

Les ressources humaines en santé, levier de la transformation du système de santé

Actes des séminaires du HCAAM 2019-2020



*Ces travaux produits dans le cadre de
séminaires organisés par le HCAAM
n'engagent pas le Haut Conseil*





SOMMAIRE

AVANT-PROPOS 3

I. L'évolution des professions de santé structure à long terme le système de santé..... 9

Introduction..... 9

François-Xavier SCHWEYER, Professeur de sociologie à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), Chercheur au Centre Maurice Halbwachs 9

I.1. La construction des professions de santé : un fait déterminant dans la réflexion à conduire..... 11

• Le mode historique de construction des professions de santé : le point de vue du juriste..... 11

Stéphane BRISSY, Maître de conférences en droit privé à l'Université de Nantes, membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMRS 1145, Université de Paris 11

• Les enjeux nouveaux de l'interprofessionnalité dans cette construction : le point de vue du sociologue et du politiste 12

Patrick HASSENTEUFEL, Professeur de science politique, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, Sciences Po Saint-Germain-en-Laye 12

• Le découpage des spécialités médicales au défi du vieillissement de la population 14

Patrice DIOT, Doyen de la faculté de médecine de Tours, Président de l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS) 14

• Refonder la profession médicale confrontée à une crise épistémologique 16

Laurent VERCOUSTRE, Gynécologue-obstétricien, philosophe 16

I.2. La prospective et la planification des ressources humaines en santé..... 22

• Démographie des professionnels de santé et projection des effectifs à l'horizon 2040 22

Muriel BARLET, Sous-directrice de l'Observation de la santé et de l'assurance maladie, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) 22

• Portrait et insertion professionnelle des étudiants aides-soignants, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes 29

Yannick CROGUENNEC, Bureau des professions de santé – DREES 29

• Le modèle Néo-zélandais de projection des ressources humaines en santé (Workforce Services Forecast) 30

Lucie MICHEL, Chargée de recherche à l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) 30

• La nécessité d'une organisation cible pour projeter les ressources humaines nécessaires : la place des soins primaires..... 31

Jean GODARD, Médecin généraliste, Plateforme territoriale d'appui (PTA) Caux Dieppe Vallées 31

- **Le projet « Ange Gardien » - l'appui des CHU pour la gestion de situations complexes en soins primaires 32**
Patrick BLANCO, Chef du service d'immunologie et d'immunogénétique au CHU de Bordeaux..... 32

I.3. La formation, levier majeur de la transformation du système de santé 34

- **Formation et transformation du système de santé..... 34**
Olivier CLARIS, PU-PH, Chef du service de néonatalogie et de réanimation néonatale et président de la CME des HCL, Université Claude Bernard 34
- **Les réformes des études de santé..... 35**
Isabelle RICHARD, PU-PH, ex-doyenne de la Faculté de Santé d'Angers ; Première vice-présidente de l'Université d'Angers 35
- **L'universitarisation des formations paramédicales 37**
Stéphane LE BOULER, Responsable de projet Universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique, Ministère des Solidarités et de la Santé – Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation..... 37
- **Apprendre à travailler ensemble : l'enjeu des formations interprofessionnelles 39**
Laure FIQUET, Médecin généraliste, Maître de conférence associée. Université de Rennes I. 39

Conclusion 40

- Patrick HASSENTEUFEL, Professeur de science politique, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, Sciences Po Saint-Germain-en-Laye 40

II. L'évolution des métiers et des compétences dans de nouvelles organisations émergentes..... 42

Introduction..... 42

- **Politiques de la coordination : enjeux organisationnels et professionnels..... 42**
Patrick CASTEL, Chercheur à Sciences Po, Centre de Sociologie des Organisations..... 42

II.1. Les organisations de soins primaires : une nouvelle place pour les infirmières 47

- **La profession d'infirmière libérale aujourd'hui et demain - prospective des soins infirmiers dans le cadre de la stratégie de transformation de notre système de santé 47**
Daniel GUILLERM, Président de la Fédération nationale des infirmiers (FNI) 47
- **L'évolution des rôles des infirmiers dans les organisations de soins primaires à l'étranger ... 49**
Yann BOURGUEIL, Responsable de la Mission Recherche et Etudes sur les Soins Primaires Innovants et Renouvelés, EHESP-CNAMTS-IRDES, Conseiller scientifique du HCAAM..... 49
- **L'évolution du rôle des infirmières en Belgique 51**
Miguel LARDENNOIS, Expert en stratégie des professions de santé, Ministère de la Santé Publique, Belgique 51
- **Le binôme médical, concept d'unité fonctionnelle médicale 53**
Françoise GUILLEMOT, Médecin généraliste à Bellegarde-sur-Valserine 53

•	Origine et trajectoire de l'équipe de soins primaires de Verny.....	55
	Sylvie BIGARE, Infirmière Libérale, porteur projet Équipe de Soins Primaires de Verny	55
II.2.	Des organisations intégrant prévention, sanitaire et social	56
•	Une large pluralité d'intervenants pour les prises en charge en santé mentale	56
	Jean-Luc ROELANDT, Directeur du Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, Établissement public de santé mentale (EPSM) Lille métropole.....	56
•	Exemple d'une coordination sanitaire et sociale : le pôle de santé des Envierges et la maison de santé Pyrénées-Belleville	58
	Mady DENANTES, Médecin généraliste, MSP Pyrénées-Belleville	58
•	L'intégration de la prévention jusqu'aux soins	59
	Cyrille ISAAC-SIBILLE, Député de la 12 ^e circonscription du Rhône	59
II.3.	Numérique et organisation des soins	61
•	Etat des lieux et attentes des professionnels de santé médicaux pour les outils numériques 61	
	Jean-François THEBAUT, Cardiologue, Conseiller scientifique du HCAAM.....	61
•	Les difficultés et les enjeux de l'intégration du numérique à la lumière de l'expérience des MSP	62
	Michel NAIDITCH, Médecin de santé publique, Chercheur associé à l'IRDES, Membre du pôle de ressource en ETP d'IDF	62
•	La transformation des pratiques, des modes de coopération et de l'organisation du travail lors du déploiement des dispositifs de télémédecine dans les structures de soins.....	66
	Alexandre MATHIEU-FRITZ, Professeur de sociologie à l'Université Gustave Eiffel, directeur adjoint du LATTs (UMR CNRS 8134)	66
•	Numérique et soins primaires : l'exemple du cabinet IPSO.....	68
	Marie BENQUE, Médecin généraliste, cabinet IPSO Saint Martin	68
	Conclusion	70
•	Financement et transformation du système de santé.....	70
	Jean-Marc AUBERT, Directeur de la DREES et de la Task force sur la réforme du financement	70
III.	L'approche territoriale de la gestion des ressources humaines en santé	72
III.1.	L'approche territoriale aujourd'hui	72
•	L'analyse de la situation française	72
	Hugo BEVORT, Directeur des stratégies territoriales, Commissariat général à l'Egalité des territoires (CGET)	72
•	Accès aux soins : qu'est-ce qu'un espace juste ?	76
	Jean-Nicolas FAUCHILLE, <i>Urbaniste et chercheur en sciences sociales de l'espace, co-auteur du livre Théorie de la justice spatiale</i>	76

•	Emploi public et territoires	79
	Gilles de MARGERIE, Commissaire général de France Stratégie	79
III.2.	Les leviers de la régulation territoriale	83
•	Quelles leçons tirer des expériences de régulation tentées à l'étranger ?	83
	Hélène CHAPUT, Cheffe du Bureau des Professions de santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)	83
•	Les déterminants des choix d'implantation des jeunes médecins	85
	Patrice DIOT, Doyen de la faculté de médecine de Tours, Président de l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS).....	85
•	La formation médicale : un levier fort	86
	Patrick DEHAIL, Vice-Doyen de la faculté de médecine de Bordeaux, Conseiller médical du Directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine.....	86
•	L'exercice d'assistant partagé : retour d'expérience	88
	Marwan GARAUD, Chirurgien-orthopédiste et assistant partagé en fin de cursus	88
•	Une plateforme régionale pour favoriser les trajectoires professionnelles répondant aux besoins	89
	Véronique BILLAUD, Directrice de projet pour la transformation de l'offre handicap et la réforme SERAFIN-PH (DGCS), ex Directrice générale adjointe de l'ARS PACA	89
•	Discutants étudiants	92
	Ludivine GAUTHIER, Infirmière, étudiante en Master de santé publique, ancienne présidente de la fédération nationale des étudiants en soins infirmiers.....	92
	Lucie GARCIN, Présidente de l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG) et Sylvain GAUTIER, Secrétaire général de l'Intersyndicale nationale des internes (ISNI)	93
III.3.	Le rôle des acteurs institutionnels	94
•	Le plan d'accès aux soins	94
	Sophie AUGROS, Médecin généraliste, déléguée nationale à l'accès aux soins	94
•	Le rôle des régions dans les politiques de santé	96
	Michel BOUSSATON, Conseiller régional délégué à la santé d'Occitanie – Représentant de l'Association des Régions de France.....	96
•	Formation et conditions d'exercice : le point de vue d'une ARS	97
	Christine GARDEL, Directrice générale de l'ARS Normandie.....	97
•	Disparités territoriales d'accès aux soins et implantation des professionnels de santé : la mise en place du dispositif de centre de santé départemental en Saône-et-Loire	99
	André ACCARY, Président du Département de Saône-et-Loire	99



- **De quels leviers dispose un GHT pour faire face aux difficultés liées aux ressources humaines en santé ? 100**

Agnès CORNILLAULT, Directrice du CH Jacques Cœur de Bourges, Etablissement support du Groupement Hospitalier de Territoire du Cher ; **Vianney BREARD**, Président de la Commission médicale d'établissement du CH de Sancerre ; **Maxime BIGOTEAU**, Interne d'ophtalmologiste, CHU de Tours ; **Yasmine BAROUKZAI**, Chargée de mission Responsable du GHT du Cher 100

Conclusion 102

François-Xavier SCHWEYER, Professeur de sociologie à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), Chercheur au Centre Maurice Halbwachs 102





Avant-propos

Anne-Marie BROCAS, Présidente du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

Pourquoi le souhait du HCAAM d'explorer la question de l'articulation entre la prospective des ressources humaines et la stratégie de transformation de notre système de santé ?

Ce souhait part d'un constat d'évidence. Aucune réforme significative du système de santé ne peut se concevoir qui se limite à son organisation ou à son financement. Ce serait ignorer le fait que les professionnels traduisent dans leurs activités des savoirs, des savoir-faire, des savoir-être, des représentations et des schémas qu'ils ont intégrés au cours de leurs études. Ces savoirs et ces représentations jouent, nous le vérifions tous les jours, un rôle déterminant dans l'orientation du système, la nature de ses activités et ses capacités d'innovation. Organisation et financement, qui nous occupent tant, ne sont en réalité que des éléments seconds.

C'est pourquoi, la réforme Debré qui à la fin des années 50 a posé les fondations de notre système actuel a d'abord été une réforme des études médicales et du statut d'exercice des médecins, avec la création du temps plein hospitalier.

Le défi auquel nous sommes aujourd'hui confrontés est d'égale ampleur, plus grande peut-être. C'est en effet, un ensemble de professions médicales et paramédicales, voire sociales, nombreuses et fortement différenciées mais dont les activités sont solidaires qui sont désormais parties prenantes de la transformation du système. L'enjeu est de conduire, pour toutes ces professions, une évolution des formations, des compétences, des métiers, aussi bien que des cadres d'exercices et des parcours professionnels qui s'inscrive dans une approche cohérente et au service d'un projet commun.

Des orientations majeures ont aujourd'hui été actées selon différents axes :

Premier axe, l'inscription des formations de l'ensemble des professions dans un cadre universitaire, leur refonte progressive et la diversification des lieux de formation aussi bien théoriques que pratiques. Ce cadre commun, sous l'autorité de l'Université, est indispensable pour favoriser l'intégration de cultures aujourd'hui largement fragmentées et donner corps à des valeurs communes et à l'indispensable pluriprofessionnalité. Ce cadre doit aussi favoriser une recherche et la production de nouveaux savoirs et de nouveaux procédés articulés avec une diversité d'organisations dans les différents établissements de santé aussi bien qu'en ville.

Deuxième axe, l'évolution des compétences professionnelles qu'il est indispensable de penser en termes de missions et de responsabilités si l'on veut favoriser une dynamique positive pour toutes les professions. Un travail de clarification est sans doute aujourd'hui nécessaire si l'on veut échapper aux phénomènes de concurrence et de défiance qui minent actuellement les relations entre professionnels. Il est indispensable de promouvoir une coopération et une confiance qui ne peuvent exister que si chacun est au clair avec son identité, avec ses missions et avec celles des autres. Ce n'est qu'alors que l'on pourra tirer le meilleur parti de la diversité des compétences qui sont notre richesse dans une mobilisation qui produise de nouveaux services et permette aussi de retrouver des souplesses d'adaptation en jouant sur des complémentarités et des mutualisations intelligentes. Il est également souhaitable d'ouvrir pour les professionnels de nouvelles possibilités de combinaisons d'activités et d'évolution tout au long de leur vie dans des cadres d'exercice variés.



Troisième axe, celui de la régulation quantitative et qualitative des ressources humaines au niveau national, régional et à celui des territoires. La politique à conduire n'est pas celle d'un secteur en déclin. Bien au contraire ! Le secteur de la santé est appelé à employer des professionnels en nombre croissant et de mieux en mieux formés. Dans la transformation engagée, comme cela a été le cas par le passé, les professionnels connaîtront des évolutions du contenu de leurs activités, de leurs cadres d'exercice que doit aussi accompagner une évolution des modes de rémunération. Il s'agit de leur permettre dans ce contexte de construire des trajectoires enrichissantes et positives avec une visibilité sur les perspectives d'emploi à moyen terme.

C'est pour approfondir toutes ces questions que le HCAAM a organisé plusieurs journées de séminaires consacrées aux ressources humaines en santé. Cet ouvrage rend compte de l'ensemble des travaux. Constitué des actes de ces différentes séances, il donne des pistes de réflexions utiles qui viendront alimenter les travaux du HCAAM sur ce thème.



I. L'évolution des professions de santé structure à long terme le système de santé

Introduction

François-Xavier SCHWEYER, Professeur de sociologie à l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), Chercheur au Centre Maurice Halbwachs

Les travaux présentés dans ce volume offrent un cadre d'échange et un espace d'expression nécessaires pour la construction de l'action publique. Une inquiétude est partagée entre les acteurs quant à l'accès aux soins, au devenir des professionnels de santé et il est nécessaire d'exprimer les différents points de vue et de débattre sereinement de ces questions, par essence politiques. Je voudrais développer trois idées.

La première réflexion est que la question des ressources humaines en santé se pose partout dans le monde. Il y a à la fois un processus de convergence et de divergence entre les pays : convergence dans les outils utilisés, dans les outils de régulation, dans le processus de territorialisation, dans les adaptations locales, et divergence parce que par exemple la France se caractérise au niveau européen par une politique incitative pour lutter contre les déserts médicaux, et en même temps mais avec d'autres acteurs, pour transformer le système et l'offre de soins. Il y a une tension entre la promotion d'un modèle intégré et la production simultanée d'une différenciation territoriale qui s'accroît et qui n'est pas de l'ordre de l'évidence dans un système comme le nôtre, historiquement très centralisé et dont le contrat politique est universaliste par essence. Assumer une grande différenciation dans les politiques publiques me semble assez neuf.

La deuxième chose que je voudrais souligner, c'est que penser les perspectives d'organisation du système de santé en termes de ressources humaines est un projet ambitieux puisqu'il s'agit en partie de redéfinir les professions.

Les dynamiques démographiques ainsi que les principes de répartition sont assez différents pour chacune des professions de santé. Il serait vain de stigmatiser des propos de défense qu'on pourrait qualifier de corporatistes car la construction des professions, qui relève d'un processus historique, est une façon pour un groupe social de protéger son marché du travail mais aussi de se donner une identité, des règles, des références morales. Il y a une part de protection, de différenciation par rapport aux autres, mais c'est absolument fondamental et constitutif. Les professions sont un fait social et ce serait une illusion de penser que l'on peut s'en passer. Toutefois, pour éclairer le processus de différenciation, il convient de s'interroger sur le processus de professionnalisation. A cet égard, des exemples intéressants existent, par exemple l'apprentissage auprès des pairs. La professionnalisation n'est jamais achevée. Elle peut être menacée, mise en question, car elle n'est absolument jamais acquise. Il y a donc un travail de légitimation, y compris par le discours, pour justifier un modèle de professionnalisation. Un des enjeux est de savoir à quel modèle professionnel s'identifier lorsque les professions et les organisations sont appelées à évoluer.

L'autre question sous-jacente dans la redéfinition des professions, est celle de la stratification sociale. Il y a une hiérarchie entre professions : les gains ne sont pas les mêmes, la reconnaissance sociale n'est pas la même. Il est raisonnable de s'interroger sur les effets de la stratification sociale, et une façon de le faire est d'analyser « la fabrique des professionnels de santé ». Quand on forme des professionnels de santé, on leur enseigne un savoir et une expertise. On leur donne une légitimité mais on leur transmet aussi l'esprit de compétition et une conception



hiérarchique entre professions qui peut rendre difficile le travail partenarial. Ce que permet la production des professionnels de santé, c'est également l'acquisition de savoirs nouveaux dont certains n'appartiennent pas à leur métier. Ce qu'on appelle « professionnalisme » en sociologie, c'est savoir travailler ensemble, savoir intégrer des outils de gestion, savoir poser des questions populationnelles ou économiques. A ce titre, l'échange social est une compétence.

Le troisième point sur la production des professionnels a trait à la culture professionnelle. Durkheim parle de morale professionnelle. L'exercice professionnel n'est pas que technique, il s'inscrit dans un cadre moral fondé sur le respect de l'autre. Canguilhem voyait le médecin comme l'exégète du malade avant d'en être le réparateur. La relation sociale est absolument fondamentale dans le soin et pour y préparer, la culture professionnelle passe par des représentations, des normes et des valeurs. Il y a de ce point de vue, me semble-t-il, une vraie question sur la transmission. Qu'est-ce que l'on transmet quand on forme des professionnels de santé ? Je ne suis pas certain que, comme on le dit souvent, le modèle vocationnel de jadis disparaisse. Sans doute est-ce une bonne chose qu'il y ait d'autres pratiques, fondées sur la science et les techniques, mais qu'en est-t-il au plan moral au sens de Durkheim ? Pour les professionnels, il me semble que ce ne sont pas de nouveaux outils ou de nouveaux dispositifs qui vont créer cette aptitude à l'ouverture, à l'écoute, à faire face à des questions éthiques souvent complexes. Ecouter le patient, c'est accepter de remettre en cause sa position. Une écoute active peut être extrêmement dérangeante. Or, il y a toute une préparation à ce type d'attitude vraiment professionnelle, comme la formation à la réflexivité. Cette réflexivité peut nourrir la pratique à condition d'apprendre à apprendre et à s'interroger sur le sens de l'action. Cette dimension de la culture professionnelle est une question importante dans une approche prospective sur les perspectives pour les ressources humaines de demain. Certes de nouvelles compétences, certes de la pluri-professionnalité, mais quelle culture professionnelle et quel socle moral en partie partagés et en partie sources d'identité ?

Ma dernière réflexion porte sur le processus d'apprentissage. Le développement d'attitudes expérimentales, le fait de partager, de convaincre, de justifier, d'échanger, conduisent à un travail de production de règles et de savoirs communs. Une dimension importante de ce processus d'apprentissage est la démarche d'analyse permanente de ce qui est fait. Cela fait partie du processus de transformation des professions de santé. Ce n'est pas seulement de la réflexivité, c'est de l'analyse. La recherche, c'est-à-dire la production de connaissances est essentielle dans ce processus. La production de connaissances doit être partagée car on est dans un monde changeant qu'il faut s'efforcer de rendre intelligible. Le monde des organisations est terminé au sens où la transformation est permanente et il n'y a plus de modèles stables. Ce travail d'adaptation aux nouvelles formes d'organisation et d'apprentissage pour connaître l'autre (l'autre étant différent et se multipliant puisqu'il y a beaucoup de nouveaux métiers), nécessite non seulement de l'écoute active, de la réflexivité, mais aussi de la recherche.

En matière d'apprentissage, l'enjeu est de repenser ce que l'on a appelé l'autonomie des professionnels et plus profondément la légitimité de l'action. Si on appelle légitimité, le fait de rendre acceptable des contraintes et que les contraintes du travailler ensemble ou du projet collectif s'imposent aux comportements spontanés des individus, cette acceptabilité des contraintes doit conduire à s'interroger sur les nouveaux principes de légitimité. La légitimité rationnelle-légale de Weber est celle du droit ou des normes de bonnes pratiques. En milieu médical et de soins, existe aussi la légitimité charismatique des savants, des leaders, elle aussi wébérienne. En soins primaires, les leaders sont ceux qui portent l'innovation, qui convainquent avec la volonté de changer et l'énergie pour essayer de travailler ensemble à l'élaboration d'une solution.

L'action collective est contraignante et il y a d'autres types de légitimité qui peuvent rendre acceptable les contraintes. La légitimité pragmatique se fonde sur les résultats obtenus et l'évaluation. Ce qui porte fruits, ce qui est convaincant en termes de production et de résultats devient légitime d'une façon pragmatique. La légitimité cognitive est fondée sur l'apport de connaissances. On s'enrichit de connaissances savantes, mais aussi de connaissances expérimentales, ce qui permet de « rendre intelligible ». Sur ce point, ce que je peux observer dans mes



enquêtes, c'est la fréquente méconnaissance des professionnels de santé du système de santé et de son fonctionnement, qui les prive des outils intellectuels pour comprendre comment se positionner dans ce système et comment en devenir acteur¹. Quand on ne sait pas comment est financée la protection sociale ou comment est organisé le système ou ce qu'est la hiérarchie du droit, on n'a pas les éléments pour comprendre une proposition de l'Agence régionale de santé (ARS) ou la portée d'un accord. L'enjeu du savoir peut fonder une légitimité de nature cognitive. La dernière source de légitimité est la légitimité normative, la congruence avec les valeurs. Le rapport Devictor par exemple, par le simple fait d'avoir parlé de service public territorial de santé, en a irrité plus d'un. C'était illégitime d'entrée de jeu parce que ce n'était pas dans la représentation spontanée des acteurs importants du domaine. En milieu libéral, on promeut l'autonomie, la liberté de choix, le fait d'être maître à bord et en milieu hospitalier également, les médecins n'ont pas la culture de l'obéissance en dehors de leur monde. Il est nécessaire, à mon sens, de s'interroger sur ce qui peut rendre les contraintes de l'action collective acceptables.

1.1. La construction des professions de santé : un fait déterminant dans la réflexion à conduire

- **Le mode historique de construction des professions de santé : le point de vue du juriste**

Stéphane BRISSY, Maître de conférences en droit privé à l'Université de Nantes, membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMRS 1145, Université de Paris

En France, le droit de la santé et en particulier des « professions de santé » s'est construit par touches successives autour du monopole de la profession médicale qui constitue le centre de gravité autour duquel évoluent les autres professionnels de santé. L'atteinte au corps étant juridiquement légalisée autour du médecin, les activités des autres professionnels de santé (auxiliaires médicaux) se sont développées en dérogation au monopole médical protégé par la sanction de l'exercice illégal de la médecine². La logique prédominante est donc une logique dérogatoire autour de la notion d'actes. Ce système dit des « décrets d'actes » permet l'intervention des auxiliaires médicaux auprès du patient pour une liste d'actes susceptibles d'être effectués par des non-médecins au sens d'un arrêté du 6 janvier 1962³. Les exceptions au monopole médical s'accroissent cependant, comme le montre notamment l'exemple de la vaccination.

Ce procédé dérogatoire « par liste » a pour inconvénient majeur d'être peu dynamique, difficile à faire évoluer (par exemple la liste des décrets d'actes infirmiers n'a pas été modifiée depuis 2014). Il présente une apparence de sécurité pour les professionnels sur les plans sanitaire et juridique mais reste beaucoup plus limitatif dans l'esprit que ce que produit une approche par mission / compétence. De plus, à force de segmenter les professions en termes d'actes, on s'expose à la « gradation » et à la perte d'un certain monopole. C'est d'ailleurs sur le fondement des « décrets d'actes » que le Conseil d'Etat a jugé constitutionnelle la transposition en droit français de la directive européenne sur la reconnaissance de l'accès partiel aux professions de santé⁴.

¹ Schweyer F-X (2016), « Inventer et apprendre un nouveau métier ? Les médecins généralistes dans des maisons de santé. », à F. Douguet, Fillaut T., Hontebeyrie J. (dir.), *Intervenir en première ligne*, Paris, L'Harmattan, 39-60.

² <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688965&date-Texte=&categorieLien=cid>

³ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000802880>

⁴ CE, 25 oct. 2018, n°417011.



Les champs de compétence des professionnels évoluent également « à petits pas », par exemple pour les infirmiers⁵. Les protocoles de coopération inscrits dans le code de la santé publique et prévus par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) (article 51) constituent l'outil privilégié de l'arsenal juridique. La procédure a pour objectif « *d'opérer entre professionnels des transferts d'activité ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient* ». Ils sont encore peu nombreux (la procédure est assez lourde)⁶. Ces percées ont néanmoins ouvert le débat sur la répartition des compétences et le partage des tâches. Les références beaucoup plus fortes aujourd'hui dans les textes à l'exercice coordonné d'une part et au décloisonnement des parcours professionnels⁷ d'autre part contribuent également à faire évoluer les logiques et les dynamiques professionnelles en considérant les professions de santé de manière globale pour répondre à des objectifs du système de santé.

L'inscription dans la Loi de l'exercice en pratique avancée⁸ entérine une logique de répartition des compétences en abordant les domaines d'intervention par champ plutôt que par acte précis mais sans pour autant abandonner totalement la combinaison d'une logique dérogatoire : le protocole⁹ détermine le domaine d'intervention et c'est toujours le médecin qui détermine quel patient est éligible. L'autonomie ainsi acquise reste donc limitée et subordonnée à deux conditions : des conditions d'exercice coordonné et des conditions d'ancienneté et de formation. Faut-il aller plus loin ? Remettre en question la logique « par acte » pour certaines professions ? L'exemple de la profession des sages-femmes montre que l'approche par champ de compétence peut coexister avec des décrets d'actes. Dans d'autres pays (en Espagne notamment), ce sont les missions des professionnels de santé et les qualifications (titres) pour les obtenir qui sont définies juridiquement.

Avec les évolutions juridiques incrémentales depuis une vingtaine d'années, la notion de profession de santé a perdu de sa cohérence. Ces professions ont en commun la protection de la santé (préambule de la constitution de 1946) mais la définition des professions de santé reste difficile à cerner : il n'y a pas de définition unitaire dans l'état actuel du droit positif¹⁰. Délimiter des champs de compétence au lieu de se référer à des listes d'actes permettrait de remettre en cause une construction juridique qui contribue à la segmentation entre professionnels de santé et à une perte relative de cohérence globale du code de la santé publique lorsqu'elle touche à la répartition des compétences.

- ***Les enjeux nouveaux de l'interprofessionnalité dans cette construction : le point de vue du sociologue et du politiste***

Patrick HASSENTEUFEL, Professeur de science politique, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, Sciences Po Saint-Germain-en-Laye

Les politiques de santé depuis la fin des années 1990 sont fortement tournées vers le renforcement de la coordination et de la coopération entre professionnels de santé, en particulier dans le secteur ambulatoire. Le croisement des approches politique et sociologique permet d'analyser les dynamiques à l'œuvre et de comprendre en quoi les logiques sociales et organisationnelles

⁵ Possibilité de vaccination sans prescription (LFSS 2008), renouvellement de prescription de contraceptifs oraux (Loi HPST 2009), possibilité d'adapter la posologie de certains traitements dans le cadre de protocoles d'exercice coordonné (Loi STSS, 2019), évolution de la liste de DM à prescrire aux patients lorsqu'ils agissent sur prescription médicale (LFSS 2017), prescription de substituts nicotiniques (Loi STSS, 2019).

⁶ Les protocoles nationaux seront rédigés par les professionnels avec l'appui du Comité national des coopérations interprofessionnelles qui pourra proposer sur la base de ces protocoles, des évolutions dans la définition des actes réglementaires.

⁷ Loi n°2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, Loi n°2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel.

⁸ Art. L 4301-1 et s. CSP.

⁹ Un décret du 27 décembre 2019 définit les exigences essentielles de sécurité et de qualité que doivent remplir les protocoles pour pouvoir être mis en œuvre.

¹⁰ Ebook sur « les professionnels de santé » – A.Laude, C.Roynier et D.Tabuteau

<https://fr.calameo.com/read/00531799035fbd0ce4a02>



des professionnels sont historiquement construites de manière assez opposées à la coopération et constituent un frein à son développement.

Sur le plan politique et réglementaire, différents types de mesures ont été adoptées. Une première série de mesures a porté sur l'évolution des rôles des professionnels de santé. L'accent a été mis sur la place du médecin généraliste dans la coordination des soins¹¹. La délégation de tâches est une orientation plus récente qui s'est concrétisée dans la loi de modernisation de notre système de santé avec la définition de nouveaux rôles professionnels, en particulier pour les infirmières en pratique avancée (Loi de modernisation de notre système de santé (LMNSS), 2016). Sur le versant organisationnel, une série de dispositifs visait à réorganiser la représentation des professions de santé. Il s'agissait de mettre en place de nouveaux instruments pour à la fois regrouper les différents professionnels de santé, mais aussi pour les amener à négocier des accords communs alors que jusque-là, ces négociations étaient très fortement cloisonnées entre les différents groupes professionnels. La loi de 2004 sur l'assurance maladie a ainsi créé l'union nationale des professionnels de santé (UNPS) en lien avec la négociation d'un accord-cadre interprofessionnel. Cette dynamique a été poursuivie avec la création des unions régionales des professionnels de santé (URPS) au niveau régional (loi HPST, 2009), et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en 2016. Inauguré avec l'expérimentation des réseaux de soins (plan Juppé), un autre volet de dispositions renvoie plus concrètement à l'organisation des soins avec la promotion et l'incitation au développement de nouveaux modes d'organisation de soins coordonnés interprofessionnels (maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP),...).

Cet ensemble de mesures dont l'objectif est d'organiser l'interprofessionnalité se heurte toutefois à des tensions assez fortes parce qu'elles vont à l'encontre de logiques historiques de construction, à la fois sociales, organisationnelles et politiques, des différentes professions. Dans le champ de la santé, trois logiques caractérisent le processus de professionnalisation : la construction de monopoles, la hiérarchisation et l'autonomie professionnelle. A cet égard, le cas de la profession médicale est emblématique mais ce modèle reproduit pour de nombreuses autres professions de santé conduit à un très fort cloisonnement entre les groupes professionnels.

C'est à partir de la constitution d'un savoir que se construit un monopole d'exercice. Celui-ci répond à des logiques économiques et sociales expliquant en particulier la clôture sociale des groupes professionnels. La hiérarchisation dans l'organisation du travail est particulièrement marquée avec en position dominante la profession médicale, les groupes professionnels qui prescrivent et les professions « prescrites ». L'autonomie professionnelle (autonomie dans la définition des règles d'accès au groupe professionnel à travers la formation, la régulation, la déontologie) se traduit par des organisations institutionnelles spécifiques à chaque groupe professionnel. Les ordres par exemple permettent à la profession de contrôler les règles d'accès et de garantir son monopole sur la pratique.

Au sein de chaque groupe professionnel, il existe par ailleurs une segmentation très forte qui se traduit par une multiplication des organisations professionnelles¹². Cette logique de segmentation¹³ particulièrement marquée pour les médecins est également présente pour d'autres groupes, les infirmières et les dentistes notamment. Depuis une dizaine d'années, la mise en place de nouvelles structures représentant les nouvelles générations de professionnels de santé,

¹¹ Ceci a été inscrit de manière très explicite en 2009 dans la loi HPST mais avait été précédé par d'autres mesures (médecin référent puis médecin traitant en 2004).

¹² A titre d'exemple pour la profession médicale, il n'existait à la fin des années 1960 qu'une seule organisation professionnelle, la Confédération des syndicats médicaux français qui regroupait l'ensemble des médecins exerçant à la fois à l'hôpital et en libéral. Ils sont aujourd'hui plusieurs dizaines reflétant les variétés d'exercice et les diverses spécialités médicales.

¹³ Le sociologue Florent Champy distingue (i) une logique de segmentation hétéronome où les groupes professionnels se segmentent par rapport à des patientèles différentes (par exemple avec la création du secteur 2), (ii) une logique de segmentation organique qui renvoie à la division du travail en lien avec la spécialisation de la médecine et à la représentation autonome et différenciée des médecins généralistes et (iii) une logique agonistique qui renvoie à des représentations différentes du mode d'exercice en fonction de points de vue idéologiques et politiques.



en particulier de médecins est porteuse de nouveaux modes de représentation, qui paradoxalement vont plutôt mettre l'accent sur la coopération interprofessionnelle, tout en participant d'une segmentation accrue de la représentation professionnelle.

Les travaux empiriques qui sont actuellement menés sur les nouvelles structures de coopération interprofessionnelle, en particulier sur les MSP, mettent en évidence des formes de redéfinition des tâches entre professionnels, des formes de coopération qui ont deux particularités. La première est qu'il s'agit de modèles où le médecin continue à jouer un rôle dominant : ce sont les médecins généralistes qui organisent la division du travail professionnel. La seconde, c'est que les nouvelles formes de délégation des tâches ne peuvent être réduites à la délégation du « sale boulot », comme l'avait souligné la sociologie interactionniste : la redéfinition de la division du travail peut toucher des fonctions qui étaient auparavant considérées comme étant importantes par les médecins. Aujourd'hui, c'est donc probablement à un niveau plus micro, plus local, que se jouent les recompositions professionnelles. En revanche, à un niveau plus macro et plus institutionnel, les nouvelles structures se heurtent à des logiques de segmentation qui restent fortes.

- ***Le découpage des spécialités médicales au défi du vieillissement de la population¹⁴***

Patrice DIOT, Doyen de la faculté de médecine de Tours, Président de l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS)

L'étude réalisée par l'ONDPS¹⁵ s'est focalisée sur la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans par les gériatres, médecins internistes, médecins polyvalents et médecins généralistes¹⁶. Ces travaux montrent que la résolution des questions relatives à la prospective des RH en santé n'a pas de réponse univoque. Des alternatives sont possibles en fonction des équilibres en présence et des représentations des professionnels de santé quant à leurs missions respectives ou à leurs évolutions.

Les gériatres (environ 4 500 actuellement) se définissent comme prenant en charge des patients âgés en situation de fragilité ou de dépendance. Ils exercent au sein d'équipes pluridisciplinaires. Leur rôle est d'optimiser l'état fonctionnel des patients. Ils interviennent à tous les niveaux de la prise en charge, du Centre hospitalier universitaire (CHU) à l'hôpital de proximité, les soins de suite et de réadaptation (SSR), les soins de longue durée (SLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), en ville. Pour les gériatres, il est nécessaire de développer des métiers du grand âge, permettant la prise en compte de la complexité médico-psycho-socio-environnementale et ils appellent au développement de la spécialité.

Les médecins internistes (environ 2 200) se définissent par une activité d'expertise de deuxième ou troisième recours, mais aussi par une activité médicale polyvalente de proximité pour les patients du bassin de population des hôpitaux dans lesquels ils interviennent. Ils sont très attentifs à leur rôle dans la formation en médecine polyvalente qui n'est pas une « spécialité ». Ils

¹⁴ La réflexion s'appuie sur le développement de prises en charge décloisonnées, la mise en place de coopérations en proximité (ville/hôpital/médico-social, hôpital public/hôpital privé) adaptées aux besoins des territoires et un décloisonnement des exercices professionnels et des formations.

¹⁵ La méthodologie a reposé sur une enquête qualitative auprès de cinq établissements hospitaliers et une étude statistique sur la démographie des professionnels concernés (SAE, RPPS). Un groupe de travail a été constitué.

¹⁶ De façon assez schématique, la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans dépend de l'existence de comorbidités, qu'elles soient liées à des atteintes d'organes ou à des troubles cognitifs. Actuellement, lorsqu'ils doivent être pris en charge en établissement, la plupart des patients de plus de 75 ans monopathologiques, sans troubles cognitifs, sans problèmes sociaux sont le plus souvent pris en charge dans des services de spécialité (cardiologie, neurologie, etc.). Les personnes polypathologiques présentant des problèmes de dépendance, de dénutrition, des troubles cognitifs, des problèmes sociaux sont en revanche plus souvent prises en charge dans les services de gériatrie. Enfin, les personnes polypathologiques avec une prédominance de pathologies aiguës et sans problèmes cognitifs trop marquants, sont plus volontiers orientées vers des services de médecine interne ou des services de médecine polyvalente.



demandent ainsi l'ouverture d'une formation spécialisée transversale (FST) de médecine polyvalente « hospitalière » ouverte aux autres spécialités étant entendu qu'ils considèrent que leurs internes, futurs spécialistes sont déjà formés.

Les médecins polyvalents (10 000 environ) ont une formation au travers de diplômes universitaires (DU) mais il n'y a pas aujourd'hui de formation spécifique spécialisée ni d'options qui soient prévues notamment pour assurer le remplacement de ceux qui vont partir à la retraite (ils seront 1 500 dans les cinq ans). Ils se définissent par une activité proche de celle des internes sur le volet « médecine polyvalente ». Ils exercent dans toutes les structures hospitalières, y compris en SSR et situent leur activité comme un aval naturel pour la prise en charge de la polypathologie entre les soins primaires ambulatoires et les soins de spécialités. Beaucoup d'entre eux sont des médecins généralistes qui pour certains ont conservé une activité libérale. Ils revendiquent le développement de liens étroits entre la médecine de ville et la médecine polyvalente hospitalière, avec la possibilité d'activités médicales partagées entre la ville et l'hôpital.

Les médecins généralistes se définissent par la pratique des soins premiers en ambulatoire. Ils considèrent que la médecine dans des établissements de proximité relève d'une démarche de soins premiers qui doit leur être confiée.

Sur le plan des représentations et de la sémantique, des clarifications sont nécessaires pour lever les points de blocage et favoriser l'interdisciplinarité :

- La prise en charge globale des malades n'est pas un facteur de différenciation entre ces différentes spécialités qui la revendiquent toutes ;
- Il y a des termes sensibles. La notion de proximité et en particulier la notion d'hôpital de proximité. Quels médecins doivent y exercer ? Pour quels types d'exercice¹⁷ ? A cet égard, l'utilisation du terme d'« établissement de santé communautaire » permettrait un débat plus neutre ;
- La question des exercices pluri-professionnels nécessite un décloisonnement à la fois des formations (les spécialités sont construites de façon excessivement cloisonnée) et des représentations qui fondent une opposition archaïque entre médecine de ville et médecine hospitalière.

Sur le plan quantitatif, ces travaux conduisent à dire qu'il conviendrait peut-être de renforcer le nombre de médecins internistes mais surtout de maintenir (à au moins 40%) voire d'augmenter le nombre de médecins généralistes. La gériatrie est une nouvelle spécialité dont l'attractivité reste encore modeste. Il est trop tôt pour proposer d'augmenter le nombre d'étudiants à former.

Concernant le contenu des formations, il serait utile de multiplier les enseignements de gériatrie du début à la fin des études médicales, ce qui nécessite de multiplier le nombre d'enseignants de gériatrie qui sont très peu nombreux actuellement (une cinquantaine). Il faudrait également favoriser les enseignements partagés entre les différentes spécialités. Plusieurs options sont possibles : la création d'une FST, peut-être de médecine polyvalente, qui soit ouverte à l'ensemble des spécialités et non plus ciblée ou de faire évoluer la maquette de médecine générale pour passer de trois à quatre ans.

¹⁷ Est-ce une forme d'organisation de soins premiers, au sens de la définition sur laquelle s'appuient les spécialistes de médecine générale, le premier contact dans lequel exerceraient exclusivement des médecins généralistes dans le cadre de leur exercice de ville ? Est-ce un maillon dans l'offre de soins de proximité, entre des soins primaires ambulatoires d'une part, et des soins de spécialités de recours d'autre part ?



- **Refonder la profession médicale confrontée à une crise épistémologique**

Laurent VERCOUSTRE, Gynécologue-obstétricien, philosophe¹⁸

Est-il possible de fonder une réforme de santé sur une démarche rationnelle ? Avec l'aide des outils proposés par Foucault¹⁹, il est possible de démontrer que le déblocage de notre système de santé repose principalement sur une refondation de la profession médicale.

Quel état des lieux peut-on faire aujourd'hui de la profession médicale ?

Un phénomène de parcellisation ou d'évolution granulaire traverse l'ensemble des spécialités. Chaque spécialité se subdivise en surspécialités²⁰ et aucune n'échappe aujourd'hui à ce phénomène. Ces surspécialités sont assez souvent engendrées par de nouvelles techniques qui produisent de nouveaux savoirs et requièrent un apprentissage spécifique. Dans le domaine de la chirurgie, sont ainsi apparues une diversification des techniques. La chirurgie classique, la chirurgie par voie endoscopique ou par la voie du cathétérisme mettent en jeu des appareils et des gestes et donc des formations radicalement différentes.

Cette évolution a deux conséquences, sur les connaissances et sur les pratiques :

- Sur les connaissances, elle a deux effets opposés. La multiplication des surspécialités ne permet plus au médecin d'aujourd'hui d'embrasser l'ensemble des connaissances médicales : « *on est passé de la génération du médecin sachant à celle du médecin présumé ignorant* » (Michel Serres). Inversement, ces surspécialités font appel à des domaines de connaissances plus limités²¹.
- Sur les pratiques, cette évolution a tendance à exclure la polyvalence. Certes parfois les circonstances locales exigent une certaine polyvalence, il reste que cette polyvalence est sans doute la principale cause d'une qualité non optimum des soins.

Dans cet univers très technicisé, le généraliste fait figure de parent pauvre de notre système. Le médecin généraliste a moins de prestige que le spécialiste qui dispose de la technique. Il est moins bien rémunéré. Son cycle d'étude est plus court. Il est moins bien classé aux ECN. Il dispose aussi d'une logistique administrative et informatique limitée et reste isolé par rapport aux pouvoirs publics alors que les généralistes représentent une part très importante de l'activité de soins. Il est en nombre inférieur à celui des spécialistes dont le volume d'actes ne cesse de progresser et l'écart ne cesse de se creuser entre les spécialistes et les généralistes.

Qu'en est-il du statut du médecin ? La profession médicale n'a pas de hiérarchie interne. Même à l'hôpital, le chef de service n'a qu'une autorité fonctionnelle sur les autres praticiens. C'est majoritairement une profession libérale. Pour bien saisir le sens que les médecins donnent à ce mot libéral, il faut revenir à la Charte de la médecine libérale²² édictée le 30 novembre 1927. Sept articles la composent, un mot la résume : autonomie. Cette charte reste à bien des égards le texte sacré des médecins qui font toujours de l'autonomie la valeur suprême de leur profession. Ce principe d'autonomie voire l'isolationnisme professionnel caractéristique de nos médecins trouve dans les valeurs de la pastorale chrétienne leur justification morale. C'est parce qu'il

¹⁸ Auteur de l'ouvrage Réformer la santé – la leçon de Miche Foucault (éditions Ovadia).

¹⁹ Entre Foucault et la médecine, les liens sont très étroits. En particulier, la pensée de Michel Foucault, « diagnosticien du présent » s'est éprouvée et a pris son envol à partir d'une réflexion sur la médecine. Ses deux premiers livres (« *Histoire de la folie à l'âge classique* » puis « *Naissance de la clinique* ») avaient pour objet la médecine.

²⁰ La spécialité de gynécologie-obstétrique s'est ainsi compartimentée en différents sous domaines à partir des années 1980 : la PMA, la médecine fœtale, l'échographie obstétricale, la cancérologie gynécologique, les grossesses pathologiques.

²¹ Par exemple il est parfaitement possible pour un gynécologue qui fait de la PMA de se maintenir à la pointe du progrès dans ce domaine moyennant un ou deux congrès par ans.

²² Les médecins s'étaient accordés un certain nombre de libertés, notamment la liberté de fixer les honoraires, la liberté d'installation, la liberté de prescription.



se représente comme un personnage quelque peu sacré que le personnage médical français revendique son autonomie.

Le cadre moral de la relation patient-médecin a été depuis le début du 20^e siècle fondé sur le colloque singulier dont on dit parfois qu'il est la *rencontre d'une confiance et d'une conscience*. En réalité pour Foucault ce colloque singulier trouve également sa référence dans les valeurs de la pastorale chrétienne : « *La médecine grande héritière du pouvoir pastoral* » disait Foucault. Cette forme de pouvoir qui pèse sur la relation médecin-malade et sur la représentation du médecin dans notre société est « *un pouvoir bienfaisant mais qui exige la soumission totale du sujet et qui prétend gouverner les hommes dans leur vie quotidienne, et jusque dans le moindre recoin de leur vie quotidienne* »^{23,24}. Il n'est pas aujourd'hui une rencontre entre un médecin et un patient quelle que soit la personnalité de l'un ou l'autre qui ne se déroule sous l'a priori d'un rapport asymétrique où le patient doit se soumettre au médecin. Pour Foucault, vingt siècles de christianisme ont préparé le sujet contemporain à se soumettre aux normes de la médecine ; la vertu fondamentale d'obéissance de la pastorale chrétienne a été offerte au médecin. À l'ancien partage entre le bien et le mal s'est substitué celui du normal et du pathologique. Le dialogue entre le prêtre et son pénitent, la confession, a été recodé sous la forme du colloque singulier²⁵ : *Tout dire pour guérir*.

Ce personnage médical français qui a fait de l'autonomie la valeur suprême de sa profession a un mérite et un défaut. Il a le mérite d'avoir permis une médecine souple, réactive, inventive. Il a le défaut d'avoir, au nom du principe d'autonomie, instauré un rapport conflictuel entre le corps médical et l'État qui a toujours évolué sous une forme d'une opposition. Ce fut le cas, au lendemain de la dernière guerre mondiale, quand l'État a institué la Sécurité sociale : Pierre Laroque a dû batailler avec le corps médical lorsqu'il a voulu remettre en cause le principe d'entente directe entre le praticien et le patient sur le montant des honoraires. Aujourd'hui, c'est le tiers payant et les déserts médicaux qui sont l'objet de l'affrontement.

Virage ambulatoire ou transition épistémologique ?

En réalité, le virage ambulatoire ne représente qu'un aspect d'une transformation qui concerne la médecine tout entière. Cette transformation est ce que j'appelle la transition épistémologique. La crise que nous traversons a le sens d'une transition épistémologique.

Pour Foucault, l'histoire de la médecine est faite d'une succession de formations qui ont chacune leur cohérence propre. C'est-à-dire que les pratiques, les institutions, la rationalité médicale de chacune de ces formations historiques sont liées entre elles par un faisceau de relations et que d'une formation historique de la médecine à une autre il y a rupture. Les savoirs ne progressent pas de façon continue, mais de façon discontinue. La médecine comme toutes les sciences ne progresse pas en approfondissant ou en améliorant une théorie mais en la réfutant pour proposer quelque chose de radicalement nouveau. Dans le domaine de la médecine, il s'est produit au cours de la seconde moitié du 18^e siècle, une formidable transformation qui a conduit à une rupture avec tous les systèmes de pensée médicale qui l'ont précédé. La clinique était née et

²³ M. Foucault, *Sécurité, territoire, population*, cours du 8, 15, 22 février et 1^{er} mars 1978, Éditions Gallimard Seuil, Hautes Études, p. 119-232.

²⁴ Cette forme de pouvoir est un thème récurrent dans l'Orient méditerranéen dans les temps anciens pour décrire la relation d'un dieu avec son peuple. L'exemple même est le peuple hébreu.

Ce pouvoir a 4 caractéristiques principales : (i) c'est un pouvoir qui ne s'exerce pas sur un territoire, c'est le pouvoir du berger sur son troupeau, sur un troupeau en mouvement ; (ii) c'est un pouvoir de nature discret qui ne cherche pas à afficher sa puissance ni sa volonté de conquête, mais qui au contraire tient sa grandeur du fardeau et de la peine qu'il s'impose ; (iii) c'est un pouvoir bienfaisant. Cette bienfaisance exige le sacrifice du berger pour son troupeau ; (iv) c'est un pouvoir qui s'exerce sur la quotidienneté des individus en leur prescrivant des règles de vie. Les valeurs de la pastorale chrétienne se retrouvent dans l'image du bon généraliste qui ne compte pas ses heures, qui se dévoue entièrement à sa clientèle.

²⁵ Il en garde la même structure, celle d'un face à face, où l'un doit dire à l'autre les vérités les plus intimes sur lui-même. Ce qu'il devait dire autrefois était le prix de son salut, ce qu'il doit dire aujourd'hui est celui de sa santé.

avec elle, la médecine scientifique faisait ses premiers pas²⁶. Nous vivons aujourd’hui une rupture de même ampleur. Le vieil ordre médical de la clinique est en train de se dénouer pour laisser la place à un nouvel ordre médical.

	Ordre de la clinique Début : fin du 18^e siècle	Ordre médical à venir
Statut épidémiologique	Dominé par les maladies infectieuses	Dominé par les maladies chroniques
Objet privilégié du soin	Le corps du malade	Les conditions d’existence Le milieu de vie
Structures au centre du système	Les espaces médicalisés : hôpitaux, cliniques Patient couché	Le réseau de soins Patient debout
Relation médecin-malade (Rapport de pouvoir)	Patient soumis, patient objet médical /Médecin tout puissant	Patient artisan de sa santé, patient sujet /Médecin partenaire
Relation ciblée sur	Épisode pathologique	Cycle de vie
Principes dominants de traitement	Technosciences : médicaments BIG PHARMA/ chirurgie	Pratiques de vie et pratiques de soi : alimentation, activité physique, gestion du stress

Nous sommes passés au cours du 20^e siècle d’un paysage épidémiologique dominé par les maladies infectieuses à un paysage épidémiologique dominé par les maladies chroniques²⁷. Aujourd’hui près de 88% des décès sont causés par des maladies chroniques. Ces maladies chroniques pèsent très lourd sur les comptes de l’Assurance maladie puisqu’elles constituent environ les deux tiers des dépenses de la Sécurité sociale. Ce sont pour la plupart des maladies comportementales et environnementales²⁸. Pour l’Organisation mondiale de la santé (OMS), 40% des cancers, 80% des maladies cardiovasculaires et les diabètes gras seraient évitables.

Ce bouleversement radical du statut épidémiologique des pays occidentaux au cours du 20^e siècle conduit à opposer le patient couché (le patient couché à l’hôpital de l’ère de la clinique)

²⁶ Foucault nous dit qu’entre la médecine du fond des âges, la médecine grecque ou la médecine d’Hippocrate et la médecine européenne du 17^e siècle, malgré tout le temps écoulé, malgré une prodigieuse réflexion, peu d’évolutions se sont produites. C’est brusquement entre 1770 et 1820 que tout change. En quarante à cinquante ans, on est passé d’une littérature médicale ésotérique à une littérature réellement scientifique.

²⁷ En 1906 en France, les maladies infectieuses représentaient la première cause de mortalité avec 19% des décès (dont 11%, due à la tuberculose), 13% pour les maladies cardiovasculaires, 3,5% pour les cancers. Moins de cent ans plus tard, en 1990, les maladies infectieuses ne représentaient plus que 1,8 % des causes de décès, soit 10 fois moins. Les maladies cardiovasculaires occupaient la première place avec 33,4% des décès devant les cancers qui représentaient 27% de l’ensemble des décès.

²⁸ Les habitudes alimentaires (consommation excessive d’alcool, tabagisme, déséquilibre alimentaire) et la sédentarité jouent un rôle considérable. Le contrôle de ces comportements pourrait conduire à une amélioration de l’espérance de vie de 4 à 14 ans et diminuerait de plus de 50% les décès dits évitables avant 65 ans (Knoops 2004, Van Dam 2008, Danaei 2008, Khaw 2010).



au patient debout dans son environnement des maladies chroniques. Ce qui change fondamentalement c'est le rapport du patient à la maladie. « *Le patient n'est plus le terrain de sa maladie il en devient l'auteur* », nous dit Foucault. Cette sentence de Foucault exprime de façon tranchante qu'aujourd'hui le patient est responsable de sa santé. L'avènement du patient artisan de sa santé repose sur une refondation de la relation médecin-patient. Le vieux paternalisme médical du colloque singulier n'a plus cours puisque le patient est désormais le maître de sa santé. Le médecin doit abandonner cette posture de toute puissance pour devenir un partenaire et permettre en définitive au patient de devenir son propre médecin. Le patient doit également abandonner son attitude de soumission inconditionnelle. C'est ce qui a été instauré de façon tout à fait concrète avec l'éducation thérapeutique des patients diabétiques.

À cette formidable transformation du paysage épidémiologique, notre médecine apporte une réponse inadaptée, voire anachronique. La clinique est avant tout la rencontre avec le corps du malade. Pour la première fois depuis des millénaires, les médecins libres enfin de théories et de chimères regardent le corps du malade. Et pour la première fois dans l'histoire de la pensée médicale l'espace de la maladie coïncide avec le corps du malade. Or sur les concepts de la clinique est venu se brancher l'extraordinaire développement des techniques médicales, tant chirurgicales que pharmaceutiques. Aujourd'hui toute notre attention, tous nos efforts, restent focalisés sur le corps. Sous la pression des technosciences et de *Big Pharma*, nous adaptons le corps à un environnement pathogène au lieu de soigner l'environnement²⁹. Alors bien sûr nous savons bien qu'il faut encourager les patients à perdre du poids, à bouger plus, et à mieux se nourrir. Il reste que le principe qui surdétermine nos pratiques consiste à faire des réglages à l'intérieur du corps. Peut-être sommes-nous arrivés au bout des possibilités de cette médecine du corps ? Sans doute la chirurgie bariatrique stigmatise cette impasse où nous sommes parvenus.

En réalité, cette offre de soins prolifique en techniques, n'améliore pas le niveau de santé de la population et parfois même peut nuire à sa santé. Les inégalités de santé se creusent, l'espérance de vie a reculé pour la première fois dans notre pays en 2015 et si elle se maintient nous vivons moins bien qu'autrefois à partir de l'âge de la retraite. Il y aurait toute une réflexion à entreprendre sur la technique. Les techniques médicales sont souvent prodigieusement efficaces mais leurs dangers sont précisément à la mesure de leur efficacité même. Le philosophe Heidegger disait la technique est bonne **et** mauvaise, elle est toujours les deux à la fois. L'un des principaux problèmes de la technique est qu'elle tend à devenir sa propre fin. Notre médecine privilégie « l'agir ». Le bon médecin doit répondre instantanément au problème qui lui est posé sous forme d'un acte. Au temps de Molière, le médecin cachait son ignorance derrière un discours ésotérique le plus souvent en latin, aujourd'hui, la médecine dissimule son ignorance derrière « l'agir ». Une enquête réalisée en 2012 auprès des médecins hospitaliers et libéraux montrait que 30% des actes étaient injustifiés³⁰. Certains aujourd'hui estiment que le nombre d'actes non pertinents pourrait s'élever à 50%. Il ne s'agit pas de jouer une médecine contre une autre, ni de faire du bucolisme médical mais de mettre le curseur à la juste place entre la médecine des techniques et la médecine des comportements.

Le tableau ci-dessus dessine une fiction au sens Foucauldien³¹ et illustre le concept de formation historique de la médecine. La clinique a fabriqué ses propres objets : un certain type de médecin, un certain concept de l'hôpital, un certain type de relation avec le malade c'est-à-dire une forme de rationalité qui lui est spécifique. Le « nouvel ordre médical » doit créer ses propres objets,

²⁹ Avec les antihypertenseurs, les antidiabétiques, les médicaments contre le cholestérol, nous effectuons des réglages de la tension, de la glycémie, du cholestérol. Avec la chirurgie bariatrique, nous formatons, en l'amputant, l'estomac des obèses pour répondre à une offre alimentaire surabondante.

³⁰ TNS/FHF ; Dupuis, Un guide méthodologique à l'attention des agences régionales de santé. Pertinence des actes et des soins : on change de braquet ? », *Le Quotidien de médecin*, 4 avril 2013.

³¹ Foucault disait lui-même « *je me rends bien compte que je n'ai jamais rien écrit que des fictions. Je ne veux pas dire pour autant que cela soit hors vérité. Il me semble qu'il y a possibilité de faire travailler la fiction dans la vérité, et de faire en sorte que le discours de vérité suscite, fabrique quelque chose qui n'existe pas encore* ».



une nouvelle typologie de médecins, d'hôpitaux. Le numérique, l'intelligence artificielle qui appartiennent au nouvel ordre médical vont faire bouger les lignes entre les professions médicales.

Est-il possible d'accomplir cette transition en l'état actuel de la profession médicale ?

Pour réaliser cette transition épistémologique, il faut d'une part réguler, contrôler l'offre de soins techniques et d'autre part mettre en place une « médecine des comportements³² ».

Il n'est pas possible de vraiment réformer si l'on reprend invariablement les objets de l'ordre de la clinique, c'est-à-dire le médecin dans son statut actuel, il faut imaginer d'autres formes d'exercices médicaux. C'est un véritable *big bang* de la profession médicale qui est nécessaire pour réaliser ce double objectif. *Big bang* au sens d'une redistribution des pouvoirs car réformer, c'est renverser des systèmes de pouvoir. C'est sans doute pour cette raison que c'est si difficile et que les grandes réformes de notre système de santé ont été réalisées à la suite de grandes secousses de l'histoire telle l'instauration de la sécurité sociale après la Seconde guerre mondiale.

L'idéal d'autonomie de la Charte de la médecine libérale est dans notre pays le principal facteur bloquant de toute réforme. Si l'on considère la santé comme une entreprise, il est nécessaire d'opérer des différenciations. C'est en opérant des différenciations, des gradations dans les régimes de pouvoir et de devoirs des médecins que l'on pourra débloquent la situation actuelle où on se trouve dans une hiérarchie à deux niveaux : médecin et paramédicaux. On est médecin ou on ne l'est pas, et la sacralité du personnage médical rend impossible cette possibilité de différenciation.

Il conviendrait d'opérer un véritable retournement de la situation actuelle qui met le généraliste en marge du système et le spécialiste au premier plan. Il s'agirait d'assurer la promotion du généraliste au-devant de la grande scène de la santé et de décliner ses prérogatives exactement à l'inverse de ce qu'elles sont aujourd'hui : une rémunération à la hauteur de sa tâche, un meilleur classement aux Epreuves classantes nationales (ECN) et au terme d'études plus longues que celle du spécialiste, constituer l'élite de la profession.

Il devrait être soutenu par une logistique administrative, informatique, technique beaucoup plus importante que celle dont il dispose aujourd'hui. L'organisation en cabinet de groupe s'impose déjà comme une évidence³³. Mais il faut sans doute aller plus loin et imaginer aussi une différenciation au sein même du corps des généralistes car au fond le généraliste exerce 3 types d'activité : (i) la relation avec la clientèle : c'est le temps de la consultation ou de la téléconsultation ; (ii) le temps de l'étude des dossiers complexes concernant des maladies chroniques où s'intriquent de plus en plus fréquemment de multiples pathologies : c'est le temps où le généraliste cherche à joindre les spécialistes pour des avis - démarche très chronophage ; (iii) la pratique d'une médecine de dépistage et d'une médecine des comportements alliant la gestion du réseau et du parcours de soins. Ces missions il n'a ni les moyens, ni le temps de les réaliser. Voilà pourquoi, on peut imaginer de décomposer ce généraliste en une trilogie ou une trinité pour prendre en charge le patient. Il y aurait :

- le médecin chargé de soins qui serait en contact direct avec la patientèle. Il ferait preuve d'une grande disponibilité, un peu comme le chargé de compte dans les banques ;
- le médecin savant, sorte d'interniste qui interviendrait en seconde ligne. Son rôle serait précisément d'affirmer le primat d'une médecine qui se donne le temps de la réflexion sur notre médecine actuelle qui privilégie l'agir ;
- le médecin gestionnaire de soins dont le rôle serait d'organiser le réseau et le parcours de soins, d'avoir une vision globale de la patientèle afin de planifier les ressources selon les besoins des patients - ceci dans l'esprit de l'expérience néozélandaise.

³² C'est le sens que doit prendre aujourd'hui ce qu'on appelle communément la médecine préventive.

³³ Voir notamment la présentation des cabinets « Ipso ». Ces cabinets proposent une vraie réflexion sur des schémas organisationnels. On peut aussi imaginer différentes chaînes de cabinets, mutualisant leurs moyens techniques, informatiques, administratifs défendant chacune des valeurs propres et se faisant concurrence.



Ce n'est pas parce qu'on réunit les médecins dans un même lieu qu'ils vont nécessairement coopérer. Il faut pour cela une différenciation de leurs tâches respectives.

Tout ceci peut paraître utopique. En réalité cette proposition est très voisine du système anglais. Dans les *Clinical Commissioning Groups* (CCG), institués dans la 3^e réforme du National health service (NHS), ce sont les généralistes qui régulent l'offre de soins. La médecine anglaise a produit un certain type de médecin qui réalise la synthèse entre le clinicien et le gestionnaire. Nouveaux prototypes de généralistes donc qui seraient à l'instar du système anglais aux commandes du système de soins. Dans ce système les spécialistes rempliraient le rôle de purs prestataires de service. Dans l'état actuel, la fonction de *gatekeeper* du généraliste n'est pas vraiment efficace. Ainsi, du côté de ces spécialistes on pourrait concevoir un cursus plus court. Les formations de plus de 10 ans n'ont plus aucun sens essentiellement pour 3 raisons : (i) avec la parcellisation des spécialités en surspécialités, les domaines de compétence se sont rétrécis considérablement, (ii) les connaissances médicales se périment très rapidement, (iii) avec internet et le numérique, le rapport aux données de la science a été radicalement modifié. En quelques clics, on peut avoir accès à des connaissances très pointues.

Un rapport du Sénat juste avant la loi de modernisation de notre système de santé en 2016 avait suggéré l'idée d'une durée intermédiaire des formations médicales : *« Il existe un vide dans la chaîne des compétences en matière de soins qui conduit les médecins à endosser des compétences qui ne nécessitent pas un niveau de formation aussi élevé [...] Ce vide résulte de l'organisation de la formation initiale des différentes professions de santé. Les qualifications intermédiaires se trouvent pratiquement absentes de son organisation, ce qui se retrouve ensuite dans celle des métiers de santé. Tandis que les médecins poursuivent leurs études pendant neuf à onze ans, après l'obtention du baccalauréat, les auxiliaires médicaux sont formés pendant deux ou trois ans. Parmi les professions paramédicales, il n'existe que très peu de métiers de santé dont le niveau de compétences requis soit sanctionné par un niveau d'étude de cinq ans après le baccalauréat : il s'agit des infirmiers spécialisés en anesthésie dont le diplôme d'Etat est équivalent à un grade de niveau master »*³⁴.

Il est possible d'imaginer toute une gradation de compétences entre l'infirmier et le médecin avec des passerelles entre les différents niveaux³⁵. Avec l'infirmier en pratique avancée on commence à peine à nous libérer de l'esprit de la loi Chevandier³⁶. Tout cela suppose naturellement de former d'autres professionnels de santé, et par conséquent la réforme des études médicales devrait être la première des réformes à envisager car elle conditionne toutes les autres.

Le *big bang* des professions médicales est une fission de cette entité présumée insécable du médecin de la pastorale chrétienne. Fission en une grande variété d'acteurs de la santé ayant des niveaux de responsabilités variés. Les propositions que j'ai faites peuvent sembler irréalistes, ou en tout cas difficiles à accomplir. Laissons alors le dernier mot au philosophe Sénèque : *« Ce n'est pas parce que les choses nous paraissent difficiles que nous n'osons pas, c'est parce que nous n'osons pas qu'elles nous paraissent difficiles. »*

³⁴ Rapport n° 653 du 22 juillet 2015, tome I Sénat. Alain Milon, Catherine Deroche et Élisabeth Doineau, fait au nom de la commission des affaires sociales, p. 295.

³⁵ Je voudrais vous donner l'exemple d'une sage-femme de mon service qui, au moment du développement de l'échographie, s'est investie dans l'échographie obstétricale. Elle a abandonné les gardes et les accouchements pour ne plus faire que de l'échographie de la grossesse. Elle s'est ensuite installée en ville et aujourd'hui elle est sur la place du Havre, l'échographiste la plus fiable. Sa formation a consisté en des études de sage-femme de 3 années à l'époque et 2 semaines de formation, 2 années de suite dans le cadre du DU d'échographie. C'est beaucoup moins que les 11 ans de formation d'un radiologue. De plus, pour ce radiologue l'échographie ne représente qu'une partie de son activité, et son expertise sera moins fiable.

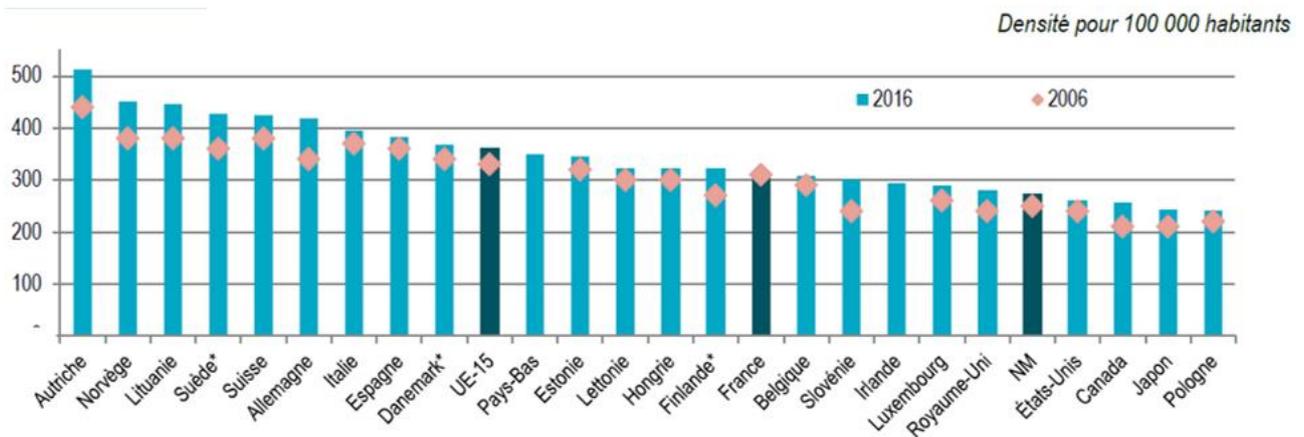
³⁶ La loi Chevandier avait mis fin à une guerre de cent ans qui opposait les docteurs en médecine et les pouvoirs publics. Cette longue lutte devait aboutir à la disparition des officiers de santé. C'est à ce moment de notre histoire, le 30 novembre 1892 que les docteurs en médecine prennent le pouvoir et imposent leur monopole dans la distribution des soins. Affirmation du monopole le 30 novembre 1892, affirmation de l'autonomie le 30 novembre 1927. Monopole et autonomie, il était important de faire la généalogie du personnage médical français pour mettre en évidence les forces, les représentations qui dans notre présent continuent à le traverser.

1.2. La prospective et la planification des ressources humaines en santé

- **Démographie des professionnels de santé et projection des effectifs à l'horizon 2040**

Muriel BARLET, Sous-directrice de l'Observation de la santé et de l'assurance maladie, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

La situation de la démographie médicale est très singulière en France. C'est le seul pays de de l'OCDE où la densité de professionnels est restée stable entre 2006 et 2016.



La démographie des professionnels de santé constitue un défi majeur pour les prochaines années. Elle doit s'envisager globalement en examinant la situation de l'ensemble des professions de santé.

En termes descriptifs, on dénombre en France en 2018 environ 226 000 médecins plutôt âgés - globalement un tiers a plus de 55 ans et cela concerne un médecin généraliste sur deux - avec une tendance à la féminisation qui va s'accélérer puisque les femmes sont aujourd'hui plus nombreuses dans les études médicales. Les quelque 700 000 infirmiers sont plus jeunes avec une profession beaucoup plus féminisée et une part d'exercice libéral assez minoritaire. Quant aux masseurs-kinésithérapeutes (88 000 environ), ils sont également à parité avec une activité essentiellement libérale.

226 000 médecins
 au 1^{er} janvier 2018
 51,2 ans en moyenne
 46 % de femmes (> 60 % des internes)
 46 % de libéraux exclusifs

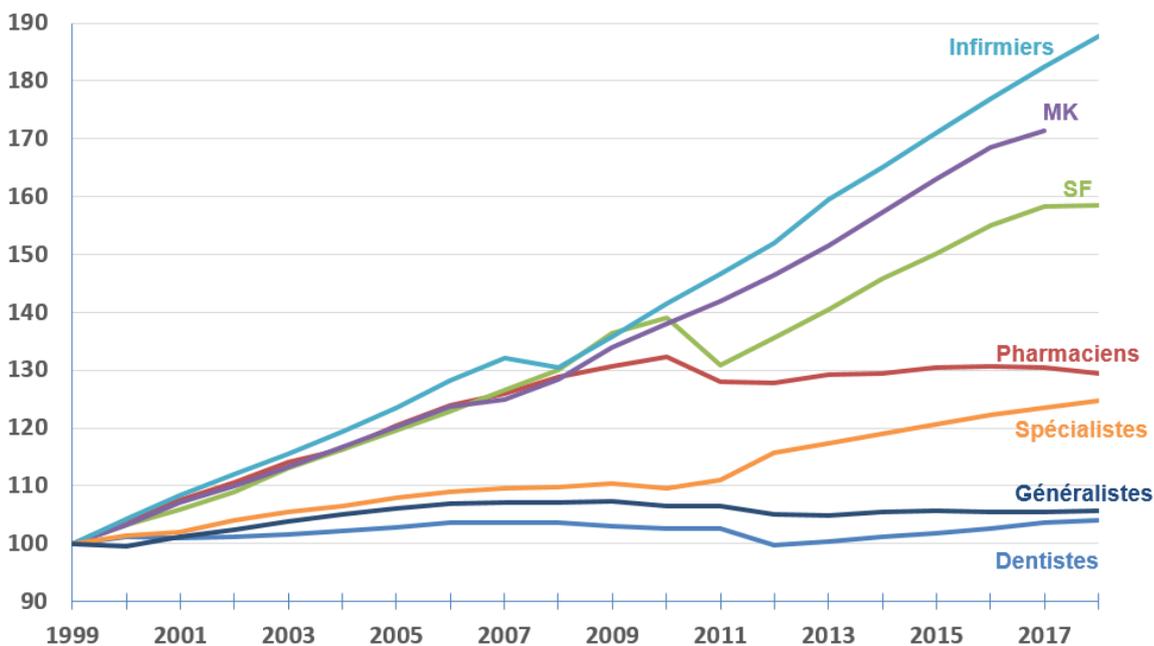


701 000 infirmiers
 au 1^{er} janvier 2018
 44 ans en moyenne
 87 % de femmes
 18 % de libéraux ou mixtes

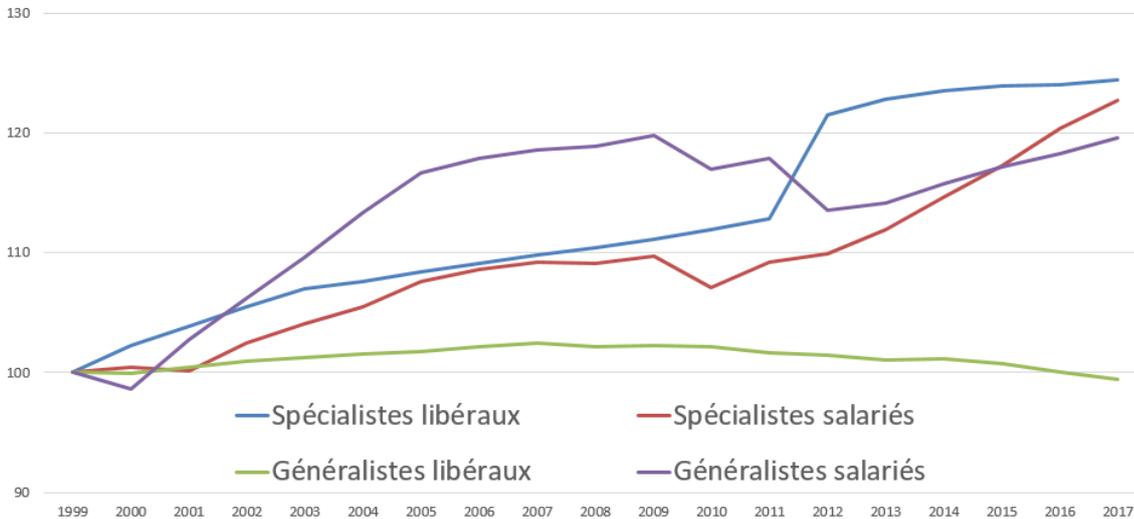


88 000 masseurs-kinésithérapeutes
 au 1^{er} janvier 2017
 42 ans en moyenne
 50 % de femmes
 80 % libéraux ou mixtes

L'analyse des dynamiques démographiques passées montre qu'elles sont très différenciées selon les professions : sur les vingt dernières années, la dynamique est extrêmement forte pour les infirmiers (leur nombre a quasiment doublé), les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes, intermédiaire pour les pharmaciens et les médecins spécialistes.

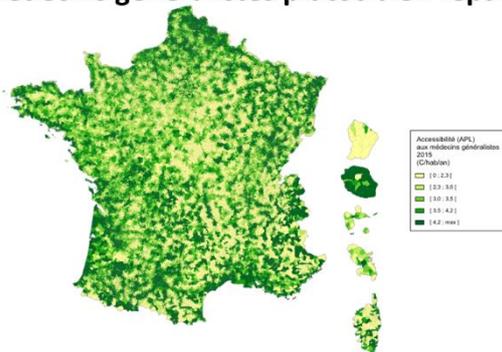


En revanche il n'y a quasiment pas de progression des effectifs pour les médecins généralistes comme pour les dentistes. On constate même une baisse du nombre de médecins généralistes libéraux depuis le milieu des années 2000 alors qu'inversement la démographie des spécialistes salariés est en hausse.



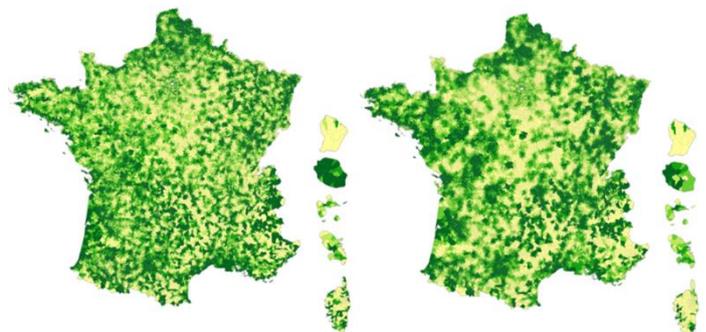
La répartition géographique des professionnels de santé est analysée au travers de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL)³⁷ calculé au niveau de la commune.

Des médecins généralistes plutôt bien répartis...



Les médecins généralistes sont globalement relativement bien répartis. Ils restent les professionnels les plus accessibles avec les pharmaciens dont l'installation est régulée.

...mais des inégalités plus marquées chez les moins de 50 ans



Toutefois, cette répartition est plus inégalitaire si on s'intéresse exclusivement à la répartition des médecins généralistes de moins de cinquante ans.

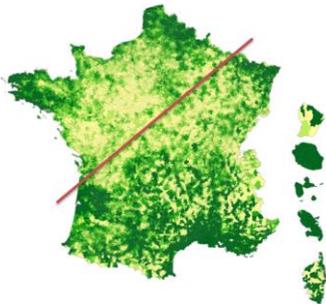
De plus, la part de la population ayant accès à moins de 2,5 consultations de généraliste par an et par habitant devrait continuer de croître dans les prochaines années.

³⁷ Cet indicateur permet de décrire, dans chaque commune, l'offre de professionnels de santé accessible, en tenant compte de différents facteurs susceptibles d'influencer l'accès aux soins (activité mixte, besoins de soins de la population, distance...). En moyenne, les Français ont accès à quatre consultations de médecins généralistes par an et par habitant. Les zones dites de sous densité sont les zones à moins de 2,5 consultations de généralistes par an et par habitant.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/l-indicateur-d-accessibilite-potentielle-localise-apl/article/l-indicateur-d-accessibilite-potentielle-localisee-apl>

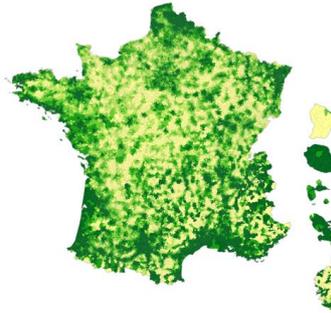
Les autres professions ont des logiques de répartition qui sont assez différentes : les infirmiers libéraux sont nettement plus accessibles dans le sud de la France (au sud d'un axe Dordogne-Meuse) et sur les zones littorales ; les masseurs-kinésithérapeutes le sont davantage dans les pôles urbains alors que les sages-femmes sont plus accessibles dans les pôles urbains et le long du littoral. Ce sont les médecins spécialistes qui sont le plus inégalement répartis sur le territoire.

Les infirmiers sont concentrés au sud d'un axe Dordogne-Meuse



- Particulièrement nombreux le long du pourtour méditerranéen et dans les DROM.
- Pays-de-la-Loire et Centre-Val-de-Loire moins bien dotés.

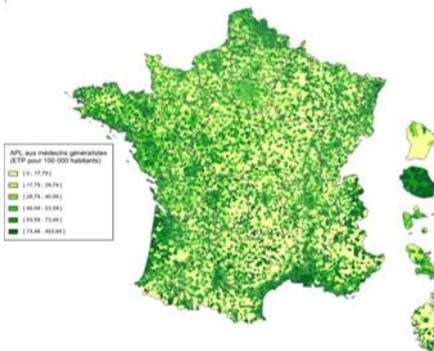
Les masseurs-kinésithérapeutes sont concentrés dans les grands pôles



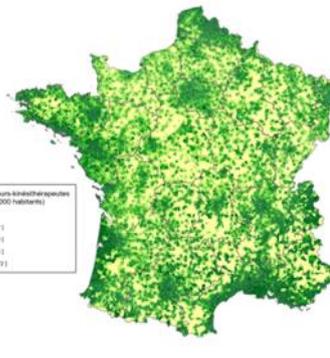
- Une accessibilité plus de 2 fois supérieure dans les grands pôles par rapport aux communes isolées.
- Même logique de répartition que les médecins généralistes.

Accessibilité aux professionnels libéraux (2013)

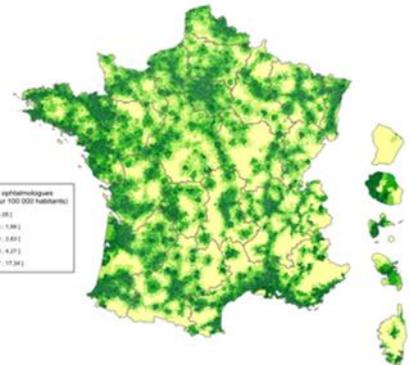
Médecins généralistes



Masseurs-kinésithérapeutes



Ophthalmologues



CHAMP : PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX (HORS MÉDECINS À EXERCICE PARTICULIER POUR LES GÉNÉRALISTES), FRANCE ENTIÈRE HORS MAYOTTE.
SOURCE : SNIIR-AM 2013, CNAM-TS, POPULATION MUNICIPALE 2011, INSEE.

Similaire :
pharmacies

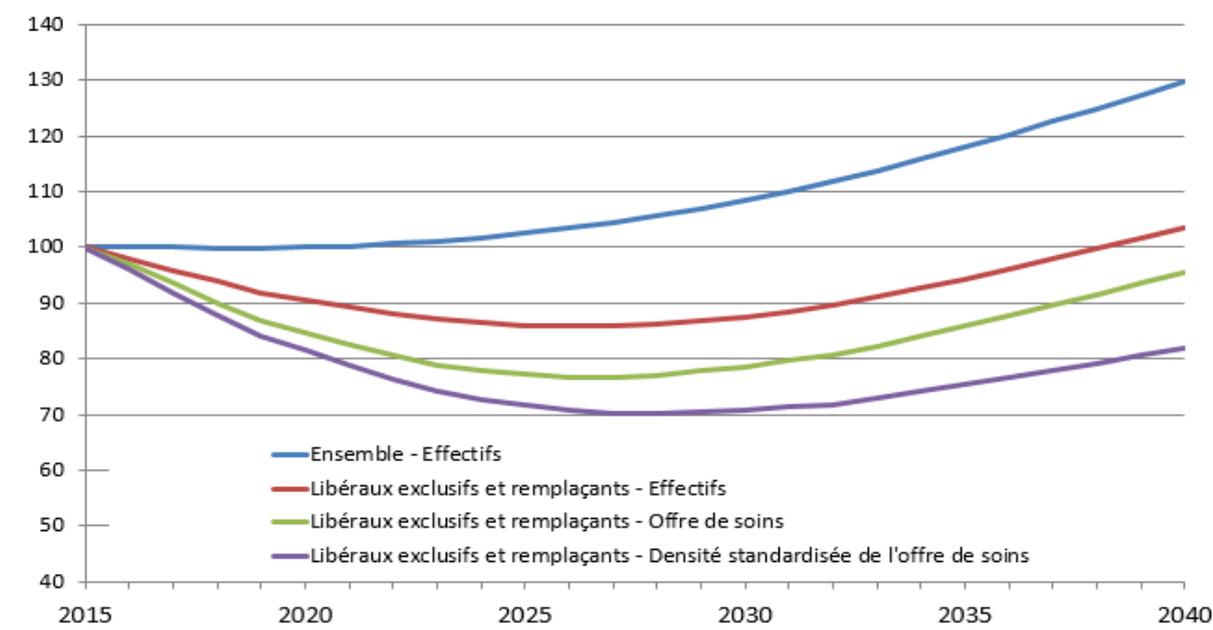
Similaire :
infirmiers, sages-femmes

Similaire :
gynécologues, pédiatres,
psychiatres

En termes prospectifs³⁸, les effectifs de médecins considérés dans leur ensemble restent stables jusqu'en 2020 pour croître ensuite jusqu'en 2040. C'est le résultat des variations du *numerus clausus* des années passées et des cessations d'activité qui sont aujourd'hui très nombreuses. Cette dynamique n'est pas la même si l'on considère seulement les médecins libéraux exclusifs (et remplaçants) : leur nombre va continuer à décroître jusqu'en 2025 avant de remonter pour atteindre en 2040 un niveau légèrement supérieur à celui de 2015. L'offre de soins globale des généralistes libéraux rapportée aux besoins de la population devrait même baisser plus rapidement si l'on considère que les besoins vont augmenter avec le vieillissement et que le comportement des médecins va sensiblement évoluer (moins de consultations du fait de remplacement de médecins âgés par des médecins plus jeunes). Combiné avec la dynamique vers l'exercice regroupé, il est probable que le nombre de zones sous-denses soit appelé à augmenter dans les prochaines années.

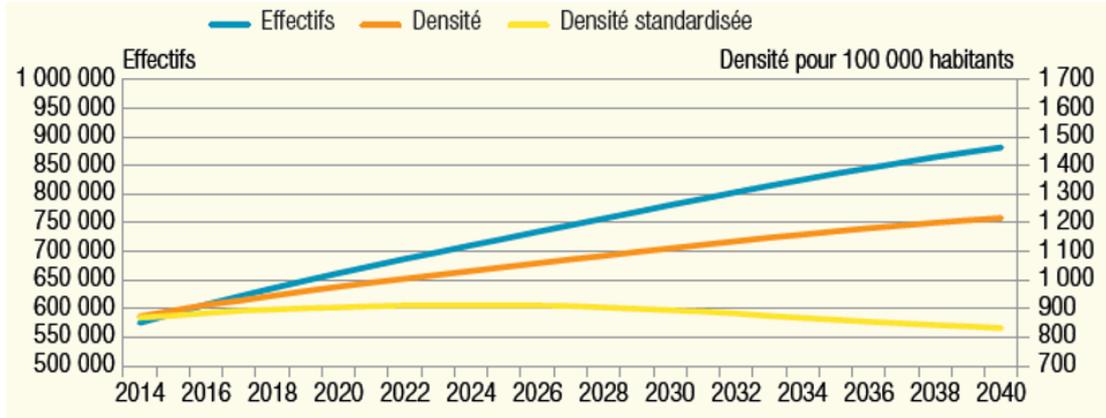
La dynamique est très différente pour les autres professions de santé. Le nombre des infirmiers devrait continuer sa progression mais rapportée au vieillissement de la population, cette hausse paraît relativement raisonnable pour répondre aux besoins de soins plus élevés de la population âgée de 75 ans ou plus. Ce n'est pas le cas pour les masseurs-kinésithérapeutes pour lesquels la hausse apparaît très marquée par rapport à l'évolution de la demande de soins attendue. Pour les dentistes et les pharmaciens, les effectifs resteraient stables.

Projection des effectifs de médecins à horizon 2040

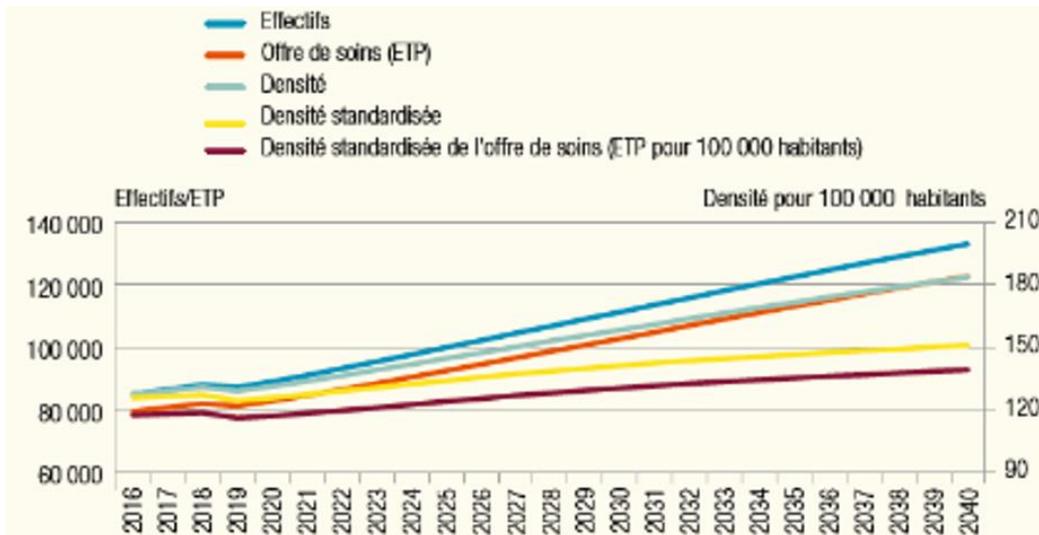


³⁸ L'analyse prospective est fondée sur des exercices de projections qui donnent une image de ce qu'on observerait « toutes choses égales par ailleurs » c'est-à-dire sans évolution des politiques publiques en matière de formation et de régulation notamment. Ces modèles sont donc utiles pour orienter les évolutions à mettre en œuvre afin d'infléchir les résultats en fonction d'objectifs attendus.

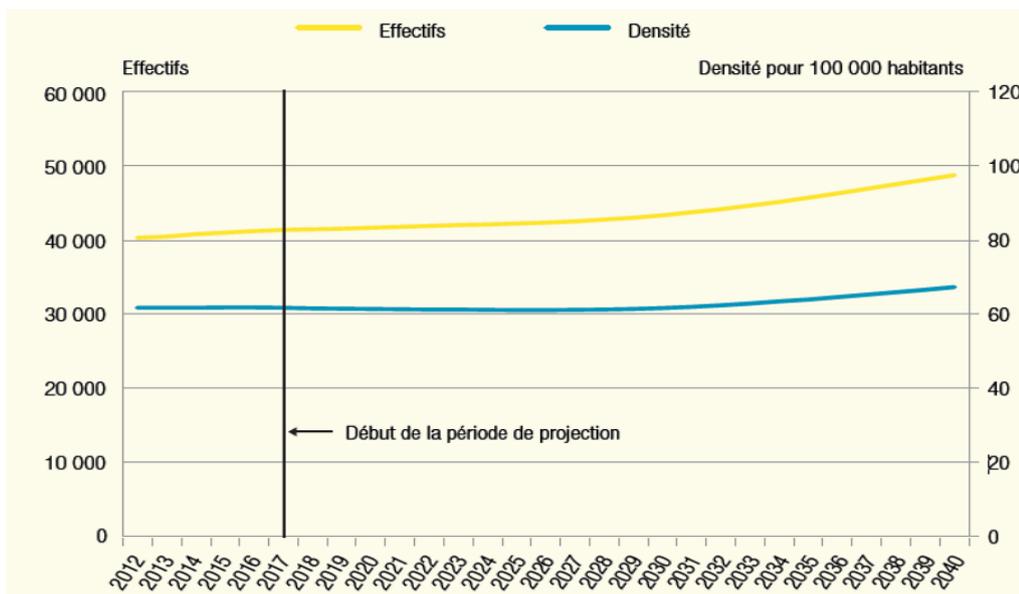
Projection des effectifs d'infirmiers à horizon 2040



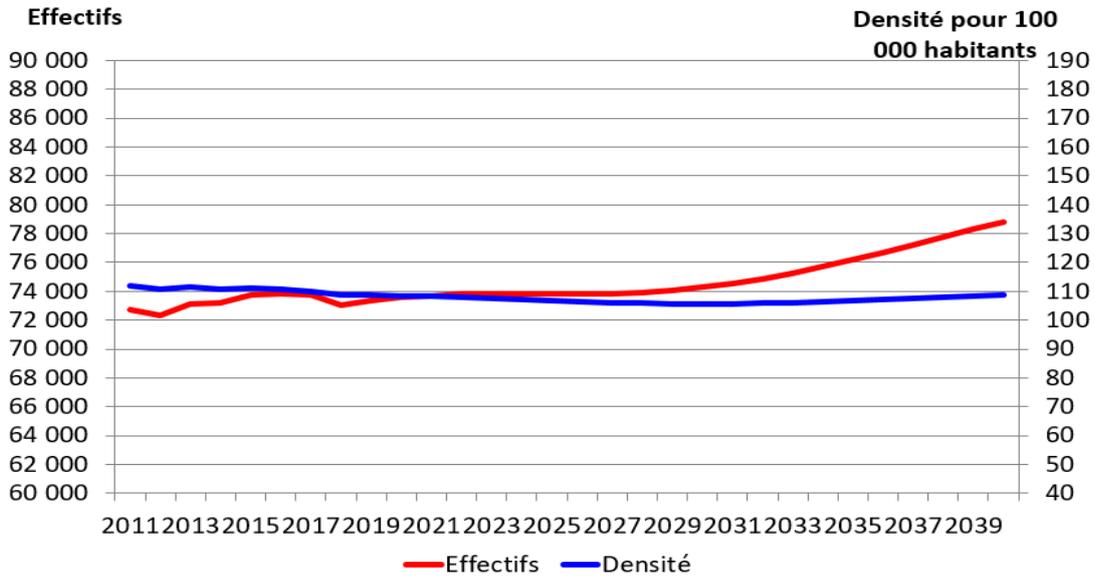
Projection des effectifs de masseurs-kinésithérapeutes à horizon 2040



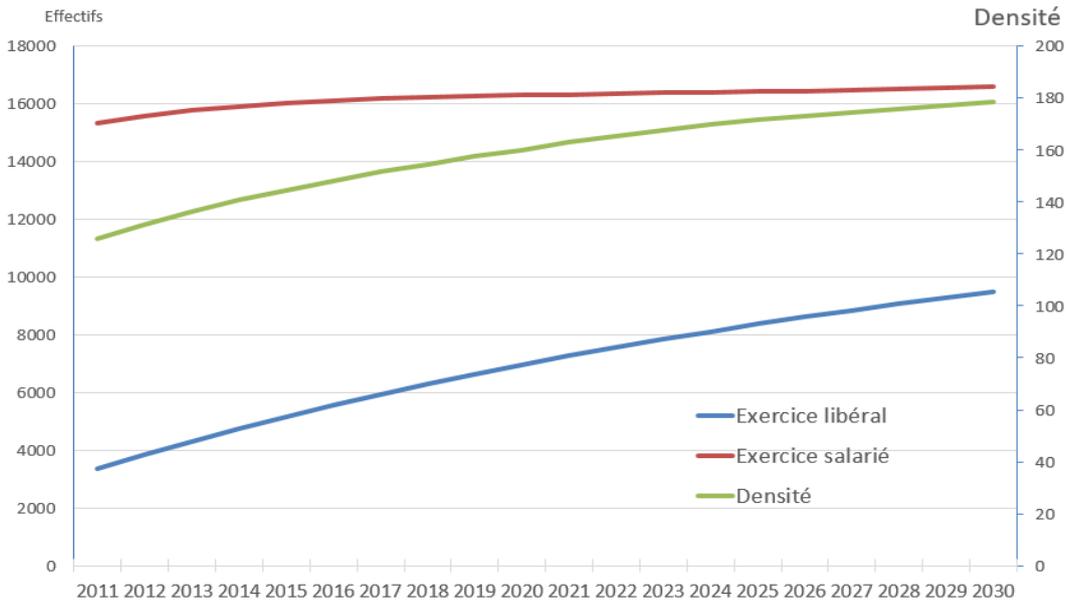
Projection des effectifs de dentistes à horizon 2040



Projection des effectifs de pharmaciens à horizon 2040



Projection des effectifs de sages-femmes à horizon 2030



- **Portrait et insertion professionnelle des étudiants aides-soignants, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes**

Yannick CROGUENNEC, Bureau des professions de santé – DREES

L'accès aux formations

- **Aides-soignants (diplôme de niveau 3³⁹)** : entrée sur concours sans condition de diplôme préalable
- **Infirmiers (diplôme de niveau 6)** : entrée *via Parcoursup* (depuis 2019) pour les néo-bacheliers ; entrée possible sur concours pour les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture et les candidats issus de la formation professionnelle continue
- **Masseurs-kinésithérapeutes (diplôme de niveau 7)** : entrée sur concours après une première année commune aux études de santé (Paces) ou une première année de licence (sciences et techniques des activités physiques et sportives STAPS), sciences, technologies, santé) ; admission sur dossier pour les candidats disposant d'un diplôme de professionnel de santé (podologue, infirmier...) ou titulaires d'une licence STAPS ou Sciences de la Vie.

L'augmentation régulière du nombre de diplômés au cours des années 2000 a permis de répondre au besoin croissant de professionnels^{40,41}. Depuis 2012, une stabilisation du nombre de nouveaux diplômés est observée pour les infirmiers et les aides-soignants alors que ce nombre continue de croître pour les masseurs-kinésithérapeutes à un rythme soutenu⁴².

Les formations d'infirmiers et de masseur-kinésithérapeutes restent globalement attractives. La comparaison des contingents d'inscrits en formation aux quotas fixés pour chaque région au niveau national pour ces professions montre une très bonne adéquation des effectifs depuis 2008-2009. Toutefois le nombre de candidats à la formation a tendance à baisser depuis 2014. Ce phénomène est nettement plus marqué pour les aides-soignants avec une baisse conséquente de 40% du nombre de candidats à la formation depuis 2014, témoignant d'une forte perte d'attractivité de la profession⁴³.

Les étudiants entrant en formation ont des profils très hétérogènes qu'il s'agisse de leur niveau d'étude, de leurs caractéristiques sociodémographiques ou de leur situation principale antérieure. Les étudiants masseurs-kinésithérapeutes sont les plus nombreux à être bacheliers ou diplômés du supérieur (100% vs 95% pour les infirmiers et 66% pour les aides-soignants) et sont issus de milieux sociaux plus favorisés (le père est cadre pour 45% d'entre eux vs 21% pour les infirmiers et 9% pour les aides-soignants). Ils sortent pour la plupart de formation initiale (96%). A l'inverse, 59% des aides-soignants et 22% des infirmiers étaient en emploi l'année précédant leur inscription et respectivement 26% et 7% étaient au chômage ou inactifs (Enquête Écoles 2017 – DREES, données non publiées).

Les étudiants entreprenant des études d'aide-soignant sont donc majoritairement en situation de réorientation professionnelle. Ceux-ci représentent 71% des effectifs formés. Ils sont plus âgés (30 ans et 7 mois à l'entrée en formation en moyenne soit près de 8 ans de plus que les étudiants issus de formation initiale), 46% ont le baccalauréat comme diplôme le plus élevé, 69% étaient en emploi au moment de l'entrée en formation (dont plus des trois-quarts dans les secteurs sanitaire, social et médico-social). Ils exerçaient souvent des emplois d'agent de service hospitalier, de technicien hospitalier. Pour les étudiants infirmiers non sortants de formation

³⁹ Nomenclature des diplômes : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F199>

⁴⁰ Nombre de nouveaux diplômés pour la dernière année connue : près de 23 000 aides-soignants et 27 000 infirmiers en 2018 ; 2 800 masseurs-kinésithérapeutes.

⁴¹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1062.pdf>

⁴² <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1075.pdf>

⁴³ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1135.pdf>



initiale, c'est le même constat. Ils étaient 62% à être en emploi avant l'entrée en formation dont les deux-tiers environ travaillaient dans le secteur sanitaire, social et médico-social.

L'accès au premier emploi après l'obtention du diplôme est rapide : plus des trois quarts des diplômés qu'il s'agisse des aides-soignants, des infirmiers⁴⁴ ou des masseurs-kinésithérapeutes trouvent leur premier emploi en moins d'un mois et plus de 90% dans les trois mois. Trois ans après la sortie de formation, près de 100% des diplômés est en emploi et n'a pas connu de période de chômage. La part des diplômés en emploi stable est très importante pour les infirmiers (83%) et les masseurs-kinésithérapeutes (97%). En revanche, la situation des aides-soignants est plus précaire puisque 37% d'entre eux n'ont pas accès à un emploi stable à 3 ans.

- **Le modèle Néo-zélandais de projection des ressources humaines en santé (Workforce Services Forecast)**

Lucie MICHEL, Chargée de recherche à l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)

Des coûts de santé en forte augmentation, des besoins non satisfaits pour les populations et une fuite massive des professionnels de santé (médecins et infirmiers) vers l'Australie ont conduit dès 2009 la Nouvelle-Zélande à faire évoluer son modèle de projection des ressources humaines en santé porté par le « *Health Workforce New Zealand* »⁴⁵.

Le modèle se fonde sur les propositions formulées par Des Gorman⁴⁶. Les exercices de projection doivent évoluer pour (i) répondre aux besoins de la population ; (ii) permettre des ajustements à des innovations technologiques et organisationnelles ; (iii) adapter le levier de la formation et de la régulation des professions de santé dans leur ensemble. C'est l'idée de passer du *health workforce* au *workforce for health* : des ressources humaines en santé aux ressources humaines pour la santé.

La méthode utilisée part de l'analyse des besoins selon les territoires, de l'adéquation ou non entre l'offre et la demande et des organisations existantes. Elle est complétée par la modélisation de scénarios cliniques pour définir des « modèles de prise en charge » et identifier les solutions humaines et techniques permettant de les concrétiser⁴⁷. Il s'agit de définir des prévisions de « services de ressources humaines » qui précisent les rôles professionnels, les régulations, la formation et les pratiques qui peuvent être repensés pour répondre aux besoins identifiés (*scope of practice*).

Ce cadre d'élaboration s'accorde parfaitement à une approche systémique et présente plusieurs avantages. En premier lieu, en introduisant une dimension stratégique et qualitative dans un exercice de planification des ressources humaines souvent réduit à un examen quantitatif : alors que l'exercice habituel de prospective par profession ou spécialité conduit généralement à penser le changement ou les évolutions nécessaires comme des réponses à des situations de pénurie ou de pléthore, ce modèle permet de penser de façon stratégique et décloisonnée les ressources humaines à partir de services à rendre. D'autre part, c'est un cadre de conception dynamique et adaptable qui tient compte des évolutions technologiques, organisationnelles et professionnelles possibles pour la mise en œuvre d'organisations cibles. Ainsi, en s'appuyant sur la reconnaissance des professionnels entre eux et à partir de l'analyse des périmètres de leur pratique, il

⁴⁴ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1099.pdf>

⁴⁵ Le *Health Workforce New Zealand* est créé pour travailler sur la question de l'évolution des professions de santé. C'est un bureau multidisciplinaire avec des représentants de l'administration, des professionnels de santé et une équipe de 17 personnes qui sont employées à plein temps, au sein du ministère.

⁴⁶ Professeur de médecin, doyen de la faculté d'Oakland et membre du ministère de la santé.

⁴⁷ Pour chaque domaine et population, des groupes de travail sont mis en place avec des experts, des chercheurs, des professionnels de santé, des patients qui vont identifier des situations concrètes à partir d'histoires de vie des patients et de leurs expériences et construire différents scénarii « *Work Services Forecast* ». Environ quatre ou cinq par domaine ont été construits. Les scénarii cliniques devaient permettre de doubler la réponse à la demande, avec seulement 15% d'augmentation du financement, en maintenant voire en augmentant la satisfaction des patients et la qualité des soins.



permet également d'outiller de façon opérationnelle les acteurs de la régulation sur des évolutions possibles en matière de rôles et de missions des professionnels pour assurer un service commun à rendre plutôt que de faire émerger de nouveaux métiers.

En Nouvelle-Zélande un *Case Manager* peut, selon le territoire et les besoins être une infirmière, un kinésithérapeute, une assistante sociale... Toutefois, ce type d'approche fondée sur la pluri-professionalité des prises en charge bouleverse les représentations et les identités professionnelles solidement ancrées et véhiculées notamment par la formation. En Nouvelle-Zélande, le cadre traditionnel comprend une formation interdisciplinaire pendant la formation initiale. L'idée est d'aller plus loin et d'avoir une formation qui s'intensifie dès le premier cursus, qui s'inspire des besoins identifiés et intègre l'interdisciplinarité dans la formation continue afin que les générations en place puissent aussi évoluer et changer.

De nouveaux modes d'organisation, l'élargissement du champ sanitaire à la prévention et la nécessaire collaboration avec le secteur médico-social posent d'autres questions notamment sur le partage de la responsabilité, le périmètre ou la coordination des équipes professionnelles pour la prise en charge des patients.

- ***La nécessité d'une organisation cible pour projeter les ressources humaines nécessaires : la place des soins primaires***

Jean GODARD, Médecin généraliste, Plateforme territoriale d'appui (PTA) Caux Dieppe Vallées

La gestion prospective des ressources humaines dépend du modèle et des organisations vers lesquels on veut tendre. Les outils et le cadre de gestion de la gouvernance sont également essentiels pour orienter la mise en œuvre d'un schéma cible. S'appuyer sur les acteurs du premier recours pour définir les solutions sur les territoires comme le prévoient les textes implique de les accompagner en ce sens. Cela nécessite du temps et de sortir d'une logique purement planificatrice (exemple des CPTS et des PTA⁴⁸). En l'absence d'un arbitrage clair sur le terrain, il y a une concurrence persistante entre les secteurs. L'asymétrie de moyens (juridiques, structurels, humains, ...) entre l'hôpital et les praticiens libéraux contribue à renforcer les tensions. La concurrence sectorielle se double d'une concurrence au sein du premier recours. Au lieu de mesures visant le collectif de premier recours, sont établies des règles qui instaurent une compétition clivante entre les professionnels, perdant l'occasion de favoriser la constitution d'une entité en santé et soins de proximité.

Du point de vue d'un « praticien actif en soins primaires », une forme d'unicité de point de vue centrée sur l'hôpital perdure. Elle trouve ses racines dans la réforme du système de soins des années 60 bâtie autour du CHU. Avec la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT), les établissements de santé ont des opportunités et des moyens pour se transformer et s'organiser pour se développer. La « personnalité morale » du premier recours de proximité territorial est morcelée en professions dont les tâches se chevauchent de plus en plus, mettant à mal la constitution des exercices collectifs (équipes de soins primaires (ESP), MSP, CPTS, PTA...). Les GHT constituent « un modèle conquérant » qui se déploie progressivement vers les soins de ville en annexant les différents concepts visant l'organisation des soins de proximité⁴⁹. L'hôpital devient un lieu de soins « ambigu ». C'est un modèle de filière par spécialité qui s'impose. Il naît à l'hôpital dans l'hyperspécialisation et se projette jusqu'en proximité dans une logique de filière en mode dégradé. Outre qu'il ne connaît pas la proximité, il fait courir plusieurs risques : perte de compétence des professionnels habituels de proximité, difficultés d'adaptation

⁴⁸ Les CPTS et PTA doivent être fondées à partir de la mobilisation spontanée ou provoquée et soutenue par l'ARS des acteurs libéraux de premier recours. Dans bien des cas c'est la volonté publique qui s'impose à la place des professionnels, ce qui ne permet pas l'appropriation locale des outils choisis par d'autres qu'eux.

⁴⁹ À titre d'exemple : (i) des maisons médicales de gardes ou des maisons de santé pluriprofessionnelles sont développées à l'hôpital ou à ses portes, non pas dans une logique de premier recours mais pour soulager les services hospitaliers, (ii) des consultations avancées sont utilisées pour désengorger les filières d'accès habituelles, mais aussi dans une optique de recrutement populationnel.



du système de santé et de soins à des situations nouvelles et inattendues, fordistation des tâches de soins qui allonge la chaîne de recours (augmente les points de rupture potentiels, alourdit les protocoles). Il consacre le soin versus la prévention. Ce modèle majore la rareté de la ressource humaine en multipliant les qualifications, plus spécialisées et moins polyvalentes, allonge les délais de prise en charge, parfois jusqu'à l'inacceptable.

S'il faut faire face à des besoins d'hyperspécialisation liés au développement d'une médecine très technique, il faut aussi disposer, simultanément, d'un socle polyvalent en soins et santé, en proximité. Il constitue un réservoir en ressources humaines totipotent, adaptatif, dont la compétence généraliste doit augmenter grâce à la formation continue, idéalement pluriprofessionnelle, territorialisée, qui débouche sur des protocoles partagés ville hôpital. Ce premier recours connaît le fonctionnement en proximité, y est plongé socialement, et ceci constitue un aspect fondamental de son exercice que les GHT ne peuvent s'approprier facilement et souvent en contradiction avec leur mode de fonctionnement culturel. Nous aurions intérêt à garder un système à deux pôles (proximité et GHT) mais communiquant mieux, grâce aux outils, en temps réel ou en temps réel différé (mails, SMS, téléconsultation entre professionnels en présence ou pas du patient...) pour généraliser les rendez-vous hiérarchisés, l'aide au dépistage, l'aide au diagnostic et au suivi entre la ville et le GHT. Notre modèle a consacré la diversité de la rémunération entre hôpital où domine le salariat et le premier recours où domine le paiement à l'acte. Chaque système a ses avantages et inconvénients. La coexistence des deux lisse les risques de dérives de l'un ou l'autre, qui deviendrait unique, ou relativement à l'autre, trop attirant, jusqu'à devenir prédominant.

Les pénuries de professionnels auraient dû contribuer à façonner une identité commune pour le « premier recours » et à favoriser les partenariats entre eux. Au contraire, au gré des compétitions émergentes, constatées sinon voulues, renforcées par une formation axée sur la spécialisation, les convergences dans une identité partagée en soins primaires de proximité risquent de s'éloigner. L'exercice des médecins généralistes s'en trouve d'autant plus limité (exceptions à l'entrée dans le parcours de soins, prescriptions réservées, plateformes, élargissement des périmètres d'exercice d'autres professions ...).

Ces observations doivent conduire à questionner en profondeur le modèle général du système de santé à moyen terme en particulier quant au degré de différenciation que l'on souhaite promouvoir entre ses différents segments. Il s'agit d'établir les fondements pour une structuration de l'organisation des soins primaires. Elle doit viser à construire une identité commune, une « personnalité morale de territoire de proximité » (comme les GHT en ont une), partagée entre les acteurs de premier recours et portée par des outils organisationnels dont certains existent mais sont à développer selon les opportunités et au choix des acteurs, en atténuant les formalismes réglementaires.

- ***Le projet « Ange Gardien » - l'appui des CHU pour la gestion de situations complexes en soins primaires***

Patrick BLANCO, Chef du service d'immunologie et d'immunogénétique au CHU de Bordeaux

Le projet « Ange Gardien » a pour objectif la création d'un parcours de santé personnalisé pour les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques⁵⁰. L'initiative revient à ACRONIM (fédération hospitalo-universitaire) regroupant une quinzaine de services hospitaliers et autant de laboratoires de recherche labellisés Centre national de la recherche scientifique (CNRS) ou Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) dans la région de Bordeaux. Dans la gouvernance, sont présents les URPS, l'ARS, la Région, le CHU, les professionnels de

⁵⁰ Asthme, BPCO, diabète, polyarthrite rhumatoïde, lombalgie, sclérodémie. Ces maladies inflammatoires représentent la troisième cause de morbi-mortalité. C'est la deuxième cause de dépenses, notamment aux Etats-Unis, après les maladies cardiovasculaires et avant le cancer.



santé, ... Le projet a été co-construit avec les médecins généralistes du territoire. Il vise à permettre de poser un diagnostic précoce et de limiter le risque d'errance thérapeutique des patients en reliant les médecins libéraux de premier recours d'un territoire aux médecins experts du CHU de Bordeaux.

Le partenariat repose sur l'usage d'un même logiciel collaboratif développé sur une application mobile dédiée « *Paaco-Globule* » (type « WhatsApp sécurisé ») et hébergé sur les plateformes territoriales d'appui mises en œuvre par l'ARS Nouvelle Aquitaine. Il s'agit de : (i) faciliter le travail collaboratif des acteurs de santé ; (ii) garantir la meilleure prise en charge possible du patient sur l'ensemble du territoire (fondée sur les recommandations de bonne pratique clinique) ; (iii) se préparer aux grandes mutations à venir dans la santé. La plateforme numérique permet en effet de collecter des données structurées qui alimentent la recherche (recherche en soins primaires, recherche biologique et socio-épidémiologique).

Le modèle d'organisation mis en place avec ce projet se situe dans une logique d'aide fonctionnelle et d'appui du CHU (sur son volet universitaire) pour la prise en charge de patients complexes par le médecin traitant et le développement de recherches en soins primaires (deux programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) portés exclusivement par des médecins généralistes sont en cours). Il permet l'accompagnement des équipes de soins primaires non pas dans une logique de filière centrée sur le CHU, mais pour « que le patient soit pris en charge où il habite et se déplace le moins possible au CHU ».

Les étapes du suivi permettent d'illustrer concrètement le dispositif :

1- un patient présente des signaux d'alerte qui relèvent d'une des pathologies listées : le médecin généraliste va proposer au patient, s'il le juge utile, une prise en charge par l'outil Ange Gardien ;

2- le médecin généraliste signale le patient à la plateforme territoriale d'appui de référence, structure d'appui pour l'aider dans une prise en charge complexe⁵¹. Ce module numérique élaboré par les spécialistes du CHU apportera : de la connaissance au médecin ; des outils d'aide à la décision ; l'état de l'art en ce qui concerne le traitement de la pathologie ;

3- la PTA contacte le patient et, avec son accord, ouvre un dossier développé sur l'application numérique. Ce logiciel permet des échanges entre généralistes et spécialistes, et un suivi du parcours par une infirmière de coordination de la plateforme. L'infirmière de coordination a pour rôle d'inscrire et d'informer les patients, de coordonner le parcours de soins, de proposer des rendez-vous si besoin, de rappeler éventuellement les patients qui ne feraient pas les démarches proposées...

4- le médecin généraliste, le patient et la plateforme mettent en place le réseau de soins adapté. Le module patient⁵² permet d'accéder à des programmes d'éducation thérapeutique, des plans d'action personnalisés, un journal de bord, etc. Ces modules ont été élaborés avec les patients eux-mêmes.

Le projet Ange Gardien fait partie des candidatures retenues par le ministère des solidarités et de la santé pour l'expérimentation de nouveaux modèles de financement pour des organisations innovantes en santé, dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

⁵¹ Détection précoce ; Identification rapide des exacerbations ; Planification de la surveillance ; Supervision des parcours de soin ; Prévention des complications.

⁵² L'application patient contient : des informations notamment les relais de prescription ; un agenda médical et un calendrier d'administration ; des outils d'éducation thérapeutique ; un questionnaire de crise ; des outils l'auto-évaluation ; un répertoire photos ; la participation à la recherche.

1.3. La formation, levier majeur de la transformation du système de santé

- **Formation et transformation du système de santé**

Olivier CLARIS, PU-PH, Chef du service de néonatalogie et de réanimation néonatale et président de la CME des HCL, Université Claude Bernard

La formation est centrale pour un exercice médical adapté aux évolutions du système de santé, aux besoins des patients afin qu'ils bénéficient des soins appropriés en tenant compte des compétences de chacun et qui soit respectueux des dépenses publiques. Le serment d'Hippocrate précise « *je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences* » et « *je les entretiendrai et je les perfectionnerai* »⁵³. Le code de déontologie indique ainsi que « *tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu* »⁵⁴. L'enjeu est de garantir la protection de la santé.

Pour s'assurer de l'actualisation des connaissances, diverses mesures ont été prises avec la formation médicale continue puis le développement professionnel continu et l'évaluation des pratiques professionnelles. De nombreux pays ont également adopté des procédures de recertification. En France ce dispositif prévu par la Loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé se met en place : il s'agit de « *créer une procédure de certification indépendante de tout lien d'intérêt permettant, à échéances régulières au cours de la vie professionnelle, de garantir le maintien des compétences, la qualité des pratiques professionnelles, l'actualisation et le niveau des connaissances* »⁵⁵.

Un article paru dans un journal de médecine interne en 2002 a énoncé les principes modernes du professionnalisme médical⁵⁶ : « *Le professionnalisme est la base du contrat de la médecine avec la société* ». Il exige la primauté des intérêts du patient, la compétence et l'honnêteté des médecins ainsi que la participation des médecins pour fournir des conseils d'experts à la société sur les questions de santé et se fonde sur les principes fondamentaux de l'éthique : le bien-être du patient, son autonomie et la justice sociale. Dans cet article, les signataires proposaient 10 engagements de la *charte du professionnalisme*⁵⁷ en particulier concernant la garantie de la qualité et de la sécurité des soins dispensés.

Les études de médecine jalonnées par plusieurs concours (PACES, ECN) avec un système de classement pour les choix des spécialités et des régions de formation ainsi que la valorisation des parcours hospitalo-universitaires privilégient principalement la réussite individuelle plutôt que le travail collectif et interdisciplinaire. L'apprentissage de la coopération interprofessionnelle fait toutefois l'objet d'une attention particulière depuis 2013⁵⁸. La formation doit intégrer les différentes dimensions de l'exercice médical : relation médecin malade dans le cadre du colloque singulier ou au sein d'une équipe, valeurs professionnelles, décision médicale partagée, notions

⁵³ https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/medecins_ns_serment.pdf

⁵⁴ Article R.4127-11 du Code de la Santé Publique

⁵⁵ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000038821290&cidTexte=JORFTEXT000038821260&categorieLien=id>

⁵⁶ ABIM Foundation. *American Board of Internal Medicine*; ACP-ASIM Foundation. *American College of Physicians-American Society of Internal Medicine*; European Federation of Internal Medicine. *Medical professionalism in the new millennium: a physician charter*. *Ann Intern Med*. 2002;136(3):243-246. doi:10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012

⁵⁷ (i) Assurer une utilisation équitable de ressources limitées ; (ii) Perfectionner continuellement les connaissances ; (iii) Maintenir des relations appropriées avec les patients ; (iv) Améliorer la qualité et la sécurité des soins ; (v) Améliorer l'accès aux soins ; (vi) Garantir la confidentialité ; (vii) Garantir la probité ; (viii) Garantir les compétences professionnelles ; (ix) Maintenir la confiance en gérant les conflits d'intérêt ; (x) Assumer les responsabilités professionnelles.

⁵⁸ Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027343762>



de sécurité et de gestion des risques, gestion des erreurs et des plaintes, sécurisation du parcours du patient, droits individuels et collectifs du patient⁵⁹. Dans la réforme du troisième cycle, il a été proposé de compléter cet enseignement dès la phase socle autour de la pertinence des soins et de l'organisation et du financement du système de santé.

Afin de concrétiser l'interprofessionnalité dans la pratique, diverses pistes ont été proposées pour favoriser et encourager le travail en groupe : dès leurs premiers stages, intégrer les étudiants aux réunions d'équipe, d'éthique, de revue de mortalité et de morbidité (RMM), de concertation pluridisciplinaire (RCP) ; faire participer les étudiants aux consultations ; développer l'enseignement par simulation. En miroir, la validation des stages doit être fondée sur l'analyse des connaissances acquises (savoirs), des compétences (utilisation du savoir) et du comportement (savoir-être).

Si le cadre de la formation initiale apparaît stabilisé, de nombreuses questions restent encore à aborder pour ce qui relève de la formation continue et de l'évaluation des pratiques professionnelles. Quels sont les objectifs de la formation continue ? Comment évaluer l'impact des formations pour ajuster correctement les objectifs ? Qui finance la formation et comment se prémunir des conflits d'intérêts ? Comment évaluer la pertinence et les pratiques déviantes des professionnels ? Faut-il des sanctions ? Qui les prend ? etc.

- **Les réformes des études de santé**

Isabelle RICHARD, PU-PH, ex-doyenne de la Faculté de Santé d'Angers ; Première vice-présidente de l'Université d'Angers

Les réformes des études de santé menées ces trois dernières années par le ministère des Solidarités et de la Santé et le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation⁶⁰ dessinent un ensemble cohérent visant à agir sur les formations pour améliorer l'agilité et la capacité du système de santé à répondre aux besoins de santé de la population (ambulatoire, exercice coordonné...). Au-delà de la question du nombre de professionnels à former, les principales lignes directrices de ces réformes sont l'amélioration de la collaboration autour du patient, la flexibilité des parcours et la formation tout au long de la vie, l'accès à la formation avec une attention particulière pour renforcer l'équité, les actions permettant d'élargir l'éventail des curriculum ainsi que le développement de nouvelles connaissances (recherche).

La réflexion autour de l'interprofessionnalité constitue une première ligne de force des réformes menées. Les travaux de recherche tendent à montrer des effets positifs de la formation interprofessionnelle pour la collaboration des professionnels entre eux et l'organisation des soins autour du patient⁶¹ : au-delà de la satisfaction des étudiants pour ces formations, les attitudes et perceptions les uns des autres s'améliorent et les résultats font état d'une augmentation des connaissances et de leurs compétences en matière de collaboration⁶². La mise en place du ser-

⁵⁹ https://www.has-sante.fr/jcms/c_2608424/fr/ue-1-apprentissage-de-l-exercice-medical-et-de-la-cooperation-interprofessionnelle

⁶⁰ (i) Admission dans les études de santé (suppression du *numerus clausus* et de la PACES) ; (ii) Admission en IFSI – institut de formation de soins infirmiers (suppression du concours et admission *via* « Parcoursup ») ; (iii) Mise en place du service sanitaire ; (iv) Réforme du troisième cycle des études médicales ; (v) Evolution des études de pharmacie ; (vi) Lancement des travaux pour l'évolution du deuxième cycle des études de médecine et la réforme des examens classants nationaux (ECN) ; (vii) Création des masters d'Infirmiers en pratique avancée (IPA) ; (viii) Création des nouveaux CNU, avec la possibilité d'avoir des enseignants-chercheurs dans les disciplines de maïeutique, sciences infirmières et sciences de la réadaptation.

⁶¹ Reeves S, Fletcher S, Barr H, *et al.* A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Med Teach*. 2016;38(7):656-668. doi:10.3109/0142159X.2016.1173663.

⁶² « Il est probable que l'un des effets les plus efficaces de la formation interprofessionnelle soit de déconstruire les représentations, en particulier les stéréotypes négatifs que les différentes professions de santé ont les unes des autres, que chacun puisse s'apercevoir que l'autre a des connaissances et des savoir-faire qui sont peut-être différents mais complémentaires dans une prise en charge, et non pas hiérarchisés ».



vice sanitaire se situe pleinement dans cette logique, l'un des objectifs étant de « favoriser l'interprofessionnalité et l'interdisciplinarité lors des formations suivies et des actions réalisées »⁶³. Des évaluations plus fines sont attendues mais les premiers retours montrent qu'une partie significative des interventions a effectivement été conduite par des groupes d'étudiants provenant de formations diverses, qui ont eu à cette occasion la possibilité d'échanger autour de la construction des actions de prévention. L'une des clés du succès de ce dispositif est probablement d'avoir laissé une grande latitude pour l'organisation du module au niveau local.

La flexibilité des parcours est un autre axe fort et transversal aux réformes des études de santé. Actuellement les étudiants sont issus des mêmes séries de baccalauréat, mais aussi des mêmes milieux géographiques et sociaux, notamment en médecine, pharmacie, odontologie et maïeutique, avec pour conséquence des attentes similaires quant aux modes d'exercice et aux préférences d'exercice professionnel. L'idée qui a prévalu à la réforme de l'admission dans les études de santé a été de considérer qu'il fallait élargir le socle de recrutement des étudiants afin de favoriser une diversité de profils. Sachant que la formation est elle-même productrice d'une certaine uniformisation, les réformes d'accès aux études de santé ont été articulées avec la réforme du second cycle des études de santé, notamment de médecine. L'article de loi⁶⁴ et le texte réglementaire prévoient donc, à la place de la PACES que l'entrée dans les études de santé puisse se faire par trois voies différentes dès la rentrée 2020⁶⁵ : (i) voie d'accès par les licences classiques (maths, éco, lettres, droit, sciences de la vie et de la terre (SVT), gestion, économie etc.) comprenant une option « accès santé » (L.AS)⁶⁶ ; (ii) voie d'accès d'emblée dans un parcours spécifique « accès santé » (parcours accès santé spécifique (PASS), proposé uniquement dans les universités ayant une faculté de santé) avec une option d'une autre discipline (droit, philosophie, management...) dans laquelle l'étudiant pourra poursuivre en deuxième année s'il n'est pas admis dans la filière santé ; (iii) voie d'accès « interprofessionnelle » ouverte aux professionnels issus d'autres filières de santé. Le fait que les L.AS puissent être ouvertes par des universités qui n'ont pas de faculté de santé multiplie de façon importante sur le territoire les lieux où un lycéen pourra candidater aux études de santé. Il est attendu que cela participe à lever des phénomènes d'autocensure de lycéens de certaines zones géographiques.

Les préférences d'exercice des professionnels de santé et des médecins en particulier semblent largement dominées par les revenus (les choix de spécialités après les ECN le démontrent) et l'attractivité des territoires (littoral, sud de la France, métropoles). Toutefois, les données de la littérature montrent malgré un faible niveau de preuve que le contenu des formations, l'implantation des lieux de formation⁶⁷, les éléments du « curriculum caché » (figures d'identification notamment) sont des facteurs sur lesquels il est possible d'agir pour faire évoluer les préférences des étudiants sans dégrader la qualité des formations. C'est donc également sur les facteurs favorisant la diversité des lieux de stages et la diversité des expériences cliniques que les réformes des études de santé ont mis l'accent. Un certain nombre de bénéfices sont attendus notamment l'accroissement des capacités de formation, l'attractivité des carrières pour les professionnels participant à l'enseignement et à l'encadrement, l'amélioration des pratiques par la diffusion des bonnes pratiques ainsi que l'attractivité des territoires.

Les évolutions qualitatives de la formation comme celles issues de la réforme menée pour la création des masters d'infirmiers de pratique avancée⁶⁸ sont complexes à mener de façon systémique pour l'ensemble des formations, vu en particulier le nombre des parties prenantes

⁶³ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037051110&categorieLien=id>

⁶⁴ https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessio-nid=A88FA845F889505B7D7B280E7903C687.tplgfr44s_2?cidTexte=JORFTEXT000039309275&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000039309097

⁶⁵ https://www.parcoursup.fr/index.php?desc=acces_etudes_sante

⁶⁶ Aujourd'hui près de 400 licences avec une option « accès santé » sont recensées.

⁶⁷ Farmer J, Kenny A, McKinstry C, Huysmans RD. A scoping review of the association between rural medical education and rural practice location. Hum Resour Health. 2015 May 6;13:27. doi: 10.1186/s12960-015-0017-3.

⁶⁸ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>



(22 métiers, 27 formations, une centaine d'interlocuteurs) et les enjeux propres à chaque profession. Il convient de veiller à ne pas sur-réglementer le contenu des formations. Les exemples des formations de techniciens ou d'ingénieurs très adaptables à l'évolution des technologies et des nécessités du marché de travail pourraient servir de modèles. Au niveau national, les réformes doivent répondre à des enjeux stratégiques de long terme. Il est nécessaire de développer un cadre d'accréditation unique pour l'ensemble des formations. Parallèlement, il faut donner au niveau local les capacités de mettre en œuvre des solutions mieux adaptées aux besoins de santé des territoires. A cet égard, la loi de transformation du système de santé (art.1-III), permet à l'État, à titre expérimental et pour une durée de six ans, d'autoriser l'organisation des formations de santé relevant du titre III du livre VI du code de l'éducation, selon des modalités permettant de renforcer les échanges entre les formations, la mise en place d'enseignements en commun et l'accès à la formation par la recherche⁶⁹.

- ***L'universitarisation des formations paramédicales***

Stéphane LE BOULER, Responsable de projet Universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique, Ministère des Solidarités et de la Santé – Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation

Le paysage de la formation paramédicale apparaît très dispersé. Les acteurs sont nombreux et le tissu de formation est particulièrement dense, avec beaucoup d'écoles et d'instituts de formation (environ 450 entités, sans même parler des sections de technicien supérieur au sein des lycées préparant aux BTS ou des IUT). Ces établissements sont parfois de taille modeste ou très modeste, spécialisés ou non sur une filière. La densité de l'encadrement pédagogique est également remarquable, par rapport à ce qui peut être observé dans d'autres segments de l'enseignement supérieur. La multiplicité des acteurs, qu'il s'agisse des effecteurs ou des tutelles, constitue une difficulté à bien des égards mais la densité du réseau existant présente aussi des avantages : la proximité par rapport à l'hôpital, la forte dimension professionnalisante, un réel ancrage territorial. Le tissu d'écoles et d'instituts ne doit pas être considéré comme figé pour autant, si l'on veut assurer la qualité et l'efficacité des formations. Ne serait-ce que parce que le système de santé alentour évolue lui-même.

Que peut-on demander aux formations et à une réforme de celles-ci dans le cadre de l'évolution d'ensemble du système de santé ? Aujourd'hui les formations en santé doivent être à la fois professionnalisantes, conformes à l'état de l'art et préparer à l'exercice des métiers dans leur dimension interprofessionnelle⁷⁰. De plus, le système de formation doit être adapté aux territoires en qualité et en quantité Enfin, dimension essentielle désormais, il doit participer du bien-être des étudiants. Cela fait une série d'injonctions potentiellement antagonistes : identité, qualité, proximité, flexibilité ne se conjuguent pas forcément spontanément.

Les réformes conduites récemment s'inscrivent dans la ligne des politiques menées depuis le début des années 2000 pour rapprocher les cursus paramédicaux et universitaires, avec le choix combiné de l'extension du système LMD (Licence-Master-Doctorat) et d'un rapprochement avec l'Université. La première étape a été celle des réingénieries des formations, ce qu'on a pu appeler « l'universitarisation par le diplôme ». Principal travers : elle a été conduite en silos, profession par profession. Cette façon de faire a certes produit une forme d'acculturation entre les deux mondes (professionnel et universitaire), plus ou moins rapide selon les filières et selon les territoires mais elle a parallèlement contribué à crispier le système d'acteurs, notamment en focalisant l'attention et les revendications des parties sur la durée des formations. Dans de nombreuses filières, le processus de réingénierie n'a de fait pas pu aboutir en termes de nouveaux référentiels de formation.

⁶⁹ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041870142>

⁷⁰ Concilier ces différentes approches nécessite d'approfondir les caractéristiques propres à chaque profession dans le cadre d'une division du travail toujours plus poussée et, en même temps, de potentialiser les éléments de transversalité et de coopération, ce qui peut susciter des tiraillements.



La *Grande conférence de santé* de 2016 a marqué une inflexion en repositionnant la question de l'interprofessionnalité et en précisant ce que l'on pouvait attendre de l'intégration universitaire des formations. Par la suite, l'impulsion donnée en 2017-2018⁷¹ a de fait consisté à placer l'Université au centre du processus et à s'attacher plus particulièrement à diffuser les standards de l'Université et du fonctionnement de l'enseignement supérieur. Parmi ces standards, l'admission dans les formations *via* « Parcoursup » a constitué un gros chantier. Cela a été une opportunité pour faire évoluer les modalités d'admission dans les formations et le système des concours, qui contribuaient largement à la segmentation et au cloisonnement entre professions. Des mesures ont également été prises pour consolider les droits des étudiants dans le cadre universitaire (alignement des barèmes de bourses notamment).

Aujourd'hui le processus d'universitarisation se poursuit sur deux grands axes.

En termes de statut, il convient de traiter les écarts qui demeurent entre les écoles ou les instituts de formation, d'une part, et les universités, d'autre part, afin de conférer aux étudiants des filières paramédicales les mêmes droits qu'à l'ensemble des étudiants formés à l'université, ce qui n'est pas le cas actuellement (sur le droit de vote par exemple). Du point de vue des universités, il s'agira notamment de leur permettre de délivrer des diplômes d'État comme elles le font déjà en médecine, pour les sages-femmes et depuis peu, pour les infirmières en pratique avancée.

En matière pédagogique, il est essentiel de reconnaître l'initiative des acteurs : le développement des formations en pratique avancée, avec un cahier des charges réglementaire relativement discret et l'initiative laissée aux universités pour élaborer les maquettes de formation a montré la voie. C'est dans cette même logique que la *Loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé* (OTSS) a ouvert la possibilité d'expérimentations dans le champ des formations de santé⁷², pour permettre des initiatives portées par les acteurs universitaires en relation avec leurs partenaires (régions, instituts de formation, CHU...) qu'il s'agisse de doubles cursus, de mutualisation entre les cursus, de construction de parcours innovants de formation, mobilisant par exemple la validation des acquis, etc.

Enfin, nous sommes dans un système particulièrement complexe parce que doublement décentralisé, avec d'une part la compétence confiée aux conseils régionaux et d'autre part l'autonomie donnée aux universités : la gouvernance doit évoluer pour une meilleure régulation territoriale. Au-delà d'un dialogue de gestion sur les moyens, le dialogue stratégique qui peut se nouer au niveau des territoires entre les collectivités régionales et les universités est central pour que le système de formation soit performant. La prégnance de la dimension territoriale dans la répartition des professionnels de santé aide évidemment à ce que les régions soient de plus en plus préoccupées et participatives auprès des universités sur cette question de la régulation des formations.

⁷¹ http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Enseignement_superieur/96/4/MissionUniversitarisationRapportintermediairefevrier2018_912964.pdf

⁷² Voir le Décret no 2020-553 du 11 mai 2020 relatif à l'expérimentation des modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche.



- **Apprendre à travailler ensemble : l'enjeu des formations interprofessionnelles**

Laure FIQUET, Médecin généraliste, Maître de conférence associée. Université de Rennes I.

En pratique les cursus de formation sont encore très cloisonnés. La collaboration interprofessionnelle nécessite l'apprentissage de compétences spécifiques^{73,74}. L'éducation interprofessionnelle comprend « *au moins 2 professions engagées dans des processus d'apprentissage conjoints, réciproques, leur permettant de mieux se connaître mutuellement dans une visée d'amélioration de la qualité des soins* »⁷⁵. L'OMS préconise le développement de formations interprofessionnelles sur les territoires pour améliorer les résultats de santé des populations en amenant à des pratiques collaboratives⁷⁶.

Un séminaire interprofessionnel a été mis en place dès 2009 à Rennes, puis diffusé dans d'autres villes, notamment à Besançon. Le projet est parti de l'identification d'un besoin local. Cette expérimentation s'adresse aujourd'hui à une centaine d'étudiants en formation initiale et réunit 10 professions de santé et de services médicosociaux : assistants de services sociaux, diététiciens, ergothérapeutes, infirmiers, manipulateurs d'électroradiologie médicale, masseurs-kinésithérapeutes, podologues, pharmaciens, sages-femmes, médecins généralistes. Toutes les professions (notamment psychologues, orthophonistes) ne sont pas représentées.

La formation est organisée en trois sessions de deux jours. La participation est obligatoire ou fondée sur le volontariat selon les filières. La première session porte sur la coordination des soins et permet de travailler sur les représentations, les professions, l'identité professionnelle. La deuxième session s'articule autour de la relation soignant-soigné qui est au cœur du métier des professionnels. Les patients interviennent pour faire part et témoigner de leur expérience et donner leur avis sur l'interprofessionnalité. La troisième session consiste en la construction d'un projet de santé. Initialement, cet exercice portait sur un territoire fictif mais avec le soutien de l'ARS les travaux peuvent désormais porter sur des territoires « réels ». En 2018, une restitution des travaux a été réalisée par les étudiants auprès de l'ensemble des acteurs du territoire (ARS, mutualité sociale agricole (MSA), collectivités territoriales...).

Ce travail collectif permet d'amener l'université sur les territoires et de confronter les points de vue au plus près du terrain. L'évaluation du dispositif reste complexe en termes de résultats de santé. Toutefois, les travaux de recherche autour du séminaire sont nombreux (mémoires, thèses, articles de recherche...). Des études qualitatives à un an sur l'impact de la formation et sur l'attitude des étudiants vis-à-vis de l'enseignement interprofessionnel montrent que^{77,78} :

- Pour les étudiants, le séminaire représente une occasion unique de se former, de rencontrer les autres professionnels de santé, de découvrir les compétences des patients. La formation transforme la manière de penser le collectif et amène au travail collaboratif. Certains étudiants indiquent par ailleurs que cette formation a eu un impact sur leurs choix d'installation (MSP) ;

⁷³ D'Amour Danièle, Sicotte Claude, Lévy Ron. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé*. Volume 17, n°3, 1999. pp. 67-94. https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1999_num_17_3_1468

⁷⁴ San Martín-Rodríguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care*. 2005;19 Suppl 1:132-147. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16096151/>

⁷⁵ Center for the advancement of interprofessional education (2002) – Royaume-Uni

⁷⁶ WHO Framework for action on interprofessional education and collaborative practice 2010.

⁷⁷ Fiquet L *et al*. Une formation interprofessionnelle pour apprendre à travailler ensemble en santé : la perception des étudiants. *Pédagogie Médicale*. 2015;16:105-17.

⁷⁸ Fiquet L. Travailler ensemble en soins primaires au service du patient : intérêt des formations interprofessionnelles et des collaborations pluriprofessionnelles in Douguet F, Fillaut T, Hontebeyrie J. *Intervenir en première ligne : Les professions de santé libérales face au défi de la proximité*. Ed Harmattan 2016.

- 
- Les patients plébiscitent ce type de formation : pour eux, l'interprofessionnalité est un gage d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins qu'on leur prodigue. La participation des patients aux formations est indispensable ;
 - Du point de vue des formateurs, un temps de rencontre et d'apprentissage collectif est essentiel en amont afin de développer une culture commune et faire émerger les projets (co-construction). Une fonction de coordination extérieure est nécessaire. Il est en effet nécessaire de déconstruire les représentations et de travailler autour de la hiérarchie médicale afin de créer un collectif de travail et légitimer la parole de chacun.

Faut-il sanctuariser des temps de formation, institutionnaliser le fait d'avoir un module de formation interprofessionnelle⁷⁹ ? Le format expérimental est fragile, fondé sur le volontariat. Le dispositif est donc conditionné à l'engagement des acteurs (financeurs, instituts de formation) qu'il faut sans cesse remotiver. Des contraintes diverses peuvent s'exercer et la tentation est forte de considérer que les dispositifs de formation interprofessionnelle correspondent à une simple mise en commun de moyens. Des difficultés peuvent également survenir avec la mise en place de dispositifs jugés comme « concurrents ». En l'espèce, la mise en place du service sanitaire a justifié le retrait de certains instituts du dispositif. Toutefois, si les nouveaux dispositifs de formation sont une opportunité pour développer le champ de l'interprofessionnalité, il faut rappeler qu'ils ne constituent pas des solutions substituables à un apprentissage spécifique.

Conclusion

Patrick HASSENTEUFEL, Professeur de science politique, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, Sciences Po Saint-Germain-en-Laye

En conclusion, je voudrais développer quelques éléments de synthèse sur l'évolution des relations entre les différents professionnels de santé. De façon un peu générale, le terme de coordination renvoie à une maîtrise des interactions donc une dimension technocratique contrairement à la coopération qui recouvre une dimension plus « horizontale ».

Différentes interventions dessinent une évolution positive mais l'optimisme suscité mérite d'être nuancé. Les obstacles à la coopération sont nombreux comme cela a été montré avec l'image de la pelote de laine pour illustrer la complexité des interactions entre les représentants des professions de santé lorsqu'il s'agit de conduire des réformes. Lors de la session à laquelle j'ai participé, nous avons mis l'accent à la fois sur les obstacles liés au mode de construction historique et politique des groupes professionnels ainsi que les obstacles juridiques. Ceci a d'ailleurs été poursuivi par d'autres intervenants qui ont parfois souligné des éléments de lourdeur administrative ou de règles fiscales qui peuvent être des freins à la mise en œuvre des coopérations entre professionnels. Le fait est que même s'il y a effectivement des évolutions réglementaires et législatives importantes, il reste toute une série d'éléments qui font obstacle à la coopération. A l'inverse, différentes évolutions mentionnées apparaissent comme pouvant permettre de renforcer la coopération interprofessionnelle ou l'exercice coordonné. Il s'agit d'évolutions structurelles ou d'évolution des politiques publiques qu'elles relèvent ou non du champ exclusif de la santé.

Les cloisonnements institutionnels sont finalement assez nombreux. Il s'agit typiquement du cloisonnement entre la ville et l'hôpital mais il existe également au niveau de la formation un cloisonnement institutionnel. Les actions relèvent de deux ministères différents (le ministère des Solidarités et de la Santé et le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation) avec des modes de fonctionnement différents, des recueils statistiques différents

⁷⁹ Dans ce cas, plusieurs options sont possibles. Faut-il définir des référentiels de formation au niveau national avec la complexité inhérente au nombre d'interlocuteurs à faire converger ou définir précisément un référentiel et un cadre d'accréditation des formations, plus souples, permettant de donner au niveau local les capacités de mettre en œuvre des solutions mieux adaptées aux besoins de santé des territoires ?



et des cultures professionnelles différentes. Le cloisonnement entre les champs de la santé et du médico-social a été peu évoqué mais les enjeux de formation et de coopération sont également importants à ce niveau. Dans d'autres pays, les pays du nord de l'Europe ou au Québec par exemple, les professions du champ social sont présentes dans les structures d'exercice coordonnées, ce qui n'est pas le cas en France et probablement le fruit d'un héritage institutionnel peu favorable jusqu'à présent. Des éléments contextuels susceptibles de freiner le développement des coopérations ont également été illustrés qu'il s'agisse du contexte actuel de l'hôpital et des urgences ou du cadrage budgétaire des politiques de santé aujourd'hui. Enfin le frein lié aux représentations culturelles et sociales des patients a été mentionné : la place dominante de la profession médicale relève de la logique professionnelle mais également des représentations du patient et de la primauté qu'il accorde aux médecins généralistes ou aux spécialistes.

Parmi les évolutions structurelles favorables, la démographie des professionnels de santé et la question de la répartition des tâches pour libérer du temps médical, qu'il s'agisse de tâches directement liées aux soins ou non a été largement abordée. Ces évolutions portées par les nouvelles générations de professionnels témoignent d'une volonté plus forte d'aller vers des coopérations interprofessionnelles renforcées. Les évolutions épidémiologiques et démographiques (vieillesse, essor des pathologies chroniques) sont également des éléments fortement structurants qui expliquent la mise à l'agenda de ces questions de coopération interprofessionnelle. Enfin, à un niveau supranational, des évolutions citées en référence à l'Organisation mondiale de la santé ou à des directives européennes (par exemple la réforme LMD⁸⁰) vont clairement dans le sens d'une plus grande coopération entre professionnels.

En termes de politiques publiques, différentes interventions ont témoigné de la mise en place de toute une série d'instruments (incitations financières en particulier) qui renvoient à des structures de soins coordonnées et aux « nouveaux métiers » avec la redéfinition des tâches. Le lien avec la rémunération a en revanche été peu abordé. Toutefois, la question de la formation et de l'investissement dans les tâches de coordination ne peut être déconnecté de la question du niveau de revenus. C'est à la fois une question de montant de rémunération et d'adaptation des rémunérations à des formes d'exercice partagé ou d'exercice mixte.

Les politiques de santé, comme c'est le cas pour un grand nombre de politiques publiques aujourd'hui ne peuvent se déployer indépendamment des évolutions d'autres politiques publiques avec lesquelles les interactions sont plus ou moins fortes. Les réformes de la formation médicale et de la formation en santé sont étroitement connectées aux transformations portées par le ministère de l'Enseignement supérieur. Ainsi, la réforme de Parcours Sup a ouvert une fenêtre d'opportunité pour réformer les études de santé. De même le passage au système LMD a eu un impact dans le domaine de la santé. Un autre aspect sur l'autonomie des universités s'inscrit dans cet ensemble, et ouvre une fenêtre d'opportunité favorable pour proposer des évolutions des formations à la fois dans le contenu, mais surtout dans les coopérations entre les différentes disciplines en partant d'initiatives portées par les universités.

Avec l'émergence de dynamiques locales portées par les collectivités territoriales qui se sont investies de manière croissante sur le thème de la santé (par la problématique des déserts médicaux) les politiques de santé s'inscrivent également dans des dynamiques plus générales de territorialisation. La valorisation des initiatives portées par le terrain s'accompagne d'évolutions institutionnelles concomitantes. La logique de maillage territorial fin piloté par le ministère évolue et les agences régionales de santé doivent se transformer pour dépasser leur rôle de relais des orientations nationales et s'investir dans l'accompagnement d'initiatives locales, avec une série d'instruments à disposition, afin de devenir des « facilitateurs » pour la mise en œuvre et l'accompagnement d'initiatives locales. Dans ce contexte, le rôle des collectivités territoriales, notamment avec la mise en place des CPTS est appelé à évoluer.

⁸⁰ Licence-Master-Doctorat.



II. L'évolution des métiers et des compétences dans de nouvelles organisations émergentes

Introduction

- **Politiques de la coordination : enjeux organisationnels et professionnels**

Patrick CASTEL, Chercheur à Sciences Po, Centre de Sociologie des Organisations⁸¹

L'exigence de coordination et de coopération émerge dans les politiques de santé dès les années 1990. Les schémas régionaux de l'organisation sanitaire (SROS) créés en 1991 recèlent déjà l'idée de formalisation et de rationalisation des soins. Les réformes successives, réforme du médecin traitant, développement des réseaux de soins, création des GHT *etc.* et plus récemment les « expérimentations art.51 »⁸² vont dans le sens d'un foisonnement d'organisations (présu-mées) « coordonnées ». Le champ de la cancérologie est emblématique de ces évolutions⁸³.

Cet impératif de coordination se traduit par la création de ce que deux théoriciens de la *Stockholm School of Economics*, Göran Ahrne et Nils Brunsson, sociologues et chercheurs en gestion, appellent le développement « d'organisations partielles » et de « méta-organisations »⁸⁴. Les « organisations partielles » sont qualifiées ainsi car un ou plusieurs attributs classiques des organisations leur manquent, tels que des principes hiérarchiques, des capacités de sanctions de leurs membres, des règles de fonctionnement bien définies, des ressources financières conséquentes. Pour ces auteurs, les standards de bonnes pratiques sont des exemples d'organisations partielles : ils permettent de délimiter les membres d'une communauté qui sont censés suivre les recommandations, mais les ressources pour les faire respecter sont nulles ou limitées. Les « méta-organisations » sont plutôt destinées à coordonner, souvent de manière souple, des organisations existantes. Dans la santé, c'est le cas des réseaux de soins par exemple. Depuis sa création, l'Institut national du cancer (INCa) a été un grand promoteur de ce type d'organisations visant à coordonner l'ensemble des acteurs du champ.

Plusieurs hypothèses permettent de comprendre l'émergence des politiques de coordination

Les évolutions épidémiologiques et démographiques constituent l'hypothèse fonctionnaliste la plus évidente : des trajectoires de plus en plus longues, l'avènement des maladies chroniques et le vieillissement de la population, nécessitent une coordination entre les acteurs du social, du médico-social et du médical.

La spécialisation médicale conduit également à un besoin accru de coordination. L'hyperspécialisation a toutefois un effet assez paradoxal puisque c'est à la fois un facteur de renforcement

⁸¹ Coauteur de l'ouvrage *Sociologie politique de la santé* Editions PUF – collection Quadrige.

⁸² La Loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé, dès lors que ces nouvelles organisations contribuent à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé.

⁸³ Le développement des réseaux de soins a été très marqué dans le domaine de la cancérologie. Ce sont des professionnels qui ont été à l'origine de la création du premier réseau de cancérologie. Ils ont été généralisés à la suite du Plan Cancer.

⁸⁴ Göran Ahrne, Nils Brunsson N. « Organization outside organizations: the significance of partial organization », *Organization*. vol. 18, n° 1, pp. 83-104. doi:10.1177/1350508410376256 ; Göran Ahrne, Nils Brunsson N. *Meta-Organizations*, Cheltenham, Edward Elgar, 2008.



de la juridiction médicale mais également un facteur de fragmentation de la représentation médicale qui renforce l'enjeu de la coordination. Ceci est particulièrement marqué dans le contexte américain⁸⁵.

Les contestations grandissantes de la juridiction et de l'autonomie médicale constituent un autre élément expliquant les injonctions à la coordination et à l'intégration. Elles sont portées par les mouvements de patients qui émergent au moment de l'épidémie du VIH-SIDA mais aussi par la professionnalisation de certains métiers de la santé (les personnels infirmiers notamment) et celle des managers et directeurs d'hôpitaux. La montée en légitimité d'autres savoirs que le savoir médical dans les champs du management et de l'économie en particulier ont également été des moteurs pour réformer les organisations. Ils s'inscrivent dans la mouvance du *New Public Management* qui émerge en France dans les années 1970-1980.

La porosité entre la recherche et le soin est un autre facteur qui favorise le besoin de coordination. Ce phénomène est très marqué dans le champ de la cancérologie avec l'apparition de la génomique et des immunothérapies. De nouveaux acteurs qui auparavant n'étaient pas mobilisés directement dans les prises en charge doivent être associés. C'est le cas des biologistes qui vont être sollicités pour participer à des *molecular tumor boards* et contribuer aux décisions thérapeutiques⁸⁶. Dans ce contexte, les secteurs des soins et de la recherche dans les hôpitaux doivent chacun se transformer afin de pouvoir collaborer.

Une dernière dimension institutionnelle trouve son point d'ancrage dans la valeur que nos sociétés accordent à l'autonomie. Dans des sociétés au sein desquelles l'Etat providence est moins légitime à intervenir directement, dans un domaine où les dépenses sont comptées, la coopération et l'injonction à davantage d'organisation constituent une forme de voie médiane pour tenter de réformer nos sociétés. Toutefois, derrière un consensus apparent, il y a de nombreux quiproquos qui masquent des enjeux divers.

Enfin l'action publique se caractérise par le recours de plus en plus privilégié à ce que, avec des collègues, nous avons appelé un « gouvernement par les labels » : nous avons constaté que l'Etat, dans un certain nombre de domaines dans lesquels il ne sait pas ou ne connaît pas les bonnes façons de s'organiser et vis-à-vis d'intérêts professionnels ou commerciaux auxquels il préfère ne pas s'attaquer frontalement, décide d'octroyer un label à des acteurs « expérimentateurs » qui proposent leur propre façon de s'organiser⁸⁷. Ce mode de gouvernement est typique de ce que Foucault appelle des dispositifs de sécurité. Le gouvernement par les labels incite ainsi à multiplier de nouvelles organisations.

Un foisonnement d'initiatives organisées

De cet impératif de coordination émerge un foisonnement d'initiatives qui concerne aussi bien les outils et les procédures, les métiers que les organisations elles-mêmes.

Les procédures comme les recommandations puis les guides de parcours de soins et les itinéraires thérapeutiques constituent des dispositifs censés coordonner les acteurs impliqués dans les prises en charge mais les résultats restent assez modérés en la matière. L'accent porte encore davantage sur le développement du numérique. L'arrivée d'une nouvelle vague d'outils

⁸⁵ L'*American Medical Association* a été l'acteur principal du renforcement et de l'affirmation de l'autorité médicale aux Etats-Unis, au 19^e et au début du 20^e siècle. Elle a réussi à empêcher pendant longtemps toute tentative de réforme vers plus d'intégration et moins d'autonomie de la profession médicale. L'*American Medical Association* a perdu beaucoup de son influence avec le processus d'hyperspécialisation, les médecins y ont moins adhéré. C'est toutefois un affaiblissement relatif car les médecins conservent un pouvoir dans la décision et une forme d'indépendance. Ils ont par exemple réussi à limiter l'impact des HMO sur leurs propres pratiques.

⁸⁶ Pascale Bourret, Alberto Cambrosio, « Genomic expertise in action: molecular tumour boards and decision-making in precision oncology », *Sociology of Health and Illness*, vol. 41, 2019, pp. 1568-1584. doi:[10.1111/1467-9566.12970](https://doi.org/10.1111/1467-9566.12970)

⁸⁷ Henri Bergeron, Patrick Castel, Sophie Dubuisson-Quellier, « Gouverner par les labels: Une comparaison des politiques de l'obésité et de la consommation durable ». *Gouvernement et action publique*, vol. 3, n° 3, 2014, pp. 7-31.

<https://doi.org/10.3917/gap.143.0007>



digitaux constitue une promesse d'amélioration de la coordination entre les acteurs. La télémédecine en est l'expression. Il convient toutefois de rester prudent sur ses effets. La sociologie des organisations nous apprend en effet que l'outil ne suffit pas pour favoriser la coordination. Ainsi, les premières vagues d'informatisation survenues il y a une trentaine d'années ont été également accompagnées d'attentes en termes de circulation et de fluidité de l'information entre acteurs ; les attentes ont été largement déçues. On rappellera la trajectoire jusque-là contrariée du dossier médical personnel, aujourd'hui rebaptisé dossier médical partagé. Actuellement la profusion d'outils visant à coordonner la ville et l'hôpital, différents services au sein d'un même établissement *etc.* se heurte au manque de coopération des acteurs et ne produit pas, le plus souvent, les effets souhaités malgré leur potentiel.

De nouveaux métiers autour de la coordination apparaissent. Il peut aussi s'agir de trajectoires professionnelles où des professionnels de santé abandonnent ou diminuent leurs activités de soins pour des fonctions de coordination. Et les directeurs des systèmes d'information dans les établissements voient leurs fonctions évoluer de la production et de la sécurité des données vers des fonctions d'analyse dont l'objet est d'organiser le parcours des patients et de ce fait les pratiques des professionnels.

L'exemple du cancer est très illustratif de cette frénésie organisationnelle. En 2003, la création de l'INCa elle-même est déjà la concrétisation d'une volonté d'administratifs et de certains professionnels de coordonner tous les acteurs de la cancérologie, notamment les chercheurs et les cliniciens. Les différents plans cancer qui se sont succédés sont eux-mêmes caractérisés par une profusion d'innovations visant à faciliter la coordination⁸⁸. Il y a eu la généralisation des réseaux à partir de 2005, l'apparition des Centres de Coordination en Cancérologie (3C), la généralisation des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP)... Ces organisations se sont développées avec plus ou moins de succès. Ainsi, le dossier communicant en cancérologie (DCC) prévu par le plan cancer 3 peine à se déployer et connaît jusqu'à présent le même destin que le dossier médical partagé.

Dans le champ de la recherche translationnelle, l'exemple des cancéropôles illustre comment l'intérêt des acteurs façonne les dispositifs. Audrey Vézian a montré comment, au fur et à mesure des étapes, le projet innovant de cancéropôle a été détricoté par tous les acteurs pour devenir une « méta-organisation »⁸⁹. Finalement, ces centres régionaux remplissent certaines missions, notamment d'animation scientifique mais n'ont pas eu cette fonction d'intégration que prévoyaient les biologistes et médecins à leur origine. Pour pallier cette situation, l'INCa a créé des sites intégrés de recherche sur le cancer (SIRIC) dont l'ambition est plus modeste, car ils sont censés coordonner moins d'établissements, mais aux moyens plus concentrés. Il faut ajouter les autres dispositifs de structuration de la recherche en cancérologie : réseaux thématiques de recherches avancées, réseaux thématiques de recherche et de soins, centres labellisés de phase précoce, instituts hospitalo-universitaires...

Pour certains acteurs, en particulier les acteurs étrangers, ce paysage est un facteur de complexité. D'autres acteurs, multi-positionnés, ont en revanche une très bonne connaissance du système et savent en tirer parti pour bénéficier des ressources multiples que les dispositifs, partiellement redondants, permettent.

Un monde « hyper organisé » ?

L'organisation est aujourd'hui un instrument privilégié des politiques publiques, aux côtés d'autres instruments plus classiques (économique, managérial, juridique, *etc.*). Selon certains

⁸⁸ Patrick Castel, Pierre-André Juven, Audrey Vézian (dir.), *Les politiques de lutte contre le cancer en France. Regards sur les pratiques et les innovations médicales*, Rennes, EHESP, coll. « Recherche santé social », 2019, 216 p.

⁸⁹ Audrey Vézian. Thèse de sociologie – 2013. Genèse et institutionnalisation d'une organisation biomédicale, l'exemple des cancéropôles (2002-2010) : l'organisation comme instrument d'action publique. Cette thèse met en évidence les mécanismes qui expliquent que les cancéropôles, malgré un projet soutenu au départ par des idées légitimes et par des acteurs aux ressources politiques importantes, n'ont pas réussi à créer une véritable communauté d'intérêt entre chercheurs, cliniciens et acteurs privés.



auteurs, la création d'organisations formelles est caractéristique de nos sociétés modernes. Philippe Bezes et Patrick Le Lidec ont dirigé un numéro spécial de la *Revue française de science politique* sur les politiques de l'organisation et montrent que les politiques de fusion sont devenues un pan important de l'action publique (ARS, Universités,...)⁹⁰. Henri Bergeron et Patrick Hassenteufel ont analysé plus largement ce nouveau mode d'action publique et ce qu'il implique en termes d'évaluation⁹¹. Leurs travaux montrent que ces *politiques de coordination* visent à développer la coopération et la coordination entre acteurs et institutions, en développant des organisations qui ont rarement des liens hiérarchiques sur les acteurs qu'ils doivent coordonner, qui ont des incitations financières relativement modestes et qui doivent pourtant faire ce travail de coordination et de mise en relation. Toutefois, ces organisations sont encore trop rarement évaluées sur le long terme en termes d'efficacité (au-delà d'évaluations de processus sur leur capacité à produire de la coopération).

Ce mode de gouvernement par les organisations n'est pas l'apanage du seul champ de la cancérologie ni de la santé en général : le secteur médicosocial regorge également d'initiatives, d'expérimentations et d'organisations qui ont été développées pour essayer de coordonner les acteurs⁹². C'est aussi une politique de symboles : que l'on soit un professionnel ou que l'on soit l'Etat, créer une organisation, c'est montrer que l'on a bien compris le problème et que l'on va s'en charger. Il n'est pas non plus propre à la France si l'on prend l'exemple des transformations et des évolutions régulières du NHS ou de l'organisation de la cancérologie dans d'autres pays du nord de l'Europe (Suède, Norvège, Danemark). John Meyer⁹³ observe que ce développement concerne tous les pays et tous les champs de l'action publique : environnement, luttes pour la diversité et contre les discriminations,... Cela soulève des problèmes de juridiction lorsque des organisations sont créées sans nécessairement modifier les missions des organisations préexistantes.

De nombreux défis pour ces organisations

Une difficulté majeure pour ces organisations est de savoir comment coordonner sans autorité hiérarchique ni moyens conséquents et pérennes dans un contexte caractérisé par la défense de l'autonomie médicale. Il n'est pas rare que ces organisations soient dépendantes des ressources individuelles (en termes de légitimité, de réseau de connaissances notamment) des personnes qui les ont fondées, ce qui pose la question de leur pérennité et de leur généralisation dans l'espace. Par ailleurs, de façon générale, les professionnels ont souvent marqué des résistances et des réticences à la formalisation, au recueil et à la restitution d'informations, ce qui constitue un autre obstacle. Ces organisations doivent également trouver leur place dans un secteur déjà bien fourni en organisations.

Les promoteurs de ces organisations, ceux qui veulent organiser et ceux qui sont à la tête de ces organisations, doivent se démener pour essayer de coordonner les autres acteurs. Pourtant, malgré les difficultés, de nombreux acteurs s'engagent dans cette voie. L'évolution du rapport au travail peut contribuer à l'expliquer, notamment chez les médecins. Les nouvelles générations sont plus promptes à s'engager dans un effort collectif parce qu'elles estiment qu'à terme, elles pourront mieux maîtriser leur temps de travail. Cela se traduit par exemple par le travail en groupe, la création des maisons de santé pluriprofessionnelles ou une plus grande propension à la délégation de tâches. C'est un compromis entre une perte d'indépendance et un gain en termes de qualité de vie.

⁹⁰ Bezes, Philippe, et Patrick Le Lidec. « Politiques de la fusion. Les nouvelles frontières de l'État territorial », *Revue française de science politique*, vol. 66, no. 3, 2016, pp. 507-541.

⁹¹ Bergeron, Henri, et Patrick Hassenteufel. « Une contribution de la sociologie de l'action publique à l'évaluation de processus. Le cas des « politiques d'organisation » », *Idées économiques et sociales*, vol. 193, no. 3, 2018, pp. 42-50.

⁹² Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut. *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Dunod, Paris, 2014, 316 p.

⁹³ Patricia Bromley and John W. Meyer. *Hyper-Organization: Global Organizational Expansion*. Oxford Press.



Une grille de lecture pour comprendre la coopération et le conflit autour de ces organisations

Un cadre de lecture a été formalisé à partir de l'observation comparée des prises en charge du cancer, de la toxicomanie et de l'alcoolologie⁹⁴. Il cherche à éclairer les mécanismes qui président à la formation des réseaux de coopération entre les partenaires associés de la prise en charge et permet notamment de comprendre les raisons ou les échecs de certaines organisations visant à la coopération. Schématiquement, la coopération en santé se fonde sur deux piliers : (i) l'orientation de patients « conformes » et (ii) l'appariement entre un professionnel dit « captant », qui considère devoir assurer le suivi du patient tout au long des étapes qui scandent la curation et d'autres professionnels qui conçoivent leur intervention comme ponctuelle et limitée à une étape de la trajectoire thérapeutique.

L'adressage approprié constitue le premier pilier. Il se réfère au fait que les médecins, les professionnels de santé, les associations se spécialisent sur un certain type de prise en charge dans la chaîne de soins. Cette spécialisation n'est pas réductible à une spécialité médicale et se réfère davantage au domaine d'activité. La sélection des « bons patients » nécessite des partenaires en amont et en aval pour que les dispositifs et/ou les professionnels se voient adressés des patients conformes aux caractéristiques de l'activité qu'eux et leur organisation ont développés. Les conflits tendent à se produire quand se réalise une mauvaise orientation, c'est-à-dire lorsqu'un des partenaires se voit confronté à une population non conforme à ses exigences institutionnelles, organisationnelles et/ou thérapeutiques. C'est par exemple le cas dans le champ de l'addictologie lorsque des professionnels sont sollicités par des services de justice pour des patients qui ne sont pas des dépendants avérés, mais des consommateurs occasionnels ne correspondant pas à leur activité cible. Ce type de conflit est également décrit pour les urgences lorsqu'il s'agit d'orienter secondairement les patients.

Le deuxième pilier considère la combinaison d'un engagement captant avec des engagements non captants comme une autre condition à l'établissement de réseaux stabilisés. Si certaines spécialités sont davantage sollicitées de façon ponctuelle (les radiologues par exemple sont rarement « captants »), les agencements peuvent être très variés et l'appartenance à une spécialité ne prédétermine pas l'engagement captant ou ponctuel. Par exemple dans le champ de la cancérologie, certains chirurgiens vont avoir plutôt un positionnement ponctuel tandis que d'autres seront le professionnel référent tout au long du processus de prise en charge. Réciproquement, les conflits peuvent survenir quand des professionnels captants tentent de travailler avec des professionnels qui le sont tout autant, par exemple pour la maîtrise de la trajectoire du patient en cancérologie. A l'autre extrême, une chaîne thérapeutique constituée uniquement de professionnels « ponctuels » peut conduire à ce qu'on appellera de manière indue « l'errance médicale » : personne ne prend réellement le patient en charge. Ce peut être le cas des personnes âgées polyopathologiques : l'organisation par pathologie est un frein à des prises en charge nécessitant une grande transversalité.

Or, on peut comprendre l'implication effective dans les organisations coordinatrices évoquées plus haut comme des tentatives pour essayer de consolider et formaliser des relations qui se sont stabilisées ou, à l'inverse, pour modifier la division ordinaire du travail. Dans ce schéma, deux figures sont particulièrement intéressantes. Celle du médecin généraliste qui est censé être « cœur de réseau » mais qui subit en réalité les afflux. Le fait de développer des dispositifs locaux de coordination peut être analysé dans ce cas comme une stratégie pour essayer de reprendre la main sur l'organisation et devenir « captant », pour mieux fluidifier l'organisation du travail. L'autre figure est celle du professionnel en « bout de chaîne », c'est-à-dire qui intervient à la suite de nombreux actes diagnostics et de soin. Notons que cette figure ne correspond pas nécessairement à celui qui est plus bas dans la hiérarchie symbolique. Il peut s'agir par exemple d'un professeur des universités – praticien hospitalier (PU-PH), spécialiste de telle maladie rare, et qui a à gérer de manière récurrente ce qu'il considère comme des prises en charge

⁹⁴ <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01302153/file/2010-bergeron-castel-captation-appariement-reseau-vauteur.pdf>



antérieures inadaptées, sollicité en dernier recours. De tels spécialistes vont alors éventuellement chercher à structurer les parcours en amont, sans qu'ils aient un lien hiérarchique direct avec les professionnels qui interviennent avant eux ; les organisations partielles ou les méta-organisations peuvent constituer de telles tentatives.

Ces différents exemples et de nombreux travaux de sociologie des organisations et des mouvements sociaux avant eux rappellent un impensé des politiques de coordination. Plus que sur des dispositifs formels ou la technologie, l'action collective repose avant tout sur des *échanges* entre acteurs, quoique plus ou moins asymétriques. Si l'on veut que des acteurs coopèrent, il faut que ceux-ci soient dans une situation d'interdépendance. Les relations de pouvoir, c'est-à-dire des relations d'échange, réciproques mais plus ou moins équilibrés, ne doivent pas être vues comme un frein, mais comme la condition *sine qua non* de l'action collective. La composante sociologique des organisations mérite ainsi une attention particulière et devrait être finement analysée dans le cadre des évaluations afin d'éviter les écueils des croyances managériales contemporaines (croyance dans les outils, croyance dans la culture organisationnelle, croyance dans les règles), de comprendre les conditions de coopération entre les acteurs (intérêt à agir) et d'identifier les moyens et les leviers permettant de restaurer l'équilibre des acteurs et de doter de ressources les acteurs en situation de négociation défavorables alors qu'on entend en faire des piliers des réorganisations.

II.1. Les organisations de soins primaires : une nouvelle place pour les infirmières

- ***La profession d'infirmière libérale aujourd'hui et demain - prospective des soins infirmiers dans le cadre de la stratégie de transformation de notre système de santé***

Daniel GUILLERM, Président de la Fédération nationale des infirmiers (FNI)

Carte d'identité de la profession en quelques chiffres

701 000 infirmières en 2018 (87% sont des femmes ; leur âge moyen est de 44 ans)

Près de 120 000⁹⁵ exercent en libéral réparties dans environ 50 000 cabinets : elles visitent chaque jour entre 30 et 40 foyers.

Environ 150 000 infirmières libérales en 2040 (projections de la DREES).

93% des soins sont rémunérés à l'acte en ambulatoire

Montant annuel des honoraires remboursables : environ 8 Mds € dont 64% consacrés aux actes ; 20% consacrés aux déplacements et 16% liés aux majorations.

Il y a aujourd'hui un maillage territorial assez serré ; on ne parle pas de désert infirmier. C'est la première profession à être entrée dès 2008 dans une dynamique de conventionnement sélectif avec des fermetures de certaines zones au conventionnement et des aides à l'installation dans d'autres. Le dispositif a reçu un accueil favorable des mandants de la profession et fonctionne assez bien. La méthode de zonage doit toutefois évoluer pour introduire l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée pour neutraliser certains effets de seuils observés.

Les besoins de santé de la population évoluent avec l'explosion des maladies chroniques et le vieillissement de la population. Les infirmiers libéraux sont parmi les derniers professionnels à

⁹⁵ Chiffres DREES (2018).



se déplacer de manière quotidienne ou pluri-quotidienne au domicile des patients, avec les services d'auxiliaires de vie et les aides-soignants. Dans le cadre de la continuité des soins, ils travaillent également les samedis, dimanches et jours fériés. Les infirmiers libéraux ont donc potentiellement une fonction déterminante pour résoudre les tensions auxquelles est confronté le système de santé, favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et faire en sorte que les épisodes d'hospitalisation soient évités ou les plus raccourcis possible. La création du statut d'infirmier en pratique avancée⁹⁶ ne répond pas à ces enjeux, en particulier pour répondre aux besoins de proximité. D'autres leviers devraient être mobilisés.

Juridiquement, la *coordination clinique de proximité* pourrait être clarifiée dans les textes. Pour la FNI, cette coordination devrait s'appuyer sur un triptyque associant médecin traitant, pharmacien correspondant et infirmier autour duquel, selon les profils de prise en charge, les autres acteurs de soins primaires viendraient s'articuler, l'infirmier pouvant être désigné par le patient comme référent au sein de l'équipe de soins.

Parallèlement, la profession pourrait évoluer et gagner en autonomie. Une réflexion a été menée sur le sujet dans le cadre du grand débat national en 2018-2019. Au total, dix mesures, leurs modalités et les effets attendus sur le système de santé ont été proposées pour répondre aux besoins de santé de la population⁹⁷.

Ces propositions s'articulent autour de 3 axes (i) participation à la première ligne de prise en charge : fonction de « triage » et participation à la permanence des soins, (ii) renforcement du rôle des infirmiers et des infirmières pour la prise en charge des maladies chroniques et la fin de vie à domicile ainsi que le suivi post-hospitalisation, (iii) reconnaissance de leur rôle en matière de promotion de la santé.

Ces propositions très concrètes incluent :

- un accès direct des patients aux soins infirmiers de ville : consultation infirmière de première ligne afin de « *prendre en charge les affections bénignes et orienter directement, si besoin, le patient vers le médecin, le spécialiste ou le centre de plaies* ». Elle devrait être généralisée et systématisée pour tout « *nouveau patient fragile, chronique, poly-pathologique* » ;
- le développement de diverses prises en charge ou suivi (nécessitant une adaptation de la formation) : prise en charge des soins palliatifs à domicile, de la dialyse péritonéale à domicile (sur prescription) en alternative à l'hémodialyse en centre, suivi hebdomadaire des patients à domicile sous chimiothérapie orale ;
- la participation à la permanence des soins (avec des modalités de rémunération révisées) ;
- la création de consultations de suivi infirmier dédiées et un accompagnement à l'auto gestion de la maladie (éducation thérapeutique) pour les maladies chroniques ;
- un élargissement du droit de prescription, notamment pour certains examens biologiques par exemple pour le suivi des patients insulino-dépendants (selon les recommandations de la HAS) ou en cas de dénutrition ou de déshydratation (avant intervention éventuelle du médecin traitant) ;
- le suivi du calendrier vaccinal.

⁹⁶ L'article 119 de la Loi de modernisation du système de santé de janvier 2016, a créé le métier d'auxiliaire médical en pratique avancée en France, c'est la profession infirmière qui est la première concernée par cette évolution. Deux décrets et trois arrêtés de 2018 spécifient et encadrent réglementairement cet exercice pour les infirmières. Le gouvernement espère créer environ 5 000 postes d'IPA dans les équipes de soins libérales et hospitalières à l'horizon 2022. Pour la promotion 2019, on compte 72 infirmières en formation, dont 21 qui viennent de l'exercice libéral avec la distribution suivante : 17 en « *pathologie chronique stabilisée* » ; 2 en « *oncologie* » et 2 en « *insuffisance rénale chronique terminale* ».

⁹⁷ <https://www.fni.fr/grand-debat-national-les-propositions-des-idel/>



- ***L'évolution des rôles des infirmiers dans les organisations de soins primaires à l'étranger***

Yann BOURGUEIL, Responsable de la Mission Recherche et Etudes sur les Soins Primaires Innovants et Renouvelés, EHESP-CNAMTS-IRDES, Conseiller scientifique du HCAAM

La question de l'attractivité du secteur de la santé et de l'évolution des rôles des professions de santé dans le cadre d'une baisse anticipée du nombre de médecins est inscrite à l'agenda politique en France depuis le début des années 2000. L'ONDPS est créé en 2003 et des expérimentations sur les *délégations de compétences* ou *transferts de tâches* entre professionnels de santé (expérimentations « Berland ») sont initiées en 2004. Les résistances professionnelles sont alors assez fortes et le terme de coopération plus neutre est substitué aux termes de transfert et délégation. A la même époque, les politiques européennes ont une influence significative sur la redéfinition des cursus de formation avec la mise en œuvre des accords de Bologne⁹⁸. La réingénierie des diplômes s'inscrit alors en France dans la double perspective de la mise en place de la validation des acquis de l'expérience (VAE) et du processus « LMD » avec la révision des référentiels de formation, de compétences et de certification. Toutefois, au-delà de freins corporatistes indéniables, des facteurs extrinsèques (en particulier économiques avec la crise de 2008) vont largement contribuer à ralentir les dynamiques de transformation et d'évolution des métiers de la santé (vers des formes intermédiaires).

Dans ce contexte, l'IRDES a mené une étude sur l'évolution des rôles infirmiers dans le champ des soins primaires dans six pays européens ainsi qu'au Québec et en Ontario⁹⁹ dont les systèmes de santé sont très contrastés¹⁰⁰. Les analyses montrent clairement que le rôle et les missions des infirmiers en soins primaires sont la résultante de différents facteurs : l'organisation du système de soins primaires et de son financement, la situation de la démographie des professions de santé dans leur ensemble ainsi que la structuration de la profession infirmière elle-même en tant que groupe organisé et force politique. Ces facteurs sont fortement intriqués et dessinent des trajectoires propres à chaque pays.

Plus précisément, les rôles infirmiers se sont particulièrement développés dans les systèmes de soins primaires très structurés ou avec des structures collectives favorisant la pluriprofessionnalité comme en Suède ou au Royaume-Uni. Dans ce contexte, du point de vue infirmier, les pratiques évoluent vers la diversification (élargissement des missions par exemple autour de la prévention) ou vers la substitution¹⁰¹, pouvant inclure un droit de prescription pour certains médicaments (Royaume-Uni, Suède, Canada). L'hypothèse est que dans ce type d'organisation, les échanges entre professionnels sont plus fluides et favorisent les synergies et donc globalement les évolutions des rôles pour l'ensemble des professionnels de façon concomitante au sein des organisations existantes. Des modes de financements collectifs associés (alternatifs au paiement à l'acte) semblent avoir un effet de facilitation de l'évolution des rôles professionnels, l'activité partagée ne se traduisant pas par un partage des actes et donc des honoraires. Dans certains cas, les infirmier(e)s ne sont pas rémunérées directement par les structures mais par les collectivités ou d'autres acteurs (exemple des cabinets « groupes de médecins de famille » au Canada et au Québec). Dans d'autres pays, avec des modes de tarification moins collectifs, des incitations financières apparaissent nécessaires pour transformer les organisations en déve-

⁹⁸ Cet accord a pour but l'harmonisation de l'enseignement supérieur européen (processus Licence Master Doctorat dit également « 3/5/8 »). L'objectif principal est de créer un espace européen de l'enseignement supérieur permettant la reconnaissance des diplômes entre pays signataires. <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid123353/les-bases-de-bologne.html>

⁹⁹ <https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes95.pdf>

¹⁰⁰ Les pays étudiés avaient été choisis en raison de leur expérience dans le domaine des nouveaux rôles infirmiers (Royaume-Uni, Canada, Suède), du caractère décentralisé de leur organisation (Italie, Finlande), de leur proximité avec le système de santé français (Allemagne) ou de leur position intermédiaire entre le système allemand et le système britannique comme c'est le cas pour les Pays-Bas.

¹⁰¹ A cet égard, le modèle développé en 1991 en Ontario, fondé sur une analyse des actes partagés entre différentes professions mérite une attention particulière.



loppant de nouveaux rôles professionnels. Ainsi, dans les années 1975 au Canada, l'implémentation des *nurse practionners* dans les structures de soins primaires a été limitée faute d'incitation financière pour les médecins à les recruter.

La dynamique démographique des professions de santé est également un facteur explicatif de certaines évolutions. Des situations de relative pénurie médicale (globalement ou localement dans certaines régions comme au Canada) ont permis le développement de nouveaux rôles professionnels pour les infirmiers. Toutefois, la nature des évolutions des professions va dépendre également de la structuration et de l'organisation de la profession infirmière, de son identité, de sa propre situation démographique¹⁰² et de son existence en tant que profession autonome¹⁰³. Selon les pays, les solutions visant la structuration des soins primaires avec de nouveaux rôles professionnels seront donc situées schématiquement entre deux pôles : la création de nouveaux métiers placés généralement sous la responsabilité des médecins ou l'élargissement des missions et attribution de nouvelles compétences pour des professions existantes déjà bien structurées. Par exemple, en Allemagne où la densité médicale est relativement élevée, les missions des infirmiers sont peu développées au début des années 2000. Il y a par ailleurs très peu d'infirmiers en soins primaires. La grande majorité des infirmiers sont spécialisés et salariés par les établissements de santé. De plus la profession est peu structurée (pas de décret d'actes, formation en cours de structuration¹⁰⁴). Cette faible place en soins primaires peut s'expliquer par l'existence du métier d'« assistant médical » salarié par les médecins de ville. Ces assistants, principalement des femmes, de formation niveau bac+2 peuvent réaliser de très nombreuses tâches administratives et techniques comme faire des injections, prendre le poids et la tension artérielle¹⁰⁵. Au Royaume-Uni, on trouve des infirmières avec des niveaux de qualification différents au sein des *practices* (*practical nurse*, mais également des *nurses practionners* qui peuvent prescrire).

Des publications plus récentes, 15 années après, permettent de compléter ce panorama¹⁰⁶ et montrent une augmentation des pays qui développent la prescription infirmière selon des modalités variables. Les évolutions des rôles infirmiers sont progressives et différenciées, chaque pays suivant son cheminement propre. Le contexte macroéconomique influence fortement les modèles d'organisation des soins et des rôles professionnels, en jouant aussi bien sur le financement des soins que sur le financement des cursus de formation. Ainsi, après une période de différenciation et de spécialisation des métiers infirmiers correspondant à une période d'investissement dans le NHS, la pression sur les financements a conduit les établissements de santé et les NHS trusts à recruter des personnels moins qualifiés que les infirmières (*registered nurses*) aux formations, qualifications, activités et rémunération locales et très hétérogènes. Depuis 2015, le NHS promeut la régulation de ce groupe professionnel et reconnaît ainsi une nouvelle profession nommée *nurse assistant*.

Les enseignements apportés par l'analyse de ces expériences étrangères posent clairement la question des leviers de régulation à mobiliser pour faire évoluer les rôles professionnels. Ces travaux montrent que l'évolution des professions paramédicales, dans le contexte de la mise en place des pratiques avancées, doit être analysée globalement afin d'agir simultanément sur les différents leviers de la régulation des professions de santé : la formation, la reconnaissance

¹⁰² Globalement, les populations infirmières augmentent de façon massive dans la plupart des pays.

¹⁰³ Selon Freidson, une profession est caractérisée par son autonomie qui comprend un monopole reconnu juridiquement - selon les pays on observe une entrée par qualification (titre ou diplôme), une entrée par acte, tâche ou par domaine (droit français) ou une entrée par mission de santé publique - et économiquement, la maîtrise de sa formation avec un corps académique propre et ses propres institutions de régulation déontologiques avec notamment un conseil de l'ordre...

¹⁰⁴ L'Allemagne aussi s'est engagée dans un processus de formation universitaire. Ces évolutions sont réalisées à l'échelle des *Länder*.

¹⁰⁵ Ces assistants médicaux sont également très présents en Suisse et aux Pays-Bas où ils peuvent prendre en charge les patients dans les cabinets en première intention.

¹⁰⁶ Site de l'Observatoire européen de système de santé :

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326183/9789289051743-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



juridique et réglementaire de nouvelles qualifications ou missions, le niveau et les modalités de rémunération en lien avec le schéma cible d'organisation des soins primaires.

- **L'évolution du rôle des infirmiers en Belgique**

Miguel LARDENNOIS, Expert en stratégie des professions de santé, Ministère de la Santé Publique, Belgique

En Belgique, les infirmiers sont responsables « des soins généraux » selon les termes de la nomenclature européenne d'où l'évolution de leur titre « infirmier » vers celui « d'infirmier responsable des soins généraux ». Contrairement à la France, ils ne sont pas seulement considérés comme des « auxiliaires médicaux ». Le positionnement des infirmiers a évolué à partir des années 1960 pour les placer en dehors du giron médical : la discipline infirmière est individualisée, positionnée à l'interface au service des patients, la collaboration avec les médecins faisant partie intégrante de leurs missions. Ces missions sont définies juridiquement dans le code de santé publique et coexistent avec un décret d'actes que la profession¹⁰⁷ considère encore aujourd'hui comme protecteur.

Au départ des réformes de la formation infirmière, des analyses prospectives ont été réalisées afin d'estimer les besoins quantitatifs et qualitatifs en soins infirmiers pour répondre aux besoins des patients « de demain », traduire les solutions en termes d'organisation(s) cible(s) incluant les infirmiers et adapter le contenu des formations pour y répondre. La refonte de la formation des infirmiers initiée en 2010 en Belgique s'inscrit dans le cadre préconisé par l'OMS-Europe pour le renforcement des soins infirmiers en soins primaires¹⁰⁸. Elle répond à une demande sociale et professionnelle très forte¹⁰⁹ dans un contexte d'évolution de l'organisation des soins primaires qui se caractérise notamment par le développement de « maisons médicales » pluridisciplinaires composées d'au moins un médecin, une infirmière et un troisième professionnel de la santé (souvent cinq ou six professionnels différents) et un certain « virage ambulatoire ».

Le vieillissement de la population en bonne santé ou non, le développement des maladies chroniques (en particulier le diabète, les maladies cardiovasculaires et les cancers) induisent des évolutions qu'il est indispensable de quantifier pour formuler des réponses adaptées. Les patients d'aujourd'hui ne sont pas ceux de demain et la profession d'infirmière doit évoluer. Les principaux facteurs à prendre en compte sont (i) l'intensification des traitements et des prises en charge, (ii) l'évolution de « l'espace-temps » des interventions : des durées de séjour plus courtes en établissement et le développement des soins ambulatoires (surveillance, éducation thérapeutique des patients et de leur famille, fin de vie), (iii) l'évolution des attentes des patients et des professionnels de santé vers des prises en charge en équipe pluridisciplinaire.

L'analyse prospective¹¹⁰ a montré que les besoins en soins infirmiers dépassaient largement les capacités disponibles même en augmentant massivement le nombre d'infirmiers formés alors

¹⁰⁷ La profession infirmière n'est pas organisée comme en France : il n'y a pas d'ordre ni de syndicat propre mais un conseil fédéral de l'art infirmier composé de représentants de diverses associations professionnelles et quelques syndicats généraux.

¹⁰⁸ Health 2020. OMS Global Strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016 – 2020. « *Les infirmiers sont les personnes qui sont les mieux placées pour relever les défis suivants : la promotion de la santé, l'amélioration de l'accès aux services de santé, l'éducation aux comportements de bonne santé, le Patient Empowerment, la promotion d'un vieillissement en santé, le management des maladies chroniques et l'application de pratiques evidence-based* ».

¹⁰⁹ Exemple d'une tribune publiée par la conférence des doyens des facultés de médecine dans *La Libre Belgique*, le 3 Octobre 2012 : « *Les généralistes ne peuvent pas y arriver seuls. Tout comme les médecins qui travaillent en hôpital, ils doivent coopérer avec d'autres professionnels de la santé. Les infirmiers de première ligne doivent aussi travailler dans un cabinet de soins de première ligne et accorder une grande attention au suivi des patients chroniques et à la bonne organisation de la prévention. Il existe une littérature internationale suffisamment abondante qui indique qu'une telle répartition des tâches est à la fois efficiente (le bilan des coûts et des bénéfices est positif) et de grande qualité.* »

¹¹⁰ L'exemple du diabète a montré que la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés est passée de 8 jours en 2000 à 3 jours en 2019 ; que le nombre de personnes nécessitant des injections d'insuline serait doublée entre 2013 et 2040 (du fait de l'augmentation de la prévalence mais aussi de l'intensification des traitements), nécessitant deux fois plus d'infirmier(s) à domicile. De plus, l'éducation thérapeutique du patient et de sa famille est réalisée à domicile plus rarement en consultation en polyclinique.



que la densité en infirmiers se situe en Belgique parmi les plus élevée en Europe (11 pour 1 000 habitants, 126 000 infirmiers actifs dans les soins de santé). L'avenir est donc à la délégation de tâches. Malgré certaines résistances des professionnels infirmiers, il paraît en effet impossible de faire face à la charge de travail en l'absence de délégation « obligatoire » de tâches de l'infirmier vers des aides-soignants. Celle-ci doit donc être correctement organisée et fondée sur des protocoles « *evidence-based* », et s'adresser à des aides-soignants dûment formés. Des délégations vers d'autres professionnels de santé sont également envisagées notamment vers les auxiliaires de puériculture et les éducateurs spécialisés.

Pour répondre aux besoins de soins des patients du futur, il faut une équipe du futur. Le nombre de professionnels autour des patients croît et nécessite d'identifier un rôle de coordination propre au-delà du développement du numérique et des outils d'échange d'information entre professionnels. Une enquête en 2012¹¹¹ révélait que la préférence des patients allait vers les infirmiers pour assurer cette fonction (« *c'est l'infirmier qui est mon interlocuteur, mon coordinateur, celui qui m'envoie, qui me dit quand je dois aller chez le médecin, quand je dois aller chez le diététicien, quand je dois aller là, etc.*»). Le schéma cible qui se dessine est donc celui d'une équipe constituée autour de la triade patient-infirmier-médecin à laquelle d'autres professionnels contribuent (aides-soignants, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, ...).

La formation devait donc évoluer pour répondre à ces défis. Le dialogue entre les différentes parties prenantes s'est donc attaché à décliner les nouveaux enjeux de la formation infirmière : apporter un socle de connaissance solide dans le domaine des maladies chroniques et de la gériatrie, préparer au « virage ambulatoire », former à l'éducation thérapeutique, apprendre à déléguer et à utiliser les nouvelles technologies de l'information, savoir coordonner une équipe et gérer des cas complexes (*case manager*), développer des capacités d'adaptation au multiculturalisme.

L'obligation d'implémenter la directive européenne 2005/36 modernisée par la DIR 2013/55/EU à l'horizon 2016¹¹² a été un levier utile permettant de repenser entièrement la formation et de rompre avec la logique installée depuis les années 1990 de proposer une année de spécialisation optionnelle aux 3 années de la formation socle pour répondre aux différents besoins identifiés (urgences, soins intensifs, pédiatrie néonatale, gériatrie, anesthésie, soins opératoires etc.) ou d'autoriser le développement d'« expertises »¹¹³ (soins palliatifs, prise en charge de la douleur, prise en charge du diabète, santé mentale,...). La formation d'infirmier est donc passée de 3 à 4 ans (niveau licence) avec 800 heures de stage et 300 heures de théorie supplémentaires et les objectifs de la formation en termes de compétences ont été définis (encadré). La voie de formation professionnalisante qui subsistait (titre d'« infirmière brevetée ») a vocation à disparaître¹¹⁴. Ce sont des « hautes écoles en soins infirmiers » qui sont chargées de dispenser la formation. Elles sont liées par contrat aux universités.

La réforme n'est pas encore aboutie. Des projets sont en cours pour la création de spécialisations qui ne seraient accessibles ou reconnues par l'Etat qu'après deux ans d'expérience professionnelle. Par ailleurs l'universitarisation de la formation se poursuit avec la création d'infirmiers cliniciens et d'infirmiers en pratiques avancées (niveau master en sciences infirmières)¹¹⁵. Les spécialités sont encore discutées : soins intensifs, soins périopératoire, urgences, gériatrie, pédiatrie néonatale en particulier. Ces évolutions pourraient aboutir à la création d'écoles doctorales qui n'existent pas actuellement.

¹¹¹ Les métiers futurs de la première ligne, rapport d'étude, SPF SP, 2012. 38p.

¹¹² Cette directive implique de passer de 3 500 heures de formation avant 2016 à 4 600 heures.

¹¹³ Formes de spécialisation ne nécessitant pas une année de formation complémentaire à temps plein.

¹¹⁴ Sermeus W., Eeckloo K., Van der Auwera C., Van Hecke A. (2018) « Future of Nursing: improving health, driving change : Leçons tirées de la littérature internationale et des journées organisées en 2017 sur ce thème », SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, 29p.

¹¹⁵ Le principe a été introduit en 2019 dans le code de santé publique belge, mais ne fait pas encore l'objet d'arrêtés d'exécution.

La réforme des études infirmières en Belgique

Elle se traduit pour la formation initiale :

- Par une année de formation supplémentaire pour une durée de 4 ans
- Le développement des compétences (8) suivantes :
 - Autonomie
 - Responsabilité
 - Collaboration avec les médecins
 - Délégation à d'autres
 - Evaluation de la qualité des soins
 - Promotion de la santé (aider les personnes, familles et groupes à adopter un style de vie sain)
 - Réagir immédiatement pour sauver la vie et prendre de manière autonome des décisions en cas d'urgence/catastrophe
 - Conseiller les bénéficiaires et leurs proches, les instruire et les soutenir (éducation des patients/proches)
- Dans des contextes plus variés (surtout en dehors des institutions de soins) : première ligne, maisons médicales/centres locaux de santé, centres de promotion de la santé et planning familial, ...

Parallèlement, la formation des aides-soignants doit évoluer également. La profession d'aide-soignant est très récente (2001) et positionnée auprès des infirmiers (86 000 aides-soignants soit environ 7 pour 1 000 habitants). Globalement le ratio est de 0,7 aides-soignants pour un infirmier mais varie fortement selon les structures (25% d'aides-soignants et 75% d'infirmiers au chevet du patient à l'hôpital, l'inverse en EHPAD). La formation devrait passer d'un à deux ans pour permettre la mise en œuvre de la délégation de certaines tâches et leur accorder un peu d'autonomie¹¹⁶.

Il est possible d'aller plus loin dans le rôle d'infirmier en soins primaires comme cela est préconisé notamment par l'OMS. Dans les pratiques pluridisciplinaires, l'infirmier doit être l'« aiguilleur dans le système ». Il est à l'avant, il reçoit le patient et d'après l'évaluation qu'il fait, il l'oriente vers le bon professionnel en fonction de ses besoins. Pour l'OMS, il faut créer de nouveaux rôles infirmiers pour mieux répondre aux besoins de la population : « *plus de 70% des besoins de santé d'une population pourraient être pris en charge par des infirmiers et des sages-femmes* ». Ces évolutions doivent s'accompagner du développement de pratiques infirmières et de protocoles « *evidence-based* ».

- **Le binôme médical, concept d'unité fonctionnelle médicale**

Françoise GUILLEMOT, Médecin généraliste à Bellegarde-sur-Valserine

Le docteur Guillemot exerce dans le département de l'Ain, dans un bassin de vie de 18 000 habitants en zone sous-dense. Il y a peu de médecins spécialistes dans ce secteur, en particulier ni pédiatre ni médecin scolaire. Le service d'urgence le plus proche est à 45 mn. L'organisation en binôme « médecin - infirmier diplômé d'Etat (IDE) » a été mise en place pour faire face à une demande de soins croissante consécutive au départ de ses deux associés en 2014. Le cabinet a été réaménagé pour répondre à cette nouvelle organisation. Il comprend 2 salles d'examen ainsi qu'une salle pour les urgences, une salle d'attente et un bureau. La prise de rendez-vous auparavant assurée par une secrétaire a été déléguée à une centrale d'appel (accessible entre 7h30 à 19h30, du lundi au vendredi) ; une femme de ménage assure l'entretien des locaux.

¹¹⁶ Jusqu'à présent les aides-soignants belges ne peuvent travailler que sous supervision et responsabilité d'infirmiers, qui doivent, en principe, vérifier la qualité des prestations fournies par ces aides-soignants.



Le choix de salarier une IDE plutôt qu'une aide-soignante ou une secrétaire a été motivé par deux impératifs principaux : (i) la nécessité d'augmenter le temps médical sur la journée, (ii) la possibilité de coopération (délégation de tâches, partage de compétences...) garantissant une prise en charge globale et sécurisée des patients. Les compétences métiers propres aux IDE permettent en effet bien au-delà des possibilités de transferts de tâches médico-administratives (constitution des dossiers MDPH, APA, inaptitude...) de contribuer aux différentes phases de la consultation : accueil des patients, premier examen incluant l'interrogatoire sur les motifs de consultation et la prise de constantes permettant notamment de détecter les situations d'urgence, réalisation de certains actes (électrocardiogramme, glycémie, streptotest, peak-flow...) et de prises en charge protocolisées qu'il s'agisse de prévention (éducation thérapeutique, examens obligatoires de l'enfant...) ou de soins. Dans ce modèle organisationnel, c'est le binôme médecin-IDE qui constitue l'effecteur de soins : les patients sont vus par le binôme, sous la responsabilité du médecin¹¹⁷. Il repose sur la complémentarité, la disponibilité, la reconnaissance réciproque et la concertation.

L'investissement initial pour le fonctionnement du binôme a d'abord conduit à lister toutes les tâches inhérentes au cabinet médical, en identifiant les tâches spécifiques se rattachant à la compétence de chacune. Des protocoles pour la prise en charge de maladies chroniques ont été élaborés au fil du temps afin de structurer les consultations et d'optimiser leur durée. Ces protocoles concernent par exemple la consultation du patient diabétique, les plaies chroniques, les consultations de grossesse, les consultations pédiatriques, les troubles de l'adaptation scolaire^{118,119}. Les tâches non spécifiques, telles que le traitement de la carte vitale, le paiement des honoraires, les certificats d'arrêt de travail, l'accueil administratif (remise des papiers déjà préparés, renseignements itératifs) se répartissent selon la disponibilité de chacune. L'objectif est de recentrer le temps médical sur des activités d'expertise en mettant à profit les compétences de l'infirmière pour améliorer la prise en charge globale des patients.

Le bilan de la mise en place de la nouvelle organisation (comparaison avant-après) apparaît très positif, mais une étude plus approfondie devrait être effectuée pour préciser le modèle économique. Globalement le temps de consultation est passé de 2 640 heures en 2012 (temps médical uniquement) à 3 336 heures en 2016 (temps pour le binôme dont 936 heures IDE). Outre des gains financiers substantiels (les recettes nettes ont augmenté de 45% et le bénéfice net comptable de 25%¹²⁰), l'organisation en binôme permet de recevoir davantage de patients dans la journée et de répondre à davantage de soins non programmés et aux urgences qu'il n'était pas possible de traiter auparavant (sutures, plaies...). Le nombre de patients reçus par jour est passé de 35-40 patients à 45-50 patients. Cette organisation a également eu un impact positif sur la qualité de vie du médecin et de l'infirmière même si le temps de travail journalier n'a pas varié. Pour le médecin, la durée des congés est passée de 5 à 9 semaines et la charge mentale s'est améliorée en réduisant le poids de la charge administrative quotidienne.

¹¹⁷ Six petits films sont accessibles sur YouTube (mots clés : binôme médical) :

<https://www.youtube.com/channel/UCUyd8BXZsVnw4VOJXsJUQiQ>

¹¹⁸ Exemple de délégation de tâche médico-administrative concernant un enfant de 8 ans souffrant d'un handicap visuel et nécessitant la constitution d'un PAI (projet d'accueil individualisé) et d'un dossier « MDPH ». La consultation (temps IDE= 26 min ; temps médecin = 13 min) inclut l'examen de l'enfant, la concertation parent-médecin-IDE, la rédaction du courrier pour le médecin scolaire, l'élaboration du PAI et du dossier pour la MDPH.

¹¹⁹ Exemple de prise en charge par le binôme pour une plaie chronique de la jambe chez une patiente de 88 ans : l'IDE fait l'évaluation initiale de la plaie et recueille les constantes de la patiente. Après discussion avec le médecin et accord sur la prise en charge (déterision et pansement) – l'IDE rédige l'ordonnance (prescription médicamenteuse et prise en charge par une IDE libérale). Pour cette consultation, le temps IDE est de 10 minutes et le temps médecin (accord sur la prise en charge de la plaie avec l'IDE et examen clinique) de 5 minutes.

¹²⁰ Le salaire de l'IDE représente 60% des charges en 2016. Les charges nettes ont augmenté de 65% entre 2012 et 2016 - les charges sociales de +25%.



De nombreux patients ont pu retrouver un médecin traitant et la patientèle a été élargie à 2 800 patients¹²¹. Les patients semblent très satisfaits de ce dispositif. L'organisation facilite une approche globale intégrant la prévention et la promotion de la santé, adaptée aux besoins des patients (éducation thérapeutique dans le cas de maladies chroniques), des plus jeunes (dépistage des troubles de l'apprentissage) aux plus âgés (dépistage des troubles cognitifs). Elle permet à la fois des prises en charge précoces et d'éviter les actes ou consultations redondantes pour des motifs similaires auprès de professionnels différents par manque de temps du médecin traitant.

- **Origine et trajectoire de l'équipe de soins primaires de Verny**

Sylvie BIGARE, Infirmière Libérale, porteur projet Équipe de Soins Primaires de Verny

Mme BIGARE, infirmière libérale installée depuis une trentaine d'années, élue URPS Infirmier Grand-Est, exerce dans un cabinet de groupe (quatre infirmières) sur un secteur semi-rural dont le territoire d'activité situé entre Metz et Nancy couvre environ 12 000 habitants et une quinzaine de communes. Ce secteur ne constitue pas une zone de « désert médical » ; il est considéré au niveau infirmier libéral comme une zone « très dotée ». Le projet d'équipe de soins primaires (ESP) est parti de son initiative et a pu voir le jour grâce à son engagement au niveau de l'URPS.

L'idée de mettre en place une ESP est venue avec l'arrivée de quatre nouveaux médecins dont les pratiques, notamment parce qu'ils n'étaient pas habitués à travailler seuls (sans lien avec une infirmière), étaient très différentes de celles des praticiens qu'ils avaient remplacés : « Les jeunes médecins n'avaient pas du tout la même façon de travailler. Ils ont pris en charge les patients chroniques en une visite par trimestre, alors que leurs aînés passaient toutes les semaines auparavant (avec des consultations uniquement sur rendez-vous), en s'appuyant sur une plateforme téléphonique et beaucoup d'internet ».

Le cahier des charges des équipes de soins primaire mises en place dans le pays de Haute-Loire a servi de point de départ aux discussions entre le cabinet d'infirmières et les médecins. Après avoir rencontré à plusieurs reprises l'ensemble des professionnels de santé exerçant sur le territoire (une quarantaine au total) dont certains pour la première fois (malgré trente années de carrière), le projet d'ESP a été lancé. La dynamique a permis également de faire émerger un projet de tutorat pour recevoir des élèves dans le cabinet d'infirmières.

L'ESP a été créée avec le statut d'association de droit local (Alsace-Moselle). Mme Bigare est présidente du bureau, deux médecins sont respectivement trésorier et secrétaire. Il a fallu beaucoup de rencontres et de réunions de travail de ce bureau pour définir ce qu'allait être le projet de santé de l'ESP : la première réunion commune avec l'ensemble des professionnels s'est tenue en septembre 2018 et en juin 2019, le projet de santé est à peine finalisé. Il doit être remis fin juin à la responsable de la DT 57. Le cœur du projet de santé concerne le syndrome de fragilité et le maintien de la personne âgée au domicile. Des rencontres interprofessionnelles thématiques avec des experts sont prévues ainsi que l'organisation de soirées d'information pour la population (par exemple, le jour de la « Journée sans tabac » ou en octobre, lors de la campagne pour le dépistage du cancer du sein ou pour sensibiliser la population à la vaccination contre la grippe).

L'ARS Grand-Est souhaite déployer des équipes de soins primaires sur son territoire. Dans ce cadre, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) a été signé avec l'URPS Infirmier Grand Est pour être porteur des projets de mises en place des équipes de soins primaires sur la grande région. L'ARS a souhaité la création d'une association inter-URPS regroupant les URPS médecins et pharmaciens avec une gouvernance confiée à l'URPS infirmier. Les statuts de cette association sont en cours d'élaboration.

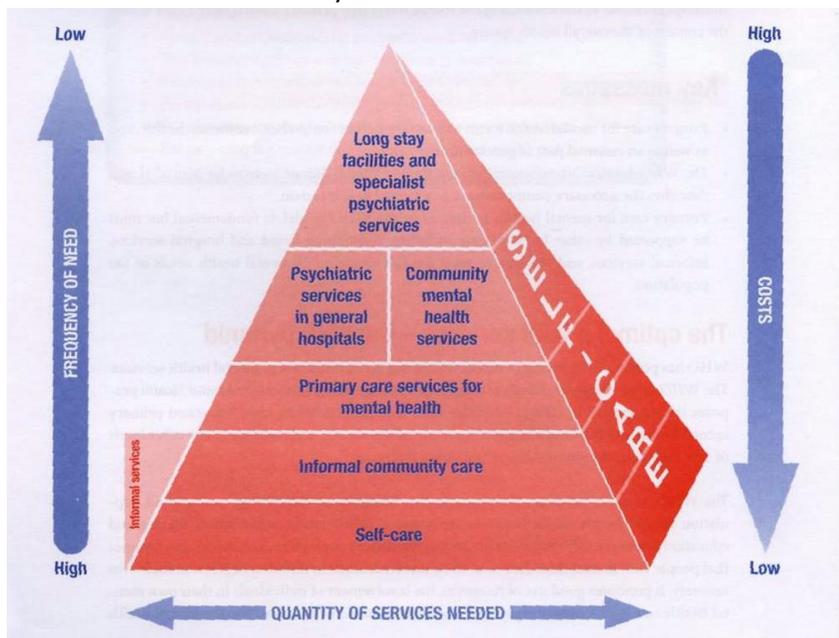
¹²¹ La moyenne est autour de 1960 patients pour les médecins généralistes en France métropolitaine (données CNAM 2017) : <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/patientele/patientele-des-medecins.php>

II.2. Des organisations intégrant prévention, sanitaire et social

- **Une large pluralité d'intervenants pour les prises en charge en santé mentale**

Jean-Luc ROELANDT, Directeur du Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, Établissement public de santé mentale (EPSM) Lille métropole

Le modèle de la santé mentale porté par l'OMS vise à une approche communautaire¹²². C'est un mouvement mondialisé et une série de pays mettent actuellement en place ces politiques de manière radicale. Il s'agit schématiquement de « *sortir de l'asile pour s'intégrer dans la cité* ». L'évolution majeure réside dans le passage d'une vision de la psychiatrie fondée sur le diagnostic et le traitement à une vision systémique de la santé mentale articulée autour de l'organisation de services et de politiques de santé fondées sur l'*empowerment* et l'autonomie des patients, le rétablissement et la citoyenneté.



L'impact médico-économique du modèle a été estimé à quatre dollars gagnés pour un dollar investi. L'expérience montre que les soins informels de la communauté, le *self care* et les soins développés en santé primaire – notamment parce qu'ils sont déstigmatisants – sont essentiels (cf. la pyramide OMS d'organisation des services en santé mentale¹²³). Cela n'empêche pas d'avoir des consultations avancées des services de santé mentale communautaires et quelques dispositifs de long séjour qui doivent être tout à fait limités.

En France, l'organisation est laissée à l'initiative locale ce qui donne des situations très contrastées sur le territoire. L'EPSM Lille-Métropole a mis en place le modèle d'organisation promu par l'OMS dès les années 1970. Le processus de transformation a été facilité grâce à un financement de type dotation globale. Les principes sont les suivants :

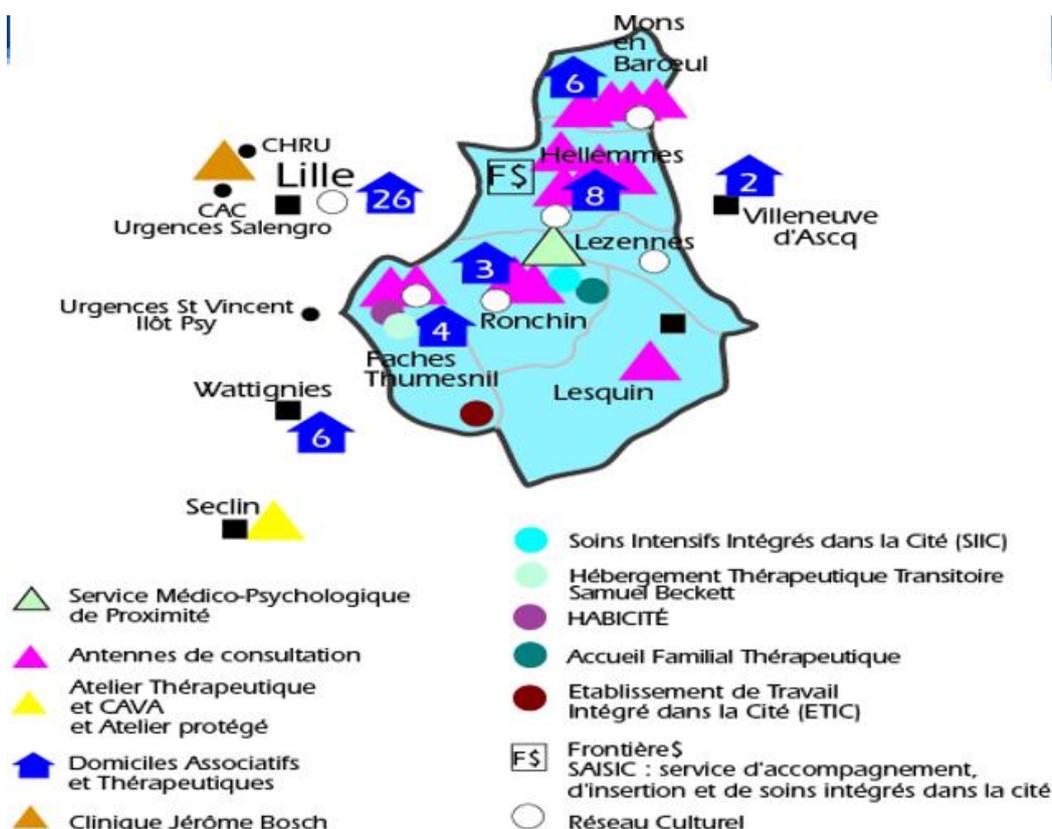
- Mettre en place un partenariat structuré en réseau au sein d'un conseil local de santé mentale associant les usagers, les aidants, les services municipaux, les services sociaux, les services médicaux, étant entendu que l'appui des collectivités territoriales est indispensable pour mettre en place un dispositif cohérent ;

¹²² Cette approche est fondée sur quatre termes de référence :

- Promouvoir et documenter les bonnes pratiques en matière de services de santé mentale communautaire.
- Soutenir et développer le programme de l'OMS pour l'évaluation de la qualité et du respect des Droits des personnes ayant un problème de santé mentale en France et dans les pays francophones (programme *QualityRights*).
- Promouvoir la participation des usagers et des citoyens aux services de santé mentale, à la recherche et à la formation.
- Contribuer à la connaissance et au développement de la e-santé mentale en tant que technologie innovante.

¹²³ <http://www.comssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/PRATIQUES%20en%20sant%C3%A9%20mentale.pdf>

- Envisager l'hospitalisation seulement comme alternative aux soins dans la communauté avec comme corollaire une répartition des professionnels de 80% en ville et 20% à l'hôpital (c'est le contraire actuellement en France) ;
- Organiser « l'insertion à la porte du patient » en développant les lieux de soins communautaires « neutres » et les possibilités de prise en charge ambulatoire ;
- Préserver l'autonomie des personnes. A cet égard, il est évident qu'il faut tenir compte des besoins des usagers et des aidants et de s'appuyer sur eux pour le fonctionnement des services en développant des groupes d'entraide mutuelle, les médiateurs de santé pairs, la participation des usagers aux démarches qualité, leur intégration dans la gouvernance des services (participation aux conseils de pôle de service) etc.



Pour l'EPSM, cela s'est traduit par des évolutions assez radicales en matière d'organisation et de prise en charge : le passage d'un fonctionnement de « secteur » en « réseau », le déport des prises en charge des établissements vers les milieux de vie, l'implication des acteurs de santé primaire et l'utilisation d'outils numérique (auto-supports). Le déploiement a été rendu possible grâce à la mise en place de structures, d'outils ou d'actions dédiés permettant des accès à des soins au plus près des patients : équipes mobiles d'urgence et de soins à domicile, équipes mobiles d'insertion et de réhabilitation, développement de l'hospitalisation à domicile, prises en charge dans des familles d'accueil, formation et informations des médecins et des infirmiers libéraux etc. Les résultats sont assez éloquentes puisqu'en 2018, il n'y a quasiment plus de lits d'hospitalisation (300 lits en unité fermée en 1972), 76% des professionnels sont en ville (1% en 1972), à l'hôpital une seule unité de 10 lits est ouverte et ne fait ni contention ni isolement. La structure des activités de soins s'est considérablement modifiée puisqu'aujourd'hui 50 000 actes sont réalisés en lien avec les médecins généralistes et il y a très peu de journées d'hospitalisation. Tous les nouveaux patients doivent être adressés par leur médecin généraliste. Ils sont reçus dans les 48 heures par un infirmier (norme ISO 7000-9000).



En termes de ressources humaines, les infirmiers très polyvalents antérieurement se sont recentrés sur leur cœur de métier voire se spécialisent (IPA en santé mentale) tandis que de nombreux autres professionnels d'horizons variés (au-delà des métiers de la santé) sont maintenant associés pour les prises en charge : cadres de santé, aides-soignants, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, éducateurs sportifs, animateurs socio-culturels, artistes, coordonnateurs, médiateurs de santé pairs, *case manager*... L'inclusion des patients dans la communauté nécessite également de mobiliser les métiers du conseil en emploi et de l'insertion sociale (éducateurs, gestionnaires d'appartements associatifs, accompagnement en emploi...).

Cette expérience reconnue internationalement est possible partout en France. La diffusion voire la généralisation du modèle nécessite une implication politique et un engagement de l'Etat au plus haut niveau. Trois principes sous-tendent la démarche de transformation : (i) accompagner les soignants des établissements à se projeter en ambulatoire, (ii) organiser la coordination des compétences autour d'un objectif commun au-delà d'un principe hiérarchique classique, (iii) faciliter l'intégration des usagers dans tous les métiers de la santé mentale.

- **Exemple d'une coordination sanitaire et sociale : le pôle de santé des Envierges et la maison de santé Pyrénées-Belleville**

Mady DENANTES, Médecin généraliste, MSP Pyrénées-Belleville

Belleville concentre beaucoup de jeunes, des personnes en difficulté sociale et peu de médecins¹²⁴. Les difficultés d'accès aux droits, le défaut de couverture par une complémentaire santé ainsi que le renoncement aux soins pour raisons financières sont fréquents notamment chez les jeunes, les chômeurs et les retraités. La maison de santé Pyrénées-Belleville et le pôle de santé des Envierges sont structurés autour de projets de santé qui visent à répondre aux problèmes d'accès aux soins de la population du territoire, à la coordination des soins pour les plus fragiles et à mettre en place des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Un projet de CPTS associant maisons de santé, libéraux, centres de santé, la maison des aînés et des aidants et les hôpitaux est en cours sur l'arrondissement.

La MSP comprend actuellement quatre cabinets de consultation mais des agrandissements sont prévus pour augmenter le pool de professionnels et notamment accueillir durablement une infirmière « Asalé ». L'équipe pluriprofessionnelle est constituée de soignants de premier recours. Elle comprend quatre médecins et quatre infirmières qui sont associés et trois collaborateurs extérieurs (2 médecins et un infirmier). Les médecins exercent en secteur 1 et les patients sont dispensés du tiers payant sur la partie assurance maladie obligatoire (AMO). Des consultations sur place ou des visites à domicile sont assurées tous les jours sur rendez-vous entre 9h et 19h en semaine et de 9h à 13h le samedi (des téléconsultations sont également possibles sur rendez-vous). Des créneaux sans rendez-vous sont disponibles tous les jours entre 15h et 19h. Les infirmiers exercent en tiers payant intégral. Ils ont deux tournées par jour, en domicile ordinaire et dans les foyers d'hébergement et assurent une permanence 7 jours sur 7 à partir de 19h pour les soins (injections, pansements...). Une assistante sociale est présente très régulièrement sur place grâce à un partenariat avec la CRAMIF pour répondre aux besoins sociaux des patients.

L'organisation est sous-tendue par un système d'information commun. Des réunions d'équipe sont programmées régulièrement (une à deux fois par mois) et des protocoles sont rédigés pour répondre à des situations cliniques complexes (insuffisance cardiaque, accidents d'exposition au sang...) ou à des problématiques de santé publique émergentes (punaises de lit). Les activités de formation et de recherche sont pleinement intégrées dans le fonctionnement des structures. La MSP accueille des étudiants infirmiers et des étudiants en médecine en 2^{ème} et 3^{ème} cycles pour lesquels des formations conjointes sont organisées. Des staffs ville-hôpital sont également

¹²⁴ Belleville est un « Territoire Politique de la Ville » avec 36% de logements sociaux et 6,5 médecins généralistes/10 000 habitants (10,2 à Paris). Population : 8,6% des habitants sont allocataires du RSA, 26% sont issus de l'immigration (11% à Paris), 23% des habitants ont moins de 20 ans, 11,6% sont bénéficiaires de la CMU (7,2% à Paris).



programmés tous les 15 jours avec la Croix Saint-Simon. Par ailleurs, un séminaire de recherche a été créé à Paris 6 (séminaire ERISS) pour l'enseignement et la recherche sur l'accès aux soins et les inégalités sociales de santé.

La MSP s'appuie également sur un pool de remplaçants pour assurer la continuité des soins. Les visites à domicile constituent une activité importante des médecins (une à deux demi-journées par semaine) et des déplacements médecins-IDE sont organisés pour répondre aux besoins des patients dépendants et complexes. L'organisation en MSP facilite les échanges entre les professionnels et constitue un gage de prise en charge sécurisée pour les patients. C'est le cas en particulier lorsque des situations d'urgence ou nécessitant une intervention médicale sont identifiées par les infirmiers au domicile des patients.

Le pôle de santé des Envierges est une association loi 1901. Il bénéficie de financements par les accords conventionnels interprofessionnels (ACI) ce qui a permis notamment de recruter et de financer un poste de coordinatrice. Le projet de santé recouvre celui de la maison de santé mais au-delà de la patientèle de la MSP, il s'adresse à l'ensemble de la population du territoire de Belleville. Ainsi, des tournées infirmières sont organisées tous les jours dans le foyer d'accueil des « petits frères des pauvres » où interviennent également les kinés, la pédicure et les médecins. Le pôle de santé regroupe outre la MSP, d'autres professionnels du territoire (pharmaciens, kinésithérapeutes, médecins généralistes, orthophonistes...), les usagers et un centre social « Archipélia »¹²⁵ qui est central pour le fonctionnement du pôle de santé et son ancrage sur le territoire. Ce centre permet notamment d'accueillir les différentes activités menées dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé : atelier nutrition (« *du plaisir de manger...à la santé !* »), atelier sur la santé sexuelle avec le groupe femme solidaire d'Archipélia, atelier « les bébés enrhumés » pour apprendre aux parents avec des kinés les techniques de lavage du nez chez les nouveau-nés etc. Des actions sont également réalisées dans le champ de la santé mentale avec le centre de prévention suicide. Au-delà, des plaidoyers sont menés en faveur d'une prise en charge à 100% des soins primaires et pour une complémentaire santé solidaire portée par la sécurité sociale. Il est prévu de s'appuyer pour le fonctionnement du pôle de santé sur un conseil consultatif d'usagers qui se met en place, en lien avec la FEMASIF (fédération des maisons de santé en Ile-de-France).

- ***L'intégration de la prévention jusqu'aux soins***

Cyrille ISAAC-SIBILLE, Député de la 12^e circonscription du Rhône

L'accès à la santé c'est d'abord l'accès à la prévention. Pour répondre aux inégalités d'accès à la santé et améliorer l'espérance de vie en bonne santé, la prévention, l'éducation thérapeutique tout au long de la vie et la littératie en santé constituent des axes majeurs des politiques publiques de santé qui doivent être développées. Le champ de la santé mentale devrait être particulièrement investi. La prévention n'est pas qu'une affaire de professionnels de santé. L'éducation à la santé doit débuter dès le plus jeune âge et implique tout autant l'Etat que les régions ou les collectivités territoriales qui ont chacun un rôle à jouer pour développer la promotion de la santé et des environnements favorables à la santé en mobilisant les familles, l'école, les éducateurs sportifs etc. Des investissements dans la médecine préventive (protection maternelle et infantile (PMI)¹²⁶, santé scolaire, médecine du travail) sont par ailleurs nécessaires alors que la prévention est affichée comme une priorité.

La France ne souffre pas d'un réel déficit en nombre de médecins par habitant par rapport à d'autres pays. La répartition des médecins généralistes sur le territoire est également assez

¹²⁵ « Archipélia » est un centre social qui comprend en outre une halte-garderie et un espace d'accueil et d'activité. C'est une « association loi 1901 » dont le conseil d'administration est composé d'habitants bénévoles. Il comprend une directrice et 14 salariés.

¹²⁶ Un rapport d'information parlementaire en conclusion des travaux de la mission relative à la prévention santé en faveur de la jeunesse, présenté par M. Cyrille Isaac-Sibille et Mme Ericka Bareigts, montre des investissements très variable des départements dans la PMI.

http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b1234_rapport-information#_Toc256000106



homogène rapportée à la densité de population. Il est donc très exagéré de parler en France de « déserts médicaux ». En réalité, la question de l'accès aux soins renvoie à une tension entre les principes d'égalité et de liberté. Les inégalités sont concentrées dans les zones où la pauvreté est plus grande et qui cumulent les difficultés. Ce sont aussi des zones en périphérie des grandes villes où les médecins ne s'installent pas. Les solutions pour améliorer l'accès aux soins doivent prendre en compte les libertés de choix résidentiel¹²⁷, la liberté d'installation pour les médecins et la liberté pour les patients de choisir leur médecin. Sur ce dernier point, la question des reste-à-charge est un problème qui contribue à creuser l'opposition entre soins de ville et soins délivrés à l'hôpital.

Le modèle d'exercice de la médecine générale est un modèle libéral. Ce modèle est en crise. Les jeunes diplômés attendent parfois de longues années avant de s'installer. Faut-il remettre en cause ce modèle libéral pour un modèle salarié ? Ces discussions sont nécessaires et les modèles économiques des différentes options, incluant la revalorisation des actes, doivent être analysés précisément. De nombreux exemples montrent que des mesures de régulation à l'installation qui relèvent de la coercition ne fonctionnent pas. L'accent des pouvoirs publics porte sur des mesures incitatives pour favoriser l'installation des médecins dans des zones identifiées sous-denses. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a ainsi proposé de simplifier le dispositif et de regrouper les différents types d'aides¹²⁸.

L'organisation de l'offre de soins doit s'adapter à la demande. De façon prospective, les dispositions prises dans le cadre de Ma santé 2022 (développement des CPTS, suppression du numéris clausus,...) auront des effets de moyen terme pour répondre aux besoins liés au vieillissement et au développement des maladies chroniques (suivis programmés, coordination des acteurs, etc.). A plus court terme, il est nécessaire de répondre à la crise des urgences qui traduit une forte demande de la population pour la prise en charge de « soins immédiats » non programmés. Ce recours aux urgences pour des problèmes de santé qui ne relèvent pas de « l'urgence vitale » appelle des mesures spécifiques pour faciliter les prises en charge de ces soins immédiats en ville, en amont de l'hôpital. L'objectif est de mettre en place des plateaux techniques de premier recours (incluant radiologie, biologie) pour répondre à des demandes de prises en charge complètes associant diagnostics rapides et gestes techniques simples (sutures, plâtres) en un même lieu. Des « Points d'Accueil pour Soins Immédiats » adossés aux soins de ville et aux hôpitaux de proximité pourraient être identifiés pour répondre à cette demande. Une proposition de loi que j'ai portée en ce sens a été adoptée à l'unanimité par l'Assemblée Nationale en décembre 2019 ^{129,130}.

Un dernier axe à développer pour améliorer l'accès aux soins serait d'assouplir le mode d'exercice des Praticiens Hospitaliers et des médecins libéraux pour permettre une mixité d'exercice entre activité libérale, salariée, hospitalière. Il s'agit de permettre aux médecins libéraux d'exercer sous cette forme au sein des hôpitaux publics et inversement, de permettre aux hôpitaux de détacher des praticiens hospitaliers dans des maisons de santé et au sein de plateaux techniques de premier recours, les hôpitaux de proximité étant à la rencontre entre ces différents modes d'exercice. Ces dispositions pourraient également s'appliquer aux autres professions de santé notamment les aides-soignants pour leur permettre d'exercer en libéral afin de développer les prises en charge des personnes âgées à leur domicile.

¹²⁷ Les médecins ne s'installent pas dans certaines zones pour des raisons qui peuvent être très variées : éloignement urbain (zones rurales isolées), peur de la violence (« quartiers difficiles »), coût du foncier (centre des métropoles) ...

¹²⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039675317> - voir l'article 51

¹²⁹ http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cesoins/l15b1185-t1_rapport-enquete.pdf

¹³⁰ http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b2226_proposition-loi#



II.3. Numérique et organisation des soins

- **Etat des lieux et attentes des professionnels de santé médicaux pour les outils numériques**

Jean-François THEBAUT, Cardiologue, Conseiller scientifique du HCAAM

Si on peut regretter un certain retard dans le déploiement des infrastructures et le manque d'interopérabilité entre les systèmes, les outils numériques sont aujourd'hui largement mobilisés par les professionnels dans leur exercice quotidien :

- Systèmes d'information au cabinet : bureautique, informatisation des dossiers médicaux, télétransmission des feuilles de soins... ;
- Logiciels d'aide à la prescription et au diagnostic¹³¹ ;
- Outils de communication et d'échange d'information entre professionnels ou entre professionnels et patients : messageries sécurisées, téléconsultation, téléexpertise...
- Innovations technologiques concernant des dispositifs médicaux (DM) ou du matériel médical (radiologie par exemple).

La convergence de toutes les nouvelles technologies numériques bouleverse les organisations et remet en question les hiérarchies et les règles d'usage. Les relations avec les patients sont modifiées. Les usagers du système de santé sont aujourd'hui mieux informés, ils choisissent leur médecin sur des critères diffusés sur internet et ont le pouvoir d'infléchir la réputation des professionnels qu'ils consultent *via* les réseaux sociaux. Il ne s'agit pas seulement d'une révolution technologique, c'est aussi une révolution cognitive avec des répercussions sociales très profondes¹³².

Ces évolutions doivent s'accompagner d'une réflexion éthique et éventuellement de réponses juridiques ou réglementaires adaptées. Le développement des objets connectés et des applications mobiles pose en effet de nouveaux types de questions pour les tutelles, les professionnels et les usagers : qui reçoit les données, qui les exploite, qui les interprète, selon quels standards, où sont-elles stockées ? Le sujet de la sécurité des données est crucial avec l'émergence des GAFAM dans le secteur de la santé. De même avec l'émergence des nouveaux acteurs et l'essor des plateformes de prise de rendez-vous n'y a-t-il pas dans le cas de situation d'exclusivité et de quasi-monopole de certains acteurs, des risques de dérive à des fins commerciales, des risques de captage des patients pour des prises en charge ponctuelles au détriment de soins dans un cadre coordonné ?

La télémédecine s'est développée à l'étranger dans des contextes assez variés (situation d'isolement ou insularité, situations de pénurie, files d'attente, opportunité économique...). En France, les médecins sont dans leur très grande majorité favorables à la télémédecine. Les spécialistes de médecine générale voient dans la téléconsultation un intérêt majeur pour le suivi des patients chroniques et pour le maintien des patients à domicile en alternative à une institutionnalisation. Ils y voient également un moyen très pertinent pour obtenir une collaboration avec les spécialistes pour un suivi conjoint ou pour des avis ponctuels. Toutes les autres spécialités la plébiscitent également¹³³. L'inscription du télésoin dans la loi permettra également de redonner une

¹³¹ Le Collège de médecine générale vient de mettre en ligne EBMFrance.net, qui permet d'interroger en direct les bases de connaissances pour avoir des réponses extrêmement rapides.

¹³² Pierre Giorgini, dans son livre *La transformation fulgurante*, a démontré comment la révolution numérique et la révolution cognitive des années 80 et 90 ont complètement transformé ces ordres de hiérarchie pour arriver à des organisations en réseau maillé, dont la porte d'entrée est ubiquitaire. Le patient peut rentrer dans le circuit par n'importe où, y compris par Internet, par un objet connecté ou par les professionnels de santé eux-mêmes.

¹³³ Une seule restriction concerne la dermatologie. Les dermatologues préfèrent le schéma de la téléexpertise, qui leur paraît plus pertinent comme le montre l'expérience de l'IREPS du Centre-Val de Loire, qui a permis de régler 90% des demandes, simplement avec la transmission de clichés, de manière asynchrone.



place importante aux professionnels paramédicaux dans la télémédecine, qui, jusqu'à présent, était strictement limitée aux médecins et aux professions médicales, hors dérogation explicite.

La télémédecine ne doit pas être considérée comme un supplétif pour éluder l'objectif d'un accès aux soins présents de la population dans les territoires mais elle pourrait sans doute permettre d'améliorer l'accès aux soins dans certains territoires sous réserve d'une coordination locale pour une prise en charge physique en cas de nécessité. Elle pourrait également éviter le recours systématique aux urgences hospitalières pour les personnes âgées institutionnalisées ou à domicile. Pourtant, la télémédecine ne décolle pas. Est-ce lié à une application trop rigoureuse des termes de l'avenant six de la convention médicale qui exigent une organisation territoriale en prérequis ? Ou bien est-ce un manque de formation ou d'information des médecins ?

La question de l'évaluation est cruciale. Pour la télémédecine il convient notamment d'identifier toutes les situations qui pourraient occasionner une perte de chance pour les patients. Cependant, la littérature internationale montre qu'il est difficile d'évaluer ces pratiques multi-technologiques qui impactent aussi fortement les organisations. Par ailleurs, concernant les objets connectés et les applications mobiles, le déficit d'évaluation est problématique. Alors que ces dispositifs se multiplient, les études sont rares et portent le plus souvent sur des personnes en bonne santé : une analyse de la littérature réalisée sur les quinze dernières années a montré que seulement 156 études ont été publiées pour estimer leur impact sur la santé. Parmi elles, 104 études étaient référencées sur PubMed et uniquement un tiers étaient publiées dans les revues avec un *impact factor* supérieur à quatre. Seulement seize études apportaient un niveau de preuve fondée sur des essais randomisés¹³⁴.

- **Les difficultés et les enjeux de l'intégration du numérique à la lumière de l'expérience des MSP**

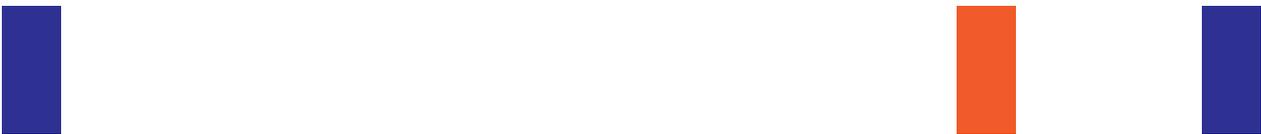
Michel NAIDITCH, Médecin de santé publique, Chercheur associé à l'IRDES, Membre du pôle de ressource en ETP d'IDF

Il est obligatoire pour accéder à l'ACI (accord conventionnel interprofessionnel) et pour bénéficier de son financement, d'utiliser un logiciel labélisé par l'ASIP (devenue entretemps agence du numérique en santé - ANS) et garantissant son caractère « pluriprofessionnel » c'est-à-dire répondant aux besoins de chaque profession et assurant un partage facile des données patients. Un constat paradoxal s'est pourtant rapidement imposé : les LPP (logiciel pluri professionnels) semblent davantage entraver que favoriser le travail en équipe du fait des nombreuses difficultés que les professionnels (notamment non médecins), rencontrent dans leurs usages. Le faible niveau d'ergonomie¹³⁵ et la non interopérabilité¹³⁶ de ces logiciels expliquent en grande partie leur faible valeur d'usage pour le développement du travail en équipe. La customisation c'est-à-dire la capacité à modifier ou reformater les logiciels pour répondre à des usages spécifiques non prévus n'est pas non plus au rendez-vous : elle nécessite une très forte culture informatique et peut se heurter aux contraintes de l'interopérabilité. Alors que des standards et des méthodes de développement éprouvées afin d'assurer l'ergonomie et l'interopérabilité des logiciels existent depuis plus de quinze ans. Comment expliquer leur non application ?

¹³⁴ Safavi K, Mathews SC, Bates DW, Dorsey ER, Cohen AB. Top-Funded Digital Health Companies And Their Impact On High-Burden, High-Cost Conditions. *Health Aff (Millwood)*. 2019;38(1):115-123.

¹³⁵ L'ergonomie constitue l'une des dimensions centrales de l'*usabilité* d'un logiciel. Cette dernière traduit sa capacité à être efficace, facile d'usage et satisfaisant pour l'utilisateur. Des méthodes de développement éprouvées existent pour l'assurer. Elle fait fortement intervenir la qualité de l'interface homme-machine à la fois en termes de mode de présentation des données et de facilité d'accès aux informations utiles (mesurée notamment par le nombre de clics). Le fait que les applications puissent facilement être personnalisées (customisation), directement par l'utilisateur ou indirectement (support) constitue un autre déterminant de sa satisfaction.

¹³⁶ L'interopérabilité entre logiciels est définie comme leur capacité à échanger facilement leurs données. Elle est rendue possible par l'utilisation de normes et de standards d'échange.



Une enquête qualitative a été menée par l'IRDES¹³⁷ afin (i) de rendre compte des usages et non-usages des LPP par l'ensemble des professionnels de santé exerçant au sein des MSP, en les confrontant à leurs attentes et à leurs besoins respectifs ; (ii) de rechercher les facteurs susceptibles de les expliquer en distinguant les facteurs propres aux MSP (gouvernance, organisation, connaissance et savoir-faire interne relatif aux SI) et les facteurs systémiques « externes » : la nature des politiques commerciales des industriels du logiciel ainsi que leur modalités de financement (business model) ; le mode de fonctionnement de l'ASIP (notamment sa culture professionnelle) ainsi que le mode de régulation du marché des logiciels (État-ASIP/Assurance maladie).

Le choix du logiciel LPP se fait, la plupart du temps, dans un climat d'incertitude et de manière souvent mal informée. Cette phase est pourtant cruciale car son résultat influence fortement la qualité des deux phases suivantes que sont l'implantation et l'usage en routine du logiciel LPP. De nombreuses MSP sont en grande difficulté au moment du choix du fait d'une expertise interne insuffisante. Par ailleurs, seules trois personnes (un informaticien et deux médecins) opérant l'un au sein de la fédération nationale (Avec santé), les deux autres au niveau de leur fédération régionale sont susceptibles d'apporter une aide aux équipes tout en n'intervenant pas dans un souci d'impartialité, au moment du choix¹³⁸.

Les facteurs « humains » apparaissent centraux dans le processus de choix du LPP. Il s'agit concrètement de passer de logiciels métiers existants auxquels chaque professionnel est habitué et qui lui rend des services à un logiciel pluri professionnel dont les caractéristiques sont peu ou mal connues. Idéalement, le choix d'un logiciel devrait être débattu et résulter d'un consensus au sein d'une équipe mais celui-ci peut être difficile à obtenir en raison notamment de divergences entre professionnels concernant leurs attentes vis-à-vis de l'outil et à leur niveau de maturité (connaissances et compétences) par rapport aux systèmes d'information. Ainsi, les attentes des médecins sont en priorité orientées vers le suivi clinique de leurs patients¹³⁹ alors que pour de nombreux autres professionnels (infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes), les logiciels sont surtout utilisés à des fins de facturation. Or, aucun des LPP n'égale leur performance dans ce domaine. Par ailleurs, la culture du partage d'information intervient également : pour certains professionnels, le partage d'un dossier médical ne fait pas du tout partie de leur culture (masseurs-kinésithérapeutes, psychologues). Au contraire, les infirmières plébiscitent les logiciels facilitant la gestion de leur tournée et une utilisation en lecture à partir de supports type portable ou tablettes au domicile de leurs patients, ce que les LPP actuels font mal. Les sages-femmes rempliraient volontiers le LPP à la condition de ne pas avoir à faire une double saisie aujourd'hui obligatoire du fait de l'absence d'interopérabilité.

Les facteurs techniques à la main des éditeurs sont également déterminants dans le choix d'un logiciel. Si l'interopérabilité¹⁴⁰ est un élément important, cela n'est qu'à distance de celui-ci, lors de l'implémentation, que les conséquences de son absence se révéleront, au risque de mettre à mal les objectifs de pluri professionnalité voire de déstabiliser certaines équipes même parmi les

¹³⁷ Naiditch Michel, « Difficultés d'usage des logiciels pluriprofessionnels au sein des MSP et mode de régulation du marché des logiciels médicaux : quels liens ? », *Revue française des affaires sociales*, p. 237-262. DOI : 10.3917/rfas.201.0237.

<https://www.cairn-int.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-237.htm>

¹³⁸ Il s'agit à la fois d'éviter d'être suspecté de conflit d'intérêt avec les éditeurs mais aussi de ne pas porter la responsabilité du choix d'un LPP inadéquat *a posteriori* qui s'avérerait insatisfaisant à l'usage.

¹³⁹ Le logiciel candidat doit répondre de manière efficace à leurs activités spécifiques de praticiens, en leur procurant au minimum la même valeur d'usage que le logiciel métier (mono professionnel) qu'ils ont au moment du choix. Environ 90 à 95% de leur activité globale est gérée par leur seul intermédiaire, indépendamment des protocoles pluri professionnels inclus dans le projet de santé de leur MSP. Par ailleurs, les données qu'ils collectent doivent pouvoir figurer dans le nouveau logiciel de la manière la plus proche possible afin de permettre de nouveaux usages notamment autour de l'évaluation de leurs pratiques qui exige une organisation différente des données et leur standardisation. Enfin, les fonctionnalités supplémentaires attendues peuvent aussi être très variables en fonction du médecin (« marchés de niche »).

¹⁴⁰ L'interopérabilité est une difficulté originelle : l'architecture et le développement des LPP se sont développés de façon incrémentale à partir des logiciels métiers des médecins auxquels se sont ajoutés progressivement des fonctionnalités pluri professionnelles. Il en résulte des difficultés pour récupérer des données quand on passe d'un éditeur à un autre, mais aussi dans les échanges avec d'autres applications et notamment le DMP.



mieux soudées. Le niveau d'ergonomie est globalement jugé très insuffisant et tient au fait que le développement des produits est confié à des informaticiens qui ne raisonnent pas dans les mêmes termes que les professionnels de santé. La customisation apparaît également très surévaluée. Enfin une insuffisance des services support et de formation à l'outil sont fréquents. Il y a par ailleurs une méconnaissance de la part des professionnels sur la pérennité financière des éditeurs ce qui peut entraîner par exemple des problèmes de récupération de données en cas de rachat par un autre éditeur, là aussi du fait de la non interopérabilité du nouveau logiciel avec l'ancien.

Les craintes qui persistent souvent à l'issue du choix vont souvent être réactivées au moment de l'implantation du logiciel : plus l'équipe aura mis d'espoir dans le nouveau logiciel et plus la déception sera forte en cas de problèmes successifs. Ces problèmes peuvent être divers : difficulté à récupérer les données d'un logiciel à l'autre, lenteur dans l'accès ou l'usage du logiciel, difficultés dans la manière d'accéder à certaines applications, défaillance des services support (retard dans les mises à jour, déclenchement non prévu et perturbant le bon déroulement des consultations...) etc.

Il en résulte que dans aucune des MSP visitées, même dans celles où la dynamique pluri professionnelle est forte et où le travail en équipe occupe un temps important dans l'activité des professionnels, le LPP n'a été considéré comme un outil central pour l'étayer efficacement du fait que ces logiciels ne remplissent pas leurs fonctions de partage et d'outils potentiels d'évaluation des pratiques de soins primaires. La mise en œuvre incrémentale s'est centrée d'abord sur la satisfaction des médecins. De ce fait mais aussi du fait des déficits mentionnés, très peu parmi les autres professionnels de santé utilisent de façon active le LPP. Seules du fait de son caractère inscrit dans l'ACI, les réunions de concertations pluri professionnelles ont fait l'objet d'un effort de tous les éditeurs pour permettre de les documenter. Toutefois, rien n'a été prévu pour le suivi de l'impact des décisions prises lors de ces réunions. Si la faible prévalence de données codées, liée à l'absence de « culture de la donnée » des professionnels de santé, l'explique en partie, l'absence d'ergonomie y a aussi contribué. Au total même dans les MSP les plus avancées en matière d'usage de leur LPP, il n'existe pas de recueils systématiques et standardisés permettant de retracer l'ensemble des actions pluri professionnelles¹⁴¹.

Ces échecs appellent un certain nombre de questionnements : pourquoi l'ASIP n'a-t-elle pas exigé des éditeurs qu'ils utilisent des méthodes de développement connues garantissant l'ergonomie des outils proposés ? Pourquoi n'a-t-elle pas imposé un minimum d'interopérabilité entre les logiciels ? Quelle responsabilité peut être attribuée au régulateur, c'est-à-dire à l'Etat et à la l'Assurance maladie en charge de réguler ce marché du logiciel ? Quelle responsabilité des professionnels de santé primaires ? Nous allons montrer que l'ensemble des déficits constatés peuvent être directement ou indirectement attribués à la manière dont le processus de labellisation a été mené, lui-même tributaire du *business model* de l'industrie du logiciel et de la faible régulation de ce marché par l'Etat et l'Assurance maladie, qu'ils subventionnent par ailleurs largement.

Les éditeurs de logiciels médicaux opèrent en effet sur un marché largement subventionné. Les financements sont indirects car résultant de ceux accordés aux médecins pour qu'ils s'informent. Ils visent prioritairement à intégrer dans leurs produits les applications nécessaires aux évolutions réglementaires voulues par le régulateur¹⁴². Le reliquat sert à développer les autres offres de services qui contribuent à l'ensemble de leur politique commerciale et tarifaire. Afin d'augmenter leur marge, leur stratégie consiste à minimiser leurs coûts de développement en particulier ceux induits par la recherche d'une meilleure ergonomie, coûteuse en termes de

¹⁴¹ Le fait qu'aucune des expérimentations impliquant des MSP dans le cadre de l'article 51 ne s'appuie, en termes de données cliniques, sur celles issues des LPP constitue un autre témoignage de l'usage limité des LPP au sein des MSP.

¹⁴² La carte vitale, la feuille de soins électronique ainsi que les logiciels d'aide à la prescription des médicaments en sont des exemples. Cette intégration est en cours en ce qui concerne le DMP.



temps de conception et de programmation. Cette attitude est renforcée par la culture professionnelle des ingénieurs informatiques qui ne les prédisposent pas à utiliser des méthodes ciblant les usages et les attentes des professionnels. L'absence d'intérêt des régulateurs pour cette question¹⁴³ laisse donc les professionnels assez démunis et en position de faiblesse face aux industriels.

Cette culture informatique d'ingénieur système est partagée par ceux de l'ASIP dont le cœur de métier centré sur des objets techniques consiste à garantir la sécurité des dépôts de données et leur cryptage, l'identification sécurisée de leurs utilisateurs potentiels mais aussi l'interopérabilité des différents logiciels et systèmes. Ils ont une méconnaissance profonde du monde des médecins libéraux, du contexte dans lequel ils exercent, de leur niveau d'usage de leur logiciel et du niveau de culture et de support informatique dont ils disposent au sein de leurs structures d'activité. Les professionnels auxquels ils ont recours en interne pour les informer sont presque tous issus du monde hospitalier et n'ont pas non plus des connaissances sur les attentes des professionnels exerçant en ambulatoire en matière de LPP et ne connaissent pas non plus la manière de fonctionner des MSP.

Quant à L'Etat, il a choisi de laisser jouer la concurrence entre éditeurs dès lors qu'ils se sont engagés à mettre en œuvre le cahier des charges des LPP sans les contraindre en matière d'outils et de développement. L'ASIP a suivi cette orientation d'autant plus facilement qu'elle répondait à sa culture. Elle a donc laissé toute liberté aux éditeurs d'utiliser leurs propres méthodes de développement, dont la diversité fragilisait les possibilités d'interopérabilité (alors qu'elle en était la garante), avec des conséquences délétères que nous avons décrites pour les utilisateurs. Ce positionnement a également eu des conséquences de nature économique avec une « capture du marché » par les gros éditeurs et avec pour effet un blocage de l'innovation (usabilité/ergonomie), les éditeurs positionnés sur cette « niche » étant peu à peu rachetés. Cette situation oligopolistique a encore renforcé la position des industriels dans les négociations avec les utilisateurs.

La situation actuelle s'explique aussi par les tensions politiques et les rapports des forces qui existaient les années 2012-2014. A cette époque, l'ASIP commence à travailler à la labellisation des LPP. Des groupes de travail associant des éditeurs, l'Etat et l'Assurance Maladie, des professionnels de santé (majoritairement des médecins) sont constitués. Parmi les professionnels de santé, les praticiens de terrain compétents sur le plan technique des logiciels et connaissant bien la variété des attentes de l'ensemble des soignants vis-à-vis de l'outil vont rapidement être évincés des groupes de travail, seuls demeurant les porteurs politiques des MSP qui souhaitent rendre l'expérimentation irréversible en dépit des fortes oppositions existant alors au niveau professionnel et syndical autour du développement des MSP. L'action des porteurs politiques va se cristalliser autour de la promotion à tout prix de cet outil promu comme « symbole » de l'irréversibilité du travail en équipe. Une alliance de circonstance se forge alors entre eux et l'ASIP qui est à l'époque en difficulté sur le déploiement du DMP et souhaite avancer rapidement sur ce dossier. Les éditeurs vont profiter de cette situation pour faire avaliser leurs arguments en faveur du *statu quo* : pas d'interopérabilité, pas d'ergonomie.

Ce même constat (difficulté d'usage imputable à un déficit de la qualité de leur ergonomie et d'une absence d'interopérabilité par défaut d'usage par les éditeurs des méthodes de développement adéquates) est retrouvé aux États-Unis. Dans ce pays marqué par l'absence de régulation, les seuls incitatifs existant vis-à-vis des éditeurs prennent la forme de recommandations sans aucun pouvoir réglementaire d'où leur non-respect par les éditeurs arguant, outre des coûts de développement excessifs que les y contraindre constituerait une entorse à la libre concurrence

¹⁴³ Les fonctionnalités pluri-professionnelles des logiciels des LPP ont été proposées uniquement en fonction d'un point de vue technique et non pas abordées en fonction de leur valeur d'usage, en supposant que les ressources informatiques au sein des MSP seraient suffisantes pour que les professionnels de santé puissent s'approprier les LPP sous la forme proposée par les éditeurs.



et à l'innovation. Un certain nombre de publications mettent aussi l'accent sur leurs conséquences en termes d'erreurs médicales et donc de sécurité des patients ainsi que sur leur contribution à l'augmentation de la charge mentale des médecins.

Doter les soins primaires de capacités à recueillir et échanger des informations dans un format standardisé apparaît une évidence. Pourtant nous avons identifié les nombreux obstacles à un tel objectif : (i) absence d'incitation des éditeurs à réaliser des produits ergonomiques à forte valeur d'usage, conformément aux attentes des professionnels et dont l'architecture répond aux normes d'interopérabilité, (ii) absence de culture de la donnée du côté des professionnels de santé aggravée par l'absence de politique d'accompagnement, (iii) faible engagement de l'Etat dans son rôle de régulateur. Comment dans cet environnement de régulation « faible » pousser les éditeurs à revoir l'architecture et les normes d'interopérabilité des logiciels ? L'assurance maladie avait commencé dès 2017 à s'y atteler en mettant en place une politique vis-à-vis des éditeurs dont la stratégie était de faire pression sur eux *via* les professionnels et les patients. Dans un premier temps le pari était de faire évoluer l'ergonomie des logiciels en créant des services qui répondent aux attentes des médecins. Ainsi, le volet médical de synthèse est maintenant intégré de façon systématique dans les logiciels professionnels et transférable en un clic dans le DMP dont l'usage par les médecins est censé être « boosté » par la demande forte des patients de disposer de leurs données dans ce dernier. Savoir si ces évolutions seront compatibles avec la nouvelle doctrine portée par la délégation du numérique en santé demeure une question ouverte.

- ***La transformation des pratiques, des modes de coopération et de l'organisation du travail lors du déploiement des dispositifs de télémedecine dans les structures de soins***

Alexandre MATHIEU-FRITZ, Professeur de sociologie à l'Université Gustave Eiffel, directeur adjoint du LATTs (UMR CNRS 8134)

Quelles sont les transformations liées au déploiement des dispositifs de téléconsultation dans les structures de soins ? Des recherches en sociologie du travail ont montré, d'un point de vue général, la multiplicité et l'importance des effets liés à l'intégration des outils numériques, qui contribue à modifier en profondeur et de façon durable les organisations au sein desquelles ils s'insèrent (encadré).

Deux dispositifs particuliers de téléconsultation ont fait l'objet de recherches approfondies et permettent d'éclairer de nombreux aspects des transformations à l'œuvre : Télégéria¹⁴⁴, qui associe différents professionnels de santé (des médecins hospitaliers de diverses spécialités et des membres des équipes paramédicales), et Téléméd, un dispositif de téléconsultation en santé mentale¹⁴⁵ (auquel prennent part des psychiatres et des psychologues). L'analyse de leur fonctionnement permet d'étudier les nouveaux problèmes pratiques qui se posent. Elle montre aussi que ces dispositifs ne sont pas par eux-mêmes déshumanisants – et qu'ils ne le sont pas plus que la relation clinique face-à-face¹⁴⁶.

¹⁴⁴ Télégéria est un dispositif mis en place dès 2009, entre le CHU Hôpital Européen Georges Pompidou et l'hôpital gériatrique Vaugirard Gabriel Pallez. L'objectif était de proposer, à des patients hospitalisés dans les différents services de l'hôpital gériatrique, des téléconsultations dans différentes spécialités médicales (suivi post-opératoire de chirurgie orthopédique, médecine vasculaire, cardiologie, dermatologie, etc.). Auparavant, il fallait procéder à un déplacement en ambulance, préparer le patient en amont, etc.

¹⁴⁵ Ce projet a pour but de proposer des soins en santé mentale à des patients français expatriés, souvent à l'autre bout du monde, qui souffrent de troubles psychiques et qui ne trouvent pas sur place de psychiatres ou de psychologues partageant la langue et la culture française.

¹⁴⁶ Voir le numéro 207 de *Réseaux*, intitulé « la télémedecine en actes » (2018), coordonné par Gérald Gaglio et Alexandre Mathieu-Fritz.



Dans le cas de Télégéria, l'organisation du travail va reposer sur un ensemble de règles nouvelles, de cadrage¹⁴⁷, qui devront être (co-)construites, énoncées et mises en œuvre. Il s'avère nécessaire de clarifier des règles d'usage, en particulier celles liées aux différents « outils métier » connectés au dispositif (spiromètre, otoscope, thermomètre, stéthoscope, échographe...). On assiste, en vue de l'élaboration du diagnostic à distance du patient, à des phénomènes inédits de coopération avec une délégation d'une partie des tâches qui sont au cœur du métier du délégateur (le spécialiste situé à distance du patient) et non pas seulement de tâches considérées comme subalternes. Ces nouveaux modes de coopération entre des praticiens situés à des niveaux très différents de la hiérarchie médicale et paramédicale s'accompagnent de stratégies de formation et de formes de transmission des savoirs et de savoir-faire - par exemple, pour réaliser des échographies cardiaques. Elles peuvent se traduire concrètement par une « montée en compétences » des délégataires et finalement par la diminution des besoins d'expertise et des recours (comme pour la télédermatologie). Ce nouveau cadre d'interaction impliquant plusieurs professionnels de santé et le patient conduit également à un élargissement du colloque singulier qui s'enrichit d'échanges simultanés utiles pour la prise en charge et le retour au domicile.

En pratique, ces dispositifs nécessitent le partage d'une culture professionnelle commune, qu'il s'agisse de qualifier un ensemble de symptômes, une lésion cutanée ou une image de radiologie. Globalement, le travail de coordination indispensable au bon fonctionnement quotidien des dispositifs de téléconsultation est très important et reste largement sous-estimé – ce qui explique toute une série d'échecs en matière de déploiement de la télémédecine.

L'exemple des téléconsultations en santé mentale témoigne plus précisément (en l'absence de tiers) du dédoublement de l'espace thérapeutique : on ne partage plus le même espace que son interlocuteur, on a parfois du mal à interpréter ce qui se produit dans son environnement physique immédiat et cela pose des problèmes pour interagir efficacement. Il faut faire face aux diverses impressions de distance (sociale, émotionnelle et cognitive) et tenter de les pallier. La perte de certains éléments d'information peut toutefois être compensée par une attention plus soutenue et dans certains cas, la distance a des vertus, puisqu'elle facilite la parole du patient, comme celle du thérapeute. Afin de réduire l'incertitude en compensant le manque de « prises » cognitives liées à l'utilisation de la vidéotransmission (on se voit moins bien, on s'entend moins bien, etc.), les praticiens sont amenés à développer un surcroît d'attention entraînant plus de fatigue et de questions, qui laissent elles-mêmes moins de place au silence, lequel revêt habituellement toute son importance dans la relation psychothérapeutique face-à-face.

Pour que l'intégration des nouveaux outils numériques réussisse, il faut notamment procéder à des formes de traduction des intérêts, des usages, des pratiques et des attentes des différentes catégories de professionnels dans les dispositifs. La place des équipes paramédicales est centrale dans cette démarche. Toutefois, il n'est pas possible de prédire avec exactitude le fonctionnement concret des nouveaux dispositifs, ni leurs modalités d'appropriation par les divers utilisateurs ainsi que l'évolution des usages. Ceux-ci nécessitent des apprentissages et des formes d'adaptation qui sont propres à des contextes organisationnels variables et qui touchent au travail réel des praticiens, ainsi qu'à leur sens du travail¹⁴⁸. Par ailleurs, des problèmes inédits

¹⁴⁷ Cadrage social (chaque intervenant doit se présenter) ; cadrage technique (utilisation des outils) ; cadrage clinique (comment présenter le patient et procéder à l'examen clinique) ; cadrage organisationnel (relatif à l'organisation des sessions de téléconsultation).

¹⁴⁸ Face au nouveau dispositif, les professionnels développent des « attitudes expérimentales », afin de répondre à des questions relatives au degré de transposabilité des pratiques usuelles ou antérieures dans le nouveau contexte d'exercice (« Jusqu'où puis-je transposer mes activités habituelles dans le nouveau cadre d'activité ? »), mais aussi au coût organisationnel, cognitif, symbolique et économique de la transposition des pratiques de travail (« Est-il possible de faire du « bon travail » et du « vrai travail » dans ce nouveau contexte, et à quel « prix » ? »).

d'imputabilité des difficultés se posent¹⁴⁹. Mais malgré de nombreuses difficultés on assiste au maintien de toute une série de praticiens dans les dispositifs de télémédecine.

Effets liés à l'intégration des outils numériques dans les organisations¹⁵⁰

Émergence de nouvelles tâches, de nouveaux rôles et métiers ; transformation du contenu, de la temporalité et de l'ordonnement de tâches existantes ; multiplication des lieux de réalisation du travail ; influence mutuelle et réciproque des collectifs de travail sur les dispositifs techniques mis en place et leurs usages ; transformation de l'organisation du travail – et du « travail d'organisation » –, ainsi que du périmètre et du positionnement de ses sous-ensembles avec l'émergence de nouvelles formes de collectif aux côtés des anciennes ; apprentissages liés à l'appropriation et à l'usage des TIC ; mutations des formes de réflexivité individuelle et collective et des identités professionnelles ; transformations de l'écrit et de ses modalités de circulation ; brouillage des frontières entre sphères du travail et avec la sphère privée ; transformations des hiérarchies organisationnelles (avec des formes de coordination plus horizontales au sein de l'organisation).

• Numérique et soins primaires : l'exemple du cabinet IPSO

Marie BENQUE, Médecin généraliste, cabinet IPSO Saint Martin

IPSO Santé est un réseau de cabinets de soins primaires¹⁵¹ fondé en 2012. L'ambition est de construire le cabinet médical de demain en développant un nouveau modèle d'organisation centré sur le patient et accessible à tous, fondé sur la collaboration entre professionnels. Il s'agit à la fois de recentrer l'activité des soignants sur les activités à haute valeur ajoutée en les déchargeant des tâches situées en dehors de leur cœur de métier, en particulier les tâches administratives et de faciliter l'accès aux soins. Le cabinet fonctionne sur des plages horaires étendues (7h30-22h30 du lundi au vendredi et de 8h00 à 19h00 le samedi et les jours fériés), accessibles pour des soins non programmés (un médecin est présent tous les jours, sur toutes les plages de consultation pour la gestion de « soins aigus »). Les tarifs sont conventionnés en secteur 1. Ce modèle collaboratif est très attractif pour les jeunes médecins¹⁵².

Le collectif réunit des professionnels d'horizons variés : professionnels médicaux (médecins généralistes, infirmiers, sages-femmes), ingénieurs, développeurs informatiques et coordinateurs. Cette pluridisciplinarité (« hybridation ») permet :

- D'articuler les différentes facettes de la prise en charge des patients autour du médecin traitant, de l'infirmier et « d'assistants médicaux » (il y a un assistant pour un praticien et demi installé). Le cabinet ne pourrait pas fonctionner sans cette organisation interprofessionnelle.
- En s'appuyant sur les nouvelles technologies de l'information, de développer des solutions adaptées aux besoins des patients : l'organisation est sous-tendue par un système d'information développé en interne, qui intègre la prise de rendez-vous sur Internet pour les patients, le logiciel métier pour les soignants et le logiciel administratif pour la facturation et la dématérialisation des documents. Ce système d'information est amélioré régulièrement avec des évolutions quasiment toutes les semaines en fonction des besoins identifiés et des retours d'expérience du terrain. Il permet des gains d'efficacité très concrets. Par exemple, il

¹⁴⁹ Ceux-ci peuvent se traduire par la question suivante : « Est-ce que ma difficulté à poser un jugement diagnostique est liée à l'usage du dispositif de téléconsultation ou bien est-ce lié au cas complexe du patient pris en charge, que j'aurais eu du mal à traiter en face-à-face, ou bien encore à une combinaison des deux problèmes ? ».

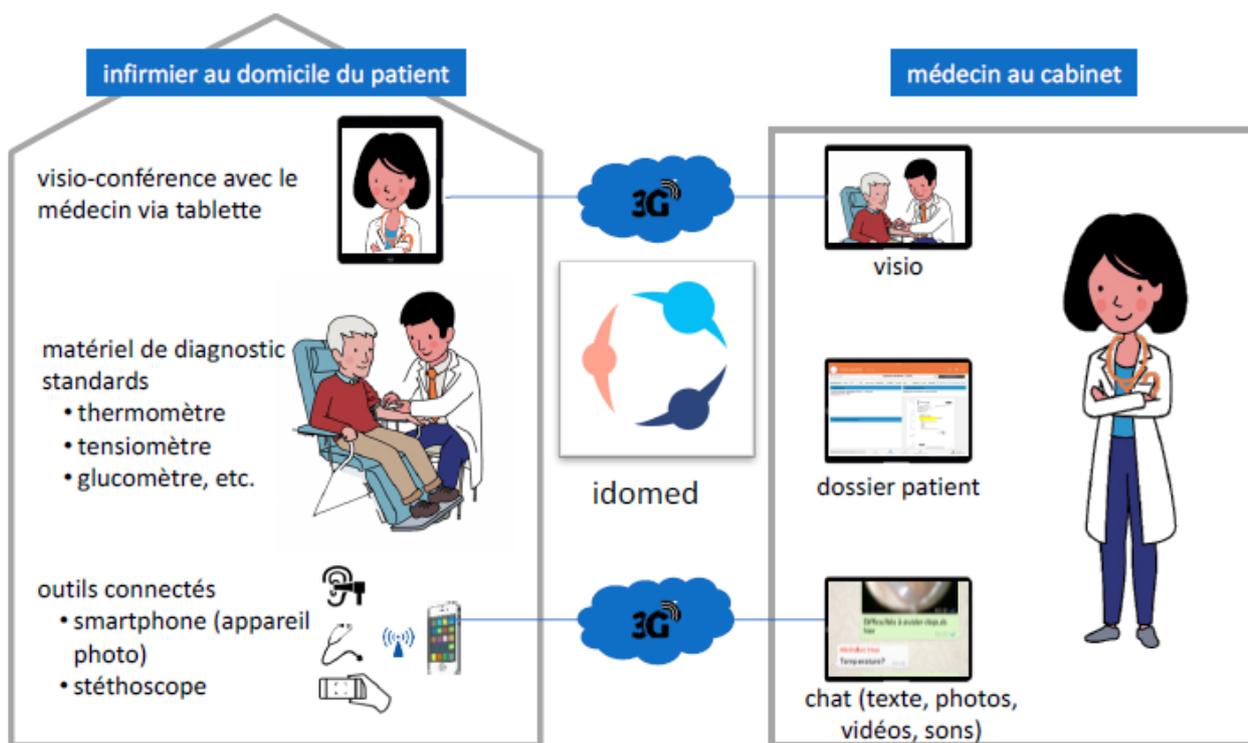
¹⁵⁰ Cf. Anne-France de Saint Laurent-Kogan, Jean-Luc Metzger (dir.), *Où va le travail à l'ère du numérique ?*, Paris, Presses de l'École des mines, 2007.

¹⁵¹ Actuellement deux sites sont accessibles sur Paris, l'ouverture de deux autres sites est en projet. Au total, ce sont 47 professionnels de santé (praticiens installés, remplaçants, étudiants...) inclus, plus de 80 000 consultations par an, environ 6 000 patients suivis dans le cadre du parcours de soins (« médecin traitant »).

¹⁵² Notamment du fait d'être déchargé de ce qui n'est pas médical, de pouvoir travailler à plusieurs, sur des plages horaires choisies.

a permis de calibrer à partir des données observées, la durée de la consultation en fonction du profil (âge, sexe, etc.) et du motif de consultation (médecine générale, pédiatrie, gynécologie, soins infirmiers...). Ces données sont renseignées par les patients lors de leur prise de rendez-vous¹⁵³. Les patients sont également force de proposition en participant à l'évaluation du cabinet.

Schéma : Téléconsultation du patient dépendant à domicile



La téléconsultation peut être mobilisée dans l'objectif de meilleure accessibilité aux soins. Elle est utilisée ou expérimentée dans trois cas d'usage : les patients autonomes qui ne peuvent pas se déplacer ponctuellement au cabinet¹⁵⁴, les patients dépendants à domicile et la téléexpertise :

- Les téléconsultations pour les patients autonomes représentent moins de 5% de l'ensemble des consultations en juin 2019¹⁵⁵. Entre 5 et 10% conduisent à des consultations en présentiel ce qui témoigne de la pertinence des demandes de la part des patients. D'après l'expérience du cabinet, la relation médecin-patient n'est pas dégradée et les freins au développement sont d'ordre technique (interfaçage avec les différents logiciels principalement).
- Il est indispensable que se développent les téléconsultations pour des patients âgés à domicile car les visites à domicile sont très coûteuses en temps pour les médecins et ne sont pas toujours nécessaires. Il faut s'appuyer sur la présence quasi-quotidienne des infirmiers au domicile des patients. Différents outils peuvent être mobilisés pour faciliter les échanges : par messagerie ou chat, par visioconférence via une tablette, avec l'utilisation d'objets connectés (stéthoscope, ...). Au-delà de la culture commune à développer entre professionnels pour fluidifier les échanges, la principale difficulté à la mise en œuvre des téléconsultations

¹⁵³ 70% des prises de RV se font par internet.

¹⁵⁴ Ce type de téléconsultation est ouvert aux patients suivis dans le cabinet et qui avaient déjà consulté au moins une fois en présentiel dans les douze derniers mois.

¹⁵⁵ Depuis la crise du Covid 19 le nombre de téléconsultations a très fortement augmenté pour représenter jusqu'à 70% des consultations dans la 2eme quinzaine de mars 2020.



dans ce cas est d'arriver à synchroniser les disponibilités en temps réel entre les professionnels¹⁵⁶. La question des rémunérations est également très importante notamment pour les infirmiers dont l'investissement en temps et dans le matériel est important.

- La télé-expertise est un outil très important pour le médecin généraliste. Mais son utilisation a été considérablement complexifiée avec notamment le déploiement de solutions techniques imposées *via* des plateformes dont le coût financier n'est pas nul et dont l'ergonomie n'est pas adaptée à l'usage. Par ailleurs la cotation est complexe, dépend de l'expert et manque de visibilité car annualisée.

Les outils doivent être au service des organisations et des parcours. Pour la télémédecine, l'expérience montre que les outils ergonomiques, simples et intuitifs, adaptés à l'environnement des professionnels qui les utilisent sont suffisants. Le dispositif ne doit pas être rigidifié à l'excès, le risque étant l'inflation réglementaire et l'accroissement des coûts pour les professionnels. Les pouvoirs publics devraient se concentrer sur les grandes orientations du numérique en santé (interopérabilité des systèmes d'information, DMP *etc.*).

Conclusion

- **Financement et transformation du système de santé**

Jean-Marc AUBERT, Directeur de la DREES et de la Task force sur la réforme du financement

La transformation du système de santé repose avant tout sur la volonté des acteurs y compris institutionnels. Il faut des volontaires pour transformer le système : des professionnels qui souhaitent modifier leurs pratiques, le fonctionnement d'un service ou d'un hôpital, *etc.* Le financement et l'organisation sont des moyens pour aider à cela, et doivent aller dans les sens des transformations souhaitées. Toutefois, le degré d'intégration des systèmes de santé a un rôle. Dans les systèmes plus intégrés, l'appropriation de la transformation par les professionnels est facilitée. Ce n'est pas le cas en France. Dans ce contexte, le financement peut être un frein ou un facilitateur de la transformation.

Il n'y a pas de bon ou de mauvais mode de financement. De nombreux exemples où les professionnels s'organisent quel que soit le mode de financement le prouvent. S'il est vrai que le modèle de financement à l'acte ne facilite pas la coopération, il ne le complexifie pas forcément non plus. Dans de nombreux pays, l'acte intègre une partie du travail de coordination parce qu'il n'est pas imaginable de payer un acte sans avoir la coordination associée et que c'est une évidence pour tous¹⁵⁷. En France, on ne considère pas que la coordination est incluse dans l'acte. C'est un point fondamental. Ainsi, le paiement à l'acte n'est pas facilitateur de la coordination puisqu'il ne l'intègre pas. L'hypothèse de base des gens qui ont fixé les tarifs, l'hypothèse de base des professionnels qui ont travaillé avec ces personnes, c'est que la coordination doit être en plus.

Chaque mode de financement a ses avantages et ses inconvénients. D'ailleurs, la plupart des pays tendent vers la mixité des financements. Les systèmes dans lesquels le paiement à l'acte domine aboutissent à des coordinations moins bonnes que dans les systèmes dans lesquels on paye un ensemble de services (« paiement groupé »). Il peut s'agir d'un épisode de soins, mais cela peut concerner également une prise en charge complète de patients souffrant de pathologie(s) chronique(s) par exemple. L'organisation va partager l'argent entre les acteurs selon des

¹⁵⁶ L'expérimentation initiale *via* un protocole de recherche avec l'ARS s'est transformée en organisation pérenne qui se développe progressivement sur un certain nombre de territoires.

¹⁵⁷ Dans de nombreux pays on n'imagine pas qu'un acte de soin technique infirmier ou une série d'actes se termine sans un compte rendu au médecin traitant, comme on pourrait très bien imaginer qu'une consultation de médecin traitant, s'il y a une prescription d'accompagnement infirmier, puisse intégrer le fait d'appeler l'infirmière plutôt que d'être dans le système français où on laisse le patient faire la coordination le plus souvent.



modalités propres à chaque pays¹⁵⁸. Comme c'est une organisation qui est rémunérée en une fois, l'hypothèse est que celle-ci a intérêt à développer la coordination entre les acteurs et que cette coordination soit intégrée au travail de chacun. Le paiement groupé permet aux professionnels de s'organiser comme ils le souhaitent pour répondre aux besoins des patients, en fonction des compétences de chacun.

En France, notre position est encore éloignée de ce modèle intégré. L'organisation de notre système n'est globalement pas mature. Ce constat est partagé par tous les acteurs mais il y a des exceptions de plus en plus nombreuses et il convient d'accompagner les professionnels qui le souhaitent à transformer leur organisation. C'est l'objectif proposé par l'article 51 de la LFSS 2018. Cet article vise également à dépasser la situation actuelle où des expérimentations dispersées durent quelques années puis disparaissent, et le problème n'est pas qu'on n'évaluerait pas assez, c'est qu'on ne sait pas quoi faire d'une évaluation positive ni d'une évaluation négative. L'autre volet des propositions de la task force est de forger une doctrine dans le cadre du droit commun pour une réforme du financement pour intégrer des paiements groupés et des paiements à la qualité¹⁵⁹, (sans remettre en cause le paiement à l'acte et à l'activité), pour accompagner la transformation du système de santé. Ces différents modes de financement devraient constituer l'architecture du financement de la santé pour l'ensemble des professionnels et des secteurs (cf. graphique). Les paiements groupés que des équipes se répartissent ne sont pas envisageables aujourd'hui dans le cadre du droit commun pour de multiples raisons, juridiques, culturelles, historique. Ce que la task force propose à ce stade est d'adapter ce mode de financement au suivi des maladies chroniques par profession¹⁶⁰. Une enveloppe pour chaque pathologie permettra au professionnel d'adapter le suivi en fonction des besoins et des capacités des patients. Bien sûr il faut s'assurer de l'effectivité de la prise en charge et ce plutôt à partir de la formalisation d'un cahier des charges minimal incluant des indicateurs de suivi que sur le nombre de consultations de suivi.

Il est important que les professionnels et les équipes de soins évaluent leurs pratiques. Collectivement, il est également nécessaire de rendre compte de ce que notre système de santé produit afin de pouvoir rétroagir et améliorer ses résultats. Pour cela des informations sur le suivi des patients sont nécessaires. Le financement à la qualité peut accompagner cette utilisation. Une transition progressive vers un paiement à la qualité s'inscrit dans cet objectif d'amélioration globale du travail collectif.

Le paiement des actes de coordination et de coopération n'a pas été envisagé en tant que tel. La diversité et la complexité potentielle des situations possibles ne permettent pas d'envisager des solutions simples à mettre en œuvre dans un paysage déjà complexe (avec plus de 8 000 actes inscrits à la nomenclature des actes médicaux). Ces nouveaux modes de rémunération incluraient donc les temps de coordination avec les autres professionnels intervenant dans le suivi du patient, temps considérés comme partie intégrante des prises en charge.

Le paiement pour la structuration du service est également proposé par la task force. Pour les soins de ville, des moyens en investissement pourraient en particulier être consacrés au numérique *via* un financement à l'usage.

¹⁵⁸ Au RU par exemple c'est l'organisation du médecin traitant, la *practice médicale* qui gère le budget santé du patient et qui est en charge de la coordination.

¹⁵⁹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dicom_rapport_final_vdef_2901.pdf

¹⁶⁰ Des expérimentations sont également menées dans le cadre de l'article 51 sur trois interventions chirurgicales afin de tester le caractère opérationnel d'un mode de financement unifié pour une séquence donnée de soins ville-hôpital.



III. L'approche territoriale de la gestion des ressources humaines en santé

III.1. L'approche territoriale aujourd'hui

- **L'analyse de la situation française**

Hugo BEVORT, Directeur des stratégies territoriales, Commissariat général à l'Égalité des territoires (CGET)

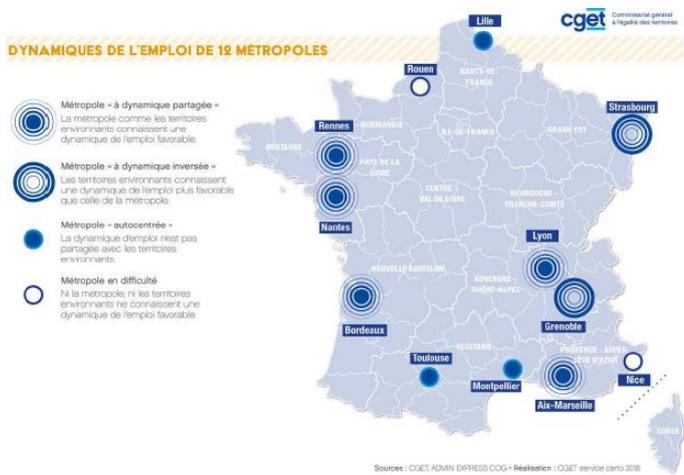
Quelles sont les grandes dynamiques territoriales auxquelles la France est confrontée aujourd'hui ? Loin de l'opposition binaire entre métropoles dynamiques captant les richesses et les opportunités (« les gagnants ») et territoires périphériques sacrifiés sur l'autel de la mondialisation et délaissés par les pouvoirs publics (« les perdants »), la France connaît une diversité de situations et d'opportunités¹⁶¹.

Schématiquement, on peut distinguer cinq grandes dynamiques territoriales à l'œuvre¹⁶². La poursuite et l'accélération du mouvement de métropolisation constitue la première grande transformation. Depuis une trentaine d'années, mais avec un effet d'accélération sur la période de la crise (2007-2017), on observe un phénomène de concentration de l'emploi. Schématiquement, la création d'emplois est deux fois plus élevée dans les grandes métropoles que dans le reste du territoire : lors des dix dernières années, les trois quarts des créations d'emplois ont été localisées dans les aires métropolitaines. Ce phénomène de concentration est encore plus marqué pour les métropoles de plus de 500 000 habitants.

¹⁶¹ Rapport sur la cohésion des territoires : <https://www.cget.gouv.fr/dossiers/rapport-cohesion-territoires>

¹⁶² Trois critères sont mobilisés pour qualifier ces dynamiques : un critère de développement économique, notamment à travers la question de l'emploi, un critère de dynamique démographique et un critère d'évolution des inégalités.

Toutefois les métropoles ne constituent pas une catégorie homogène. Elles ne connaissent ni les mêmes trajectoires, ni le même dynamisme, ni la même capacité à tirer le développement : il existe des métropoles dont la dynamique est partagée avec les territoires régionaux avoisinants (Lyon, Nantes et Marseille), quand d'autres se développent en relatif isolat (Lille, Toulouse et Montpellier). Mais il existe aussi des situations inversées où l'on observe dans les métropoles une croissance de l'emploi plus faible que dans les territoires qui les entourent (Grenoble et Strasbourg).



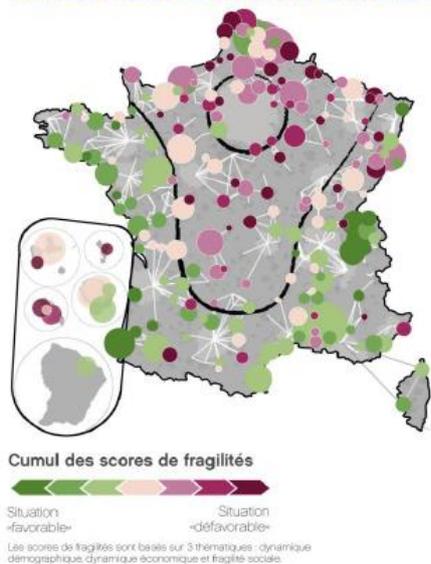
(Lyon, Nantes et Marseille), quand d'autres se développent en relatif isolat (Lille, Toulouse et Montpellier). Mais il existe aussi des situations inversées où l'on observe dans les métropoles une croissance de l'emploi plus faible que dans les territoires qui les entourent (Grenoble et Strasbourg).

Le fait d'être une métropole ne suffit donc pas à la qualifier pour une trajectoire de croissance. Par ailleurs, il est faux de penser que les métropoles ont forcément un effet destructeur sur les dynamiques territoriales : certaines ont réussi à créer des développements partagés, qui profitent à leur environnement immédiat et en deuxième couronne.

C'est le cas en particulier de la métropole de Lyon ou, dans une moindre mesure, de celle de Nantes. L'enjeu est important en termes de « cohésion sociale » s'il s'agit de mettre en place des politiques publiques favorisant un effet de croissance partagée sur l'ensemble territoire par effet d'entraînement.

La deuxième transformation, « la périurbanisation du peuplement », se poursuit. Les métropoles grossissent et les espaces qui ont les plus fortes croissances à l'intérieur de ces métropoles sont les espaces situés en première et en seconde couronne. Cette dynamique profite aux espaces périurbains en termes de peuplement, moins en termes d'emploi ce qui constitue un autre défi de l'action publique, celui de gérer les mobilités au quotidien du fait de la disjonction de plus en plus marquée entre les lieux d'habitat et les lieux de travail. Ce phénomène qui caractérisait un nombre très limité d'espaces jusqu'au milieu des années 70 s'est généralisé.

VILLES MOYENNES ET SCORES DE FRAGILITÉS



La troisième dynamique correspond à une fragilisation de l'armature urbaine sur laquelle est appuyé notre appareil administratif. On observe depuis une dizaine d'années une accélération de la disjonction entre la croissance portée par les métropoles et celle qui s'observe dans les villes qualifiées de « petites et moyennes » (entre 20 000 et 200 000 habitants). Il y en a environ 200 à 250 en France, qui tiennent le pays, qui en font l'architecture et, en particulier, l'architecture départementale.

A partir d'un indicateur synthétique qui croise évolution démographique, évolution de l'emploi et fragilité sociale, on observe qu'un tiers des villes moyennes sont confrontées à des situations de difficulté, voire de décroissance structurelle¹⁶³ (en violet sur la carte). Cette fragilisation est particulièrement marquée dans l'arc nord-est de la France, de la Normandie à la Bourgogne - Franche-Comté et jusqu'au sud du Massif central. Cette représentation permet de compléter la vision traditionnelle de la « diagonale

du vide » marquée par des difficultés générales d'accès aux principaux services de la vie courante.

¹⁶³ On parle de décroissance structurelle à partir du moment où les trois indicateurs précédemment cités sont, depuis plus de dix ans, orientés négativement.

Schématiquement, arrimés aux métropoles en croissance (Lyon, Aix, Bordeaux, Rennes, Nantes) on observe des systèmes urbains orientés de manière positive. A l'inverse, tout autour de Paris, de la Normandie jusqu'au sud de l'Alsace, du sud de l'Alsace jusqu'au sud du Massif Central se trouve un secteur orienté de manière très négative et qui forme une continuité urbaine où se situent les villes qui ont le plus été frappées par des phénomènes de décroissance structurelle.

La quatrième transformation, connectée aux précédentes, concerne l'évolution des territoires ruraux. Cette évolution est souvent abordée à travers le fantasme de deux France qui s'opposeraient l'une à l'autre, celle des métropoles et celle à distance des métropoles, en particulier les territoires ruraux. En réalité, la trajectoire des territoires ruraux est divergente : il n'y a pas une trajectoire du rural, caractérisée par des espaces de faible densité, qui aurait des caractéristiques à peu près homogènes. Schématiquement, on peut distinguer trois groupes :



raient l'une à l'autre, celle des métropoles et celle à distance des métropoles, en particulier les territoires ruraux. En réalité, la trajectoire des territoires ruraux est divergente : il n'y a pas une trajectoire du rural, caractérisée par des espaces de faible densité, qui aurait des caractéristiques à peu près homogènes. Schématiquement, on peut distinguer trois groupes :

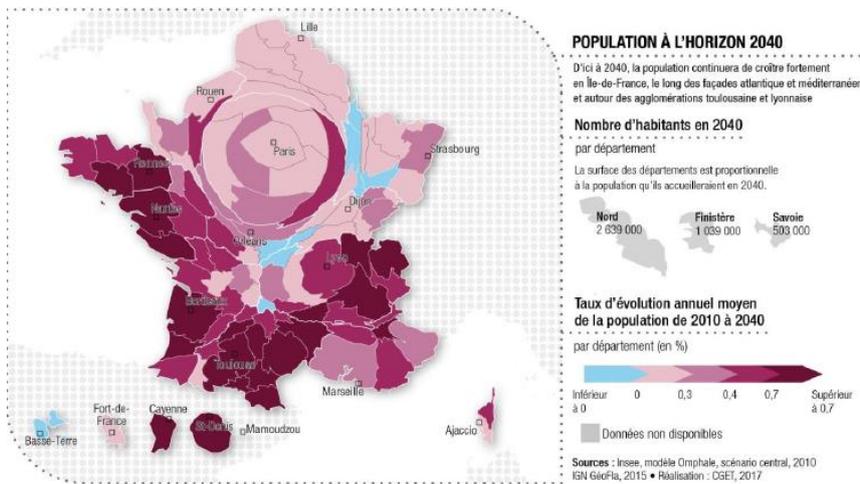
(i) des « campagnes des villes, du littoral et des vallées urbaines » tirées par le développement métropolitain et orientées très positivement (notamment leur population croît plus vite que la population située au cœur des métropoles) ; (ii) des « campagnes agricoles et industrielles », situées à distance des métropoles qui se caractérisent par des fragilités marquées qui vont plutôt en s'accroissant ; (iii) des « campagnes vieilles et de faible densité » qui correspondent à l'imaginaire collectif des campagnes. Leur décroissance est pour ainsi dire derrière elles. L'enjeu, aujourd'hui, de ces territoires, n'est pas d'enrayer une décroissance, parce qu'on pense qu'on est arrivé au plus bas, c'est au contraire d'ajuster la carte de nos services publics pour tenir compte de l'évolution des besoins et de l'évolution des conditions d'accessibilité à ces services.

A l'arrière-plan de ces transformations, on retrouve la mutation du système de production marquée par l'achèvement de la désindustrialisation¹⁶⁴ qui a contribué au décrochage de pans entiers du territoire. La désindustrialisation a par ailleurs laissé une plus grande place aux emplois de services, emplois concentrés dans les métropoles. Les emplois moyennement qualifiés y sont aujourd'hui en contraction. Ainsi, les métropoles se révèlent des espaces de croissance d'emplois, mais elles perdent leur capacité à créer un emploi diversifié : elles se caractérisent par la bipolarisation du marché de l'emploi entre des emplois très qualifiés d'un côté et des emplois moins qualifiés de l'autre. Simultanément on observe un phénomène de ségrégation spatiale en leur sein et des différences sociales de plus en plus marquées. Fortement attractives économiquement, les métropoles sont devenues faiblement attractives d'un point de vue résidentiel. Ce phénomène de découplage est encore plus saillant à Paris mais s'observe partout dans le monde¹⁶⁵.

¹⁶⁴ On n'a plus qu'entre 10% et 12%, selon les modes de calcul, d'emplois industriels en France.

¹⁶⁵ Ce phénomène est mondial. New York, Los Angeles, Miami, Londres, Amsterdam sont toutes confrontées au même phénomène, c'est-à-dire à cette séparation progressive des trajectoires économiques qui les portent, des trajectoires résidentielles qui les rendent de moins en moins attractives pour des raisons en partie liées au marché immobilier, à la difficulté de se loger quand on vit dans ces métropoles avec des salaires faibles.

Ces mutations peuvent être illustrées notamment en termes d'évolution de la population d'ici à 2040. Sur ce cartogramme¹⁶⁶ on observe que le phénomène de littoralisation du peuplement, porté par un nombre limité de métropoles, mais s'appuyant sur des réseaux urbains qui conti-



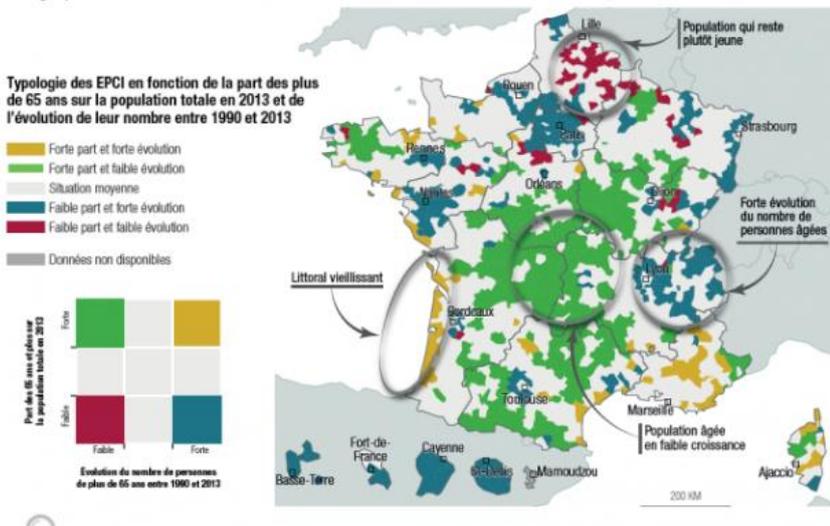
nent d'être fonctionnels, aura tendance à s'accroître. En contraste, la métropole de Paris, dont on mesure mieux encore par ce type de représentation l'importance et le caractère structurant, est confrontée plutôt à une crise d'attractivité. A cet égard, on note que chaque année, la ville de Paris (2 100 000 d'habitants), perd 10 000 habitants.

Parallèlement, on observe que la dynamique de vieillissement de la population n'est pas homogène. En estimant cette dy-

namique à partir de la part des personnes âgées (stock) et de leur évolution (flux ou gérontocroissance), quatre types de territoires se dessinent : (i) les territoires caractérisés par une forte part de personnes âgées et une faible évolution de leur nombre :

ce sont les territoires ruraux « profonds » ; (ii) les territoires caractérisés par une faible part de personnes âgées et par une gérontocroissance élevée : c'est le cas en particulier de l'Ile-de-France et des territoires ultramarins ; (iii) les territoires caractérisés par une forte part de personnes âgées et une évolution qui va continuer à jouer dans le sens d'un accroissement de leur nombre : ce sont les zones situées en particulier sur le pourtour littoral ; (iv) les territoires caractérisés par une faible part

Géographie du vieillissement en France



de personnes âgées et par une faible évolution de leur nombre : ces intercommunalités se situent en grande majorité dans les Hauts-de-France. Une analyse plus fine montre que ce sont dans les zones périurbaines et en outre-mer que la croissance des personnes âgées est la plus forte.

La mondialisation favorise le phénomène de métropolisation et parallèlement à cette transformation qui structure les grandes dynamiques territoriales du pays, des évolutions à une échelle macrorégionale dessinent quatre grands espaces qu'il s'agisse de croissance économique, d'emploi, de dynamique démographique ou d'évolution de la structure urbaine. Schématiquement :

¹⁶⁶ Cette carte par « anamorphose » représente l'espace en fonction de la taille réelle de la population. Chacune des grandes communes est représentée proportionnellement à la population qui l'habite. Sur la base des prévisions de l'INSEE, les espaces en bleu sont ceux qui perdent de la population, les espaces les plus foncés, tirant vers le violet, sont ceux dont l'évolution moyenne, dans les vingt années à venir, est considérée comme la plus positive.

- L'espace francilien est caractérisé par une très forte croissance économique, une plus faible croissance de l'emploi et une perte d'attractivité résidentielle. Cette situation paradoxale est un véritable enjeu de politique publique. Le Grand Paris est une partie de la réponse.
- Autour de cet espace francilien, se situe un espace fragilisé qui prend en écharpe Paris et qui va de la Normandie jusqu'au sud du Massif central et dont les difficultés économiques et sociales sont structurelles, caractérisées par des indicateurs orientés négativement. Ces territoires constituent aujourd'hui un vrai enjeu de transformation qui ne peut pas être abordé uniquement à travers les questions de villes moyennes ou les questions d'emploi. Il faut le traiter de manière globale.
- Un espace en périphérie, une parabole ou grand U de croissance conjuguant dynamisme démographique et économique qui s'étend de Rennes jusqu'à Strasbourg et bénéficie jusqu'aux petites villes. Toutefois, ces espaces (Bordeaux par exemple) ne sont pas exempts de crises en leur sein, liées à des crises de croissance¹⁶⁷.
- Des territoires ultramarins qui restent marqués par leur spécificité dont le dynamisme n'est pas exclusif de puissantes vulnérabilités : chômage, faibles qualifications, faibles revenus, etc.

- **Accès aux soins : qu'est-ce qu'un espace juste ?**

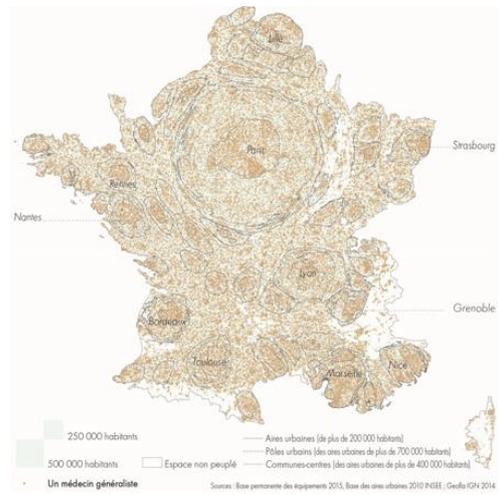
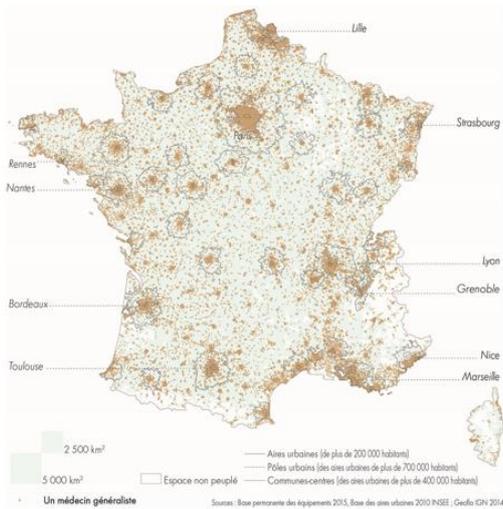
Jean-Nicolas FAUCHILLE, *Urbaniste et chercheur en sciences sociales de l'espace, co-auteur du livre *Théorie de la justice spatiale**

La justice et l'égalité appartiennent au même registre. Mais qu'est-ce que l'égalité pour des lieux, des réseaux, des territoires ? Lorsqu'on parle de « justice spatiale », on entend souvent « justice sociale ». Il est vrai que cette notion est finalement assez récente. L'espace n'est pas une grille de fond sur laquelle on vient apposer des réponses de justice sociale. L'espace est actif et co-produit. C'est un élément dynamique : nos choix de mobilité, nos choix de lieu résidentiel font que nos spatialités créent l'espace.

La lecture qu'on peut avoir d'un « espace juste » est évidemment liée à la représentation de l'espace. Dans les représentations classiques, les cartes euclidiennes, les surfaces de la carte sont proportionnelles à celles de l'espace représenté. Les cartogrammes permettent de rendre ces surfaces proportionnelles à d'autres informations. Par exemple, les cartogrammes de population font de la surface un moyen de rendre visibles, à leur proportion réelle, les individus qui habitent les lieux représentés. Le cartogramme étire les zones denses (donc les villes) et comprime les zones peu peuplées.

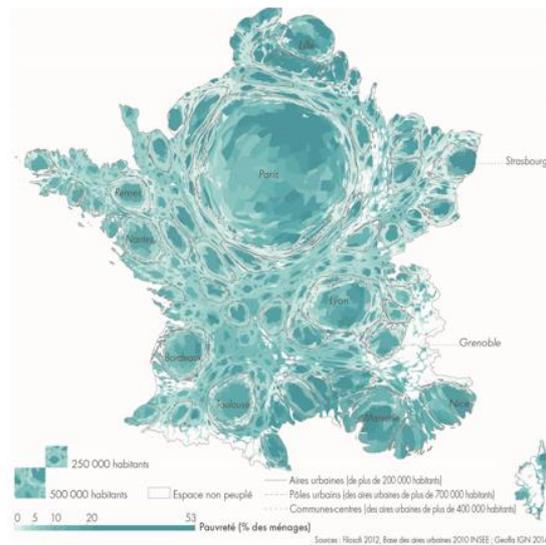
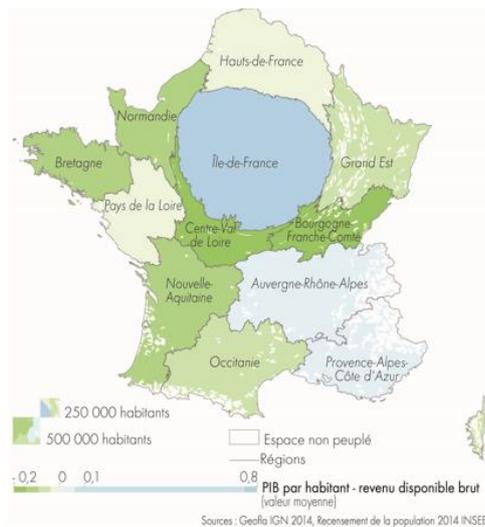
Un exemple à partir de la répartition des médecins généralistes montre sur la carte euclidienne qu'on a l'impression d'avoir des lieux extrêmement denses de présence en médecins généralistes et de faibles densités autour des métropoles. Le cartogramme de population lisse cette représentation. Les poches dont sont absents les médecins généralistes sont aussi des lieux inhabités.

¹⁶⁷ Ce sont dans ces espaces que se sont déroulées les mobilisations les plus importantes en faveur des gilets jaunes, pas dans les espaces totalement déprimés ni à proximité de Paris. Il s'agit d'espaces portés par une transformation structurante, mais qui crée une nouvelle géographie des inégalités et des conflits de pouvoir pour la maîtrise de l'espace.



Le questionnement sur la justice spatiale se révèle être un questionnement central dans nos sociétés. Qu'est-ce qu'un espace juste ? S'agit-il d'une égalité de moyens ou de résultats ? S'agit-il de les répartir en fonction du nombre d'habitants ou du nombre de kilomètres carrés ? Vise-t-on une proportionnalité des ressources disponibles aux richesses produites, à la taille de la population, à d'autres critères ? Doit-on différencier l'égalité en équité et encourager les territoires qui en ont le plus besoin sans affaiblir ceux qui se portent le mieux, mais comment ?

La part du produit intérieur brut (PIB) consacrée aux dépenses publiques est passée de 28% du PIB en 1950 à 56,4% en 2018. Pour Laurent Davezies (*La République et ses territoires*) : « *Le plus fort changement n'a donc pas été celui de la mondialisation, mais celui de la mutualisation* » ; « *La couverture en service et les prestations sont devenues la première source de revenu de nos régions : il n'y a pas une seule région française dans laquelle la somme des salaires privés soit supérieure à la somme des salaires publics et des prestations sociales.* »



L'Etat français redirige ainsi massivement les richesses produites dans les régions les plus productives, l'Île-de-France en tête, vers les régions moins denses, qui sont aussi moins productives. Ce faisant on privilégie l'argent investi par km² plutôt que par habitant. Paradoxalement,



Paris concentre à elle seule presque autant de pauvres économiques que l'ensemble des « communes isolées » et davantage si on prend en compte le coût de la vie.

Les « démunis spatiaux » ne sont pas les plus éloignés des centres urbains (qui eux vivent en périurbain ou en zone rurale isolée), mais les personnes qui ont le moins de choix résidentiel (ceux qui dépendent des logements sociaux notamment) et qui se situent très majoritairement en zones urbaines ou en périphérie de ces zones. Or, ce sont les mêmes qui cumulent la pauvreté économique (d'après l'INSEE, en 2011, le « rural isolé » et « l'infra-urbain » ne réunissent qu'une part très faible de la pauvreté économique : 5,4% contre 81,2% pour les grandes aires urbaines (cœur et périurbain)). Ce malentendu persistant mérite d'être souligné car les retombées en termes de politiques publiques sont majeures si elles ne visent pas les bonnes cibles. Les mécanismes de répartition vers les zones les moins denses ont pour effet de priver de ces aides les plus pauvres qui ont aussi la plus petite liberté de choix résidentiel.

La dépense publique est-elle efficace ? Il faut distinguer les services dont la qualité ne dépend que de la somme engagée et ceux qui ne relèvent pas seulement du volume d'argent investi. Si l'accès à l'Internet haut débit est une question qui peut être résolue simplement avec des investissements, sous réserve bien sûr que ce soit raisonnable et efficient, cela n'est plus le cas si l'on traite de la couverture en établissements de soins. Pour que la qualité des soins dispensés par un établissement soit maintenue, il doit remplir deux conditions : être d'une taille suffisante (*scale*) mais aussi avoir un bassin de population suffisant pour permettre son fonctionnement (*scope*). Un CHU n'est pas un objet que l'on peut découper à volonté sauf à ce qu'il perde son identité et sa fonction. L'argument économique peut être mobilisé pour définir la taille « optimale » des établissements. Des travaux menés en Suisse ont montré que des économies d'échelle sont possibles jusqu'à environ 300 lits¹⁶⁸. La qualité des soins est également corrélée à la taille des services hospitaliers. Elle peut être diversement appréciée sur des critères plus ou moins élaborés. On sait toutefois que la qualité et la sécurité des prestations dépendent du nombre d'actes réalisés : les services hospitaliers comme les maternités ont besoin d'un volume de patients minimal pour permettre des soins de qualité. Pour certains économistes, alors que la Suisse possède aujourd'hui 300 structures hospitalières, 50 hôpitaux seraient « suffisants ». Mais suffisants pourquoi ? S'agit-il de qualité, d'efficacité, d'accessibilité ?

Que serait une répartition « juste » des hôpitaux dans l'espace ? Trois modèles théoriques s'appliquent à la justice spatiale¹⁶⁹. Appliquée aux territoires, l'utilitarisme¹⁷⁰ conduit à s'intéresser à la moyenne au détriment de l'écart-type. L'égalitarisme¹⁷¹ en visant à minimiser l'écart-type (limiter la dispersion autour de la moyenne) conduit au contraire à un résultat qui peut paraître contre-intuitif mais qui se traduit mathématiquement par une distance située à l'infini donc à localiser les établissements dans des zones inaccessibles pour tous. L'équité¹⁷² conduit à rechercher un équilibre entre moyenne et écart-type visant à limiter la dispersion.

¹⁶⁸ In : *An analysis of efficiency and productivity in Swiss hospitals*, Prof. Massimo Filippini, 2006.

¹⁶⁹ Les définitions sont issues du glossaire publié dans l'ouvrage « Théorie de la justice spatiale – géographies du juste et de l'injuste » de Jacques Lévy, Jean-Nicolas Fauchille et Ana Povoas publié aux éditions Odile Jacob.

¹⁷⁰ Conception de la justice consistant à privilégier le maximum de bien-être, même si la répartition de celui-ci se traduit par des inégalités. Historiquement cette approche née au XVII^{ème} siècle se voulait antihérarchique et démocratique. En acceptant de se fonder sur des moyennes, elle a tendu à ignorer les enjeux spécifiques de la pauvreté et les actions possibles pour y faire face. C'est en réaction contre l'utilitarisme que John Rawls a construit sa « théorie de la justice ».

¹⁷¹ Conception consistant à promouvoir l'égalité absolue des ressources sociales disponibles entre tous les membres d'une société comme un horizon de justice souhaitable. En pratique, l'égalitarisme a pu être un simple slogan cachant sous l'apparence des déclarations enthousiastes ou des statuts uniformes de profondes inégalités.

¹⁷² Ce terme a été utilisé par John Rawls pour spécifier sa conception du juste. Dans son esprit, l'équité se différencie d'une égalité stricte, car elle accepte un certain niveau d'inégalités à certaines conditions : qu'elles soient utiles et qu'elles soient réversibles, ce qui suppose une distribution générale de « biens premiers » permettant à chacun de disposer d'un socle minimum de ressources et se retrouver à égalité d'opportunités avec les autres.



Qu'en pensent les citoyens et les usagers ? S'il est impossible d'établir une égalité stricte d'accès aux services, sur quels critères répartissent-ils les établissements de santé sur le territoire sachant qu'ils considèrent la liberté de choix résidentielle comme inaliénable ? Les politiques publiques favorisant les km² plutôt que les habitants sont particulièrement coûteuses puisque le prix par habitant pour un service donné dans une zone peu dense est très largement supérieur à celui du même service fourni dans une zone dense. Des travaux de recherche sur la carte hospitalière¹⁷³ montrent que ce n'est pas ce que réclament les habitants y compris ceux vivants dans des zones peu denses (les personnes vivant en milieu rural isolé considèrent qu'elles ont fait un arbitrage). Aucun des participants à cette recherche n'a proposé une égalité des ressources hospitalières pour l'ensemble de la population. Aucun individu n'a fait de choix spatial pour lequel le CHU serait dans l'infra-urbain. Personne n'exige de service situé à une distance-temps égale pour tous. En revanche, il y a une demande d'accès minimal pour tous. Le droit-crédence (le droit « à ») est mis en avant mais sans demande d'égalité en temps d'accès. Cette demande d'accès minimal pour tous renvoie à la définition « des biens premiers ». Selon les auteurs, cette question doit être débattue par délibération avec la population (John Rawls), sur la proposition d'experts exclusivement (Martha Nussbaum) ou en associant l'expertise et la délibération populaire (Amartya Sen).

Les individus ont par ailleurs exprimé un désir de limiter les inégalités. Si l'on met à part les périurbains (globalement « utilitaristes »), les critères les plus utilisés après la moyenne étaient l'écart-type et la moyenne des défavorisés. Cependant, les propositions de carte hospitalière permettant de réduire ces inégalités étaient loin d'être identiques. Les urbains sont les plus généreux envers le « rural isolé » alors que ceux qui y vivent en demandent beaucoup moins pour eux-mêmes.

La question se pose de savoir à quelles conditions la justice spatiale peut passer non seulement par la production de compétences (individuelles, collectives ou sociétales), mais aussi de capacités. Le capital spatial peut aussi s'appliquer aux environnements (lieux, réseaux, territoires) qui tout en restant fixes, se connectent aux autres espaces par l'attractivité (incitation à la connexion) et l'accessibilité (possibilité pratique de ce lien).

- **Emploi public et territoires**

Gilles de MARGERIE, Commissaire général de France Stratégie

Les travaux que mène France Stratégie sur les questions d'emploi et de compétences ainsi que sur l'allocation des moyens publics peuvent éclairer concrètement certains pans de la réflexion sur les ressources humaines en santé, notamment sur les enjeux en termes d'emploi et de territoires. Ces travaux montrent que notre capacité à faire vivre un système efficace de parcours de soins et d'organisation du système de santé à un niveau infrarégional sera fondamentale pour l'avenir.

France Stratégie travaille sur l'emploi dans le cadre d'un exercice de grande ampleur mené avec la direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques (DARES) sur la prospective des métiers et des qualifications (PMQ)¹⁷⁴. Il s'agit très schématiquement d'estimer le nombre d'emplois dans les différents secteurs d'activité en 2030 à partir d'une modélisation macroéconomique et sectorielle qui prend en compte les projections démographiques des métiers et des scénarios construits avec les professionnels sur les évolutions probables des métiers,

¹⁷³ Fauchille, Jean-Nicolas – 2016 - *Spatial Justice as Pragmatic. An Experimental Approach to the Reorganisation of the Swiss Hospital Map*. Dans ce travail, il a été proposé aux participants de construire leur carte hospitalière idéale.

https://www.researchgate.net/publication/336059440_Spatial_Justice_as_Pragmatic_An_Experimental_Approach_to_the_Reorganisation_of_the_Swiss_Hospital_Map

¹⁷⁴ Ces travaux sont réédités régulièrement tous les huit ans et sont accessibles sur le site de France Stratégie

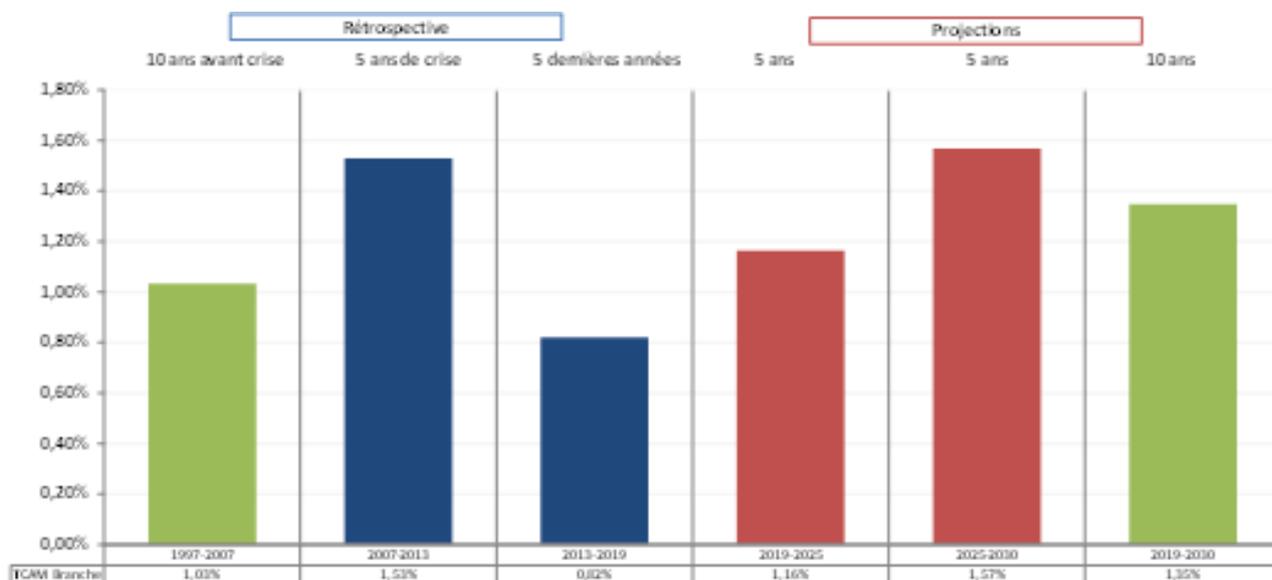
<https://www.strategie.gouv.fr/publications/prospective-metiers-qualifications-pmq-bilan-perspectives>

Une actualisation est en cours et sera publiée courant 2020. Cette prochaine livraison : « métiers 2030 » évoluera par rapport aux éditions précédentes pour prendre en compte les compétences et proposer des projections régionales.

des besoins, de la productivité, etc. Ces travaux permettent de calibrer les besoins en termes de recrutement et de formation¹⁷⁵. Ils seront pour la première fois également déclinés au niveau régional.

Dans le champ de la santé, on observe des fluctuations très importantes des taux de croissance annuels moyens de l'emploi depuis 1997 alors que les évolutions démographiques et l'état de santé de la population sont beaucoup plus stables : le taux de croissance de l'emploi dans la santé était en moyenne de 1,0% par an entre 1997 et 2007, de 1,5% pendant les cinq années de crise (2007-2013) et de 0,8% par an entre 2013 et 2019. La variabilité dans l'emploi est donc plus importante que ce qui résulterait d'un simple ajustement progressif à une population qui, de manière très régulière, vieillit et a plus de maladies chroniques. Ces observations reflètent la gestion des moyens publics engagés dans le secteur de la santé, avec un reflet décalé dans le temps des engagements de cycles de formation des différentes professions de santé, au-delà de ce qui relèverait simplement d'un équilibre neutre entre des besoins et une offre qui ne serait pilotée que par une logique essentiellement de besoins. C'est une situation commune à la France et à de nombreux pays comparables. Les projections d'ici à 2030 prolongent cette tendance passée avec un taux de croissance annuel estimé à 1,35% en moyenne.

Graphique : Evolution de l'emploi dans la santé (taux de croissance annuel moyen) - 1998-2030



Sources : Insee, comptabilité nationale, projections modèle Nemesis (France Stratégie/Dares).
Champ : France entière

Cela a également des conséquences sur les départs à la retraite. D'ici à 2030, un professionnel de santé sur quatre partira à la retraite. Le rythme de renouvellement sera sensiblement différent selon les métiers : assez élevé (autour de 30%) pour les médecins et les aides-soignants et plus modéré, de l'ordre de 20%, pour les sages-femmes, infirmiers et autres professions paramédicales. Le besoin de remplacer les départs en fin de carrière sera plus important dans le Sud et l'Ouest de la France.

¹⁷⁵ L'analyse rétrospective a montré que les principales tendances à dix ans ont bien été anticipées. Les prévisions d'activité différaient des données observées essentiellement pour les activités très cycliques comme la construction ou l'agriculture. Les grandes tendances d'évolution des métiers ont été confirmées. Toutefois, certains métiers peu connus – logistique et livraison – n'avaient pas identifiés comme des métiers à forte croissance et de ce fait ont été largement sous-estimés.

France Stratégie a également réalisé des travaux sur la répartition territoriale de l'emploi public en distinguant les « services locaux » dédiés aux usagers de proximité des « services non locaux » qui s'adressent à l'ensemble de la population¹⁷⁶. Pour la fonction publique hospitalière, on compte un peu plus d'1,1 million d'agents publics (en ETP). Ces emplois représentent 19% de l'emploi public au sens large (Etat, collectivités, opérateurs). Près de 90% des agents exercent dans les établissements publics de santé (CHRU et CH), le reste travaillant en ESMS (établissement social et médico-social).

Le taux d'administration (nombre d'emplois pour 100 habitants) est de 1,7 emploi public hospitalier pour 100 habitants. En métropole, l'écart entre les régions est de 40% : le taux d'emploi hospitalier public s'échelonne entre 1,5 (Ile-de-France, PACA) et 2,1 (Bourgogne-Franche-Comté). L'écart s'atténue à 28% si l'on prend en compte les salariés du secteur hospitalier privé, ce qui témoigne d'un effet de compensation partielle public-privé dans certaines régions. L'analyse par zone d'emploi¹⁷⁷ montre une corrélation entre l'emploi public globalement et l'emploi public hospitalier. On observe également un gradient urbain-rural beaucoup moins marqué pour l'emploi hospitalier public que dans d'autres secteurs : dans les zones rurales (zones sans agglomération de plus de 20 000 habitants) le taux d'emploi public hospitalier est de 1,8 pour 100 habitants tandis que dans les grandes métropoles (zones comprenant une agglomération de plus de 500 000 habitants) il est de 1,9 emploi hospitalier pour 100 habitants (Paris est à 1,6, mais le secteur privé y est beaucoup plus développé qu'ailleurs).

Zones rurales et grandes métropoles n'ont pas les mêmes types d'établissements hospitaliers. Comme on peut s'y attendre, l'emploi en centres hospitaliers (CH, CHR, CHS) augmente significativement avec la taille de l'agglomération (1,3 dans les zones rurales ; 1,7 dans les grandes métropoles ; 1,8 à Paris) mais inversement l'emploi dans les autres structures décroît quant à lui avec la taille de l'agglomération. Ainsi, en dépit de la présence des CHR dans les grandes métropoles, les zones d'emploi concernées ne présentent pas de sur-dotation systématique, rapportée au nombre d'habitants. On note par ailleurs l'effet d'attraction des métropoles avec dans les couronnes périurbaines des dotations de 10% inférieures en moyenne.

Tableau : répartition des emplois du secteur hospitalier selon la catégorie de zone d'emploi

Catégorie de zone d'emploi	Emplois publics pour 100 habitants	Dont les emplois dans les CH-CHR-CHS	Dont autres emplois hospitaliers publics	Salariés du privé pour 100 hab.	Emplois publics et salariés privés pour 100 hab.
Île-de-France*	1,6	1,5	0,1	0,4	2,0
dont Paris	1,9	1,8	0,1	0,5	2,4
Grandes métropoles	1,9	1,7	0,2	0,6	2,5
Unités urbaines ≥ 100 000 hab.	1,7	1,4	0,2	0,3	2,0
Unités urbaines de 50 000 à 100 000 hab.	1,7	1,4	0,3	0,3	2,0
Unités urbaines de 20 000 à 50 000 hab.	1,9	1,5	0,4	0,3	2,2
Unités urbaines < 20 000	1,8	1,3	0,5	0,2	2,0
Total	1,7	1,5	0,3	0,4	2,1

Il convient de souligner que les variations observées sont modérées comparativement à d'autres domaines d'activité. Pour autant, cela ne signifie pas qu'il n'y ait pas de différences très sensibles à un niveau territorial plus fin pouvant conduire à des situations difficiles localement.

¹⁷⁶ <https://www.strategie.gouv.fr/publications/repartition-territoriale-emplois-publics>

¹⁷⁷ Le découpage en zones d'emploi constitue un maillage complet du territoire. Aujourd'hui il y a environ 300 zones d'emploi.



L'analyse économétrique a par ailleurs permis de mettre en évidence plusieurs facteurs locaux liés à la présence d'emploi public hospitalier. Ont été mis en évidence :

- Un effet de structure de la population : à caractéristiques comparables, le niveau d'emploi public hospitalier croît avec la part des plus de 80 ans. Les écarts de dotations sont en faveur des régions où la part des personnes âgées est plus élevée : 30% d'écart de nombre d'emplois hospitaliers, entre les 30 zones à forte proportion de plus de 80 ans et les 30 zones à faible proportion.
- Un effet d'inertie favorable aux territoires dans l'ajustement des moyens : dans le champ de la santé une baisse de 10% de la population entre 1990 et 2015 est associée à un bonus de 5% du taux d'administration (cet effet est observé pour l'emploi hospitalier comme pour d'autres types d'emplois publics, éducation primaire et secondaire notamment).
- Des inégalités importantes entre les zones en fonction du taux de chômage : le taux d'administration en emploi public hospitalier est moins développé dans les zones à fort chômage (15% d'écart entre les zones à 10% et à 15% de chômage). Deux territoires sont particulièrement touchés, le bassin minier du Nord-Pas-de-Calais et certaines zones d'emploi dans le Languedoc.

En guise de conclusion, je prends la liberté de vous livrer quelques éléments de réflexion personnelle sur les enjeux en termes d'emploi dans le secteur de la santé.

Comment maintenir une présence médicale « homogène » sur le territoire ? La question de l'emploi hospitalier est évidemment fondamentale mais doit être traitée parallèlement aux enjeux d'implantation des professionnels libéraux. Il apparaît indispensable d'analyser à un niveau fin comment s'articulent la pratique libérale individuelle, la pratique de groupe, les établissements de proximité, les établissements régionaux et universitaires... selon la doctrine du rapport du HCAAM de mai 2018 sur la stratégie de transformation du système de santé. C'est à un niveau territorial fin que se situent les enjeux à venir.

Quels sont les grands facteurs qui pourraient faire évoluer de manière massive l'emploi dans le domaine de la santé à horizon 2030 ? A ce terme, il semble peu probable que l'intelligence artificielle aura une influence majeure sur la démographie médicale hormis pour quelques professions. En revanche, l'impact de la « e-santé » au sens large pourrait être très substantiel sur les frontières entre les métiers¹⁷⁸. Les progrès dans les techniques de diagnostic (analyses médicales, surveillance de la tension artérielle, électrocardiogrammes, imagerie...) devraient en effet conduire à aborder de manière renouvelée la question des frontières entre les métiers, notamment la question des pratiques avancées.

Enfin, à côté de la question des urgences qui sera probablement déterminante dans la démographie des professions de santé, le vieillissement de la population et la problématique des EHPAD sont des axes importants de la réflexion à mener en termes de ressources humaines et d'organisation sur les territoires.

¹⁷⁸ A cet égard, France Stratégie investit largement ces sujets et développe une approche par les compétences, au-delà des qualifications professionnelles et des métiers. Cette approche permet d'étudier les frontières entre les différents métiers, d'analyser les compétences plus ou moins transférables d'un métier à l'autre, d'une profession à l'autre et de repérer les facteurs de mobilité professionnelle. De façon générale, les bénéficiaires de compétences transférables, par exemple « travailler en équipe », « piloter une machine » améliorent, de manière statistiquement significative, leur capacité à trouver un emploi quand ils sont à la recherche d'un emploi. Dans le champ de la santé, cette approche est encore peu développée.

<https://www.strategie.gouv.fr/publications/competences-transferables-transversales>

III.2. Les leviers de la régulation territoriale

- **Quelles leçons tirer des expériences de régulation tentées à l'étranger ?**

Hélène CHAPUT, Cheffe du Bureau des Professions de santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Panorama des politiques de régulation médicale à l'étranger

Le levier de la formation est le plus largement mobilisé. Il peut s'agir d'augmenter le nombre d'étudiants formés dans des régions sous-dotées en faisant l'hypothèse que les étudiants s'installeront là où ils ont fait leurs études. C'est ce qui est fait dans la plupart des pays (sauf la République tchèque et les Etats-Unis) mais l'effet, démontré dans les travaux de littérature internationale, est faible voire quasiment nul. D'autres pays (Japon, Etats-Unis, Royaume-Uni, Australie et Canada) mettent en place avec plus de succès des politiques de recrutement des futurs étudiants en médecine parmi les lycéens qui habitent dans des zones déficitaires. Ces politiques de recrutement ciblées qui visent à ancrer les professionnels dans des territoires dont ils sont issus sont les plus efficaces¹⁷⁹. Des formations spécifiques adaptées afin de faire connaître les modes d'exercice en « zone déficitaire »¹⁸⁰ ont également été mises en place (Canada, Japon, Norvège) mais avec des résultats plus mitigés. Enfin les aides financières aux étudiants (bourses ou aides ponctuelles) en contrepartie d'une période de service dans une zone déficitaire donnée n'ont pas montré d'effets positifs de long terme dans les pays où cela a été expérimenté et évalué (Australie, Etats-Unis).

Au moment de l'installation, il peut s'agir de limiter les implantations en zone surdense en mettant en place des politiques de coercition interdisant ou limitant les installations en zone surdense. Cela a été fait aux Pays-Bas et en Allemagne. Les effets sont plutôt négatifs avec en particulier une désaffection des études médicales et des effets frontières (les médecins ne s'installent pas dans les zones où l'installation est régulée mais juste à proximité). La contrainte peut aussi porter sur les médecins à diplôme étranger, en fixant, en contrepartie d'une autorisation d'exercer, une obligation d'installation dans des zones déficitaires mais dans ce cas également ce type de mesure n'est pas efficace sur le long terme.

En cours d'exercice, il s'agit principalement d'améliorer l'attractivité de certains territoires et d'offrir de meilleures conditions de travail aux professionnels. Les politiques de régulation peuvent prendre la forme de majoration de rémunération ou bien d'amélioration des conditions d'exercice avec des autorisations spécifiques (par exemple employer des assistants médicaux). Pour les pays qui ont expérimenté ces dispositifs, les effets sont modérés à court terme et faibles, voire nuls à long terme. En fait, c'est plus un effet d'aubaine pour des gens qui sont déjà installés et qui confortent leur position.

L'analyse de la littérature internationale montre que les politiques de régulation récentes s'inscrivent en général dans un contexte de « pénurie » : perte d'attractivité des zones rurales (Canada, Etats-Unis, Scandinavie) ou déficit d'attractivité de certaines spécialités médicales comme la médecine générale (pays européens). Les politiques mises en œuvre vont différer selon le système de protection sociale. Elles interviennent schématiquement à trois niveaux : (i) soit très

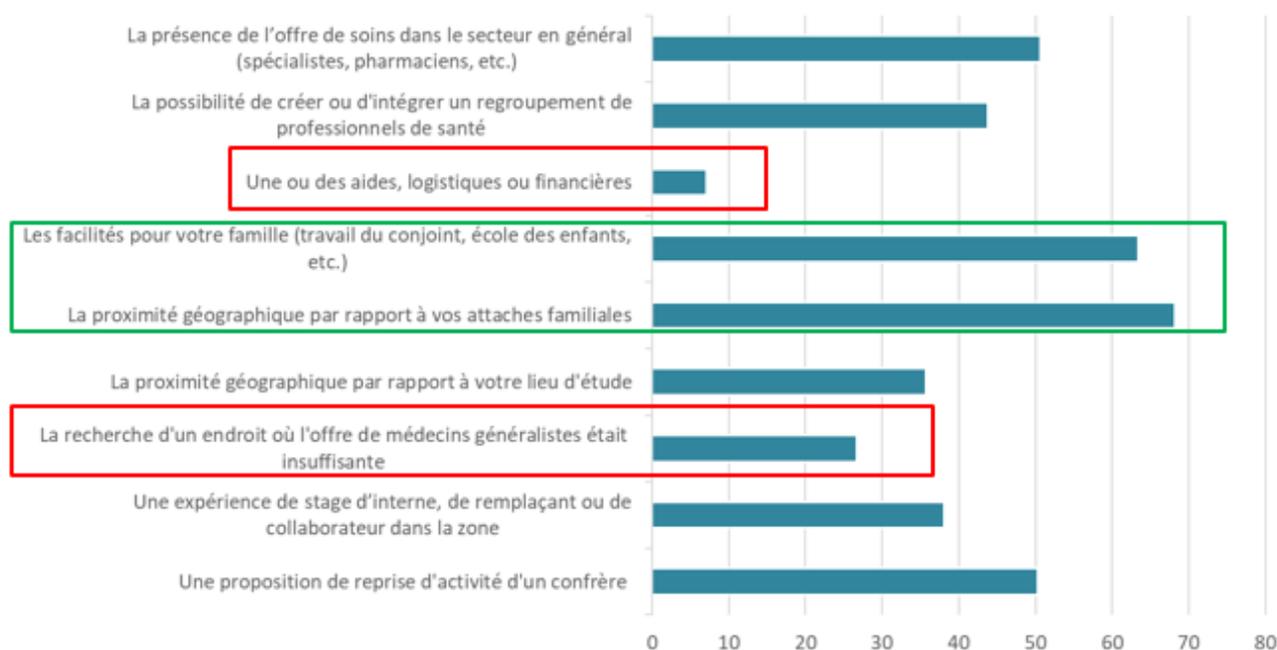
¹⁷⁹ Une étude qualitative aux Etats-Unis a montré que 22 ans après ce ciblage, les étudiants recrutés sont toujours installés dans les zones déficitaires. Au Canada, il a été montré que les étudiants originaires de zones déficitaires avaient une probabilité 2,3 fois plus élevée de s'installer dans ces zones que les autres étudiants.

¹⁸⁰ Il peut s'agir selon les cas (i) de modules d'apprentissages spécifiques à l'exercice en zone sous-dense où l'on explique aux médecins les particularités de l'exercice ; (ii) d'une délocalisation des formations, avec des semestres ou des pans de formation entiers qui sont délocalisés dans une zone déficitaire ; (iii) d'organisation de stages, où pendant six mois, un an l'étudiant en médecine va se former dans une zone déficitaire.

en amont au moment de la formation initiale, (ii) au moment de l'installation ou de l'implantation et (iii) au cours de l'exercice (voir encadré).

L'efficacité et la transposabilité de ces politiques sont difficiles à déterminer. D'une part les évaluations scientifiques quantitatives sont peu nombreuses (la majorité des études sont des études qualitatives). D'autre part, il y a assez peu d'éléments qui permettent de préciser les conditions de généralisation à d'autres contextes nationaux. Enfin, les politiques mises en place dans les différents pays recouvrent des combinaisons de mesures dont les effets propres peuvent être difficiles à déterminer. C'est probablement la combinaison de mesures qui a un effet. Toutefois, il ressort de l'analyse de la littérature : (i) que le levier de la formation est le plus efficace. En particulier, la sélection des étudiants a un impact sur les choix de leur installation ultérieure ; (ii) que les incitations financières ont un impact très faible sur les choix des territoires d'installation. Ces conclusions sont corroborées en France par les résultats issus d'une enquête auprès du panel d'observation des conditions d'exercice et des pratiques en médecine générale^{181, 182}. Deux types de déterminants conditionnent le choix du lieu d'installation des médecins généralistes : des déterminants professionnels (la qualité et la quantité de travail que peut espérer un médecin sur un territoire) et des déterminants personnels liés à la proximité d'attaches familiales et aux facilités de vie pour la famille (emploi pour le conjoint, écoles). En revanche, les aides financières et logistiques ne constituent pas un motif d'installation très important pour les médecins généralistes¹⁸³.

Qu'est ce qui a guidé les médecins en exercice dans leur choix d'installation ?



Diverses hypothèses expliquent les difficultés à obtenir des résultats probants ou à consolider des dispositifs nationaux : (i) le principe de la liberté d'installation qui rend certaines mesures

¹⁸¹ Enquête pilotée par la DREES avec l'ORS PACA, en collaboration avec les URPSML des régions Pays de la Loire et PACA. Dans ce panel, les médecins généralistes participants sont régulièrement interrogés sur leurs pratiques et leurs conditions d'exercice.

¹⁸² <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1140.pdf>

Hélène Chaput, Martin Monziols (DREES), Bruno Ventelou, Anna Zaytseva (AMSE), Guillaume Chevillard, Julien Mousquès (Irdes), Lisa Fressard, Pierre Verger (ORS Paca), Marie-Christine Bournot, Jean-François Buyck, Anne Jolivet (ORS Pays de la Loire), Florence Zémour (URPS-ML Provence-Alpes-Côte d'Azur), Thomas Héroult (URML Pays de Loire), 2020, « Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale », Études et Résultats, n°1140, Drees, janvier 2020.

¹⁸³ L'analyse des rémunérations des professionnels de santé montre par ailleurs que les médecins qui exercent en zone sous-dense gagnent plutôt au moins aussi bien, voire mieux leur vie que les médecins qui exercent dans d'autres zones.



inopérantes notamment sur le long terme, (ii) les capacités de formation locale qui peuvent se trouver rapidement saturées, (iii) des temporalités incompatibles entre la durée des études médicales et des besoins de court terme à couvrir, (iv) des effets d'aubaine ou de frontières pour des incitations financières qui rend d'autant plus délicat l'exercice de définition de zones sous-denses, (v) des effets de concurrence croisés entre acteurs et régions. Par ailleurs, dans une logique d'exercice regroupé, il conviendrait d'élargir la focale pour prendre en compte la dynamique de soins primaires locale qui peut avoir un impact *a priori* sur l'attractivité des territoires pour les professionnels mais aussi *in itinere* sur leur conditions d'exercice (coopération, délégation).

- **Les déterminants des choix d'implantation des jeunes médecins**

Patrice DIOT, Doyen de la faculté de médecine de Tours, Président de l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS)

Les choix d'implantation et d'exercice des jeunes médecins relèvent de déterminants multiples, individuels et collectifs. Les déterminants sociaux-culturels d'une part et les déterminants historiques de la formation médicale centrée sur l'hôpital d'autre part sont essentiels pour en comprendre les ressorts :

- Les étudiants en médecine sont majoritairement issus des catégories socio-professionnelles supérieures¹⁸⁴. En majorité des femmes (à plus de 65%), ces étudiants viennent de la France des métropoles, très peu de la France des quartiers et des zones rurales. Ce recrutement favorise l'implantation future des médecins dans les zones urbaines et les grandes villes. Cette tendance est accentuée par le fait d'homogamie sociale dans le choix du conjoint dont l'emploi se situera le plus souvent dans des grandes villes.
- La formation médicale est ancrée dans une tradition élitiste historiquement rattachée à l'hôpital¹⁸⁵. Les réformes des études médicales ont été peu nombreuses jusque dans les années 1980 mais se multiplient depuis et tendent à s'accélérer¹⁸⁶. Aujourd'hui, malgré toutes ces réformes, la place de l'université reste ambiguë par rapport à l'hôpital et celle de la médecine libérale et ambulatoire également (la formation pratique se conçoit peu en dehors de l'hôpital). Les qualifications d'internes et d'externes qui renvoient à des représentations purement hospitalières perdurent encore alors qu'elles sont obsolètes.

Les évolutions des modalités de sélection régionales puis nationales ont également un impact sur la mobilité des étudiants. Les ECN favorisent les mobilités interrégionales en amont de la formation en 3^{ème} cycle mais ne concernent pas toutes les régions de la même façon. En 2018, le taux de fuite calculé par l'ONDPS est le plus élevé à Tours où les trois quarts des étudiants en 2^{ème} cycle partent faire leur 3^{ème} cycle ailleurs. C'est l'inverse à Rouen où près des deux tiers des étudiants restent dans leur subdivision d'origine (la moyenne nationale est à 47%). Il y a par

¹⁸⁴ « Cadres et professions intellectuelles supérieures » : 55% contre 17% pour les enfants d'« agriculteurs, exploitants, commerçants et chefs d'entreprise », 12% pour les « professions intermédiaires », 10% pour les employés et 6% pour les enfants d'« ouvriers ».

¹⁸⁵ En 1802 sont créés l'externat et l'internat des hôpitaux de Paris afin de pallier les insuffisances des formations délivrées par les universités et de renforcer la formation pratique des médecins. Cette formation « à deux vitesses » comprenait une formation exclusivement assurée par l'université et « la voie royale » par les concours hospitaliers : concours de l'externat (un lauréat sur 10 à 12 candidats) et concours de l'internat réservé aux externes (un lauréat sur six à huit candidats, accessible seulement aux hommes jusqu'en 1885). Ce schéma a perduré dans les faits jusque dans les années 1990 et perdure dans les représentations jusqu'à aujourd'hui : la permanence du terme de concours pour l'accès aux formations spécialisées en est une illustration alors que le concours de l'internat a été remplacé par des épreuves classantes nationales (ECN) depuis 2004.

¹⁸⁶ En 1968 le concours de l'externat est supprimé pour permettre à l'ensemble des étudiants de suivre une formation pratique à l'hôpital (8 500 étudiants à l'époque). Le *numerus clausus* est instauré en 1972. Il ne s'agit pas à l'époque d'un outil de régulation de la profession médicale mais d'un outil visant à réguler le nombre d'étudiants pour gérer l'afflux d'étudiants en fonction des capacités de formation dans les services hospitaliers après la suppression du concours de l'externat ; 1984, on crée les Diplômes d'études spécialisés et l'internat de médecine générale ; 2004, réforme de l'internat ; 2010, création de la PACES (qui va faire disparaître bientôt) ; 2013, réforme du 2^{ème} cycle des études médicales ; 2014, création d'enseignants de médecine générale ; 2016, premières épreuves classantes nationales par voie informatique ; 2017, début de la déclinaison de la réforme du 3^{ème} cycle. ; 2020, réforme du 1^{er} cycle, réforme du 2^{ème} cycle et achèvement de la réforme du 3^{ème} cycle, avec la mise en place des docteurs juniors.

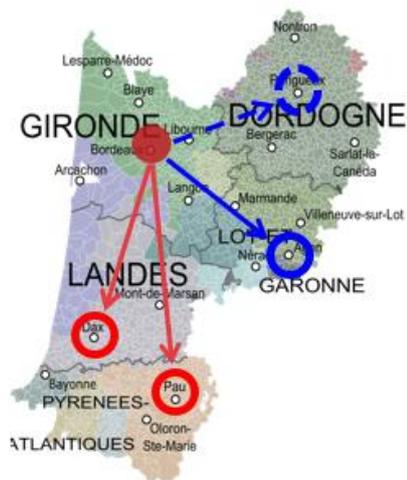
ailleurs une inadéquation entre le nombre de postes ouverts aux ECN et le nombre d'étudiants définis cinq ans auparavant par le *numerus clausus* : en 2017 le différentiel est le plus élevé pour Toulouse qui forme 1,5 fois plus d'étudiants en 3^{ème} cycle (+50%) que le nombre d'étudiants admis en formation médicale cinq ans auparavant (la moyenne nationale est à 10% et le différentiel le plus bas est de -6% pour Tours). C'est aussi dans les subdivisions où le différentiel est le plus défavorable qu'on retrouve le plus grand nombre de postes non pourvus. Le gradient suit « la diagonale du vide du Nord-est au Sud-ouest », elle-même corrélée à la densité médicale.

En 2019, sur la base de ces constats, l'ONDPS a proposé dans le cadre du cahier des charges fixé par le gouvernement¹⁸⁷, une méthodologie d'attribution des postes de 3^{ème} cycle par subdivision visant à un rééquilibrage territorial. Les critères pris en compte étaient : (i) la densité médicale en médecins généralistes, (ii) la densité médicale toutes spécialités confondues, (iii) l'inadéquation entre les postes pourvus et les postes ouverts en 2018, (iv) le ratio entre nombre de postes ouverts aux ECN et le nombre d'étudiants définis cinq ans auparavant. Dix subdivisions avaient un score supérieur à la moyenne, pour lesquels on a maintenu ou augmenté le nombre de postes. Dix-huit subdivisions avaient un score inférieur ou égal à la moyenne ce qui s'est traduit par une diminution du nombre de postes. Cette méthode apporte des résultats concrets qui vont dans le bon sens mais peut encore être améliorée. Pour les prochaines années, il est prévu d'enrichir la méthode en introduisant des critères populationnels socio-économiques et d'accessibilité aux soins (APL) ainsi que des critères démographiques des médecins en exercice.

- **La formation médicale : un levier fort**

Patrick DEHAIL, Vice-Doyen de la faculté de médecine de Bordeaux, Conseiller médical du Directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine

Divers dispositifs sont possibles aux différents niveaux de la formation pour répondre aux enjeux démographiques. Les actions adoptées par la faculté de médecine de Bordeaux¹⁸⁸, la Région Nouvelle Aquitaine et l'ARS Nouvelle-Aquitaine permettent de dresser un premier bilan et de dessiner quelques pistes.



Pour le 1^{er} cycle des études médicales, le dispositif de « PACES délocalisée » a été mis en place dès 2017 d'abord à Pau puis à Dax et à Agen. Il est prévu de le diffuser à Périgueux en 2020.

Les objectifs sont de faciliter l'accessibilité géographique et financière pour des jeunes de la subdivision de Bordeaux (ex-Aquitaine) éloignés de la faculté, en diminuant notamment les dépenses associées à la mobilité et en espérant ainsi diversifier leur origine sociale. En pratique, les étudiants suivent en direct les cours qui se passent à Bordeaux dans des salles de visioconférence immersives. Pour garantir une égalité de traitement, des règles communes sont respectées sur les différents sites (modalités d'interaction avec les professeurs, ...) et le système de tutorat est également déployé sur les sites associés¹⁸⁹.

¹⁸⁷ La lettre de cadrage indiquait : (i) primauté au rééquilibrage territorial entre subdivisions (un gradient de rééquilibrage en faveur des territoires sous dotés, par exemple <300/100 000) ; (ii) maintien de la médecine générale à l'échelle nationale à un taux de 40% ; (iii) réduction à 2,5% de l'inadéquation entre postes ouverts/nombre d'étudiants à choisir ; (iv) attention particulière à la psychiatrie, la médecine d'urgence, la gériatrie, la médecine du travail, l'anesthésie-réanimation, l'ophtalmologie, la gynécologie obstétrique, gynécologie médicale, à la médecine intensive et de réanimation.

¹⁸⁸ La faculté de médecine de Bordeaux est incluse dans le collège des Sciences de la santé de l'Université de Bordeaux qui compte près de 18 000 étudiants. Pour la faculté de médecine, environ 3 700 étudiants sont en 1^{er} cycle, 1 250 en 2^{ème} cycle et 1 500 en 3^{ème} cycle. L'UFR de Bordeaux couvre un très vaste territoire qui se superpose à l'ex-Aquitaine.

¹⁸⁹ On peut remarquer que les prépas privées suivent ce mouvement en proposant également des campus numériques à distance.



En 2019, le profil des étudiants reçus s'avère finalement assez comparable : 100% de Bac S avec toutefois une représentation des enfants de « cadres et professions intellectuelles supérieures » légèrement inférieure à Pau (44%), contre 50% à Bordeaux et 60% à Dax. Le taux de réussite pour la filière médicale apparaît cependant moins important à Pau (6,7%) et à Dax (5,8%) qu'à Bordeaux (13,2%). Les résultats de cette expérimentation récente, débutée en 2017 -2018 restent encore insuffisants et de nouveaux développements sont nécessaires pour garantir un meilleur taux de réussite aux étudiants débutant leurs études à distance de la métropole bordelaise. La réforme du 1^{er} cycle des études en santé, avec ses deux voies d'accès (PASS et LAS), devrait permettre d'apporter certains correctifs et de confirmer l'intérêt de ce dispositif.

Pour les 2^{ème} et 3^{ème} cycles, ont été mises en place des mesures pour délocaliser les stages d'étudiants en dehors de la métropole bordelaise. Pour le 2^{ème} cycle, le dispositif est complexe à mettre en place pendant l'année universitaire car les stages ont lieu le matin tandis que des cours en présentiel sont encore organisés l'après-midi. Le dispositif est donc limité pour l'instant à des établissements à la périphérie de Bordeaux (Libourne, Langon et Arcachon¹⁹⁰), à moins d'une heure de transport de la faculté. Par ailleurs, en 2^{ème} cycle, plus de 50% des stages d'été en médecine générale sont également proposés à distance de la métropole, sur l'ensemble de l'ex-Aquitaine.

Ces « stages délocalisés » sont fortement plébiscités par les étudiants. L'objectif pourrait être à terme de proposer l'organisation de la majorité voire la totalité des stages du 2^{ème} cycle dans certains territoires. Cela nécessiterait de développer plus largement les enseignements à distance et d'envisager des formules de stage à plein temps plutôt qu'à mi-temps, ce que devrait permettre la réforme du 2^{ème} cycle. L'effet sur l'implantation future des étudiants reste toutefois aléatoire tant que le passage entre 2^{ème} et 3^{ème} cycle est rythmé par un processus de classement national (ECN) qui ne prend pas en compte les parcours individuels et contraint les étudiants à la mobilité sur l'ensemble du territoire national en fonction de leur rang de classement. Une solution pourrait être d'introduire une part de régionalisation dans la procédure d'appariement.

Pour le 3^{ème} cycle, la grande majorité des stages en médecine générale se déroulent naturellement en dehors des établissements et de la ville de Bordeaux mais c'est aussi le cas pour les autres spécialités avec certains stages proposés au sein d'établissements privés et des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC). Il s'agit de faciliter l'implantation des futurs praticiens sur des sites à distance de la métropole en faisant l'hypothèse que sur ces terrains, les étudiants développeront des réseaux qui les ancreront sur les territoires.

Après le 3^{ème} cycle, le dispositif des assistants spécialistes partagés (ASP) permet de développer des activités multisites. En Nouvelle-Aquitaine, l'ARS propose un financement en sus de la dotation nationale dès lors que le projet répond à des besoins spécifiques sur les territoires¹⁹¹. En 2018, il y avait 41 postes déployés sur l'ensemble de la région, en lien avec les subdivisions de Bordeaux, Poitiers et Limoges. Le taux d'implantation des ASP sur les sites distants était compris entre 40% et 50%, suivant la subdivision.

Enfin au moment de l'installation, des initiatives de type « guichet unique » impliquant les collectivités territoriales peuvent être menées localement pour promouvoir et faciliter l'installation des jeunes médecins dans des zones sous-dotées. Des stratégies plus incitatives et ambitieuses existent. Dans les Pyrénées-Atlantiques « présence médicale 64 » qui associe de multiples acteurs et partenaires, propose un diagnostic et des solutions adaptées au candidat et à sa famille

¹⁹⁰ Vingt-trois terrains de stage ont été ouverts et deux postes ont également été ouverts à Mont-de-Marsan pour les étudiants en 6^e année qui n'ont des cours qu'une seule partie de l'année. Pour les « stages d'été », 18 sites supplémentaires plus éloignés sont proposés dans les établissements de santé y compris des ESPIC.

¹⁹¹ L'ARS finance 50% du poste et les deux établissements partenaires, CHU et périphériques ou deux établissements périphériques éventuellement, rémunèrent le reste au prorata de l'activité effectuée dans les établissements.

<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/le-dispositif-daccompagnement-des-postes-dassistants-specialistes-partages-asp-en-nouvelle>



y compris en termes de logement et de recherche d'emploi pour le conjoint, d'amélioration du cadre d'exercice en fonction du projet personnel du praticien ou de formation des collaborateurs¹⁹². En 2019, quatre médecins généralistes se sont installés sur des territoires déficitaires (Garlin et Lambeye).

- **L'exercice d'assistant partagé : retour d'expérience**

Marwan GARAUD, Chirurgien-orthopédiste et assistant partagé en fin de cursus

La formation pour devenir chirurgien est longue et exigeante sur le plan personnel avec un concours à l'entrée et un examen classant national pour le choix de sa spécialité après 6 ou 7 ans d'études (tronc commun pour le 1^{er} et le 2^{ème} cycle). Le rang de classement va déterminer le choix de la spécialité et de la région de formation. Un arbitrage est à faire à ce moment-là entre la spécialité pour laquelle on veut se former et la région de formation. De nombreux étudiants choisissent de quitter leur région d'origine pour se former dans la spécialité de leur choix (3^{ème} cycle – « internat »). Ils ne resteront pas tous dans leur région de formation. En chirurgie orthopédique, jusqu'à présent la formation est de 5 ans. Celle-ci est obligatoirement suivie d'une période d'assistantat (au moins 1 an, 2 ans pour être éligible au secteur 2) pour obtenir un DESC (diplôme d'études spécialisées complémentaires)¹⁹³.

En chirurgie, la formation est principalement axée sur la pratique et l'apprentissage auprès des pairs. Il est nécessaire d'être très autonome pour se former soit-même en dehors du circuit universitaire et hospitalier car il existe peu de supports pédagogiques. Des supports vidéos pourraient être plus largement utilisés. Le déficit de formation théorique est compensé en partie par des formations proposées par l'industrie pharmaceutique. Il n'y a pas de possibilité de stages en dehors des établissements publics.

Les conditions de travail à l'hôpital au cours du 3^{ème} cycle (« internat ») sont difficiles sur le plan personnel (80 heures par semaine, 87 gardes par an, peu de temps libre...). Elles dépendent en partie du nombre d'internes formés et présents chaque année dans les services pour le partage du travail. Des dysfonctionnements qui retentissent sur la qualité de vie au travail pourraient toutefois être évités. Par exemple, de nombreuses tâches administratives qui devraient pouvoir être réalisées par d'autres professionnels sont très chronophages et se répercutent sur le temps de formation, d'où les semaines à rallonge et de nombreuses heures passées à l'hôpital. Le manque de personnel, notamment d'anesthésistes et l'hétérogénéité des temps de présence selon les types de professionnels exerçant dans une même équipe induisent également des retards dans les plannings et des temps d'attente pour les professionnels et les patients qui peuvent être très longs voire conduire à des reports y compris pour des interventions non programmées.

L'exercice d'assistant partagé (contrat territorial d'assistant partagé¹⁹⁴) sur des sites distants induit de fortes contraintes sur différents plans. Dans mon cas, la distance entre les sites (115 km) et la périodicité sur site (alternance tous les 15 jours) impose des contraintes personnelles (2 logements, organisation de la vie quotidienne hachée, astreintes plus nombreuses, etc.) qui ne sont que partiellement compensées financièrement (1 000 euros bruts mensuels). Il faut également une grande capacité d'adaptation : l'exercice nécessite de s'ajuster en permanence aux habitudes, au matériel disponible et à l'organisation propre à chaque service et à chaque établissement. Le suivi et la qualité du service rendu au patient notamment en post opératoire peut également s'avérer complexe en l'absence du chirurgien, notamment en dehors du CHU où l'organisation est fortement hiérarchisée avec des équipes constituées et stables. Le consentement à entrer dans ce type de dispositif est rarement volontaire, il est lié aux possibilités de

¹⁹² <https://indd.adobe.com/view/199cb80b-38b9-4c9e-8d22-8797b9edb02f>

¹⁹³ Avec la nouvelle maquette de formation, on passe de 5 années « d'internat » + 2 ans de clinicat (DESC) à 5 ans « d'internat » + 1 année d'assistant « junior ».

¹⁹⁴ Différentes pratiques existent et les contrats peuvent varier sur la périodicité, les modalités d'accueil de l'assistant, l'indemnisation etc.



carrière ultérieure qu'il s'agisse d'un poste de PH ou de la possibilité d'exercice en secteur 2 à l'issue des deux années d'assistantat.

En termes de carrière, les éléments d'attractivité pour exercer dans le public ou le privé dépendront des conditions d'exercice (salaire, localisation géographique, fluidité des organisations) et de l'intérêt pour l'activité propre des secteurs qui reste relativement différenciée avec des pathologies plus lourdes et plus variées incluant la traumatologie dans le secteur public vs chirurgie programmée dans le secteur privé.

- ***Une plateforme régionale pour favoriser les trajectoires professionnelles répondant aux besoins***

Véronique BILLAUD, Directrice de projet pour la transformation de l'offre handicap et la réforme SERAFIN-PH (DGCS), ex Directrice générale adjointe de l'ARS PACA

Depuis leur création, le champ d'action des ARS s'est progressivement élargi avec l'intérêt croissant porté à la « santé globale » et non plus seulement aux soins. Les partenariats des ARS se sont modifiés en conséquence pour inclure de nouveaux acteurs, en premier lieu ceux du secteur médico-social et de plus en plus du social et de l'emploi (Pôle emploi, la direction régionale en charge de l'économie, du travail, de l'emploi et des solidarités (DRETS – ex Direccte, ...).

Les enjeux d'accessibilité ont également évolué : on voit émerger une nouvelle problématique « d'accessibilité organisationnelle » relative à la compétence santé des personnes, et à leurs capacités de mobilisation du système de santé¹⁹⁵. L'organisation des soins et la problématique de l'offre sont souvent abordées uniquement sous l'angle des structures (notamment de leur taille) ou de dispositifs dont la mise en place constitue à tort une forme d'évaluation du « service rendu » puisque c'est l'accès « réel » à ces services qu'il faudrait estimer.

Le système de santé a longtemps été piloté sous l'angle des structures, des investissements nécessaires et de leur financement, considérant que, comme l'intendance, « les ressources humaines suivront ». Or, en termes d'accessibilité, de pertinence, de qualité des soins et des prises en charge et de coordination, les RH, c'est-à-dire les métiers, les expertises, les compétences variées, gagneraient à être placées au cœur de la réflexion. Cela éviterait de sur-dimensionner des hôpitaux, d'oublier la coordination avec le médico-social, le social et les soins de ville, de faire faire aux médecins (ressources rares) des tâches qui relèvent d'infirmier, de secrétaire ou d'assistante sociale, et de créer des organisations dont l'entropie empêche l'efficacité.

L'approche par les RH est un formidable levier qui doit permettre d'apporter de nouvelles réponses aux enjeux de santé en s'appuyant sur les grandes dynamiques à l'œuvre :

- Les attentes des professionnels en termes de modalités d'exercice, de mobilité et de conditions de travail ;
- L'évolution des formations (Infirmiers en Pratique avancée (IPA), universitarisation des professions de santé)
- Les évolutions techniques porteuses d'une transformation de la hiérarchie des métiers et des relations soignant-soigné : le partage de l'information (DMP), le partage de la connaissance (IA, objets connectés) ...
- L'évolution des pratiques professionnelles (exercice regroupé, protocoles de coopération, transfert de compétences...) associée à de nouveaux modes de rémunération¹⁹⁶,
- La place croissante des aidants dans les prises en charge et l'accompagnement,
- La reconnaissance de l'autonomie et de l'expertise des patients dans les prises de décisions et les stratégies thérapeutiques qui les concernent.

¹⁹⁵ Les questions plus classiques d'accessibilité géographique et financière demeurent mais sont modifiées dans leur approche, du fait de l'évolution des comportements (recours aux urgences pour éviter le tiers payant ou les dépassements) ou dans les solutions qui peuvent être mises en œuvre liées par exemple à l'évolution des techniques (télémédecine).

¹⁹⁶ Ces nouveaux modes de rémunération font l'objet d'expérimentations dans le cadre de l'article 51 (IPEP, PEPS notamment).



On observe aujourd'hui une crise de l'attractivité des métiers et de la « fidélisation » de certaines fonctions qui déstabilisent le système et l'organisation dans son ensemble. Des besoins de soins en proximité sont peu ou mal couverts notamment dans les champs de la gériatrie et du handicap. Sur les territoires, l'organisation du « bon niveau de soins, au bon endroit, au bon moment » doit être articulée avec une stratégie en termes de ressources humaines centrée sur les besoins des usagers afin de garantir un maillage permettant la continuité des soins et des prises en charge graduées ainsi que l'a préconisé le HCAAM dans son rapport sur la stratégie de transformation du système de santé.

Trois propositions peuvent être faites en ce sens :

- Encourager la diversité des parcours professionnels¹⁹⁷ ;
- Mettre en place une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) territoriale ;
- Accompagner les réorganisations et les réorientations au-delà des portails d'accompagnement aux professionnels de santé (PAPS), par un soutien personnalisé et l'aide à l'élaboration d'un parcours professionnel tout au long de la carrière.

Pour renforcer l'attractivité de certains exercices et faciliter la mobilité et les parcours des professionnels, différents leviers peuvent être mobilisés¹⁹⁸ mais restent largement insuffisants étant donné les constats (rigidités diverses, clivage des secteurs de soins) et devraient surtout être mutualisés dans un cadre prospectif commun partagé par l'ensemble des acteurs. D'une part, ces dispositifs doivent pouvoir être ajustés, voire proposés « à la carte » en fonction des besoins des territoires, en s'appuyant sur l'ensemble des partenaires afin de garantir les synergies, la cohérence des actions (adapter les contenus et les capacités de formation) et la pertinence des moyens.

A cet égard, le niveau régional apparaît le plus pertinent pour potentialiser l'action des élus, des collectivités territoriales, du conseil régional, des universités, de l'ARS, des URPS, des instituts de formation... D'autre part, afin d'adapter les moyens aux besoins identifiés, il est nécessaire d'avoir de la souplesse dans la gestion et la flexibilité des carrières pour l'ensemble des professionnels qu'ils soient médicaux ou paramédicaux (masseurs kinésithérapeutes, infirmiers, aides-soignants...).

Les solutions disponibles aujourd'hui restent accessoires (exercice multi-site, PH détachés...) et rigides (peu de passerelles entre exercice libéral et salarié, peu d'exercice mixte, absence de parcours professionnels encourageant les mobilités entre les secteurs sanitaire, médico-social ou social, etc.). Il est nécessaire d'adapter et de mutualiser les outils et les dispositifs juridiques pour faciliter et simplifier les possibilités d'exercice dans des lieux et selon des modes d'exercice variés afin de dépasser ce que des initiatives ponctuelles permettent d'obtenir¹⁹⁹. Il est tout aussi nécessaire de reconnaître et valoriser ces mobilités, car aujourd'hui un professionnel de santé qui accepte d'exercer en zone sous-dense ou dans le secteur médico-social risque de se voir pénalisé en termes de carrière, quels que soient les incitatifs financiers ponctuels.

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences au niveau territorial nécessite en préalable de disposer des données pour l'ensemble des professions à un niveau fin et par secteur (public, privé, libéral, médico-social) ainsi que des outils d'analyse prospective permettant d'estimer les besoins à 5 et 10 ans.

¹⁹⁷ Passerelles, exercices mixtes, mobilités incluant la possibilité de passer facilement d'un secteur (ville-hôpital) à l'autre.

¹⁹⁸ Au moment de la formation, qu'il s'agisse de formation initiale (organiser des parcours de remplacement dans des structures dans lesquelles les jeunes professionnels ne pensent pas spontanément à aller) ou de formation continue (valorisation des parcours professionnels par la VAE, reconversions) etc.

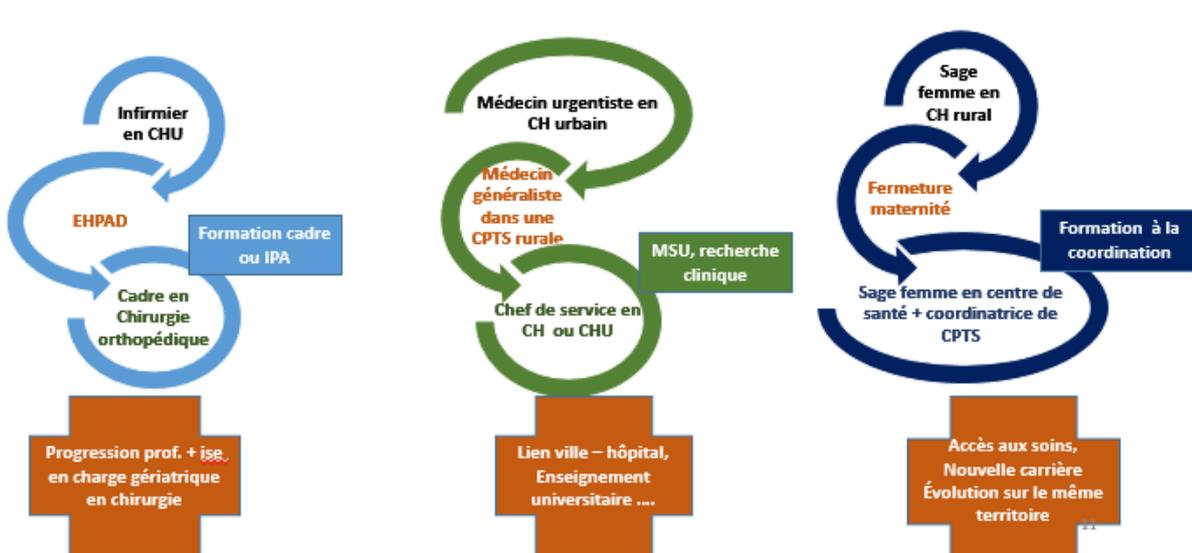
¹⁹⁹ Des mesures incitatives peuvent être proposées en partenariat avec l'ensemble des acteurs locaux. En PACA, un fonds de soutien à la démographie médicale a été créé avec le conseil régional. Sur ce fonds, une subvention d'aide aux internes ou aux SASPAS (400 euros par mois) a été proposée. D'autres dispositifs en lien avec les communes visent par exemple à encourager les stages en libéral éloigné des CHU en proposant par exemple des hébergements aux étudiants.

Des plateformes d'accompagnement à l'échelon régional (par exemple sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP) ou d'un groupement de coopération sanitaire (GCS)) pourraient être créées pour mettre en place une véritable gestion prévisionnelle et d'accompagnement des RH en santé. A partir de l'expérience des « Classmo », ces plateformes « légères » auraient vocation à accompagner les établissements et les professionnels, à leur demande, par exemple au moment des réorganisations ou pour faciliter individuellement les mobilités, les réorientations de carrière et les reconversions²⁰⁰. Sur le modèle des centres de gestion des fonctionnaires territoriaux privés d'emploi, des portages d'emploi au-delà des structures de rattachement pourraient être envisagés dans une phase transitoire. Elles pourraient également soutenir des innovations en matière de RH, par un appui à la gestion de projet, à leur financement, leur évaluation et leur modélisation.

Réflexions autour d'un schéma général des plateformes régionales de prospective des RH en santé

- Gouvernance : ARS, Conseil régional, Facultés de médecine, associant les représentants des instituts de formation, des établissements, des URPS, des services à la personne, des Opérateurs de compétences (OCPO), chargés d'accompagner la formation professionnelle, etc.,
- Structure juridique : GIP ou GCS,
- Pilotage et financement : *via* un CPOM
- Ressources spécialisées : mises à disposition ou recrutées, pour constituer une petite équipe régionale comprenant plusieurs expertises et une capacité d'accompagnement
- Missions générales de prospective et d'innovation, d'accompagnement et de repérage des viviers de compétences au niveau régional : (i) réalisation et suivi de l'état prévisionnel des ressources et des besoins au niveau régional ; (ii) accompagnement juridique des établissements et employeurs dans leurs projets et démarches RH ; (iii) accompagnement individuel vers des formations, gestion des mobilités et préparation des retours (gestion de *sas professionnels*, solutions pour le maintien des rémunérations...)
- Repérage et accompagnement des initiatives territoriales (projets avec Pôle emploi et les missions locales pour former/recruter des personnes issues d'autres métiers ...)
- Mise en cohérence des actions et des outils entre les acteurs : pilotage des incitatifs, adaptation des formations.

Schéma : exemples d'accompagnement des parcours professionnels



²⁰⁰ Des « sas professionnels » pourraient être créés. Par exemple en cas de changement de poste : sas formation, sas découverte (missions courtes dans un autre domaine), sas santé publique, sas service public (participation à un projet)



- **Discutants étudiants**

Ludivine GAUTHIER, Infirmière, étudiante en Master de santé publique, ancienne présidente de la fédération nationale des étudiants en soins infirmiers

Les infirmiers sont les professionnels de santé les plus nombreux²⁰¹. La formation dure 3 ans. L'article 12 de l'arrêté du 31 Juillet 2009, relatif au diplôme d'Etat Infirmier stipule une égale répartition entre formation théorique et formation pratique²⁰². Le nombre d'étudiants est fixé par décret (quota par région). Environ 94 000 étudiants sont actuellement en formation dans 326 instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) répartis sur l'ensemble du territoire. Le réseau de formation et d'enseignement est donc très dense, organisé autour des villes de taille moyenne. Il constitue un bassin de recrutement très varié permettant une répartition homogène des infirmiers en France. La formation pratique permet d'acquérir des compétences dans des lieux de stage très diversifiés²⁰³. Quoique rares, des stages en cabinet libéral sont possibles (à la demande de l'étudiant) et plutôt pour les 3èmes années. La capacité de formation a été multipliée par deux en 15 à 20 ans pour s'adapter aux besoins.

L'accès à la formation a évolué en 2019. L'ensemble des formations en IFSI sont désormais accessibles sur la plateforme nationale *Parcoursup* après le bac. Cette réforme permet une meilleure visibilité sur les lieux de formation possibles et de réduire les inégalités sociales d'accès avec notamment la disparition des concours d'entrée payants pour chaque école. Elle devrait permettre également de réduire la « mobilité forcée » qui éloignaient les étudiants de leur région d'origine et de leur famille et qui constitue un frein à l'implantation des professionnels sur les territoires où ils sont formés.

Le choix du lieu d'installation est largement déterminé par des facteurs associés au bien-être. Les politiques d'accueil et les conditions de travail favorisant le bien-être des étudiants sur leurs lieux de stages sont déterminants et pourraient faire l'objet d'une évaluation plus systématique de la part des étudiants eux-mêmes au-delà de la valeur pédagogique des stages. De façon plus générale, le dynamisme local, l'accès à la médecine préventive, à des activités culturelles et sportives et le coût des logements sont également des éléments importants qui soulignent le rôle prépondérant des collectivités territoriales dans l'attractivité des territoires, au-delà de leurs compétences propres sur la formation.

La profession infirmière se caractérise par une perte d'attractivité importante en cours d'exercice avec une part non négligeable de professionnels qui abandonnent leur activité en cours de carrière²⁰⁴. Cela renvoie d'une part aux motivations des étudiants à s'investir dans des études de santé et d'autre part à l'attractivité de la profession sur le temps long. L'organisation de la formation (initiale et continue) est cruciale pour répondre à ces enjeux d'attractivité et faciliter les changements de métiers en cours de carrière. Il existe aujourd'hui une base de compétences communes entre les formations paramédicales (les référentiels sont organisés par compétences) qui autorise un cadre de flexibilité permettant une porosité dans les parcours et rendant possible les éventuelles volontés de changement de voie, réorientation, poursuites d'études... Cela n'est en revanche pas le cas pour les formations de santé « médicales » qui ne sont toujours pas organisées sur ce même schéma autour de référentiels de compétence. La définition de blocs de

²⁰¹ Voir la contribution de Muriel Barlet.

²⁰² <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020961044/2020-11-17/>

²⁰³ Quatre types de stages sont prévus, ils sont représentatifs de « familles de situations », c'est-à-dire des lieux où l'étudiant rencontre des spécificités dans la prise en soins : (i) Soins de courte durée : l'étudiant s'adresse à des personnes atteintes de pathologies et hospitalisées dans des établissements publics ou privés ; (ii) Soins en santé mentale et en psychiatrie : l'étudiant s'adresse à des personnes hospitalisées ou non, suivies pour des problèmes de santé mentale ou de psychiatrie ; (iii) Soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation : l'étudiant s'adresse à des personnes qui requièrent des soins continus dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, en établissement dans un but de réinsertion, ou une surveillance constante et des soins en hébergement ; (iv) Soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie : l'étudiant s'adresse à des personnes ou des groupes qui se trouvent dans des lieux de vie (domicile, travail, école,...).

²⁰⁴ Des données précises seraient nécessaires pour quantifier exactement ce phénomène.



compétences communs entre les différentes formations médicales et paramédicales permettrait de rendre lisible et réaliste la logique de passerelles et de porosité entre l'ensemble des formations de santé. Dans ce schéma, la certification pourrait permettre également de valider des modules de formation continue apportant des compétences supplémentaires aux professionnels et permettre ainsi des évolutions de carrière voire d'évoluer vers une nouvelle profession.

Lucie GARCIN, Présidente de l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG) et **Sylvain GAUTIER**, Secrétaire général de l'Intersyndicale nationale des internes (ISNI)

Le regard des étudiants sur la médecine générale souffre toujours d'un déficit d'attractivité par rapport aux autres spécialités et de façon plus générale, les étudiants en médecine ne sont pas préparés à l'exercice libéral quelle que soit la spécialité. Il est toutefois possible d'agir à différents niveaux pour infléchir cette tendance. La réalité de la démographie de la médecine générale aujourd'hui en France doit être mise en perspective avec la formation. A cet égard, les études longitudinales sur les déterminants de l'installation et les facteurs qui motivent les choix des étudiants aux différentes étapes et périodes de leur cursus font défaut²⁰⁵.

Le choix de stages en médecine générale est tardif et assez limité²⁰⁶. Ainsi, au moment du choix de sa spécialité un étudiant sur cinq ne connaît pas le monde libéral, ambulatoire. Les étudiants ne sont pas bien formés à un exercice professionnel en particulier à un exercice professionnel libéral. Il y a donc un vrai enjeu à rendre la filière attractive le plus tôt possible dans le cursus pour que les étudiants puissent sciemment faire un choix à l'issue des ECN. Pour cela il faut également valoriser auprès des professionnels libéraux le statut de maître de stage des universités (MSU) permettant d'accueillir des étudiants en formation dans leur structure d'exercice. Par ailleurs, les enseignants médecins généralistes eux-mêmes sont encore trop rares à l'université ce qui nuit à la notoriété de la discipline mais également à la diffusion des spécificités de l'exercice dans la formation. La diversité des carrières devrait également être mieux connue des étudiants en formation : possibilité d'exercice mixte²⁰⁷, filière universitaire de médecine générale permettant d'accéder à des postes universitaires, de chercheurs et d'enseignants... Le rôle des enseignants dans les formations qu'ils dispensent et des ARS, en lien avec les universités, au moment des choix de stage pourraient être renforcés.

Les leviers pour favoriser l'implantation de jeunes médecins sur les territoires sont multiples et complémentaires (agir pendant la formation, favoriser l'installation, mobiliser l'ensemble des acteurs des territoires...) ²⁰⁸. La création des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pourrait être un facteur favorisant puisque les jeunes professionnels arrivant sur les territoires pourront bénéficier d'un réseau déjà constitué. Cela pourra être évalué dans quelques années. Si les incitations financières ne semblent pas déterminantes pour l'installation²⁰⁹, en revanche, les jeunes médecins attendent un accompagnement de leur projet professionnel²¹⁰. Des propositions ont été faites en ce sens et les expériences de « guichet unique » associant les ARS et les collectivités territoriales sont jugées indispensables pour accompagner l'installation des jeunes (par exemple les dispositifs *Passerelle* en Ile-de-France et à Strasbourg, *présence médicale 64* dans les Pyrénées-Atlantiques). De même, les dispositifs d'aide à l'installation sont

²⁰⁵ Les études transversales et les enquêtes comme celle sur laquelle s'appuie cette présentation peuvent être entachées de biais notamment rétrospectifs et cognitifs.

²⁰⁶ Les stages de formation sont en majorité distribués entre les services hospitaliers. Un seul stage en médecine générale est obligatoire au cours du 2ème cycle (entre la 4ème et la 6ème année de formation) et environ 20% des étudiants ne le réalisent pas.

²⁰⁷ <https://www.ars.sante.fr/400-postes-de-medecins-generalistes-pour-les-territoires-prioritaires>

²⁰⁸ Voir en complément la contribution du Pr Dehail sur ce thème.

²⁰⁹ Enquête réalisée en 2019 avec le CNOM - 2 443 internes ont répondu : 10% des répondants rapportaient que ça ne les intéressait « pas du tout » et 48% que ça les intéressait « peu ou partiellement ». <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/Dossier-de-presse-Enqu%C3%AAt-e-d%C3%A9terminants-installation-CNOM-CJM-1.pdf>

²¹⁰ Dans l'étude réalisée avec le CNOM, 53% des internes répondants exprimaient qu'ils voulaient être accompagnés par les collectivités territoriales dans leur projet d'installation.



divers et insuffisamment connus. La fusion des dispositifs d'aide préconisée dans le rapport du Dr Augros²¹¹ est une solution.

La régulation à l'installation et la régionalisation de la formation ne sont pas des solutions portées par les syndicats d'internes. Au-delà des constats de la littérature internationale peu conclusifs sur l'efficacité des dispositifs de contrainte à l'installation, l'exercice libéral apparaît en effet trop peu attractif pour les jeunes (si 70% des internes souhaitent s'installer en libéral, ils ne sont que 35% dans les cinq années suivant leurs études à le faire). Par ailleurs, il n'y a pas de zones « sur-denses » en médecine générale. Des contraintes trop fortes risquent de détourner massivement les jeunes de l'exercice libéral. De plus, l'attachement initial au territoire ne revient que dans 37% des cas dans les déterminants de l'installation pour les internes et les remplaçants (enquête précitée). La raison principale de la mobilité est liée au choix de la spécialité en fonction de son rang de classement aux ECN. Un dispositif de régionalisation créerait de la mobilité plus en amont et les flux seraient simplement décalés dans le temps sans résoudre l'équation.

III.3. Le rôle des acteurs institutionnels

- **Le plan d'accès aux soins**

Sophie AUGROS, Médecin généraliste, déléguée nationale à l'accès aux soins

La question de l'accès aux soins fait l'objet d'une attention particulière. Le Premier ministre a annoncé le 13 octobre 2017 le plan du Gouvernement pour l'égal accès aux soins dans les territoires. Dans ce cadre, une mission nationale à l'accès aux soins a été menée²¹². Les délégués ont été chargés de faire remonter les expériences réussies de chaque territoire, mais aussi d'identifier les difficultés et les freins rencontrés sur le terrain, afin de nourrir la mise en œuvre du Plan²¹³.

Les lieux d'études déterminent fortement le choix des lieux d'exercice. L'attractivité de la médecine générale est conditionnée à la réalisation de stages en ambulatoire dans de bonnes conditions pour les jeunes professionnels. Le principal problème reste le manque de terrains de stages ambulatoires. Une attention particulière doit donc être portée au maillage territorial de ces lieux de formation (et ce pour toutes les professions de santé²¹⁴). Par ailleurs, pour attirer les étudiants dans des territoires éloignés des centres villes au moins deux conditions doivent être remplies. D'une part, les conditions matérielles (transport, logement) autour de ces lieux de stages doivent être organisées pour lever des barrières financières éventuelles. D'autre part, la qualité des stages doit être garantie. Celle-ci peut être encore renforcée en agissant sur la formation des maîtres de stage (qualité des formations), ainsi que sur les critères d'agrément des terrains de stage. Les commissions d'agrément qui existent au sein des ARS et des facultés devraient ainsi introduire de manière formelle dans les évaluations, le retour des étudiants sur leurs expériences des stages.

L'attractivité des territoires, c'est aussi accompagner les jeunes professionnels à l'installation. La gestion d'une entreprise et l'exercice libéral ne s'improvisent pas (les étudiants apprennent

²¹¹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_augros_2019.pdf

²¹² Elisabeth DOINEAU, sénatrice de la Mayenne, Thomas MESNIER, député de Charente, et Sophie AUGROS, médecin généraliste, ont été désignés délégués nationaux à l'accès aux soins en octobre 2017.

²¹³ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_delegues_acces_aux_soins_15102018.pdf

²¹⁴ La problématique financière pour les encadrants concerne surtout la formation des paramédicaux. Aujourd'hui l'accueil des stagiaires médecins dans les structures de soins coordonnés donne lieu à une rémunération *via* l'ACI mais ce n'est pas le cas pour les autres professions de santé notamment pour les IPA ce qui constitue un frein au développement des pratiques avancées en dehors des établissements.



la médecine, mais n'apprennent pas comment ils vont l'exercer). Une formation dédiée à l'exercice libéral est indispensable au cours du cursus de formation et doit être développée par les facultés. L'installation des jeunes médecins pourrait être mieux accompagnée au-delà des dispositifs de « guichet unique » (portail) proposés par les ARS. Un accompagnement individuel personnalisé (stratégie de « coaching ») en coopération avec les collectivités territoriales pour la définition et la mise en œuvre des projet professionnels doit permettre de définir les différentes étapes administratives, comptables, fiscales, ordinales, conventionnelles..., d'informer les candidats sur les lieux et modes d'exercice, les aides à l'installation, mais aussi de lever les barrières et les craintes liées à leur projet (carrière du conjoint, services d'accueil des jeunes enfants *etc.*)²¹⁵. Les politiques d'accueil sur les territoires doivent aussi être réfléchies avec les professionnels de santé. Des informations précises sur les réseaux professionnels existants devraient pouvoir être fournis. A cet égard, les CPTS ont un rôle à jouer pour la réalisation d'annuaires afin de faciliter l'insertion des jeunes sur les territoires.

En termes de mobilité, il s'agit avant tout d'aller au-devant des populations éloignées du système de santé et dans les territoires périphériques. Ce point est d'autant plus crucial que les jeunes plébiscitent l'exercice collectif et s'installent donc dans des zones déjà dotées en professionnels au risque de détériorer davantage la situation de zones adjacentes déjà en tension démographique. La télémédecine est un moyen de limiter les déplacements des professionnels et des patients. Cela nécessite de former les professionnels (le médecin requis et le professionnel requérant, les infirmières en EHPAD par exemple) et des outils fonctionnels (couverture réseau, interopérabilité des outils, *etc.*). La délocalisation des consultations doit également être favorisée : cabinets secondaires libéraux, consultations avancées hospitalières dans des maisons et centres de santé, « médecine itinérante » (camions de radiologie, bus de dépistage, *etc.*). Le dispositif « 400 médecins »²¹⁶ va dans le bon sens mais les cadres réglementaire, juridique et fiscal devraient également être adaptés pour lever plus largement et durablement les freins au développement de modes d'exercice mixtes et délocalisés.

Les conditions d'exercice évoluent. Le développement de l'exercice coordonné en « collectifs » organisés (ESP, MSP, Centres de santé, CPTS...) fait apparaître de nouveaux besoins de coordination car les jeunes médecins se projettent spontanément dans l'exercice coordonné sans toujours manifester la volonté de s'impliquer dans la conception ou la gestion de ces structures. De nouveaux métiers doivent venir en appui des professionnels : des coordonnateurs d'équipe pour gérer et monter des projets de financement, de subventions et aider les professionnels qui veulent monter des projets d'éducation thérapeutique, de promotion de la santé dans une population ; des gestionnaires de ressources humaines dans des structures de grande taille ; des attachés de recherche clinique pour le développement de la recherche en soins primaires dans les maisons de santé universitaires *etc.*

Libérer du temps médical devient un enjeu pour les jeunes qui souhaitent une meilleure conciliation entre leur vie familiale et professionnelle. Cela passe par la décharge de temps administratif. A cet égard, les ressources des secrétariats médicaux sont probablement sous-exploitées. Des formations à la régulation des appels et à la tenue des dossiers médicaux peuvent y remédier. Une plus grande coopération entre professionnels de santé et la délégation d'une partie des activités simples sur d'autres professionnels comme les IPA sont également nécessaires mais ces mutations doivent s'accompagner d'une réflexion autour d'un exercice médical qui serait finalement concentré sur la gestion des consultations et des cas complexes.

²¹⁵ Voir le dispositif « Passerelle » proposé par l'ARS Grand-Est.

²¹⁶ <https://www.ars.sante.fr/400-postes-de-medecins-generalistes-pour-les-territoires-prioritaires>



- **Le rôle des régions dans les politiques de santé**

Michel BOUSSATON, Conseiller régional délégué à la santé d'Occitanie – Représentant de l'Association des Régions de France

Actuellement, les Régions ont peu de compétences en matière de santé et en particulier de soins. Le Conseil régional possède des compétences claires en matière de formation sanitaire et sociale mais n'a quasiment pas de compétence directe en matière de planification et de régulation du système de santé. Toutefois, ainsi que le stipule l'article L.4221-1 du code général des collectivités territoriales²¹⁷ des actions complémentaires à celles des autres acteurs sont possibles pour permettre « *le développement sanitaire* » et « *promouvoir l'aménagement et l'égalité des territoires* ». En amont des soins, dans le champ de la prévention en particulier en santé-environnement²¹⁸ et pour la santé des jeunes, des actions sont possibles en mobilisant les leviers situés en dehors du système de soins *stricto sensu* (éducation, logement, urbanisme...).

L'absence de fondement législatif clair pour agir dans le champ de la santé se traduit donc par des actions disparates mais qui peuvent toutefois être très volontaristes en fonction de la sensibilité des conseils régionaux aux questions sanitaires. Par exemple, il peut s'agir de participer à la prise en charge partielle ou totale de frais d'investissement (équipements lourds : scanners, IRM...) ou de fonctionnement liés à l'activité de soins (financement d'hôpitaux, de services d'urgence) ; à la mise à disposition de locaux (pour la création de MSP ou de centres de santé) ; à la mise à disposition de logements pour accueillir des étudiants ; au versement d'une prime d'installation ou d'une prime d'exercice forfaitaire pour les libéraux ; de conventions avec la fédération hospitalière de France (FHF) favorisant l'exercice mixte entre la ville et l'hôpital ... Le champ de la e-santé commence seulement à être investi car jusqu'à présent les résultats semblaient très « mitigés » au service des populations.

Le sujet de l'inégalité d'accès aux soins doit être analysé. Actuellement, il existe des départements où certaines spécialités ne sont plus représentées. Pour l'accès aux soins de proximité, il est à noter une différence importante en fonction des territoires. Les solutions doivent donc être contextualisées et territorialisées : elles ne peuvent être les mêmes pour les métropoles où le prix de l'immobilier est parfois un frein à l'installation, les zones en périphérie des grandes villes plutôt bien dotées et les territoires qui souffrent d'un problème d'attractivité globale et qui peinent à recruter des médecins. A cet égard, des ajustements seraient nécessaires pour affiner les zonages réalisés par la DREES et rendre mieux compte des disparités réelles observées sur le terrain. L'inégalité d'accès aux spécialistes dits de 2^{ème} et 3^{ème} recours relève de causes très diverses : contraintes du *numerus clausus*, désir d'hyper-spécialisation qui émane des professionnels eux-mêmes mais également des patients, perte d'attractivité de certains territoires, dépassements d'honoraires plus faciles à pratiquer dans les métropoles mais qui aggravent davantage les inégalités... Cela pose les termes d'une équation qui semble aujourd'hui impossible à résoudre. Pour améliorer les choses, il faut promouvoir une interaction forte entre les ARS et les Régions qui agissent au même niveau territorial et une réflexion au-delà des compétences des Régions sur la convergence des statuts entre public et privé.

L'action des Régions en matière de formation sanitaire et sociale s'appuie sur un schéma des formations sanitaires et sociales réalisé tous les cinq ans. Ce travail de grande ampleur est mené

²¹⁷ « Le conseil régional règle par ses délibérations les affaires de la région dans les domaines de compétences que la loi lui attribue. Il a compétence pour promouvoir le développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique de la région, le soutien à l'accès au logement et à l'amélioration de l'habitat, le soutien à la politique de la ville et à la rénovation urbaine et le soutien aux politiques d'éducation et l'aménagement et l'égalité de ses territoires, ainsi que pour assurer la préservation de son identité et la promotion des langues régionales, dans le respect de l'intégrité, de l'autonomie et des attributions des départements et des communes.

Il peut engager des actions complémentaires de celles de l'Etat, des autres collectivités territoriales et des établissements publics situés dans la région, dans les domaines et les conditions fixés par les lois déterminant la répartition des compétences entre l'Etat, les communes, les départements et les régions. ...»

²¹⁸ Les conseils régionaux sont partie prenante des PRSE – plans régionaux santé environnement.



en concertation avec l'ensemble des parties prenantes, employeurs et syndicats. La détermination des quotas d'étudiants reste soumise à des arbitrages du ministère qui mériteraient d'être clarifiés. Les investissements financiers consentis sur fonds propres par les régions sont importants puisque d'un système de compensation totale par l'Etat nous sommes passés à un système de compensation partielle auquel il faut ajouter le coût lié à l'immobilier des instituts de formation²¹⁹. Cet investissement a pour les régions un triple objectif : (i) conserver la dynamique territoriale des « villes moyennes » où sont formés les étudiants, (ii) répondre aux besoins des hôpitaux périphériques²²⁰, (iii) assurer la formation de futurs professionnels au plus près de leur lieu de vie et à proximité de leur lieu d'exercice futur. Un déplacement des sites de formation des professions sanitaires et sociales vers les métropoles, sous l'effet de l'universitarisation des formations et de l'émergence des GHT pourrait conduire les régions à réviser les arbitrages financiers.

Aujourd'hui le recrutement pour la formation des aides-soignants est insuffisant au regard des besoins. La question de l'attractivité des métiers est cruciale et doit être interrogée en priorité car les capacités de formation ne sont pas saturées. Cela vaut pour l'ensemble des métiers exerçant dans le champ du vieillissement.

Un autre point de vigilance pour les Régions porte sur les IPA : les candidats viennent de grosses structures de soins, hôpitaux, cliniques, ils vont donc y revenir et n'iront pas dans les territoires où ils pourraient être une aide fondamentale pour lutter contre la désertification médicale.

- **Formation et conditions d'exercice : le point de vue d'une ARS**

Christine GARDEL, *Directrice générale de l'ARS Normandie*

En matière de formation et de RH en santé, les missions des ARS portées historiquement par les DDASS (Directions départementales des affaires sociales et sanitaires) se situent en premier lieu dans le champ du contrôle et de l'activité « régaliennne » avec l'enregistrement des diplômes, des déclarations d'activité (ADELI²²¹), l'organisation de concours et d'examens, la délivrance des diplômes. Les ARS restent également les autorités de référence pour la publication des ouvertures de postes dans la fonction publique hospitalière ou auprès du Centre national de gestion pour les postes de praticiens hospitaliers. Elles ont également un rôle pour définir les orientations générales des instituts de formation.

Progressivement les missions des ARS évoluent pour répondre aux attentes portées par les usagers et les élus en particulier sur l'équité territoriale de l'accès aux soins et l'attractivité des territoires. Les ARS sont ainsi régulièrement sollicitées pour déployer des postes d'internes en médecine sur le territoire, pour identifier des solutions pour la population en cas de départ d'un médecin, pour participer à la création de maisons de santé et attirer les professionnels sur une commune, développer la télémédecine...L'enjeu pour les ARS est donc à la fois de conserver leur expertise d'autorité de régulation et de contrôle et de développer des compétences en matière d'animation et de gestion de projets pour assurer un rôle d'appui à la réalisation des projets des acteurs du territoire.

La démographie des professionnels de santé est particulièrement préoccupante en Normandie avec une densité en deçà des moyennes nationales pour les médecins généralistes mais également pour les professions non médicales, malgré une forte croissance des effectifs de ces métiers sur les dix dernières années. La situation est particulièrement tendue pour les orthoptistes qui

²¹⁹ A titre d'exemple, aujourd'hui, quand la région Occitanie investit 100%, elle n'est compensée qu'à hauteur de 78%, le reste venant de ses fonds propres. 7 à 8 millions sont par ailleurs injectés annuellement pour l'immobilier des 26 IFSI présents sur le territoire.

²²⁰ Afin d'assurer leur attractivité, il est nécessaire de préciser le positionnement des hôpitaux de proximité quant aux nouveaux services qu'ils ont vocation à rendre à la population par rapport à l'offre existante. L'effet sur la formation est indirect mais mérite d'être souligné.

²²¹ ADELI concerne la plupart des professions non médicales à l'exception des masseurs-kinésithérapeutes ou des pédicures-podologues. L'enregistrement est obligatoire pour les IDE, les manipulateurs radios, les opticiens, les audioprothésistes, ...



ne sont pas formés dans la région²²². De façon générale, les ARS ont donc un rôle à jouer avec leurs partenaires (Région, instituts de formation,...) pour : (i) rendre attractifs les territoires (ce qui nécessite de développer notamment une réflexion collective afin d'éviter des stratégies individualistes, de donner de la visibilité aux aides à l'installation, de faire comprendre aux élus les évolutions du métier de médecin,...) ; (ii) valoriser les nouveaux modes d'exercice qui correspondent davantage aux attentes des plus jeunes ; (iii) promouvoir les métiers de la santé notamment pour certains métiers peu attractifs (aides-soignants).

Une grande difficulté dans l'action des ARS tient à des objectifs parfois difficiles à concilier entre eux : (i) la proximité et une juste répartition des professionnels de santé sur les territoires ; (ii) les aspirations des jeunes professionnels quant à leur qualité de vie au travail (en particulier, ils ne veulent plus d'un exercice isolé en zone rurale et souhaitent un soutien aux situations complexes) et leurs évolutions de carrière (possibilités d'exercice plus variées) ; (iii) le développement du système de santé pour intégrer des missions de prévention ; (iv) une participation des usagers et des citoyens accrue ; (v) le développement du télésoin, de la télé médecine et des outils numériques. Pour répondre à ces défis, l'ARS Normandie mobilise différents leviers dans le champ de la formation, sur les conditions d'exercice et l'attractivité des métiers et des territoires.

La formation n'est pas une compétence des ARS mais elles peuvent agir sur l'attractivité des territoires en développant en partenariat une offre d'excellence dans les sites périphériques. En médecine générale, dans la région Normandie, cinq maisons de santé universitaires bénéficient ainsi d'un label pour des missions d'enseignement et de recherche. L'ARS finance également le « temps universitaire » de postes d'assistants universitaires de médecine générale. Des actions menées par la faculté de Caen pour « universitariser les territoires », rendre plus attractives certaines spécialités (gynécologie obstétrique, anesthésie-réanimation, urgences) et fidéliser les professionnels dans des établissements périphériques bénéficient également d'un soutien de l'ARS. D'autres actions sont également mises en œuvre pour conforter l'attractivité : développement des équipes médicales de territoire *via* des appels à projet, validation des spécialités éligibles à la prime d'engagement dans la carrière hospitalière,

Pour les professions qui ne sont pas formées dans la région (orthoptistes, odontologie) des réflexions sont menées pour organiser ces formations. L'attractivité et la capacité d'accueillir des étudiants venant d'autres universités font l'objet d'une attention particulière auprès des facultés et des écoles qui les forment. L'ARS mène également une réflexion sur la place des nouveaux métiers dans les organisations de soins en particulier pour les IPA²²³ mais cela concerne aussi les « coordonnateurs de parcours ». Le service sanitaire bénéficie également d'un pilotage fort par l'ARS : les étudiants reçoivent une formation structurée en prévention et promotion de la santé. Ils interviennent en pluriprofessionnalité, avec des médecins, des IDE et des pharmaciens et touchent un public très varié (santé scolaire, EHPAD, ...).

L'exercice à temps partagé, qui constitue une aspiration de beaucoup de jeunes, permet de diversifier l'activité et constitue un moyen d'étoffer les équipes en périphérie à partir du CHU. L'ARS apporte une forte contribution sur la prime d'exercice territorial et un soutien dans les disciplines les plus prioritaires. En Normandie, au total plus de 250 professionnels praticiens sont concernés par ces temps partagés. L'implication du CHU est souvent nécessaire pour que ces équipes territoriales fonctionnent. L'ARS finance également chaque année 70 postes d'assistants spécialistes régionaux (ASR) à temps partagé entre un CHU et un hôpital périphérique : ce dispositif est réservé aux jeunes diplômés et rencontre un succès important tant sur le nombre de candidatures que sur l'installation ensuite en région (75% des anciens ASR continuent d'exercer en région). En ambulatoire, pour inciter à l'exercice regroupé, l'ARS développe une politique

²²² La densité est presque deux fois inférieure à la densité moyenne observée en France (4,2 vs 7,3 pour 100 000 habitants).

²²³ En Normandie, 25 places sont autorisées pour trois mentions : cancer, pathologies chroniques, psychiatrie. Le travail pour l'année 2020 consiste à déterminer la place que ces professionnels vont prendre dans les organisations de soins, de ville ou à l'hôpital, et comment ce nouveau métier va permettre de libérer du temps médical et d'améliorer la prise en charge des patients.



active auprès des pôles de santé et un renforcement du zonage pour inciter à l'exercice coordonné, inciter à l'exercice mixte et diversifier les carrières. Les statuts de médecins généralistes à temps partagé ville/hôpital se développent, avec 5 postes en cours de création : ces professionnels exercent en tant que salariés à l'hôpital et ont la possibilité d'exercer en libéral en ville, en zone sous-dense.

- ***Disparités territoriales d'accès aux soins et implantation des professionnels de santé : la mise en place du dispositif de centre de santé départemental en Saône-et-Loire***

André ACCARY, Président du Département de Saône-et-Loire

La démographie médicale du département de Saône-et-Loire s'est dégradée au fil des années et la perspective de nombreux départs en retraite (en 2015, 50% des médecins généralistes étaient en âge de prendre leur retraite dans les 3 ans) ont conduit le département à proposer la création de centres de santé départementaux, en complément des dispositions prises par les collectivités territoriales jugées trop peu efficaces ou de plus long terme (aides à l'installation, construction de MSP,...). Le projet vise à mailler le département de Saône et Loire par des centres de santé avec des médecins salariés, en complémentarité de l'offre de médecine libérale existante pour assurer une présence médicale sur l'ensemble du territoire.

Après une longue phase de concertation avec les acteurs de terrain, les professionnels et les partenaires financiers (directeur de l'ARS, directeur de la caisse d'assurance maladie, président de la région Bourgogne-Franche-Comté et des collectivités locales), le projet a été voté à l'unanimité par l'assemblée départementale en 2017. A chaque session départementale – il y en a quatre par an –, dix postes de médecins sont ouverts. Il a fallu déployer une ingénierie spécifique au sein des services départementaux pour mettre en œuvre le projet sur ses volets logistique, réglementaire et analytique.

Les centres de santé fonctionnent tous les jours sur une plage horaire étendue, du lundi au vendredi entre 8h et 20h et le samedi matin. Chaque centre est relié à une dizaine d'antennes et assure les fonctions de secrétariat pour celles-ci. Deux médecins généralistes sont sur place tous les jours dans les centres et des permanences sont réalisées régulièrement dans les différentes antennes pour des consultations sur rendez-vous ainsi que dans les EHPAD. Des réunions d'équipe ont lieu toutes les semaines.

Les recrutements ont débuté à l'automne 2017 et le premier centre de santé a ouvert ses portes fin janvier 2018 à Digoin²²⁴. Un deuxième centre a ouvert quelques mois après, à Autun puis à Chalon-sur-Saône - une zone plus dense et plus urbaine (65 000 habitants). A ce jour, 47 médecins généralistes ont été recrutés²²⁵, 5 centres de santé et 17 antennes ont été ouverts. Le déploiement du dispositif est toujours en cours. L'objectif est d'ouvrir 6 centres de santé ainsi que 45 antennes sur l'ensemble du département avant la fin du mandat. Le recrutement n'offre pas de difficultés. Les principaux facteurs d'attractivité concernent les conditions d'exercice : médecins déchargés des diverses tâches situées en dehors de leur cœur de métier, volume horaire de 35 heures, salaires indexés sur la grille de la fonction publique hospitalière.

Les structures, le personnel et les équipements sont pour l'instant financés principalement par le département et les partenaires ; les communes fournissent les locaux et une partie du fonctionnement. Le fruit des consultations que le département perçoit sert à rémunérer les médecins, le secrétariat et la logistique. L'équilibre financier du dispositif est attendu d'ici 3-4 ans avec 30 médecins équivalent temps plein et une moyenne de 3 consultations par heure. La puissance

²²⁴ Bassin de vie de 14 000 habitants qui ne comptait plus que 2 médecins généralistes (contre 11 quelques années plus tôt).

²²⁵ Ces médecins, âgés entre 28 et 65 ans, sont en « petite » majorité des femmes (52%) et viennent d'horizons variés, après une expérience plus ou moins longue en libéral ou à l'hôpital, après une expérience de remplacements sur des périodes plus ou moins longues...



publique ne devrait plus avoir à financer le dispositif à partir de ce moment. La mise en place d'une comptabilité analytique permet de suivre les éléments financiers.

Ce dispositif de maillage territorial permet avant tout de fournir une offre médicale équitable aux habitants du département. Il n'a pas suscité de rejet de la part des médecins libéraux dont l'exercice semble davantage menacé par la surcharge de travail associée à une activité isolée. De nouvelles installations de médecins généralistes dans le département sont même observées depuis l'ouverture des centres de santé. A terme, ce dispositif pourrait également servir de point d'ancrage pour proposer des solutions aux autres problématiques d'accès aux soins et à la santé comme le recours aux urgences ou la prévention (appui aux PMI) et rapprocher les secteurs sanitaire et social.

Ce dispositif est aujourd'hui facilité car la loi autorise explicitement les départements à recruter des médecins pour faire de la médecine de ville, sur les territoires. A la date du séminaire, une quarantaine de départements sont intéressés par cette expérience et trois se sont lancés dans l'opération.

- ***De quels leviers dispose un GHT pour faire face aux difficultés liées aux ressources humaines en santé ?***

Agnès CORNILLAULT, Directrice du CH Jacques Cœur de Bourges, Etablissement support du Groupement Hospitalier de Territoire du Cher ; **Vianney BREARD**, Président de la Commission médicale d'établissement du CH de Sancerre ; **Maxime BIGOTEAU**, Interne d'ophtalmologiste, CHU de Tours ; **Yasmine BAROUKZAI**, Chargée de mission Responsable du GHT du Cher

Le département du Cher dans la région Centre-Val-de-Loire se caractérise par une population vieillissante²²⁶ et une densité médicale faible et en déclin²²⁷. Le GHT du Cher (GHT 18) est composé de cinq établissements²²⁸. L'âge moyen des praticiens du GHT est de 51,8 ans (56,6 ans à Vierzon et 58 ans à Sancerre) et 30% d'entre eux ont plus de 60 ans ; pour 313,2 ETP en 2018, 17,2% des postes sont vacants (30% des postes de praticiens hospitaliers au sein du CH de Bourges). Les spécialités les plus en difficulté sont les urgences, l'anesthésie-réanimation, l'imagerie, la gériatrie, avec des effectifs qui sont très inquiétants pour certaines de ces spécialités (près de la moitié des postes ne sont pas pourvus en gériatrie).

Pour un GHT, le champ d'initiative est assez contraint en situation de pénurie pour à la fois pallier les difficultés liées aux ressources humaines et proposer une offre de service adaptée aux besoins de la population. En particulier, les options classiques telles que la création de consultations avancées ou de postes partagés entre les établissements ne sont pas les plus réalistes. Diverses solutions ont ainsi été élaborées par le GHT 18 et les professionnels du territoire. Une charte de recrutement a été établie pour l'ensemble des établissements du GHT²²⁹ afin de renforcer les capacités de recrutement et fidéliser les professionnels. Des actions de communication ont par ailleurs été menées auprès des professionnels de santé et des usagers pour les informer des actions menées par le GHT 18 (présence sur internet, rendre l'offre de soins plus lisible, etc.) et les liens ont été formalisés entre le GHT et les CPTS du territoire (deux déjà constituées et deux en cours de création). Enfin, le GHT 18 a consolidé des projets développés par les professionnels de santé pour répondre à des besoins identifiés et renforcer l'accès aux soins de la population. Trois exemples dans le champ de la gériatrie et de l'ophtalmologie sont développés. Ces projets

²²⁶ L'âge moyen des habitants du Cher est de 44,2 ans vs 40,6 ans au niveau national. Un tiers des habitants (100 000 personnes) ont plus de 65 ans.

²²⁷ En 2015 on comptait 185 médecins généralistes pour 100 000 habitants (vs 281,4 pour la France métropolitaine) contre 219,8 en 2007.

²²⁸ Ces établissements sont le CH Jacques Cœur qui est l'établissement support, le CH George Sand spécialisé en psychiatrie, le CH de St Amand-Montrond, le CH de Sancerre et le CH de Vierzon. Le Centre hospitalier universitaire (CHU) de référence est le CHU de Tours situé dans un département voisin.

²²⁹ https://www.ch-bourges.fr/wp-content/uploads/2019/11/charte-de-recrutement_VDEF.pdf



s'appuient sur les ressources du GHT, l'émergence des nouvelles technologies et la montée en compétence des paramédicaux.

Une Équipe Mobile Gérontologique Territoriale du Cher (EMGT18) a été créée en avril 2018 pour dépister à domicile la fragilité des personnes âgées (critères de Fried) et retarder l'entrée dans la dépendance par des actions de prévention adaptées. La population cible est constituée des personnes âgées de plus de 65 ans non dépendantes (échelle de Katz) vivant dans le département du Cher. Le dépistage est organisé par le GHT18. Des infirmières spécifiquement formées se rendent à domicile pour réaliser le bilan de fragilité (environ une demi-journée). Elles sont coordonnées par deux gériatres à qui elles adressent le bilan pour téléexpertise (une heure). Les premiers résultats (250 personnes ont été testées sur une année) attestent de la réversibilité du processus de fragilité. Le GHT a produit un appui indispensable à la réalisation du projet, en faisant participer l'ensemble des établissements, y compris les plus petits. Le projet doit sa réussite à son fonctionnement décentralisé, permettant aux infirmières de partir de différents établissements du GHT18. Le dispositif repose à la fois sur la télé médecine, la formation et la mise en responsabilité des infirmières, afin de mobiliser un minimum de temps médical. Le GHT travaille en lien avec l'ensemble des praticiens libéraux pour agir sur les facteurs de fragilité (iatrogénie, dénutrition, dépression, baisse de l'activité physique et risques de chute).

Un dispositif de dépistage et d'évaluation de la santé bucco-dentaire des personnes résidant en EHPAD a par ailleurs été mis en place à l'initiative d'un dentiste du département. Ce sont également les infirmières des établissements du GHT qui se déplacent pour réaliser l'examen à l'aide d'une caméra endo-buccale (une dizaine d'exams en une demi-journée). La lecture des images est réalisée à distance par un dentiste. Pendant la phase test du projet, entre septembre 2018 et août 2019, les résidents de 5 EHPAD ont été dépistés : 90% des résidents ont pu bénéficier du dispositif (475 exams ont été réalisés). Environ la moitié des personnes examinées nécessitaient d'être prises en charge pour traitement et 30% ont engagé une démarche de soins. La nécessité de se déplacer pour les soins n'est pas apparue comme un facteur de blocage. Ce projet fait l'objet d'une expérimentation dans le cadre de l'Art.51 de la LFSS pour 2018 et va être étendu à l'ensemble des établissements du département.

Pour pallier le déficit en médecins ophtalmologistes (le Cher se situe en 95^{ème} position en termes de densité médicale avec 3,5 ophtalmologistes pour 100 000 habitants), le CHJC, Etablissement support du GHT18, a mis en place une structure ambulatoire *fast track* pour la chirurgie de la cataracte. Le personnel paramédical est spécifique et dédié à la structure. Les consultations ont été réorganisées et optimisées, notamment en embauchant des orthoptistes afin d'aider à la consultation médicale. Il n'y a pas de monitoring anesthésique durant l'intervention²³⁰. Ce type d'intervention ne convient pas à tout le monde et les patients qui peuvent bénéficier de cette prise en charge sont sélectionnés en amont par un questionnaire de screening lors de la consultation préopératoire. L'impact de la réorganisation sur le niveau de recours pour 1 000 habitants (standardisé sur le sexe et l'âge) a été considérable : la croissance a été estimée à +20,7% entre 2012 et 2017 (contre 15,3% au niveau national) et on peut considérer désormais que l'offre est globalement en adéquation avec le besoin de soins.

²³⁰ C'est-à-dire qu'il n'y a pas de surveillance anesthésique pendant l'intervention : pas de scope, pas de perfusion, le patient n'est pas à jeun. Le centre a fait l'objet d'une étude de sécurité et une étude a montré qu'il n'y avait pas plus de complications pré et post opératoires que pour une prise en charge classique.



Conclusion

François-Xavier SCHWEYER, Professeur de sociologie à l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), Chercheur au Centre Maurice Halbwachs

Le « territoire » recouvre des sens très différents²³¹ selon les points de vue : maillage administratif, territoire professionnel, circonscription d'élection, bassin d'emploi, attachement à un lieu, etc. Dans leur ensemble, ces dimensions sont finalement assez congruentes avec l'approche globale de la santé promue par l'Organisation mondiale de la santé puisque la santé dépend du cadre de vie, des conditions de logement, de transport, etc. Toutefois, les discussions sont restées assez médico-centrées probablement en lien avec le débat sur les déserts médicaux. Ce débat, spécifiquement français, mériterait d'ailleurs d'être clarifié. Il permet certes d'alerter le politique sur des situations localement difficiles mais dans le même temps, il rabat sur les médecins et le court terme une question qui est beaucoup plus large. On ne peut que regretter cette approche dramatisante qui contribue à mettre en crise le système²³². En tant que sociologue, j'aimerais aussi poser la question de la santé en termes d'intégration sociale. On voit très bien que l'intégration est inégale²³³, que les liens sociaux créés par le travail, la famille, l'entourage, les liens de citoyenneté sont inégalement nourris selon les territoires. C'est une condition de possibilité absolument fondamentale pour un état de santé que de nourrir l'entrecroisement des liens sociaux. Dans un territoire, il y a des lieux et il y a des liens.

La territorialisation comme mode d'action publique dans le champ de la santé est assez ancienne. Elle a été inscrite sur l'agenda politique de l'hôpital dès les années 1970 avec la création des secteurs sanitaires. Puis il y a eu la régionalisation, avec les SROS, les ARH... Ce qui caractérise la situation aujourd'hui, c'est l'émergence à la fois d'une multiplicité de nouveaux acteurs et la recherche de niveaux de régulation adaptés. Outre les collectivités territoriales et les élus, les acteurs administratifs (ARS siège et départements, Préfets) et professionnels (fédérations, URPS) constituent de nouveaux acteurs dans les espaces régionaux. Par ailleurs, comme cela a été souligné par les différents contributeurs, le niveau de la régulation s'est déplacé à un niveau infrarégional. L'objectif est la co-construction locale ou territoriale des réponses. De façon tout à fait singulière, on assiste parallèlement à l'arrimage de la médecine libérale à la régulation du système de santé avec un mode de participation fondé sur la négociation et l'incitation, en partant du principe que la coercition ne fonctionne pas.

Les initiatives de terrain montrent qu'il existe des capacités à répondre et à imaginer des solutions. C'est un trait caractéristique du système de santé : les innovations sont souvent incrémentales, elles viennent du terrain et il est tout à fait remarquable de constater que ces solutions émergent afin de suppléer des situations de carence ou de pénurie. Finalement, on pourrait dire que la puissance publique prend de nouveaux habits et que, soit des citoyens soit des élus, soit des professionnels, devant l'incapacité du système à répondre créent des solutions. Et ce qui semble devoir être souligné, c'est qu'au fondement de toutes ces initiatives, il y a des valeurs : le refus de l'absence de soins ou des inégalités de santé, ou encore d'un blocage. Cette dimension du sens de l'action, c'est-à-dire ultimement des valeurs, mériterait davantage d'attention et pourrait sans doute être plus largement questionnée et nourrie dans la formation des professionnels de santé. Il y a en effet un décalage assez fort entre des discours très légitimes d'aspiration à avoir de bonnes conditions de travail, etc. et un silence assourdissant sur la mission sociale des professionnels.

²³¹ Schweyer F-X (2004), « Les territoires de santé et la médecine libérale. Les enjeux d'une convergence », *Lien social et Politiques – RIAC*, 52, Automne 2004, p. 35-46.

²³² Hassenteufel P., Schweyer F-X et al (2020), « Les « déserts médicaux » comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne », *RFAS* 2020, n° 1, 31-54.

²³³ Paugam S. (dir) (2014), Paugam S. (ed). *L'intégration inégale. Force, fragilité et rupture des liens sociaux*, Paris, PUF.



Le thème du « changement de modèle » n'est pas nouveau non plus. Un rapport du CREDES de 2003 sur la question de l'accès aux soins et des territoires parlait déjà de changement de modèle, d'approche globale, de la nécessité de passer d'une approche par patientèle à une approche populationnelle et territoriale, de l'intérêt de la coordination et de la pluriprofessionnalité, *etc.* Parmi les initiatives présentées ici, certaines sont particulièrement intéressantes mais il conviendrait de distinguer les propositions de circonstance et les réponses plutôt transformatrices. Aujourd'hui, en période de transition, où il faut faire face à des situations parfois tendues tout en s'attelant à la transformation du modèle, on est probablement obligé d'avoir à la fois des réponses de court terme parce qu'il le faut, mais qui au fond ne changent rien, et des réponses qui en elles-mêmes préfigurent, élaborent un changement de modèle et de pratiques mais qui demandent un certain temps. A cet égard, on peut faire le parallèle avec la modernisation de l'hôpital des années 1960 où il a fallu recruter en masse des soignants (donc assouplir les critères de sélection) avec en même temps l'ambition de les qualifier. Durant cette période de transition, les personnels soignants n'étaient pas vraiment qualifiés mais allaient se former le soir pour pouvoir acquérir une qualification.

Les solutions sont plurielles et relèvent de l'action politique. Il faut agir simultanément sur différents leviers car il n'y a pas de solution miracle, cela a été dit. Il faudrait rendre plus lisibles les articulations recherchées. Par exemple aujourd'hui, on ne voit pas de lecture commune entre les nouveaux modes de rémunération (financement de la coopération, capitation) et des objectifs de réorganisation portés individuellement qui visent à améliorer la performance et l'intensification des pratiques. Notre modèle de soins est à la fois fondé sur un « modèle professionnel non hiérarchisé »²³⁴ qui laisse une grande autonomie aux acteurs et professionnels de santé et un modèle de « réparation immédiate » du côté des patients qui leur confère une grande liberté²³⁵. Une réflexion sur ces modèles est sans doute nécessaire pour résoudre les tensions sur le long terme. Quant à la complémentarité entre professionnels, on a vu que cela peut aller bien au-delà puisque comme l'a souligné Anne-Marie Brocas, les coopérations entre professionnels aboutissent moins à un transfert de compétences qu'à une transformation profonde de la nature du service qui est délivré. Cette forme de collégialité pluriprofessionnelle est une dimension porteuse de capacités à faire autrement, sans doute mieux, mais ensemble et différemment.

Je conclurai en m'étonnant un peu que nous n'ayons pas, sans doute faute de temps, parlé d'animation territoriale. Cela me semble être une notion intéressante à creuser. Les internes, en médecine générale par exemple, ont évoqué dans une enquête récente une demande d'accompagnement par les collectivités territoriales. Cette notion d'animation territoriale renvoie à un ensemble de « métiers flous »²³⁶ qui recouvre beaucoup de choses, par exemple la facilitation, le soutien, la médiation, l'accompagnement. On le voit très bien dans les quartiers populaires, la médiation en santé est absolument fondamentale. On peut évoquer la notion de « traduction » encore, car beaucoup de gens (y compris des professionnels) ne comprennent rien au système, aux modes de financement, *etc.*, un effort de pédagogie reste à faire. Il y a également une notion de coordination. Je crois que cette notion d'animation territoriale, au-delà du mot qui est un peu lourd, appelle finalement à trouver les moyens d'un apprentissage partagé et d'une réflexivité entre acteurs de santé, professionnels ou non. Or dans l'espace libéral, il n'y a pas d'espace d'échange ou très peu. Il est vrai que les CPTS ont été citées comme des espaces possibles d'échange et cela pourrait être vraiment très fécond.

²³⁴ « Ce modèle est caractérisé par l'absence de projet global explicite des soins primaires, mais également par l'absence d'organisation populationnelle et territoriale des soins ambulatoires, notamment au regard du secteur hospitalier. »

In Questions d'économie de la santé n° 141 - Avril 2009. <https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes141.pdf>

²³⁵ Sophia Rosman, dans une comparaison entre les Pays-Bas et la France, a montré qu'en France, on doit avoir accès très rapidement à un médecin et que l'on doit avoir une réponse immédiate, alors qu'aux Pays-Bas, le système est structurellement plus malthusien ; il n'y a pas forcément de prescription mais une éducation du patient, il y a un temps d'attente pour suivre le cours naturel de la maladie (sans gravité s'entend), *etc.* Voir Bloy G., Schweyer F-X (eds), Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale, Rennes, Presses de l'EHESP.

²³⁶ Jeannot G. (2005), *Les métiers flous. Travail et action publique*, Toulouse, Octares editions.





Créé par décret du 7 octobre 2003, pérennisé par la loi du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) rassemble les acteurs du système d'assurance maladie et des personnalités qualifiées, et contribue à une meilleure connaissance des enjeux, du fonctionnement et des évolutions envisageables des politiques d'assurance maladie. Les travaux du HCAAM (rapports et avis), élaborés sur la base d'un programme de travail annuel et de saisines ministérielles, sont publics et peuvent être consultés sur le site Internet de la sécurité sociale.

Dernières publications et actualités du HCAAM
<https://www.securite-sociale.fr/hcaam>

Contact

hcaam@sante.gouv.fr - 01.40.56.56.00

Adresse postale HCAAM

14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07
SP

Locaux HCAAM

18 place des Cinq Martyrs du Lycée
Buffon
75696 Paris cedex 14



FRANCE STRATÉGIE