressentir dans certains secteurs et freinent la dynamique de notre économie, et où la valeur d'indépendance attire de plus en plus de travailleurs, il faut encourager encore davantage l'emploi dans les entreprises libérales.

La transformation de notre modèle de protection sociale, ces dernières années, conforte l'attractivité de l'exercice libéral. Tout d'abord, en cas de maladie, un système d'indemnités journalières plus protecteur a été mis en œuvre et, de la même manière, les professionnels libéraux peuvent bénéficier d'une couverture améliorée pour la maternité.

La toute récente loi en faveur de l'activité indépendante, à laquelle l'UNAPL a apporté une contribution forte, améliore la protection du patrimoine personnel des indépendants et crée un statut unique pour tous. Elle instaure une protection de l'ensemble des biens constituant le patrimoine personnel, alors que cette protection ne s'appliquait jusqu'à présent qu'à la seule résidence principale. Il s'agit là d'une avancée essentielle pour les 85 % de professionnels libéraux qui exercent en nom propre. Et le régime des sociétés d'exercice libéral sera réformé.

Toutes les planètes sont alignées pour faire de l'exercice libéral un formidable levier de la transformation économique de notre pays et de ses territoires.

Pour l'avenir, nous serons très attentifs au maintien de l'attractivité de la protection sociale des professions libérales. Celle-ci passe par la pérennité et l'autonomie de nos régimes de retraite spécifiques et la préservation des réserves des caisses autonomes des professions libérales. Nous souhaitons déterminer une assiette unique équitable pour les prélèvements sociaux des libéraux (cotisations de sécurité sociale et CSG-CRDS). Il nous semble aussi essentiel d'étendre la majoration de 10 % de la pension de retraite pour 3 enfants ou plus aux professionnels libéraux en régime de base CNAVPL.

Et bien sûr, nous souhaitons que les freins, notamment fiscaux, à la transmission des entreprises, soient levés pour assurer leur continuité et accueillir les jeunes.

Les professions libérales représentent un secteur d'avenir pour nos jeunes et pour notre pays.

30

Et si...
le Sport Santé devenait moins taxé que les hamburgers ?

La couverture santé des mutuelles demeure trois fois plus taxée que la vente des hamburgers.

Isabelle RONDOT
Administratrice du groupe VYV

En 2010, Thierry Beaudet, alors président de la MGEN, s'indignait qu'en France, la santé soit plus lourdement taxée que le hamburger[1]. 12 ans plus tard, Éric Chenut, nouveau président de la Mutualité Française s'étonne du même paradoxe : la couverture santé des mutuelles demeure trois fois plus taxée que la vente des hamburgers[2].

En 2021, la taxe payée par les adhérents mutualistes[3] représentait 15,3 % de leur cotisation. En 2022, ce prélèvement s'applique[4] encore aux initiatives

[1] *Le Parisien*, 25 octobre 2010 : « La santé va être taxée plus lourdement qu'un hamburger ».

[2] « Il est quand même étonnant que la couverture santé soit trois fois plus taxée que le hamburger. » Éric Chenut, président de la Mutualité Française. Communiqué de presse FNMF du 21 octobre 2021.

[3] Sur le niveau de taxation en 2021 : Des taxes qui pèsent sur les cotisations des adhérents (mutualite.fr).

[4] Sur l'historique de cette taxation : L'absurde et injuste taxation des contrats d'assurance santé complémentaire (thinktankcraps.fr).

des mutuelles qui contribuent à des priorités nationales de santé publique[5].

Pour atténuer les effets des pathologies chroniques, certaines thérapeutiques non médicamenteuses ont fait la preuve de leur efficacité. Nous évoquons ici l'activité physique prescrite par un médecin. Celle-ci est présentée par la Haute Autorité de Santé avec un titre évocateur : « Conseiller l'activité physique à vos patients : le réflexe santé. » […] « De nombreux rapports scientifiques le démontrent : l'activité physique est bénéfique pour la santé de tous[6]. » Actuellement, l'Assurance maladie ne prend pas en charge ces prestations. Selon la Direction de la Sécurité sociale, l'Assurance maladie n'a pas vocation à rembourser l'ensemble des activités ayant des externalités positives sur la santé, en particulier en matière de prévention et de prise en charge de l'obésité[7].

[5] Sur la Convention nationale sport santé signée entre le ministère des Sports et le Groupe VYV : Le ministère des Sports et le Groupe VYV concluent un partenariat sur la Stratégie nationale sport santé - www.sports.gouv.fr.

[6] « Conseiller l'activité physique à vos patients : le réflexe santé », HAS, novembre 2019 Haute Autorité de santé - (has-sante.fr).

[7] Voir page 94 « La prévention et la prise en charge de l'obésité », Cour des comptes, novembre 2019.

Et si nous inventions un modèle de financement rendant accessibles ces thérapeutiques non médicamenteuses validées scientifiquement, en particulier pour les populations qui en sont les plus éloignées culturellement et matériellement ?

Des organisations à vocation territoriale[8] ayant contractualisé avec une CPAM sont prêtes à intégrer des séances de Sport Santé dans des parcours de santé ciblés sur des patients atteints de diabète ou après un épisode de cancer. Des mutuelles du Groupe VYV font d'ailleurs déjà bénéficier leurs adhérents de garanties Sport Santé. Le Groupe VYV propose[9] plus largement d'encourager l'exercice coordonné en déplafonnant[10] ces garanties pour toutes les séances (kinésithérapeutes, enseignants en activité physique adaptée, etc.) intégrées dans ces organisations territoriales.

[8] Dont les Maisons de santé pluriprofessionnelles et Communautés professionnelles territoriales de santé.

[9] Contribution au HCAAM du Groupe VYV de mars 2021.

[10] En prenant en charge au premier euro, sans plafond annuel, toutes les séances de Sport Santé par des professionnels en exercice coordonné.

Et si nous faisions confiance aux professionnels qui s'engagent afin d'accélérer la diffusion de pratiques vertueuses au-delà des professions et actes conventionnés par l'Assurance maladie ?

Et si les mutuelles n'étaient pas empêchées de faire ce que l'Assurance maladie ne veut pas faire dans l'immédiat dans un rôle exploratoire de nouvelles solutions ?

Et si l'effectivité de nouveaux champs de la protection sociale pouvait faire l'objet d'un dialogue et d'un partenariat entre Assurance maladie et mutuelles ?

La pratique du « contrat avant le règlement » est soulignée comme vertueuse par la CNAM[11] avec les professionnels libéraux. Pour faire face à l'inadaptation de la LFSS à des activités guidées par le long terme, l'approche féconde de la négociation existe également avec d'autres acteurs du système de santé comme l'industrie pharmaceutique[12].

[11] En référence à une intervention de T. Fatôme le 1er décembre 2020 lors d'une rencontre du CRAPS, durant laquelle J. P Ségade avait demandé : « Et pourquoi ça ne marche pas comme ça avec les complémentaires : la CNAM avant le PLFSS ? ».

[12] Accord-cadre entre le LEEM et le Comité économique des produits de santé.

Ce nouveau chemin permettrait de remettre en cause des paradoxes identifiés. « Un système paradoxal » est le titre récemment choisi par des chercheurs à l'université de Dauphine[13] spécialistes de la régulation, pour définir l'encadrement réglementaire et de la concurrence dans le domaine des assurances santé complémentaires. Par « une mise en concurrence… administrée[14] », l'ouverture des marchés de l'assurance complémentaire et la réglementation de l'activité sont allées de pair. Plus la concurrence entre les organismes s'est intensifiée, plus le contenu des garanties proposées est devenu encadré.

Mais revenons au paradoxe initial. Car il y a bien d'autres plats que le hamburger pour exprimer nos différences. Jean-François Revel illustrait ainsi l'approche philosophique de l'histoire du goût et de la gastronomie :

[13] « L'encadrement réglementaire et concurrence dans le domaine des assurances santé complémentaires : un système paradoxal », Éric Brousseau, Joëlle Toledano, Alexandre Volle, Chaire « Gouvernance et Régulation » Dauphine, octobre 21.

[14] Voir Dauphine, page 17.

« L'imagination gastronomique [...] précède l'expérience, l'accompagne et, en partie, y supplée[15]. »

Et si nous imaginions que le Sport Santé devienne moins taxé que le hamburger ?

[15] Préface d'*Un festin en paroles. Histoire littéraire de la sensibilité gastronomique de l'Antiquité à nos jours*, Jean François Revel.

RETROUVEZ CETTE
CONTRIBUTION
EN VIDÉO

Et si... réduire le nombre de personnels administratifs dans les hôpitaux n'était qu'un slogan ?

En vérité, le personnel administratif ne représente que 12 % des effectifs non soignants.

Jean-Paul SÉGADE
Président du Cercle de recherche et d'analyse sur la protection sociale (CRAPS)

Depuis la crise sanitaire, les études et analyses qui visent à identifier les failles de notre système hospitalier fleurissent. La question du nombre d'administratifs à l'hôpital est fréquemment remise au cœur du débat.

S'il est légitime de penser que les moyens budgétaires doivent être priorisés sur le personnel médical et soignant, il serait injuste de considérer que les personnels administratifs sont trop nombreux car les chiffres offrent une vision erronée de la réalité du terrain. En vérité, le personnel administratif ne représente que 12 % des effectifs non soignants. Et parmi ces 12 %, la moitié seulement sont des personnels administratifs au sens strict, le reste étant composé de secrétaires médicales qui sont des appuis indispensables aux médecins et aux soignants, de personnels chargés de la logistique (restauration, blanchisserie…), de personnels médico-techniques (laboratoires, radiologie…), sans oublier les personnels en charge de l'informatique.

Ce « débat du nombre » conduit à plusieurs interrogations :

• Si l'externalisation n'est pas toujours gage d'économies et de qualité, un hôpital doit-il produire en interne ou externaliser ce qui relève de la restauration, du

linge, de la blanchisserie mais aussi de son informatique ? L'expérience du terrain montre parfois la difficulté d'obtenir un accord local pour externaliser les activités logistiques et administratives.

• L'hôpital à travers ses normes et procédures engendre, nous le savons, de trop nombreuses lourdeurs. Le nombre important de personnels administratifs n'est-il pas la résultante d'un trop-plein de règles administratives imposées par l'État aux hôpitaux ? Le cas des cliniques privées est, à cet égard, éclairant : selon les chiffres de la Drees de 2019, le personnel administratif représente 14 % des effectifs, soit plus que dans les hôpitaux publics. Ce nombre n'est-il pas la résultante du poids des statuts locaux ou des normes administratives touchant à la fois la gestion comme l'activité médicale ?

• L'hôpital continue aujourd'hui de titulariser pour 40 ans des agents sur des métiers qui seront fortement impactés voire supprimés par l'évolution rapide du numérique. Un certain nombre d'activités se verront donc informatisées. À cet égard, ne devrions-nous pas utiliser le potentiel des NTICS et de l'IA pour reconvertir des postes administratifs ?

Cette question interpelle aujourd'hui le monde politique dans le cadre de l'élection présidentielle. Il faut, toutefois, veiller à ne pas faire des chiffres des slogans. Faire des slogans, ce n'est pas faire de la politique, ce n'est pas définir une stratégie. Finalement, et si plus que la critique peu constructive consistant à dire que les personnels administratifs sont trop nombreux, nous nous attelions à travailler sur la performance des fonctions administratives ?

RETROUVEZ CETTE
CONTRIBUTION
EN VIDÉO

Et si...
il y avait trop d'hôpitaux en France ?

S'interroger sur le nombre d'hôpitaux en France, c'est se demander s'il n'y a pas trop de structures administratives.

Jean-Paul SÉGADE
Président du Cercle de recherche et d'analyse sur la protection sociale (CRAPS)

Cette question suscite de vifs débats, mais n'en demeure pas moins légitime. Dans un premier temps, il convient de s'arrêter sur la terminologie car dire qu'il y a trop d'hôpitaux ne veut pas dire qu'il y a trop de sites, ça ne veut pas dire non plus qu'il faut supprimer des lits. S'interroger sur le nombre d'hôpitaux en France, c'est se demander s'il n'y a pas trop de structures administratives. Il semblerait que la réponse soit positive.

Trois raisons peuvent l'expliquer :

• Historique d'abord, puisque l'origine des hôpitaux en France prend ses racines dans l'histoire religieuse de notre société. Les premiers lieux d'accueil des malades furent, en effet, au Moyen Âge, les Hôtels-Dieu situés à proximité des églises et des congrégations religieuses dont les membres se consacrent aux soins aux malades. Ces établissements sont devenus, au fil du temps, des structures communales ou encore des habitations et des hôtels.

• Politique ensuite, puisque l'hôpital est le premier employeur et le premier donneur d'ordre en termes de marchés publics. Les communes et singulièrement les maires ne souhaitent donc pas renoncer à la présidence d'un conseil de surveillance de l'hôpital sur leur territoire.

En outre, la France est toujours « le jardin des Gaulois » où chacun a sa vision sanitaire. Les résistances en matière de réorganisation sont donc fortes.

• Le progrès médical exponentiel, enfin, avec pour conséquences de concentrer les progrès techniques et la spécialisation des métiers. Ce progrès ne va-t-il pas mener pour les soins comme pour la recherche à des regroupements nécessaires de structures ? Regroupement qui, bien sûr, ne signifie pas fermer des sites mais suppose une véritable coordination et coopération. Coopération que les syndicats interhospitaliers ont d'ailleurs tenté de développer, sans succès.

Plus récemment, si les groupements hospitaliers de territoires (GHT) ont connu des avancées, le mal de l'administration française sévit toujours : les structures se superposent mais ne sont pas supprimées, à l'instar des collectivités territoriales. En interne, les pôles n'ont pas supprimé les services et en externe les GHT n'ont pas regroupé les hôpitaux. La restructuration du système hospitalier est toujours d'actualité.

Nous avons, alors, tout intérêt à nous inspirer d'un pays tel que le Danemark qui semble avoir réussi sa politique de reconfiguration hospitalière en commençant

par réduire le nombre de communes et à réorganiser son processus de territorialisation avant de s'attaquer à la problématique hospitalière.

S'il semble par ailleurs pertinent de coordonner et de regrouper les hôpitaux, certaines structures à l'image de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP) sont jugées trop lourdes. À titre d'exemple, l'AP-HP depuis 2019 a mis en place une nouvelle organisation fédérative autour de 6 CHU et poursuit ainsi sa reconfiguration pour que les décisions soient plus proches des équipes et des services.

Nous savons, aujourd'hui, d'après des études économiques, que la performance des hôpitaux se situe entre une capacité minimale en dessous de laquelle la performance n'est pas au rendez-vous et une capacité maximale au-delà de laquelle l'effet structurel induit des dysfonctionnements tels que des retards dans les processus de décision. Finalement, à travers la question du regroupement des hôpitaux, le véritable débat consiste à déterminer le niveau de performance selon la taille d'un hôpital. Pour conclure, il ne s'agit pas de supprimer des sites ou des lits mais de mutualiser les énergies. C'est le vrai débat de l'organisation de la santé en France en 2022 !

32

RETROUVEZ CETTE
CONTRIBUTION
EN VIDÉO

Et si...
l'hôpital revenait
au principe
de l'équilibre
budgétaire ?

Il est aujourd'hui fondamental de changer de logiciel en considérant que l'équilibre budgétaire aussi contraignant soit-il fait partie des conditions d'un développement hospitalier de qualité.

Jean-Paul SÉGADE
Président du Cercle de recherche et d'analyse sur la protection sociale (CRAPS)

À l'heure où la question de l'équilibre des comptes sociaux est au cœur du débat public, il est utile de rappeler qu'un déficit permanent ne constitue pas une politique viable sur le long terme. Si l'État a permis de préserver le tissu économique et social durant la crise sanitaire, les conséquences du « quoi qu'il en coûte » ne doivent pas occulter la nécessité de repenser notre système. L'efficacité, l'efficience et la pertinence doivent être les remparts face aux préoccupations comptables qui apparaîtront très vite après la crise. Il s'agira alors de concilier soutenabilité budgétaire, soutenabilité économique et soutenabilité sociale, comme de penser en termes d'investissement et non de dépenses.

La question de l'équilibre budgétaire n'est pas nouvelle et recouvre plusieurs dimensions. Historique, d'abord, puisque dès le XVIII^{e} siècle la question des revenus de l'État et de leur équilibre était posée. Juridique ensuite, puisque le vote de comptes à l'équilibre dans les collectivités territoriales, au niveau de l'État ou encore des régimes sociaux, est un principe constitutionnel. Si l'équilibre budgétaire de notre système de santé est gage de sa pérennité, celui de nos hôpitaux est la garantie d'investir et de se moderniser. Plus que de trouver des moyens supplémentaires, il est urgent de changer de paradigme pour redonner de l'élan et du dynamisme chez les acteurs

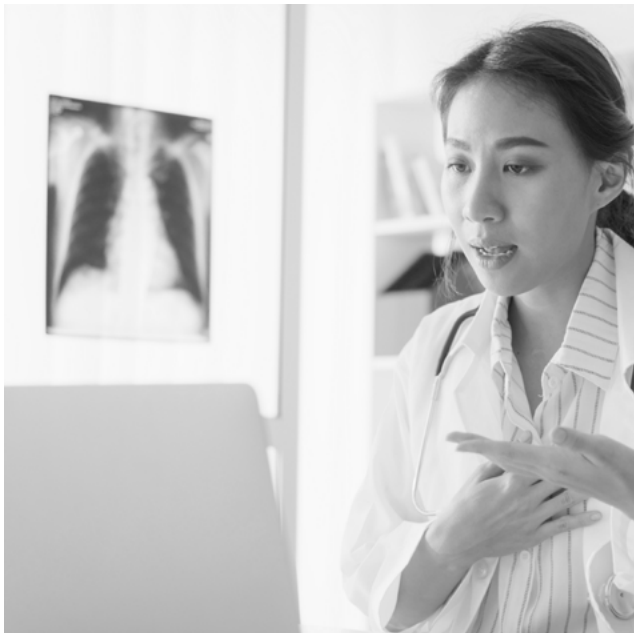
et donc du sens. Revenir au principe d'équilibre budgétaire pour investir, développer des projets innovants et, in fine, pour se projeter dans l'avenir est donc nécessaire.

Les investissements, conditionnés par des marges financières, sont indispensables à l'entretien et à la rénovation des bâtiments, au renouvellement des équipements médicaux et hôteliers et à l'innovation. Ils contribuent non seulement à l'amélioration de la prise en charge des patients, mais également à l'amélioration des conditions de travail des personnels et à l'attractivité des établissements. Il faut, par ailleurs, veiller à ne pas oublier que l'hôpital n'est ni une entreprise ni une administration. Cependant, ce n'est pas parce que l'hôpital n'est pas une entreprise qu'il ne doit pas respecter des lois économiques, ce n'est pas parce qu'il n'est pas une administration qu'il doit faire fi de sa mission de service public par une vision comptable classique.

Finalement, le véritable débat consiste à déterminer la meilleure manière de mesurer la performance d'un hôpital, la qualité des soins, la pertinence des actes, l'évaluation des soins. Il faudra alors que les hospitaliers élaborent eux-mêmes des critères d'évaluation avant qu'un État ou qu'une personnalité extérieure ne vienne imposer ses propres critères. S'il est évident que l'hôpital ne se

résume pas à un simple résultat comptable, il est aujourd'hui fondamental de changer de logiciel en considérant que l'équilibre budgétaire aussi contraignant soit-il fait partie des conditions d'un développement hospitalier de qualité.

33



RETROUVEZ CETTE
CONTRIBUTION
EN VIDÉO

Et si...
la télémédecine pouvait soigner les maux de l'hôpital public ?

L'hôpital dispose aujourd'hui des moyens numériques qui lui permettent d'externaliser une partie de son activité afin de réduire certaines dépenses.

Dr Pierre SIMON

Past-Président de la Société française de santé digitale (SFSD)

La pandémie de Covid-19, toujours pendante, a mis en lumière un hôpital submergé, avec des difficultés de fonctionnement anciennes. La suractivité hospitalière, ces dernières années – principalement due à notre mode de financement – a en effet été à l'origine de nombreux burn-out, suicides et départs chez les professionnels de santé. Au regard de cet inquiétant constat, la télémédecine apparaît comme une solution clé dans la réduction de l'activité de l'hôpital public en diminuant certaines dépenses, tout en conservant les recettes en travaillant avec la médecine de ville.

Si, durant la crise sanitaire, la téléconsultation a principalement été abordée à travers l'initiative du médecin traitant, l'on constate qu'à celle des médecins hospitaliers cette dernière constitue un nouveau moyen d'échanger avec un patient au décours de son hospitalisation en accord avec le médecin traitant et présente un intérêt certain puisque, pour transformer une chirurgie conventionnelle en chirurgie ambulatoire, la téléconsultation au domicile permet par exemple de suivre le postopératoire du patient pendant quelques jours, au lieu de le maintenir hospitalisé.

La télémédecine présente, par ailleurs, un intérêt en termes de performance pour les Groupements hospitaliers de territoire (GHT) crées par la loi du 26 janvier 2016

qui visait à mieux répartir l'activité hospitalière au sein d'un territoire de santé grâce à la définition d'un projet médical de territoire et à la mise en place de filières de soins entre les établissements d'un GHT. Ces organisations nouvelles pourraient en effet gagner en performance avec la télémédecine, sans laquelle la redistribution entre l'hôpital support et les hôpitaux de proximité ne pourra se faire.

La téléexpertise constitue, dans ce cadre, une pratique susceptible de modifier l'organisation territoriale des soins en améliorant le fonctionnement des filières de soins à l'intérieur du GHT et en permettant de mieux maîtriser les hospitalisations. Elle peut être demandée par le médecin urgentiste d'un établissement du GHT avant d'hospitaliser un patient qui s'est présenté aux urgences. Cette téléexpertise avec le spécialiste hospitalier du service concerné peut conduire à une alternative à l'hospitalisation : une consultation présentielle, une téléconsultation au domicile ou dans le service de l'hôpital de proximité lorsque le patient est déjà connu du service de spécialité de l'établissement support et pour lequel une téléconsultation peut être programmée pendant son séjour.

Du côté du médecin traitant, la téléexpertise permet de juger de l'opportunité ou non d'une hospitalisation immédiate afin de mieux accueillir le patient dans le service spécialisé lorsque l'hospitalisation est décidée. Plus globalement, à l'heure où 3 millions de personnes sont atteintes de maladies chroniques sévères et que leurs allers-retours à l'hôpital se multiplient, il est crucial que l'hôpital assure une nouvelle mission dans le champ de la surveillance de maladies chroniques relevant directement de la compétence d'une spécialité hospitalière (diabétologie, cardiologie, pneumologie, etc.).

L'hôpital public doit alors urgemment construire sa propre organisation pour le télésuivi au domicile des patients relevant de son champ de compétence. Il doit collaborer avec des start-up ou industriels du numérique en santé qui l'aideront à construire des solutions numériques, comme les thérapeutiques numériques qui permettent le télésuivi des patients dans leurs parcours de vie et de santé. L'hôpital dispose aujourd'hui des moyens numériques qui lui permettent d'externaliser une partie de son activité afin de réduire certaines dépenses. L'usage de la plateforme d'État MES créée pour que les citoyens puissent gérer eux-mêmes leurs données personnelles de santé devrait permettre d'atteindre l'objectif essentiel

34

qu'est la diminution des hospitalisations évitables et des venues inappropriées aux urgences !

RETROUVEZ CETTE
CONTRIBUTION
EN VIDÉO

Et si... la télémédecine pouvait rendre l'exercice de la médecine libérale plus attractif ?

Les économies réalisées par la téléconsultation et la téléexpertise pourraient rendre la rémunération des médecins plus attractive.

Dr Pierre SIMON

Past-Président de la Société française de santé digitale (SFSD)

Rarement abordée à travers le prisme de l'attractivité de l'exercice de la médecine libérale, la télémédecine pourrait pourtant présenter un intérêt certain comme en témoigne une récente étude économique de l'institut économique Molinari qui suggère que la télémédecine générerait des économies non négligeables si les pratiques de téléconsultation représentaient 10 % de l'activité médicale. Cette part de l'activité médicale consacrée à la téléconsultation et à la téléexpertise permettrait, en effet, une économie d'au moins un milliard d'euros chaque année à l'Assurance maladie.

Autrement dit, plus les médecins de soins primaires et les spécialistes feraient de la téléconsultation et de la téléexpertise, plus ils engendrerait des économies significatives. Pour l'heure, l'avenant 9 de la convention médicale impose aux médecins libéraux conventionnés de ne pas dépasser 20 % de leur activité en téléconsultation et la téléexpertise est, quant à elle, limitée à 4 actes par an par patient pour un même professionnel. Cette limitation pourrait aisément être relevée à 40 ou 50 % sans que cela ne nuise à la qualité des soins et à la compétence des médecins.

Les preuves scientifiques démontrent, en effet, aujourd'hui qu'une téléconsultation peut être recommandée

sans que la qualité des soins ne s'en trouve altérée. C'est d'ailleurs l'avis de la Haute Autorité de santé (HAS) qui, dans ses recommandations de 2019, ne préconisait pas de limite à la téléconsultation lorsque son indication est pertinente.

Côté rémunération, les médecins de soins primaires ont en France un revenu de 2,1 fois le revenu moyen des Français alors qu'il est de 2,3 en Belgique et de 2,7 en Autriche et au Danemark. Pour les spécialistes, il est de 3,6 fois le revenu moyen français et de 6,2 en Belgique. Il apparaît ainsi que les économies réalisées par la téléconsultation et la téléexpertise pourraient rendre la rémunération des médecins plus attractive grâce à un intéressement aux économies réalisées par les pratiques de télémédecine.

Une proposition déjà expérimentée dans le cadre du programme ETAPES de télésurveillance de 5 maladies chroniques, dont l'évaluation sera réalisée courant 2022. Ce programme prévoyait que lorsque la réduction des coûts était supérieure à l'indicateur des dépenses du SNIIRAM pour chaque pathologie chronique, 50 % de l'économie générée était redistribuée entre les trois acteurs de la télésurveillance, à savoir : le professionnel de santé prescripteur, celui assurant l'accompagnement

thérapeutique et le fournisseur industriel de la solution numérique de télésuivi.

Dans cette lignée, si le rapport Molinari s'avérait transposable en France par l'Assurance maladie et que les économies réalisées chaque année étaient redistribuées aux professionnels de santé qui pratiquent la téléconsultation et la téléexpertise selon le modèle expérimenté dans le programme ETAPES pour le télésuivi, l'attractivité de l'exercice de la médecine libérale s'en trouverait très certainement renforcée !

RETROUVEZ CETTE
CONTRIBUTION
EN VIDÉO

Et si... les patients participaient réellement à l'évaluation des technologies de santé ?

Les aspirations purement médicales peuvent se concilier avec les considérations relatives à l'expérience patient.

Dr Jean-François THÉBAUT

Vice-président de la Fédération française des diabétiques (FFD)

Depuis des temps immémoriaux, il est de coutume que les médecins prescrivent, voire ordonnent, à leurs patients le traitement qu'ils considèrent comme le plus adapté d'un point de vue empirique. Au cours des siècles, nombreux sont donc les patients qui, bien que restés vivants, ont été détruits mentalement faute de prise en compte de leur qualité de vie. Pour le diabète, on ne parle ainsi plus de maladie mortelle depuis 1921 – 100 années sont effectivement passées depuis la découverte de l'insulinothérapie par les chercheurs canadiens Charles Best et Frederick Banting.

Mais, au-delà de la survie, où sont passées les considérations tenant à la qualité de vie ? En 1948, l'Organisation mondiale de la santé définissait la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social » avant d'ajouter qu'elle ne « consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Pourquoi alors ne pas être allés au-delà, en tenant compte de la véritable « expérience patient » ?

Dans leur sagesse, les auteurs antiques savaient pourtant déjà que les « drogues », elles seules, n'étaient pas suffisantes. C'est ainsi que dans la mythologie grecque, les filles du dieu de la médecine Asclépios, Hygie et Panacée, sont considérées comme les déesses de la santé et de

l'hygiène de vie, c'est-à-dire de la médecine préventive. Il y a ainsi déjà plus de 2 500 ans qu'il a été montré que le comportement des individus est tout aussi important que la thérapeutique…

Aujourd'hui, les procédures d'évaluation des technologies de santé, avant leur mise sur le marché et leur remboursement, tiennent compte du service médical rendu du produit[1] sur des critères strictement méthodologiques.

À l'aube du XXI[e] siècle, l'avènement de l'Evidence Based Medicine, ou médecine fondée sur les preuves, proposée par le professeur Sackett[2], pouvait laisser croire qu'enfin les préférences des patients allaient être prises en compte.

Force est de constater que ce n'est pas le cas. Dans une enquête récente relatée par les ateliers de Giens, les industriels ont été interrogés sur la manière dont ils prenaient en compte, dans leurs dossiers d'évaluation, les

[1] Article L. 161-37 du Code de la Sécurité sociale.

[2] Sackett D L, Rosenberg W M C, Gray J A M, Haynes R B, Richardson W S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't BMJ 1996; 312:71 doi : 10.1136/bmj.312.7023.71.

considérations tenant à « l'expérience patient ». Le constat est sans appel : à part de rares exceptions, les dossiers se sont concentrés principalement sur les considérations médicales[3].

Qu'importent les préférences des patients ? Qu'importe même leur qualité de vie ? Du moment que les analyses statistiques sont considérées comme « significatives » sur des critères biologiques considérés « comme durs », le traitement est bon et recommandable. Il est vrai que, la plupart du temps, ces études prennent pour un objectif principal incontestable : la mortalité ! Et, en l'occurrence, rien ne peut s'y opposer. Le projet de vie, lui, importe peu quand la mort est la seule ligne d'horizon sans le traitement.

Ici, les régulateurs, évaluateurs et autres financeurs jouent les complices faute de méthodologie claire pour analyser cette expérience patient. Car si la Haute Autorité de santé reconnaît que « cette dimension peut participer à l'évaluation du service médical rendu y compris de son critère concernant l'intérêt de santé publique », elle admet

[3] C. Roussel, O. Chassany, I. Durand-Zaleski, et al., Place des mesures rapportées par les patients (PROMS/PREMS) dans l'évaluation et la valorisation des technologies de santé en France, Therapies.

aussi que leur prise en compte reste « à mieux définir » et qu'il est aujourd'hui « difficile » d'isoler l'impact de l'expérience patient dans le cadre de l'évaluation du produit[4].

Doit-on pour autant miser sur la vie à tout prix, éludant par là même la question primordiale de sa qualité ?

Cette réflexion s'est instituée de manière de plus en plus importante avec l'explosion des maladies chroniques. Ainsi, une autre forme de jugement a commencé à s'imposer : celle de la qualité de la vie et des préférences des patients. D'où l'irruption dans le périmètre de la Health Technology Assesment (HTA) des Patient-Reported Outcome Measures[5] (PROMs) et des Patient-Reported Experience Measures[6] (PREMs), dont l'objectif était de

[4] C. Roussel, O. Chassany, I. Durand-Zaleski, et al., Place des mesures rapportées par les patients (PROMS/PREMS) dans l'évaluation et la valorisation des technologies de santé en France, *Therapies*.

[5] U.S. Department of Health and Human Services Food ans Drug Administration. Guidance for industry patient-Reported Outcome Measures: Use in Medical Product Development t Support Labeling Claims ; 2009.

[6] Kingsley C, Patel S. Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures. BJA Educ 2017 ;17 :137-44.

laisser aux patients le soin d'évaluer respectivement leurs parcours de soins et leurs résultats en matière de qualité de vie.

Ces notions ont été d'emblée détournées pour en faire des outils de management de la qualité des établissements de santé et de la comparaison entre eux, concurrence oblige plus que santé publique.

Il est temps de revenir aux fondamentaux de la médecine fondée sur les preuves et de la prise en compte des préférences du patient.

Et si nous incluions d'emblée l'expérience patient, mesurée par les PREMS et les PROMS, aux critères d'évaluation des traitements médicamenteux et non médicamenteux ?

Et si nous intégrions dès le départ ces considérations dans les protocoles de recherche, qu'ils soient fondamentaux, cliniques ou en vie réelle ?

Et si nous redonnions une dimension humaine à l'évaluation des technologies de santé tout en conservant la rigueur méthodologique de l'Evidence Based Medicine ?

Les aspirations purement médicales peuvent se concilier avec les considérations relatives à l'expérience patient. Et nous, patients et associations de patients, restons à la disposition des équipes académiques, universitaires ou privées qui nous ont procuré des traitements formidables d'efficacité pour changer le paradigme.

Car la plus-value des thérapeutiques ne s'évalue plus tant sur la survie d'une population que sur la qualité de vie (en bonne santé physique, psychique et sociale) qu'elle est susceptible de lui procurer !

Et si...
la coopération inter-professionnelle pouvait réellement renforcer l'accès aux soins ?

Malgré des avancées incontestables, la coordination interprofessionnelle ne maille pas encore l'ensemble du territoire.

Pierre-Olivier VARIOT
Président de l'Union de syndicats de pharmaciens d'officine (USPO)

Les réflexions sur la coopération interprofessionnelle ont officiellement débuté en 2003 avec le rapport Berland intitulé « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » qui proposait que des « professions de santé assument des activités qui auraient justifié la seule intervention des médecins il y a 20 ou 30 ans, mais les compétences évoluant ne le nécessitent plus actuellement ».

Les coopérations se consolident avec la loi HPST en 2009 et son article 51 qui prévoit que les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient.

Progressivement, les centres de santé, maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS), équipes de soins primaires (ESP) ont été créés. Autant de structures complémentaires dont l'objectif final reste identique : renforcer l'accès aux soins des patients.

En parallèle de ces structures, l'état d'esprit des professionnels de santé a progressivement évolué. Certains restent encore réticents, mais de plus en plus de

professionnels de santé comprennent désormais l'intérêt pour leur exercice et pour les patients de travailler en collaboration.

Puis, la crise sanitaire a accéléré cette coordination.

La distribution par les pharmacies d'officine aux autres professionnels de santé des masques, des tests antigéniques, des vaccins a favorisé les rencontres et les échanges entre professionnels du quartier. Par ailleurs, le Gouvernement, soucieux d'assurer la continuité des soins, a confié aux professionnels de santé différentes missions dérogatoires. Les pharmaciens d'officine ont, notamment, renouvelé les ordonnances de patients chroniques stabilisés dont la date de validité était expirée, ils ont dispensé en officine les médicaments habituellement délivrés à l'hôpital…

Par ces mesures dérogatoires, le Gouvernement a initié un nouveau mode de coopération interprofessionnelle souple que nous sommes nombreux à appeler de nos vœux. Il a identifié et utilisé au maximum les compétences de chaque professionnel de santé au bénéfice des patients et a consolidé les échanges entre les acteurs ville-ville ou ville-hôpital.

Aujourd'hui, de nombreux protocoles ou missions ne peuvent exister en dehors d'une structure de coordination comme la CPTS. C'est le cas du protocole de prise en charge de la cystite ou de l'angine, récemment publié au Journal officiel. Le pharmacien d'officine pourra répondre à un soin non programmé et soulager rapidement le patient, s'il exerce dans une structure coordonnée. C'est également le cas pour le pharmacien d'officine désigné correspondant par son patient, aujourd'hui autorisé à renouveler l'ordonnance ou adapter la posologie du traitement, s'il appartient à une structure coordonnée.

Je ne remets pas en cause l'utilité de ces protocoles de soins, bien au contraire, puisque je souhaite que de nouveaux puissent voir le jour rapidement. Je pense notamment aux douleurs dentaires qui devraient pouvoir être prises en charge par un pharmacien d'officine afin de soulager le patient rapidement avant son rendez-vous chez le dentiste, ou encore au traitement de la chlamydia qui devrait pouvoir être dispensé par le pharmacien d'officine dès lors qu'il dispose d'un examen biologique confirmant le diagnostic, comme cela est fait en Écosse.

Au-delà des protocoles, les structures coordonnées doivent aussi s'investir plus massivement pour organiser la

37

sortie hospitalière, renforcer la stratégie de prévention et de dépistage.

Il semble donc évident que tous les patients, et particulièrement ceux qui habitent dans une commune confrontée à un désert médical, puissent en bénéficier. Or, aucune CPTS ou structure coordonnée ne peut exister sans la présence d'au moins un médecin et, en conséquence, ces structures ne sont pas présentes sur tout le territoire.

C'est la double peine pour ces personnes qui, d'une part, ne trouvent pas facilement de médecin et, d'autre part, ne peuvent pas bénéficier des solutions existantes pour renforcer l'accès aux soins non programmés ou assurer la continuité des soins.

La coopération interprofessionnelle pourra renforcer l'accès aux soins, si elle peut s'adapter aux spécificités de chaque territoire, aux besoins des patients et aux contraintes des professionnels de santé.

En effet, malgré des avancées incontestables, la coordination interprofessionnelle ne maille pas encore l'ensemble du territoire et ne peut, par conséquent, pleinement renforcer l'accès aux soins des patients. Au

1er février 2021, 690 CPTS étaient recensées ; en juin 2021, 1889 MSP étaient recensées.

Ces chiffres témoignent d'un engouement réel pour la coordination interprofessionnelle, mais ils soulignent également les difficultés de déploiement inhérentes à ces structures.

En moyenne, deux ans sont nécessaires entre l'émergence du projet de structure coordonnée et sa concrétisation. Une procédure administrative longue et complexe, la création d'une association de loi 1901 et dans certains cas la construction d'un local prennent du temps et de l'énergie aux professionnels de santé et peuvent, parfois, ralentir le déploiement de ces structures.

L'accompagnement financier et humain aujourd'hui proposé par l'Assurance maladie et les ARS pour construire les CPTS et les MSP est une solution pour répondre à ces difficultés et doit être poursuivi.

Par ailleurs, les équipes de soins primaires coordonnées localement autour du patient (comme les ESP CLAP aujourd'hui expérimentées en Pays de la Loire), sont des outils souples de coordination et doivent être généralisées rapidement. Elles reconnaissent et valorisent

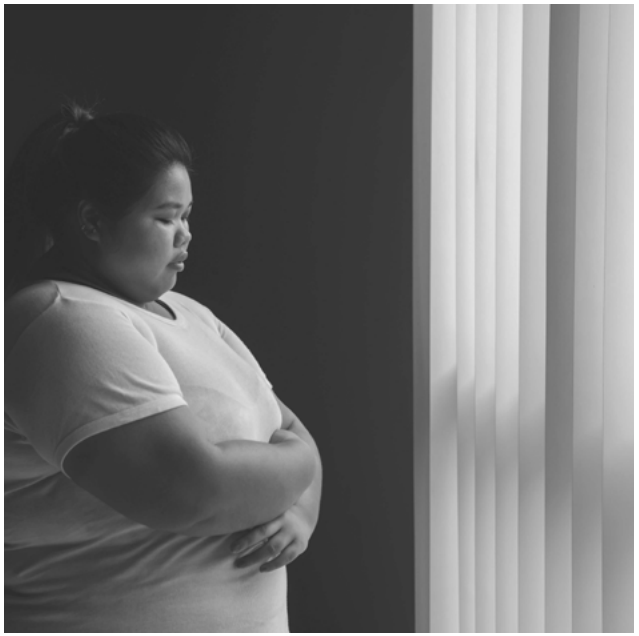
le travail coordonné de deux professionnels de santé (au moins) centré sur un patient confronté à une maladie chronique complexe ou ayant subi une intervention chirurgicale.

Ne nécessitant aucune création de structure ou d'association, ces structures coordonnées souples pourront couvrir rapidement le territoire non encore maillé par des CPTS ou MSP.

Enfin, nous devrons nous appuyer sur les nombreuses évolutions informatiques, comme la messagerie sécurisée de santé ou l'espace numérique de santé qui sont autant d'outils facilitant la communication et la coopération entre les professionnels de santé.

L'allongement de la durée de vie, la multiplication des maladies chroniques, le raccourcissement des séjours hospitaliers, l'accroissement des déserts médicaux ont rendu nécessaire et urgent l'émergence d'une nouvelle organisation des soins.

Le développement de la coopération interprofessionnelle, la reconnaissance et la pleine utilisation des compétences de chaque professionnel de santé sont essentiels pour répondre aux besoins des patients sur les territoires. Toute autre stratégie serait vouée à l'échec.



RETROUVEZ CETTE
CONTRIBUTION
EN VIDÉO

Et si... l'obésité était reconnue comme une maladie chronique ?

Cette crise sanitaire a agi comme un révélateur de la situation préoccupante de la maladie de l'obésité en France.

Proposition COLLECTIVE

L'obésité, c'est 17 % de la population française, soit plus de 8 millions de personnes touchées. Un Français sur deux est en surpoids et un Français sur six est en situation d'obésité. L'obésité est définie comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui présente un risque pour la santé » selon l'OMS. Il s'agit donc bien d'une maladie, et le nombre de malades ne cesse d'augmenter : les estimations prévoient que 25 à 29 % des Français pourraient être obèses en 2030… Cette épidémie d'obésité touche les adultes mais aussi les plus jeunes : 1 enfant sur 5 de moins de 17 ans est en surcharge pondérale. On peut parler aujourd'hui de l'obésité comme d'une pandémie mondiale non infectieuse.

L'obésité augmente le risque de développer de nombreuses comorbidités, dont les formes sévères d'infection de la Covid-19

La hausse de l'IMC est un facteur de risque majeur de développer plusieurs maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, certains cancers…). En plus des nombreuses comorbidités citées, la Covid-19 allonge désormais la liste des pathologies associées à l'obésité. Sans distinction d'âge, l'obésité, le diabète et l'hypertension artérielle sont les comorbidités les plus fréquentes associées aux formes sévères d'infection par la Covid-19.

En avril 2020, cette tranche de population représente 47 % des malades du Covid-19 en réanimation et 41 % des patients décédés.

La situation sanitaire fut également scrutée en outre-mer, où l'on observe une prévalence de l'obésité plus élevée que dans l'hexagone. Par exemple, en Martinique, à l'été 2021, 74,6 % des personnes atteintes du Covid-19, et admises en réanimation, présentaient un surpoids ou une obésité.

Cette situation de pandémie inédite ainsi que les complications à plus long terme de l'obésité expliquent pourquoi il est si important de prendre en charge efficacement la pathologie, et de réfléchir à l'avenir de nos politiques publiques en matière de santé.

Cette crise sanitaire a agi comme un révélateur de la situation préoccupante de la maladie de l'obésité en France. Qu'attendons-nous pour nous inquiéter de l'obésité ? Face au constat du nombre important de personnes souffrant d'obésité malades du Covid-19 et en réanimation, comment améliorer la prévention de la pathologie dans les prochaines années ? Et, de ce fait, comment pouvons-nous mieux anticiper les prochaines épidémies et protéger ces populations vulnérables ?

La nécessité de prendre en charge l'obésité comme une maladie chronique en France

Au vu de ce constat, on comprend bien qu'être atteint d'obésité réduit l'espérance de vie. Et, pourtant, l'obésité n'est toujours pas définie et prise en charge comme une maladie chronique en France… alors que l'OMS l'a reconnue comme telle en 1997. Contrairement à la France, d'autres pays européens comme le Portugal en 2004 et l'Italie en 2019 ont élevé l'obésité au rang de maladie.

Tant que l'obésité ne sera pas légitimement considérée dans le paysage sanitaire français, les soins et la prévention risquent d'être difficilement adaptés à l'ampleur des conséquences, et des complications, pour les millions de personnes souffrant d'obésité en France. Une prévention efficace de l'obésité pourrait tout d'abord améliorer la qualité de vie, l'épanouissement et le bien-être des patients, mais aussi réduire drastiquement les coûts financiers liés à cette maladie. En effet, l'obésité représente un coût pour la société, avec les 20,4 milliards d'euros dépensés annuellement pour l'État, selon la Cour des comptes (2012). Mais on ne peut oublier que le coût est aussi sociétal et humain. Pour les malades, cela peut être un quotidien de culpabilité et de perte de confiance

en soi, liées aux pratiques d'exclusion, discriminatoires et stigmatisantes, aussi bien dans le milieu professionnel, social que médical.

Ainsi, la prise en charge globale de l'obésité en tant que maladie chronique semble importante : elle permettrait d'inclure la prévention primaire et secondaire, la formation des médecins et paramédicaux, le parcours de soins et l'établissement d'une prise en charge d'une stratégie thérapeutique, etc.

Un parcours de soins de l'obésité qui reste aujourd'hui encore complexe

L'obésité est une maladie difficile à prendre en charge, à cause de la multiplicité de ses causes, et sa prévention doit être variée et personnalisée. La prévention primaire, à savoir agir sur les facteurs de risque avant l'apparition de la maladie, reste la meilleure des options, c'est-à-dire prévenir un surpoids, afin de prévenir une obésité. L'éducation nutritionnelle et la promotion de l'activité physique sont aussi des facteurs clés pour lutter contre l'obésité. De plus, les pouvoirs publics devraient concevoir la prévention comme un accompagnement humain et médicalisé, permettant d'offrir de bons résultats aux patients. On peut penser à la médecine individuelle

et prédictive qui est déployée dans certains pays. Une prédisposition génétique à la prise de poids peut rendre compte des différences de susceptibilité individuelle à l'obésité. Une personne a 2 à 8 fois plus de risques de souffrir d'obésité si des membres de sa famille le sont eux-mêmes. Par ailleurs, plusieurs équipes françaises de l'Inserm et du CNRS ont identifié de nombreux gènes impliqués dans la prise de poids, et l'obésité sévère.

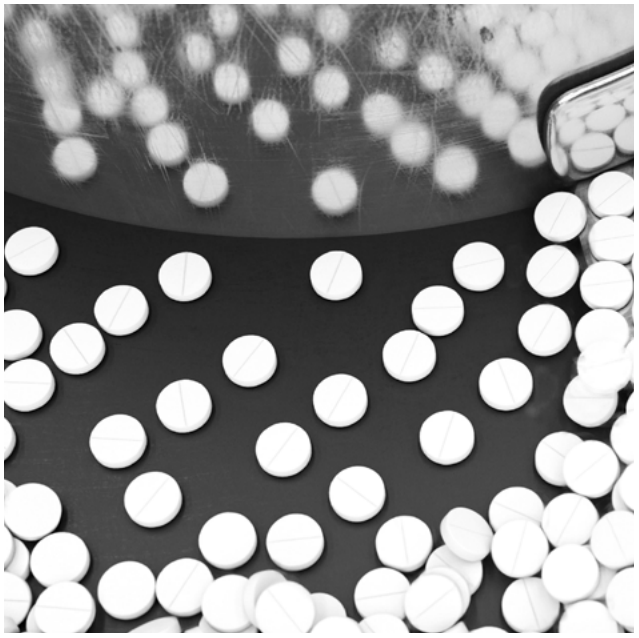
Une sensibilisation des familles, dans leur projet d'enfant, pourrait également être déployée, qui serait ensuite poursuivie par une prévention de l'obésité tout au long de la vie, et pour tout le monde. Les enfants sont particulièrement ciblés, l'obésité infantile pouvant être un facteur prédictif de l'obésité adulte. Une proposition pourrait être de mettre en place des campagnes de prévention scolaires et périscolaires pour leur apporter des connaissances sur l'obésité, mais également des notions de vivre ensemble portant sur la discrimination et la bienveillance à l'égard de toutes les corpulences.

Il serait important que l'obésité devienne l'un des enjeux prioritaires de nos futures politiques publiques

Enfin, la prise en charge globale de l'obésité repose sur différents acteurs pour agir directement ou

indirectement sur les facteurs de risque et l'offre de soins. C'est donc un travail collaboratif qui doit être institué entre les décideurs politiques, les industriels alimentaires, les services de restauration collective, les urbanistes, les professionnels de santé, les entreprises du médicament, les médias, les complémentaires santé et bien d'autres acteurs. La prise en charge du surpoids et de l'obésité est un combat collectif, qui doit progresser en France et dans le monde.

L'obésité est une maladie complexe qui doit être prévenue et soignée : c'est un investissement important pour la vie des patients, et pour la soutenabilité de notre système de santé. Cela doit être un des enjeux prioritaires de santé publique à l'agenda des prochaines élections présidentielles et pour les prochaines décennies.



Et si...
on envisageait
une
relocalisation
sélective
de l'outil
industriel ?

Il semble plus réaliste de retrouver les voies d'une souveraineté stratégique.

Proposition COLLECTIVE

Durant la crise sanitaire, nous avons constaté un certain nombre de dysfonctionnements à l'instar des pénuries de dispositifs médicaux de base et de médicaments essentiels. Cette crise a mis en évidence la forte dépendance de l'Europe et de la France vis-à-vis de marchés étrangers pour ses approvisionnements en matières premières et en médicaments. 80 % des principes actifs employés pour la production de médicaments princeps et génériques sont produits en Asie, spécialement en Chine et en Inde. Plus inquiétant encore, la production française de médicaments princeps et génériques ne représente plus que 11 % des ventes en pharmacie, contre presque la moitié dans les années 1990. Enfin, la localisation des fournisseurs pour des molécules essentielles à lieu hors Europe.

La question de notre indépendance sanitaire a donc pris une dimension particulière dans le débat public ces derniers mois et nombreux sont ceux qui appellent à une relocalisation massive de notre outil industriel. Si l'ambition est louable, il serait toutefois illusoire de penser que la France et plus généralement l'Europe puissent devenir pleinement souverains sur la totalité des outils de production, de thérapeutiques ou de dispositifs. Le mouvement de délocalisation – massif – est à l'œuvre depuis de nombreuses années, il serait alors extrêmement

coûteux de se réapproprier l'intégralité de cet outil industriel.

Faut-il pour autant y renoncer ? À l'évidence, non. Il semble plus réaliste de retrouver les voies d'une souveraineté stratégique, donc d'envisager une relocalisation sélective de cet outil industriel et de se doter en amont d'une véritable politique de recherche et développement. Cette relocalisation sélective suppose en premier lieu de sélectionner les secteurs qui ont une valeur ajoutée et pour lesquels nous avons un intérêt à nous réapproprier un certain nombre d'outils de production. La France ne produit à titre d'exemple que 17 % des produits hospitaliers thérapeutiques majeurs.

Pour ce faire, une politique industrielle solide et un soutien à l'innovation conséquent seront nécessaires. Nous devrons également soutenir nos entreprises et nos start-up à l'instar du « Small business act » américain qui permet de réserver des débouchés commerciaux à un certain nombre d'entreprises nationales et européennes. Il est, par ailleurs, fondamental dans le cadre d'une politique de recherche et de développement de maîtriser l'intégralité du continuum.

Cela ne sera pas possible sans une intégration dans des écosystèmes territoriaux et sans un rapprochement des biothérapies, secteur stratégique majeur pour la France et l'Europe. Les entreprises de biothérapies, les entreprises et les outils industriels devraient ainsi être intégrés au sein de campus de santé, véritablement dédiés à l'innovation comme on peut le voir aux États-Unis et en Asie. C'est ce chemin qui leur a permis d'obtenir un véritable leadership en la matière.

Si les crises sont des occasions privilégiées de tirer des enseignements, la crise Covid aura montré s'il en était besoin que la santé est un élément entier de la souveraineté au même titre que la défense et que la politique économique. Nous avons besoin d'une vision de long terme, et de construire les nouveaux outils pour cela. Une approche comparable à celle des lois de programmation dans le secteur de la Défense pourrait nous guider en identifiant les menaces et les opportunités sur le long terme.

Le second outil concerne la stabilité des financements et la visibilité de la stratégie. Des mécanismes tels qu'une loi pluriannuelle de programmation des investissements, des financements et une stabilité fiscale en matière d'industrie de santé seront indispensables si nous voulons réinvestir et localiser sur le sol français et européen, si nous voulons

faire de l'innovation le nouvel horizon pour notre système de santé. Une réflexion de fond sur l'évolution de notre système de santé et de notre outil industriel doit donc être urgemment initiée !

40

Et si...
on faisait de
la santé un
enjeu politique
global ?

Avec cette crise, chacun comprend désormais l'importance de se doter d'une stratégie de santé efficace qui soit portée par toutes les politiques publiques.

Proposition COLLECTIVE

Notre système de santé a fait face durant la crise épidémique, malgré des faiblesses chroniques bien connues à commencer par les problématiques de coordination entre soins de ville, établissements hospitaliers, sanitaire et médico-social. Il a tenu, malgré une lourdeur bureaucratique préjudiciable. Notre système de santé, fortement éprouvé, doit retrouver un souffle nouveau. Cette crise a révélé de façon criante le besoin de porter un nouveau projet et de rénover en profondeur nos organisations : attractivité des carrières, simplification des procédures, renforcement de l'autonomie de décision des professionnels… les chantiers sont nombreux et confirment le besoin de refonder notre système.

L'enjeu prioritaire consiste alors aujourd'hui à faire de la santé un nouveau défi de mutation de notre modèle social, à redonner du sens et une finalité aux organisations. Pour ce faire, les questions de santé ne peuvent plus être réduites à une simple approche technique sur l'organisation des soins mais doivent au contraire s'intégrer dans l'ensemble des champs de l'action publique. Avec cette crise, chacun comprend désormais l'importance de se doter d'une stratégie de santé efficace qui soit portée par toutes les politiques publiques (éducation, environnement…) qui doivent être coordonnées pour tendre vers un même objectif : l'amélioration de l'état de santé des citoyens.

Refonder notre système suppose, par ailleurs, de s'appuyer sur les territoires. L'organisation jacobine n'a malheureusement pas démontré sa capacité à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. La centralisation des décisions conduit à une impasse. Au regard de ce constat, l'État se doit de réinvestir son rôle stratégique pour redevenir garant de la politique nationale de santé publique. Les régions en charge de l'investissement devraient, quant à elles, se voir attribuer un rôle de premier plan et une responsabilité plus importante en matière de santé afin de devenir un véritable point de rassemblement des politiques qui contribuent à la santé, pour coordonner les politiques qui ont un impact sur la santé des citoyens et, in fine, l'améliorer. Enfin, la santé doit être considérée comme un secteur stratégique pour l'avenir, source de création de richesse et d'emplois.

Si la politique du coup de rabot de ces dernières années pour remettre le système de santé à flot permet de respecter les objectifs macroéconomiques, cette dernière rend impossible toute stratégie d'avenir en privilégiant le « saupoudrage » au détriment de l'investissement. Un nouveau modèle doit alors être envisagé : un modèle qui accompagne les réorganisations nécessaires et qui définisse une véritable stratégie d'investissement, de long terme.

Dans cette lignée, il est fondamental de penser à grande échelle les effets de la transformation numérique du système de santé, d'accélérer les efforts de recherche et de définir une nouvelle alliance entre les secteurs public et privé. C'est un enjeu de souveraineté nationale. Il est tout aussi essentiel de redonner aux métiers de santé une véritable attractivité en reconsidérant, notamment, les acteurs. Redonner aux métiers de santé leur attractivité nécessite une évolution profonde de leurs formations, de leurs rémunérations, et de leurs relations avec les autorités régulatrices et managériales.

À un système cloisonné et fondé sur le contrôle doit succéder un système basé sur le travail d'équipe, la confiance et la valorisation des résultats atteints. Cette refondation ne pourra se faire sans une évolution profonde des rémunérations et des statuts des personnels comme des structures. Elle ne sera pas non plus possible sans une nouvelle et massive politique d'investissement en faveur de la santé et particulièrement de sa dimension numérique.

Et si...
on s'inspirait du succès de la réforme du système de santé danois ?

Appréhender la réussite de cette réforme, c'est aussi comprendre que les responsables danois ont réussi à en faire un point de convergence politique.

Proposition COLLECTIVE

Nombreux sont ceux qui, face à un système de santé à bout de souffle, appellent de leurs vœux une réforme globale. Réforme globale qui se heurte toutefois à une problématique fréquemment soulignée : en France, la santé demeure un sujet d'experts et les débats qui y sont consacrés pendant les campagnes électorales sont rares. Notre pays n'est jamais véritablement parvenu à dessiner une vision de l'avenir de notre système de santé porté par les citoyens. Il n'a jamais véritablement réussi à faire de la santé une partie intégrante du débat politique.

Confrontés à des difficultés similaires concernant leur système de santé, les Danois ont, en 2007, décidé de changer le logiciel en faisant le choix de la décentralisation. Si comparaison n'est pas raison, puisque chaque pays a ses spécificités et qu'une réforme doit s'inscrire dans ce cadre, il serait toutefois dommageable de ne pas analyser les raisons du succès de la réforme du système de santé danois. Si la France a toujours eu beaucoup de difficultés à décentraliser, et singulièrement en matière de santé, la réforme danoise se caractérise principalement par une volonté de responsabiliser et donc d'utiliser pleinement l'ensemble des acteurs afin d'optimiser le maillage territorial pour répondre aux besoins de la population, différents bien sûr selon les spécificités territoriales et plus encore, sociétales.

La clé de voûte de la réforme de 2007 repose ainsi sur la volonté d'une forte décentralisation des modes de gouvernance et d'une concentration drastique des collectivités. Pour que cette réforme d'ampleur puisse se concrétiser, les dirigeants ont déployé un grand plan d'investissement pour moderniser le tissu hospitalier et accélérer le virage numérique. Ils ont également basé leur transformation sur les soins de premiers recours et rapproché le pilotage du système de santé au plus près du terrain. La carte sanitaire a été modifiée et le rôle des acteurs médicaux et administratifs revu.

Cinq régions ont par conséquent été créées avec la mission de piloter le système de santé, de l'adapter aux besoins de chaque territoire et de superviser la mutation du système hospitalier en lien direct avec les besoins et les évolutions du territoire. Dans la même lignée, les municipalités se sont vu confier des responsabilités en matière de santé et d'autonomie, avec la charge notamment d'intégrer une dimension santé dans l'ensemble de leurs politiques. Cette décentralisation s'est accompagnée, d'une part, d'une responsabilisation financière des collectivités et, d'autre part, d'un repositionnement du rôle de l'État sur ses missions fondamentales (garantie de la cohérence de l'ensemble du système, lutte contre les inégalités…).

Appréhender la réussite de cette réforme, c'est aussi comprendre que les responsables danois ont réussi à en faire un point de convergence politique. Cette reforme a donc pu s'appliquer de manière progressive, sans être remise en cause au gré des changements de gouvernement. Pour moderniser leur système de santé, les Danois ont par ailleurs rapidement compris la nécessité d'axer leur stratégie autour des soins de premiers recours. Ainsi, au Danemark, le médecin généraliste salarié est un pivot du système, dans la coordination entre les différents acteurs de soins et joue un rôle central dans la régulation de l'offre de soins hospitalière. En somme, à la différence de la France, les coopérations professionnelles et les délégations de tâches sont ancrées dans les mœurs. Ce sont donc des équipes pluriprofessionnelles qui sont aujourd'hui au cœur du système de santé danois.

Au-delà de la revalorisation de leurs conditions d'exercice et de leurs missions, de nouvelles régulations ont été mises en place, dont l'illustration la plus parlante est celle de l'accès aux urgences. Les patients ont, en effet, l'obligation de contacter une plateforme téléphonique de régulation avant de se rendre aux urgences pour qu'un médecin les oriente vers la structure la plus adaptée à leur état.

Cela a été rendu possible par un effort de pédagogie important mais également par l'obligation faite aux médecins et aux structures de soins de première ligne de réserver des plages de consultations pour les demandes non programmées et d'accepter les rendez-vous pris automatiquement depuis la plateforme téléphonique de régulation. Ces résultats concrets ont pu être obtenus par un plan global axé sur les médecins de proximité. En France, si des réformes ont été conduites, l'on constate qu'elles ont surtout visé à aménager l'existant plutôt qu'à engager des réformes systémiques.

42

Et si...
on revenait aux fondements de la pensée solidariste ?

L'évolution de la société et l'emprise croissante de l'État ont conduit à un affaiblissement de la notion de solidarité dans l'esprit des citoyens.

Proposition COLLECTIVE

Notre système de Protection sociale est aujourd'hui remis en cause dans ses fondements. Le sentiment d'exclusion et de pauvreté d'une part toujours croissante de nos concitoyens est fréquemment dénoncé et le lien social tend à se déliter, comme l'a mis en exergue le mouvement des « Gilets jaunes ». In fine, la société française ne semble plus partager l'idée que la justice sociale s'exerce au sein de l'association humaine. Les rapports des individus à la société se sont donc considérablement modifiés et les notions de responsabilité individuelle, de ciblage ou de segmentation de la Protection sociale ont progressivement remodelé le concept d'appartenance à la Nation et celui d'engagement collectif. Les citoyens revendiquant toujours plus de droits, toujours moins de devoirs.

Il semble alors opportun et nécessaire, à l'aune de l'élection présidentielle, de réexplorer les fondements de la solidarité, doctrine de l'unité sociale comme condition de l'unité nationale exprimant un idéal collectif. Le principe est simple : « L'homme vivant dans la société et ne pouvant vivre sans elle, est à toute heure débiteur envers elle. Là est donc la base de ses devoirs et la charge de sa liberté. »

En 1995, le système d'Assurance maladie issu de la Libération est passé sous contrôle direct de l'État. Dès lors, l'évolution de la société et l'emprise croissante de

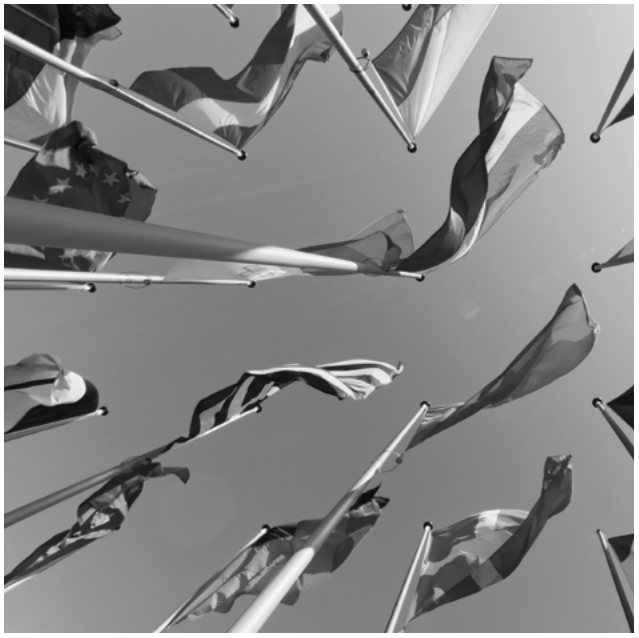
l'État ont conduit à un affaiblissement de la notion de solidarité dans l'esprit des citoyens. Si les fondateurs de la pensée solidariste prévoyaient, dans un premier temps, que la solidarité devait être imposée par l'État, elle devait aussi le plus rapidement possible devenir une démarche volontaire au sein des groupes humains.

Un siècle plus tard, nous sommes toujours confrontés à cette question. Le système actuel de Protection sociale est en effet menacé par une crise économique et financière, par le vieillissement démographique et par une perte de repères globale. Les politiques de maîtrise budgétaire des dépenses de santé conduites par l'État depuis plus de vingt ans n'ont pas su garantir un accès équitable aux soins de santé. Les objectifs de la politique publique en la matière doivent donc être reconsidérés. La situation financière de notre modèle social est quant à elle fortement dégradée. Il n'est, in fine, plus en mesure de répondre de manière efficace à ces défis. L'État doit donc à la fois redonner des marges de manœuvre au système de solidarité nationale, établir une équité intergénérationnelle et restaurer un équilibre des droits et des devoirs.

L'État doit se donner les moyens de déléguer la gestion d'une partie de ses actions d'intérêt général aux acteurs des collectivités territoriales et de la société civile.

Telle semble être l'orientation stratégique préalable à des débats techniques nécessaires sur la nature des financements, la maîtrise des risques ou l'organisation du système de soins. D'un État gérant que l'on connaît, doit naître un État social garant d'une nouvelle politique de justice sociale, basée sur le principe d'équité, à l'opposé de l'assistanat, qui a fait perdre aux classes moyennes l'espoir de voir leur situation et celle de leurs enfants s'améliorer.

Plus généralement, la méconnaissance du principe de solidarité contribue à son déclin comme en témoignent l'institution de minimas sociaux, la mobilisation de la CSG pour financer les prestations sociales et la fiscalisation des régimes initialement contributifs. Les exemples sont nombreux. Il est alors urgent qu'un débat public s'instaure pour définir le modèle que nous souhaitons en France : un modèle du chacun pour soi, où les mécanismes de protection tels que les aides sociales sont perçus comme un système de protection individuel où chacun calcule les bénéfices qu'il peut en tirer ou, au contraire, un modèle fondé sur des valeurs de solidarité et de mutualisation, pour que chacun soit solidaire et responsable.



43

Et si...
les pays européens synchronisaient leurs actions pour relever le défi du plein-emploi ?

L'emploi, et singulièrement celui des jeunes, reste donc un défi mondial et une préoccupation politique forte.

Proposition COLLECTIVE

En 2020, environ 8 % des citoyens de l'Union européenne encouraient un risque de pauvreté tout en ayant un emploi. Force est de reconnaître alors que si avoir un travail constitue le meilleur moyen d'éviter l'exclusion, il n'en est pas toujours une garantie. En ce qui concerne les pays développés, les jeunes risquent en effet davantage de souffrir de pauvreté relative (vivant avec moins de 60 % du revenu médian) alors qu'ils ont un emploi. L'emploi, et singulièrement celui des jeunes, reste donc un défi mondial et une préoccupation politique forte. Outre la faiblesse des salaires, ils occupent bien souvent faute de mieux des emplois informels, temporaires ou à temps partiel. Plus inquiétant encore, alors que la transition entre l'école et la vie active tend à devenir de plus en plus complexe, un nombre toujours plus important de jeunes ne sont ni étudiants, ni en formation, ni pourvus d'un emploi.

Confrontés à un péril commun, les pays européens doivent alors urgemment synchroniser leurs actions et mettre en œuvre des politiques réactives et coordonnées. Il est par ailleurs unanimement admis aujourd'hui que si le nombre de personnes qui occupent un emploi décent augmente, la croissance s'en trouvera plus forte et plus inclusive. Et, plus la croissance sera importante, plus nous aurons les ressources nécessaires à la création d'emplois décents. Dans un contexte mondialisé et d'interdépendance,

l'Union européenne doit alors rapidement devenir une économie intelligente, durable et inclusive. Ces trois piliers qui se renforcent doivent aider ses États membres à assurer des niveaux élevés d'emploi, de productivité et de cohésion sociale.

Pour ce faire, l'Europe a besoin de l'industrie et inversement. Le marché unique, avec ses millions de consommateurs, de travailleurs et de chefs d'entreprise, est un instrument clé pour réaliser une Europe industrielle compétitive. En outre, 80 % des efforts de recherche et développement du secteur privé relèvent de l'industrie. À ce titre, cette dernière constitue un moteur d'innovation et un pourvoyeur de solutions pour relever le défi de l'emploi. Il convient par ailleurs d'encourager la création, le développement et l'internationalisation des PME. Dans le même temps, il est indispensable de moderniser la base industrielle de l'Europe ainsi que les infrastructures sur lesquelles elle repose.

Cela passera inévitablement par de nouveaux investissements 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. Cela 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. Plus encore, il est important d'identifier les intérêts européens stratégiques et d'élaborer des réponses politiques européennes coordonnées en lieu et place des politiques nationales non coordonnées. En parallèle, 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.

Au regard de l'allongement de la durée de la vie active, la modernisation des marchés du travail est nécessaire pour permettre aux personnes d'acquérir et de développer de nouvelles compétences tout au long de la vie. Il faut, en outre, favoriser la mobilité professionnelle pour établir une meilleure adéquation entre l'offre et la demande d'emploi. Enfin, relever le défi du plein-emploi suppose un renforcement de la cohésion économique, sociale et territoriale de l'Union européenne. Il est enfin crucial de créer une meilleure synergie entre le système éducatif et le monde du travail pour résoudre le problème de l'inadéquation des compétences par l'instauration d'une coopération plus structurée entre les universités et les entreprises. Il s'agit de concilier l'intervention publique

et la solidarité internationale et de dépasser les formes classiques de partenariat pour instaurer des alliances et des stratégies de coopération « gagnant-gagnant ».

Pour conclure, si les pays européens synchronisaient leurs actions pour relever le défi du plein-emploi, notre capacité à édifier des sociétés inclusives et durables serait renforcée et nous pourrions capitaliser sur les enjeux de la transition écologique en termes de croissance et d'emplois !

Et si...
on regroupait
les plateaux
techniques
hospitaliers en
France ?

La France dispose en effet de nombreux plateaux techniques dispersés, qui ne permettent pas toujours de répondre à des exigences de qualité.

Proposition COLLECTIVE

Les patients souhaitent pouvoir être opérés près de chez eux et avoir des informations sur la qualité des soins prodigués dans l'établissement où ils sont censés se faire traiter. Ces aspirations, bien que légitimes, ne sont malheureusement pas toujours compatibles. La France dispose en effet de nombreux plateaux techniques dispersés, qui ne permettent pas toujours de répondre à des exigences de qualité. En partant de ce constat, l'idée d'un regroupement de ces plateaux techniques afin de proposer aux patients une offre de soins performante a fait son chemin. Plusieurs études réalisées en France portant sur des interventions majeures font état d'un nombre de services de chirurgie bien plus important par rapport à d'autres pays. À titre de comparaison, en Angleterre, on recense 27 équipes réalisant des opérations pour cancer du poumon. En France, 91 centres pratiquent les mêmes interventions, soit pratiquement 3 fois plus.

Cette dispersion préjudiciable permet d'observer que bon nombre d'équipes ne réalisent qu'une à deux interventions chaque année. De nombreux plateaux techniques comme les services à faible activité, avec des équipes peu entraînées et souvent non permanentes, représentent pourtant un véritable danger pour les patients qui en fonction du lieu d'hospitalisation s'exposeront plus ou moins à des risques de sur-hospitalisation ou

44

de mortalité. Les études internationales le démontrent parfaitement. En France, les études menées sur la chirurgie du pancréas et du foie dressent le même constat. Pour la chirurgie hépatique, 181 équipes ont été recensées. Les conclusions sont sans appel : dans les centres pratiquant moins de 20 interventions par an, l'on constate un excès de mortalité à 30 jours avec un taux allant de 12 à 22 % lorsque la moyenne nationale est de 3 %.

Les différents travaux menés en la matière confirment donc la nécessité de s'interroger sur la révision de l'offre de soins en France pour certaines chirurgies, afin d'être en capacité d'offrir aux patients des plateaux techniques performants. Des pays tels que la Hollande ou le Danemark ont d'ailleurs réussi le pari de la restructuration de l'offre de soins en regroupant ces plateaux techniques. Les programmes dénommés « régionalisation des plateaux techniques » ciblent des interventions majeures comme la chirurgie du poumon, ou encore du pancréas. En ce qui concerne la restructuration, celle-ci ne pourra se faire qu'à partir de critères comme les besoins du bassin de population, un volume d'activité en adéquation avec des soins de qualité.

Ces nouvelles structures devraient par ailleurs comprendre un plateau technique performant, aussi bien

au niveau des blocs opératoires, des soins intensifs que de l'accès à des technologies innovantes. Le dernier critère, et non des moindres, concerne la compétence des équipes médico-chirurgicales. Ces programmes de restructuration ne s'adresseraient naturellement qu'à des interventions et actes complexes ou à risque. La liste des actes éligibles devrait être dressée avec l'aide des professionnels de la spécialité.

L'autre avantage, que l'on oublie bien souvent de mentionner, concerne l'attractivité de ces structures pour les praticiens qui pourront exercer avec des équipes compétentes et réaliser des interventions intéressantes. Enfin, l'idée de regrouper les plateaux techniques ne pourra se concrétiser que si elle se fait à l'échelon de la région, en prenant en compte les besoins de la population. Plus globalement, la réduction des plateaux techniques ne pourra être comprise par la population qu'avec la diffusion des résultats des évaluations des établissements de santé privés et publics sur les taux de mortalité, les taux de ré-hospitalisation ou encore l'incidence des infections nosocomiales, etc.

Si on regroupait les plateaux techniques en France, nous pourrions proposer aux patients des plateaux techniques de qualité où ils pourraient être traités en toute

44

sécurité. Nous pourrions leur proposer un accès simple aux innovations technologiques, quel que soit leur lieu de résidence !

Et si...
la révision de la nomenclature des actes médicaux avait un impact sur la qualité et la pertinence des soins ?

Pour réussir la transformation de la nomenclature, la méthodologie devrait se fonder sur une démarche d'évaluation scientifique basée sur des éléments factuels et partagée avec les acteurs de terrain.

Proposition COLLECTIVE

Depuis plusieurs années déjà, les actes s'accumulent au gré des évolutions technologiques. Certains d'entre eux, devenus obsolètes, figurent toujours dans le catalogue des actes médicaux lorsque d'autres ne correspondent tout simplement plus à la réalité, obligeant in fine les médecins à coder par assimilation. La nomenclature mise en place entre 2000 et 2005 ne comporte pas moins de… 13 280 actes. Cette situation s'avère donc particulièrement problématique pour les médecins qui, face à la complexité de cette nomenclature, peinent à s'y retrouver. On observe, par ailleurs, une grande hétérogénéité des pratiques d'une région à l'autre pour certaines interventions et certains actes peuvent, d'un établissement à l'autre, aller du simple au triple. Plus problématique encore, certaines interventions non justifiées médicalement, contribuent à renforcer la notion de défaut de pertinence et de qualité des soins.

Si la nomenclature n'est pas la seule raison de ce défaut de qualité des soins prodigués aux patients, force est de constater qu'elle y contribue largement. Force est de constater également que l'absence de révision de la nomenclature renforce le maintien de rentes économiques et ralentit la diffusion du progrès médical en maintenant des pratiques que ce progrès a rendues désuètes. Il est donc heureux que les pouvoirs publics aient pris conscience

de la nécessité de revoir la nomenclature en créant le Haut Conseil des nomenclatures chargé de procéder à la description et à la hiérarchisation des actes et des prestations. Essentielle pour réussir la transformation de la nomenclature, la méthodologie devrait se fonder sur une démarche d'évaluation scientifique basée sur des éléments factuels et partagée avec les acteurs de terrain.

Un certain nombre de critères comme la complexité du geste, l'exigence en matière de plateau technique, les compétences nécessaires, la complexité des suites opératoires pour traiter les complications éventuelles, la démonstration de l'efficacité ou encore la sécurité de l'acte ou de la prestation devraient être pris en considération. Les actes pourraient être distingués en fonction de l'efficacité dont le bénéfice net est certain et les actes dont l'efficacité n'est pas encore démontrée. C'est une approche très différente de ce qui a été appliqué ces dernières années.

Enfin, pour que la modernisation de la nomenclature soit une réussite, il sera fondamental de passer par une approche objective en ne cédant pas aux pressions qu'elles soient syndicalistes ou corporatistes. Cette refonte de la nomenclature devrait également s'intéresser aux innovations technologiques afin de pouvoir les inscrire le plus rapidement possible et d'éviter aux praticiens de

coder par assimilation. Ces actes innovants pourraient être suivis grâce aux bases de données médico-administratives afin, ainsi, de se faire une idée de la pratique en France.

Avec une révision de la nomenclature des actes médicaux, les praticiens se retrouveraient plus facilement dans la nouvelle nomenclature en cohérence avec leur pratique, la qualité et la pertinence des soins s'en trouveraient améliorées et la diffusion du progrès médical accélérée. À terme, le malade serait gagnant !

45

Et si...
on adoptait enfin une approche transversale de la Protection sociale ?

Le cloisonnement des acteurs dans leurs secteurs respectifs leur fait perdre de vue les conséquences de leurs choix sur les domaines et les actions des autres.

Proposition COLLECTIVE

La diversité et la spécialisation accrue de ceux qui s'intéressent à notre système de Protection sociale empêchent bien souvent d'avoir une vision globale de ses mécanismes. L'image d'ensemble manque cruellement. L'on constate, d'ailleurs, que le cloisonnement des acteurs dans leurs secteurs respectifs leur fait perdre de vue les conséquences de leurs choix sur les domaines et les actions des autres. Les spécialistes du travail, de l'accès aux soins ou de l'hôpital, du système de santé, des retraites, du chômage, des politiques familiales ou encore du financement de la Protection sociale ne dialoguent que peu entre eux.

Les conséquences d'un taux de chômage élevé, de l'augmentation du nombre de travailleurs pauvres, de l'ubérisation de certains métiers sur la santé au travail sont bien documentées aujourd'hui. Ces conséquences impactent l'espérance de vie et notamment l'espérance de vie en bonne santé et donc l'augmentation des dépenses de santé. À cet égard, la réorganisation du système de soins, la réforme des retraites et l'organisation des moyens de lutte contre la pauvreté sont des piliers indissociables. Plus personne ne le conteste aujourd'hui, et pourtant les réformes sont conduites séparément.

Les enjeux en termes de développement, de santé, de pauvreté, de logement, d'éducation, d'inégalités et donc, au

final, de Protection sociale, sont par ailleurs extrêmement hétérogènes dans les territoires. La gouvernance particulièrement complexe de la Protection sociale rend les liens entre les besoins sociaux particulièrement peu lisibles.

En effet, l'organisation de chaque caisse de Sécurité sociale autour d'un risque social – organisation distincte de celle de Pôle emploi – et la spécialisation de chaque échelon de l'État, du plus déconcentré au plus central, sur un certain risque (le département, pour l'aide sociale, la région pour la formation professionnelle continue, etc.) parachève institutionnellement la fragmentation de la Protection sociale.

La Protection sociale ne peut plus être pensée isolément, comme une politique spécifique à part des autres politiques publiques, comme une politique qui ne prend pas en considération son impact sociétal, son ancrage territorial, ses liens réciproques avec les marchés du travail, le système éducatif et la formation tout au long de la vie…

Certes, les liens sont complexes, et les résistances historiques et institutionnelles fortes, mais replacer le citoyen au cœur de la Protection sociale exige de les

considérer. La Protection sociale est au cœur de toutes les politiques publiques et les questions sont transversales. Nous nous devons d'y apporter des réponses intégratives !

47

Et si...
on repensait le
vieillissement ?

Le vieillissement va se massifier dans les vingt prochaines années.

Proposition COLLECTIVE

La crise sanitaire engendrée par la Covid-19 a brutalement confirmé que les questions liées au vieillissement étaient incontournables. Les EHPAD en proie à de vives critiques ont, quant à eux, révélé un certain nombre de faiblesses à l'instar de celles qui existent avec les hôpitaux. Si l'Ehpad de demain doit certes être repensé en termes de conception architecturale, d'ouverture sur l'environnement, d'organisation et de fonctionnement des établissements, il ne faut toutefois pas oublier que ces dernières années les choses se sont améliorées dans ces structures. Nous avons la chance d'avoir, pour la prise en charge de la grande perte d'autonomie, un modèle français d'EHPAD avec un haut niveau de technicité et un maillage territorial fort.

En partant de ce postulat, nous devons nous interroger sur la manière d'exploiter cette ressource pour qu'elle bénéficie aux résidents mais aussi aux personnes âgées vivant à domicile dans une logique de parcours et d'offre de service territoriale. Dans un territoire, l'Ehpad doit en effet pouvoir constituer un centre de ressources. Il doit permettre de déployer des professionnels au domicile en cas d'aggravation de l'état d'une personne vivant seule ou insuffisamment aidée ; inversement, il doit pouvoir accueillir temporairement un âgé traversant une crise et même disposer d'un accueil d'urgence pour soigner et faire

le point de la situation du patient afin de mesurer s'il peut ou non retourner à son domicile.

Plus globalement, notre société devra, nous le savons, s'adapter au vieillissement. Des aménagements territoriaux devront, par conséquent, être opérés puisque le vieillissement est un phénomène territorial, on vieillit là où on habite. La question de l'accès à un certain nombre de biens et services, de commerces, de services de soins et de services spécialisés sur la perte d'autonomie est donc fondamentale.

Plus encore à l'heure où près de 15 % des plus de 75 ans vivent seuls dans des villes où il n'y a pas de commerces alimentaires et que les déserts médicaux se généralisent. Il est, à cet égard, indispensable de fonctionner dans une logique de repérage de l'isolement et des fragilités. S'il n'y a pas cette recherche des fragilités et que les acteurs locaux ne partagent pas les informations dont ils disposent, nous risquons d'avoir une crise du vieillissement.

Le vieillissement va se massifier dans les vingt prochaines années.

La transition démographique doit, par conséquent, être regardée avec attention par l'ensemble des acteurs et

pas seulement par ceux du secteur sanitaire ou médico-social puisque tous les secteurs seront concernés par cette transition (logement, transport, vie associative…). La réponse doit alors être globale, et ne pas intervenir dans le strict champ du médico-social, du sanitaire, des EHPAD ou des services à domicile. Ces éléments doivent être traités dans un continuum.

L'on constate, par ailleurs, que la question de l'isolement des personnes âgées n'a pas été pensée par les politiques publiques malgré des alertes récurrentes. Pour des raisons sociodémographiques, nous allons voir augmenter le nombre de personnes en situation d'isolement. Il faudra donc y apporter des réponses fortes, notamment en termes de prévention (adapter la société au vieillissement, promouvoir les activités physiques adaptées, prévenir la dénutrition…), si nous souhaitons réussir une politique du Grand âge et de l'autonomie !

48

Et si...
on repensait la
performance ?

Il est impératif que les questions de performance organisationnelles soient constamment réinterrogées.

Proposition COLLECTIVE

Avec la crise sanitaire, la notion de performance du système de santé a été remis au cœur du débat. Auprès des décideurs et collectivités, des professionnels de santé, mais aussi des citoyens. Cette pandémie a, s'il en était encore besoin, mis en lumière la solidarité, l'agilité et la réactivité de notre système de santé. Cette crise nous a montré que le système français par son universalité, par son reste à charge le plus faible de l'OCDE, par sa couverture territoriale et par son degré technologique, offrait à la population une prise en charge de très grande qualité. Plutôt que de considérer que tout doit être changé, transformé et que rien ne vaut parce qu'il ne serait pas performant, nous devons au contraire envisager des pistes d'amélioration de l'existant pour rendre notre système de santé encore plus universel, efficace et performant.

Il est en premier lieu fondamental de repenser et d'élargir les enjeux de performance afin d'en offrir une approche plus globale, dans laquelle la performance économique n'est qu'un point d'entrée parmi l'ensemble des leviers de performance, voire la conséquence d'une performance globale. La performance ne se résume, en effet, pas seulement au sens économique du terme. Ses dimensions sont multiples et complexes. La crise Covid l'illustre bien puisqu'au niveau du système hospitalier, la dimension financière a été mise entre parenthèses

durant plusieurs mois pour laisser place à la performance organisationnelle, cruciale dans la gestion de cette crise.

Le premier vecteur d'amélioration concerne de toute évidence la performance organisationnelle dans les territoires. La France souffre, en effet, d'une inégalité territoriale en matière sanitaire très marquée. In fine, les citoyens peinent de plus en plus souvent à trouver un médecin traitant ou un spécialiste. Travailler sur cette couverture territoriale n'est donc plus une option. Pour ce faire, il sera nécessaire de s'appuyer sur les outils technologiques, de généraliser les délégations de tâches et de renforcer les hôpitaux de proximité et les CPTS.

Il faut, en second lieu, réfléchir de façon plus précise à la performance organisationnelle interne et notamment à la performance de l'utilisation de ressources humaines. C'est une réalité, les équipes de santé souffrent. Elles ont des conditions de travail difficiles, une charge mentale forte et une demande sociale qui s'amplifie. S'en rendre compte c'est se poser les bonnes questions sur les moyens de rendre cet exercice professionnel plus simple, donc plus attractif et de renforcer notre système de santé.

Enfin, pour limiter les coûts, il est impératif que les questions de performance organisationnelles soient

constamment réinterrogées. La performance économique n'est pas le point d'entrée de notre système de santé, elle doit être un des points de sortie. C'est parce que nous aboutissons à une bonne performance territoriale, à une bonne performance organisationnelle et à une bonne performance en ressources humaines que nous pouvons espérer avoir un système de santé qui utilise les ressources aux meilleurs coûts pour la collectivité.

Parler de performance économique ne doit plus être tabou. Nous parlons d'argent socialisé, dans un système socialisé. Il est alors nécessaire que nous acceptions de questionner nos organisations pour que notre système soit économiquement et financièrement soutenable sur le long terme. C'est d'autant plus essentiel, si nous souhaitons que notre système soit une référence dans le monde !

48

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS P.9

LES IDÉES P.16

SOPHIE ALBERT-SUTTERLITI **P.18**

DIDIER BAZZOCCHI **P.26**

P[R] ALAIN BERNARD **P.34**

D[R] FRANÇOIS BLANCHECOTTE **P.42**

D[R] RACHEL BOCHER **P.50**

DOMINIQUE BURLETT **P.66, 72**

HERVÉ CHAPRON **P.78, 86**

STÉPHANE CHATENET **P.94**

ÉRIC CHENUT **P.102**

CRAPS SÉCURITÉ-DÉFENSE **P.112**

D[R] DOMINIQUE DEBRAY **P.120**

D[R] CHRISTIAN ESPAGNO **P.128**

ANAÏS FOSSIER **P.144**

P[R] FRANÇOIS GENET **P.152**

SAMUEL GEFFROY & OLIVIER MILHÈRES **P.162**

DAVID GRUSON, JUDITH MEHL & ANAÏS PERSON **P.172**

ABRAHAM HAMZAWI **P.180**

ÉRIC JEANNEAU **P.188**

JACQUES LÉGLISE **P.196**

ANTOINE MALONE **P.204**

MICHEL MONIER **P.218, P.226, P.234**

ROBIN MOR **P.242, P.252**

D[R] JEAN-PAUL ORTIZ **P.260**

MICHEL PICON **P.268**

ISABELLE RONDOT **P.274**

JEAN-PAUL SÉGADE **P.284, P.290, P.296**

D[R] PIERRE SIMON **P.302, P.310**

D[R] JEAN-FRANÇOIS THÉBAUT **P.316**

PIERRE-OLIVIER VARIOT **P.326**

PROPOSITION COLLECTIVE **P.336, P.346, P.354, P.360, P.368, P.374, P.382, P.390 P.396, P.402, P.408**

PARTENAIRES

AirInSpace
www.airinspace.com

Assia
www.assia.fr

Avenir Mutuelle
www.avenirmutuelle.com

Caisse des Français à l'Étranger (CFE)
www.cfe.fr

Cegedim Insurance Solutions
www.cegedim-insurance.com

Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine (CMIM)
www.cmim.ma

CPAM de l'Essonne
www.ameli.fr

CPAM de Paris
www.ameli.fr

CPAM des Hauts-de-Seine
www.ameli.fr

Fédération Hospitalière de France (FHF)
www.fhf.fr

GMF
www.gmf.fr

Groupe Relyens
www.relyens.eu

Groupe Vyv
www.groupe-vyv.fr

Gustave Roussy
www.gustaveroussy.fr

Hôpital Foch
www.hopital-foch.com

Intuitive
www.intuitive.com

La France Mutualiste
www.la-france-mutualiste.fr

Mutuelle Civile de la Défense (MCDef)
www.mcdef.fr

Mutuelle des Affaires Étrangères et Européennes (MAEE)
www.maee.fr

Mutuelle Générale de la Police (MGP)
www.mgp.fr

Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH)
www.mnh.fr

Mutualité Sociale et Agricole (MSA)
www.msa.fr

Novo Nordisk
www.novonordisk.fr

Organisation Internationale du Travail (OIT France)
www.ilo.org

Santé Mobilité Services
www.santemobilite.com

Syndicat des Biologistes
www.sdbio.eu

Unéo
www.groupe-uneo.fr

Union Nationale des Professions Libérales (UNAPL)
www.unapl.fr

Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO)
www.uspo.fr

Urops
www.urops-prevention.fr

YCE Partners
www.yce-partners.fr

PUBLICATIONS

OUVRAGES

Penser le social : 5 questions pour 2022.
Février 2022

Recherche médicale: les #idées des acteurs.
Juillet 2021

Psychiatrie & Santé Mentale : les #idées des acteurs.
Juin 2021

Prévention & Fonction publique.
Juin 2021

La Protection sociale de la communauté Sécurité-Défense :
les #idées des acteurs.
Mars 2021

Penser le social : 5 nouvelles leçons.
Mars 2021

Les mutuelles, les syndicats, l'État dans la Protection sociale
complémentaire des agents de l'État. Mars 2021

Tous solitaires, tous solidaires
Septembre 2020

5 leçons pour penser le social au XXIe 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 XXIe siècle : la télémédecine
Décembre 2016

CRAPSLOGS

PLFSS 2022 : le quoi qu'il en coûte est-il une bonne recette ?
Janvier 2022

L'État souhaiterait-il s'arroger le monopole des solidarités ?
Août 2021

Ségur de la santé
Novembre 2020

CRAPSLOG Spécial Covid-19
Juin 2020

Retraite : déchiffrer le point
Mars 2020

PLFSS sur fond de crises
Décembre 2019

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 cœur 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

ÉDITION & CRÉATION

DIRECTEURS DE PUBLICATION
Jean-Paul Ségade & Fabien Brisard

PRÉSIDENT DU COMITÉ ÉDITORIAL
Hervé Chapron

CONCEPTION & RÉALISATION
Fabien Brisard, Pierre-Maxime Claude & Anaïs Fossier

RELECTURE
RédacNet - Karen Platel

CRÉDITS PHOTO
Shutterstock, Luc Seba (Cocktail Santé)

CRAPS
45, rue Boissy d'Anglas, 75008 PARIS
accueil@thinktankcraps.fr

© CRAPS 2022

Tous droits réservés.
Toute reproduction ou transmission, même partielle, sous quelque forme que ce soit,
est interdite sans autorisation écrite du détenteur des droits.

Imprimerie CHIRAT - Saint-Just-la-Pendue 42540

Dépôt légal
Avril 2022
ISBN : 978-2-492470-14-1

Et si... la protection sociale était au cœur du prochain quinquennat ?

« Et si »... Et si on refaisait non pas le match mais le monde ? Le monde de la Protection sociale. Rien que cela ! Imposons le débat, portons nos valeurs, provoquons la nécessité de se déterminer face aux choix de société - jamais débattus, toujours esquivés - qui sous-tendent tous les problèmes que chacun rencontre dans son quotidien. L'élection présidentielle, point d'orgue de la vie démocratique de notre vieux pays, n'est-elle pas l'occasion de sortir des débats convenus, des joutes stériles, des arguments démagogiques... ? Laissons enfin s'exprimer les acteurs de la Protection sociale !

ISBN 978-2-492470-14-1
Imprimé en France 04.2022

CRAPS