

UC2M
SEMINAIRE DU 22 OCTOBRE 2020
« TERRITORIALISATION ET NOUVEAU MANAGEMENT »
COMPTE RENDU

Introduction : « Les virus et les politiques de santé, du VIH au coronavirus »

Intervention de Pascal Maurel, directeur de l'UC2m :

Cette intervention s'inscrit dans le cadre des travaux du groupe Épiscopes NOS, groupe thématique de l'UC2m consacré aux épidémies et au VIH.

Dans un premier temps, Pascal Maurel rappelle que, même si les comparaisons ne doivent pas être recherchées à tout prix, il est indéniable que les corrélations existent entre le coronavirus, le VIH, et les autres épidémies. La crise du Covid, par son caractère exceptionnel, interroge notamment l'organisation du système de santé comme ce fût le cas dans les années 1980 pour le VIH. Ces corrélations ont donc participé à pousser l'UC2m à créer le groupe Épiscopes pour travailler sur ce sujet.

Il ajoute : « *la crise mondiale du Covid implique à la fois les responsables politiques, les professionnels de santé qui assument une pression et des responsabilités nouvelles, et les citoyens. Il est évident qu'elle a et aura des répercussions considérables sur les organisations de santé publique, sur les comportements sociaux, sur la recherche, sur les organisations régionales, départementales et locales, sur l'organisation européenne, sur la formation médicale et paramédicale, et sur l'information en santé - cette crise étant très présente sur les réseaux sociaux et les chaînes d'information en continu.* »

Les crises du H1N1, du VIH... ont, elles aussi, à l'époque, apporté leur lot de crises médiatiques. Elles ont également eu des conséquences organisationnelles. Certaines ont été éphémères et on a pu les oublier, mais d'autres, pérennes, ont même été positives : amélioration de l'hygiène dans les cabinets médicaux et dentaires et sur les plateaux techniques, etc. Et, il poursuit « *Les professionnels de ma génération ont bien en mémoire « l'intrusion » du VIH dans nos exercices professionnels* »

Parfois, les crises font donc évoluer dans le bon sens des situations trop longtemps non réglées et des organisations bloquées par le conservatisme, les habitudes, les technostructures.

Mais, bien évidemment, les effets négatifs menacent : replis démocratiques, crises sociales et économiques, stigmatisations. C'est ce qu'a rappelé, lors des premiers

échanges Épiscopo, Michel Bourrelly. Ces problèmes avaient interpellé les militants anti-sida à l'époque.

Pascal Maurel continue : « *la situation épidémie violente dans laquelle nous nous trouvons pousse à prendre des mesures de précaution et de police sanitaire (et pas que), qui placent la santé au premier plan. Dans ce contexte, il apparaît nécessaire de regarder un peu plus loin, de s'appuyer sur les sciences sociales, et de se rappeler l'Histoire. Ainsi, le VIH a vu l'émergence de services hospitaliers d'infectiologie spécifiques, l'apparition de transformations dans les approches épidémiologiques, la naissance des associations de patients, le développement de nouvelles pratiques sociales et sexuelles, l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles. Mais, notamment en l'absence de traitement, le VIH a aussi et surtout apporté beaucoup de souffrances, de peur, d'exclusions et de stigmatisations.* »

Pascal Maurel aborde ensuite le sujet « centre, périphérie et territoires ». Actuellement, même si ce n'est pas la première fois, l'organisation politique et institutionnelle très centralisée est en effet interrogée.

Depuis toujours, la santé est gérée par un ministère omnipotent. Ce management fort n'a jamais été délégué à l'échelon régional, départemental ou local. Mais ce management est aujourd'hui fragilisé, questionné et remis en cause, notamment au travers des crises et notamment de la crise du Covid.

Les arguments de la centralisation sont forts et les dirigeants défendent leurs prérogatives. Sont ainsi mis en avant :

- les arguments de police sanitaire et de sécurité qui ne peuvent, soi-disant, revenir qu'à l'État,
- les arguments d'égalité pour que les soins soient exercés de la même manière sur l'ensemble du territoire,
- les arguments d'efficacité en pleine crise.

En face, on entend émerger les arguments pour la décentralisation ou déconcentration, qui reposent parfois sur des relations conflictuelles entre les dirigeants et les citoyens, exacerbées dans nos démocraties occidentales de plus en plus minées par le populisme. Les arguments pour la décentralisation sont :

- l'incapacité de l'État à gérer dans les détails,
- le caractère technocratique de la gestion par l'État,
- la difficulté de gestion par les ARS,
- la liberté dans les territoires de ne pas homogénéiser les réponses sanitaires territoriales.

Ces sujets ne sont pas seulement français. On observe les mêmes phénomènes au Royaume-Uni, aux États-Unis, et même en Allemagne et en Espagne. En France,

l'administration du président Macron semble avoir donné l'impression de ne pas avoir assez associé les régions et les villes à la politique sanitaire. Il semble que cela a été un peu corrigé par le premier ministre Jean Castex dans la période récente. La maire de Paris, Anne Hidalgo, par exemple, paraît plus associée à la politique gouvernementale.

Toujours sur le sujet des liens entre les épidémies et de la place des territoires, Pascal Maurel pose également les questions suivantes : « *Quelles relations entre les acteurs de santé et les patients au sein des territoires à l'heure des épidémies ?* » ; « *Que nous a appris le VIH qui serait utile pour la crise du Covid ?* »

Avec le recul, on est impressionnés par la force du mouvement associatif autour du sida qui a poussé les différents acteurs (les pouvoirs publics et l'industrie) à agir. À l'époque, les objectifs étaient les suivants : affiner la connaissance des populations et leurs besoins, adapter les traitements et la prévention à certaines spécificités (notamment les modes de vie et les cultures), partir de problématiques de terrain et travailler dans les territoires au plus près des populations, et développer une information de santé publique adaptée aux différentes populations.

Sur ce sujet, les experts Épiscope NOS que nous réunissons nous disent beaucoup de chose :

- « *Dans le cas du Covid, il nous faut transférer l'information au plus proche des communautés. Dans le cadre du VIH c'est la mobilisation des communautés qui a fait que tous ont commencé à travailler main dans la main* » ;
- « *Connaitre les publics cibles ou être capables de les cibler ou de les sous-cibler et pouvoir mettre en place des échanges avec ces publics cible nous apparait indispensable pour ne pas créer une résistance aux politiques menées.*
- « *Quand on mène une politique de prévention de la santé il faut pouvoir identifier les éléments qui vont être des soutiens ou des opposants. Or, au plus fort de la crise sanitaire on a vu qu'il était compliqué de faire passer des messages de démocratie quand on était pris par le temps. Mais, aujourd'hui, nous sommes dans un temps différent de mars dernier : si la démocratie sanitaire peut émerger, c'est maintenant* » ;
- « *Des structures très locales ont été mises en place comme les Corevih notamment pour le VIH* », et elles doivent pouvoir être utilisées.

Enfin, n'oublions pas la question sociale. Avec cette crise, nous rencontrons et rencontrerons des difficultés économiques aux conséquences très importantes sur l'accès aux soins. Il nous faut donc mettre en place des structures d'urgence et d'accompagnement des populations dites « *à risque* », comme le VIH les avait révélées à l'époque.

En conclusion, Pascal Maurel cite Thomas Gomart, directeur de l'IFRI : « *La globalisation est liée à la diffusion très rapide des technologies de l'information et de la communication. Les réponses sont différentes selon les États et les organisations. Dès lors l'enjeu est de voir si le pouvoir des États s'épuise ou s'ils sont au contraire ravivés. Ce qui veut dire que les réponses qui seront apportées par les États peuvent être soit augmentées, soit épuisées par la globalisation et surtout la pression des technologies de l'information.* »

Puis l'historien Jean-Baptiste Duroselle: «*Au moment de la crise on cherche l'efficacité au détriment de la dignité alors que l'aspiration de l'homme est de ne pas être membre d'un troupeau mais une personnalité reconnue et responsable* ».

Intervention de Dominique Maigne, co-président de l'UC2m :

Dominique Maigne débute en rappelant que pour les acteurs de la santé - les professionnels et les responsables - l'irruption soudaine du sanitaire dans le politique au niveau régalién est un élément très fort.

Jusqu'à présent, même pour le VIH, le sanitaire avait toujours été « *contenu* » au ministère technique. Certes, il y avait déjà un impact social du sanitaire et certaines décisions étaient prises au niveau du premier ministre ou du président, mais avec la crise du Covid nous sommes désormais gérés par un conseil de défense. Et le pilotage est assuré par Matignon et l'Élysée.

Le sanitaire est désormais en plein champ du politique, avec peut-être un défaut de maturité du sujet et des politiques. Ces derniers sont peut-être en train de constater qu'il leur manque beaucoup d'éléments (outils de mesure, outils de pilotage, etc.).

Un autre point important est l'imposition du pénal. Avec le VIH, le pénal était aussi présent, mais il était circonstancié (la crise du sang contaminé pour l'essentiel). Avec la crise du Covid, on se retrouve désormais « *dans le risque pénal* », comme l'a dit Édouard Philippe durant son audition par les parlementaires. Et ce point est très important et va marquer durablement les décisions politiques : en pesant au quotidien sur ces dernières, le risque pénal n'est plus seulement un levier de rectification des politiques, mais il intègre directement le champ politique.

Enfin, nous notons une absence de démocratie sanitaire et une absence de lieu pour la démocratie sanitaire. Pourtant, en particulier pour cette crise, elle aurait pu servir. Si on avait réformé avant le CESE et si on avait eu une instance suffisamment large pour aider la décision politique, on aurait peut-être pu améliorer l'acceptabilité des mesures et avoir un appui global des citoyens. Enfin, nous notons que, globalement, avec la pandémie les dispositifs de régulation sanitaire sont repassés sous l'ombrelle des préfets d'une façon définitive.

Intervention de Jean Sibilia, co-président de l'UC2m :

Jean Sibilia insiste sur le fait que le premier élément qui l'a frappé en comparant « les années VIH » et « les années Covid », est la défiance actuelle du citoyen vis-à-vis de la situation et des décisions prises. Ce n'était pas le cas dans les années 1980. Et même si cette défiance qu'on rencontre aujourd'hui n'est pas franco-française, elle est particulièrement forte en France. C'est très inquiétant.

Jean Sibilia est également frappé par l'inculture et l'absence de rationalité des citoyens. Cela révèle quelque chose de notre incapacité à former les jeunes générations, quand on sait que 25 % des jeunes de moins de 25 ans pensent que la République « *n'a aucun intérêt* ». Nous devons affronter ce problème de culture dans le domaine de la santé, de la rationalité.

Il ajoute que nous sommes incapables de faire appel à la démocratie sanitaire dans toutes ses dimensions, c'est-à-dire celle du citoyen et celle des collectivités locales. Que ce soit à Strasbourg ou à Marseille, il est fâcheux de ne pas travailler l'appropriation locale de mesures nationales qui sont très bien pensées. Le conseil national ne doit pas être remis en cause, en revanche on doit admettre qu'on ne l'a pas traduit en pédagogie et données locales contextualisées. Les conséquences de ce manque de démocratie sanitaire sont le déni, le rejet des mesures, et l'absence de prise en compte des mesures barrières.

Jean Sibilia souligne également que, dans le cadre de la crise du Covid, la Conférence nationale de santé - représentative de tous les courants de pensée dans tous les domaines (associations, soignants, institutions) - n'a pas été mise dans la boucle et n'a pas décliné les actions dans les territoires. C'est un échec organisationnel.

Jean Sibilia s'interroge aussi sur ce qu'on a fait pour la recherche et l'innovation dans cette période. C'était bien sûr très compliqué, mais nous avons payé la même acculture et le même défaut de rationalité dans le domaine de la recherche et dans le domaine de la mise en place des mesures. Là encore, il y a un vrai travail anticipatoire à mener pour que, en cas d'incertitude aigue, on soit capables de s'organiser collectivement, nationalement, et internationalement (au moins à l'échelle de l'Europe). Enfin, on peut se demander « *learning or doing ?* » : faut-il apprendre et prendre les mesures quand on aura les données, ou bien faut-il faire et apprendre au fil de l'eau ? La réponse est : « les deux ». Mais, s'il n'y a pas de doctrine partagée, au moins par les chercheurs, on arrive à des aberrations.

Intervention d'Albert Peirano, contrôleur général au Ministère des Finances et de l'Économie :

Albert Peirano remarque que nous assistons, depuis une vingtaine d'année, à un empilement de structures : chaque gouvernement crée sa structure sans évaluer celles qui existent déjà.

La démocratie sanitaire et sociale, hormis la réforme de Bernard Kouchner sur les droits des patients, n'a pas été instituée. Ont été intégrés dans les conseils d'administrations des ARS les élus, mais pas les citoyens. On a une organisation lourde, qui ne descend pas au niveau des collectivités locales. Les problèmes qui devraient être réglés au niveau local, après accord national au niveau du gouvernement, ne le sont donc pas.

Dans le cadre de la crise du Covid, la DGS avait perdu les règles déjà existantes et personne ne savait où étaient les masques disponibles. Une réforme de l'organisation administrative et politique est donc nécessaire. Mais cela prendra du temps, au Danemark cela a pris dix ans.

« Que nous apprend la crise sanitaire sur les politiques territoriales » ?

Intervention de Monique Sorrentino, directrice générale du CHU de Grenoble :
Monique Sorrentino constate que la gestion de la crise du Covid au CHU de Grenoble fait appel et s'appuie sur d'autres éléments vécus en amont (les coopérations, les GHT, etc).

« Sur notre territoire, nous essayons de travailler et de proposer une réforme structurelle et systémique qui peut fonctionner pour plusieurs prises en charge et n'est pas réservée à une seule pathologie. Nous tentons de voir comment rebondir sur une transformation de notre système de santé qui avait été lancée par le Président fin 2018, avec Ma Santé 2022, et qui a été reprise dans le Ségur de la Santé. En effet, l'ensemble des professionnels de santé ont bien le sentiment que le système est au bout d'un cycle et qu'il doit se réinventer ».

Monique Sorrentino revient sur ce qui s'est passé à Grenoble : *« nous avons travaillé ensemble – les libéraux, les cliniques, les hôpitaux publics, le médicosocial, les usagers, les élus. Nous nous sommes retrouvés autour d'une table pour répondre à la crise, et nous avons été obligés de faire tomber les représentations habituelles et un peu dogmatiques que nous avions les uns sur les autres. Nous avons vu que nous étions capables de travailler ensemble de manière épanouie. Nous avons modifié nos postures habituelles vis-à-vis des autres, et nous avons retrouvé notre socle commun de valeurs. »*

Avant de préciser : *« nous proposons finalement des choses assez simples en disant que nous devons travailler ensemble sur un territoire de santé pour répondre aux besoins du territoire. Nous avons mis ensemble, autour de la table, les professionnels de santé d'un territoire (groupement des professionnels de santé du territoire), c'est-*

*à-dire les hôpitaux publics qui se sont déjà restructurés avec les GHT, DGE, PCME, les URPS, des représentants des usagers, etc. Rapidement, nous avons réussi à rebondir sur ce que nous avons mis en place pour le Covid. L'ensemble de ces acteurs a décidé de travailler ensemble sur une partie d'un projet médical de territoire unique concernant l'organisation des soins non programmés sur le territoire. Il y a une grande demande des acteurs d'avancer sur le sujet et nous avons fait ressortir des propositions très concrètes. **Nous pensons d'ailleurs que nous pourrions expérimenter l'idée de faire un projet médical de territoire unique co-construit entre tous ces acteurs qui éviterait à chaque établissement de concevoir sa propre stratégie (on voit bien que les ARS ont des difficultés à réguler chaque stratégie de chaque établissement).** »*

Monique Sorrentino tient à souligner : *« nous vouloir tout asseoir à côté de la responsabilité populationnelle et aussi financière bien sûr. Nous sommes dans une logique de subsidiarité et pas de décentralisation : **nous ne demandons pas aux régions de s'occuper de la santé car nous n'y croyons pas plus. Nous pensons que pour chaque territoire (territoire qui ressemble à peu près aux territoires des GHT), nous sommes une espèce d'OTDAM (« objectif territorial des dépenses d'assurance maladie »).** C'est-à-dire que les territoires s'engageraient, mais dans la contrainte nationale. Cette notion de subsidiarité et d'agilité devrait arriver à se traduire dans la possibilité de casser des financements bloqués aujourd'hui et qui permettraient d'avancer. Nous pouvons considérer que le financement au parcours ressemble à un échec, mais nous pensons qu'au niveau d'un territoire nous pouvons arriver à faire ces régulations. »*

Avant d'insister : « pour gagner la confiance, les professionnels de santé (qui sont les acteurs de terrain) doivent être raisonnables et respecter des contraintes financières. La subsidiarité se conquiert, et il faut donc une maturité des acteurs du territoire qui acceptent un certain nombre de règles entre eux. Je pousse pour une hyper responsabilisation des acteurs sur leurs missions avec des contraintes financières que personne ne remet en cause. »

Dans ce projet médical de territoire, il faut bien sûr une régulation de l'ARS et un lien fort avec l'Assurance maladie. Le projet médical de territoire, qui doit être co-construit pas les acteurs du territoire, est une déclinaison du projet régional de santé. On décline une politique régaliennne, on ne peut faire ce qu'on veut dans son coin. À côté, il faut peut-être un comité territorial d'élus (communes, départements, régions) pour échanger.

Intervention de Michel Tsimaratos, professeur de pédiatrie au CHU de Marseille : Michel Tsimaratos explique que, durant la première vague, nous avons été dans la réaction. Et cette réaction face à la crise a amené la discussion au niveau des acteurs de première ligne. Il y a donc eu moins de régulation, et **les propositions qui sont**

sorties ont été davantage partagées que si elles étaient arrivées comme une injonction depuis le ministère.

Il précise aussi : *« si nous devons être plus dans l'anticipation et moins dans la réaction, cela nous revient. Nous qui sommes aussi des universitaires avons un rôle à jouer dans la prévention des crises. **Les quelques pays qui ont réfléchi avant aux crises sanitaires ont eu, jusqu'à maintenant, des réponses plus adaptées.** »*

Intervention de Jean Sibilia, co-président de l'UC2m :

Jean Sibilia réagit : *« Je suis très intéressé par le schéma présenté par Monique Sorrentino. Il est original, constructif, et je le doublerais d'un schéma identique sur les aspects formation et recherche. Quand on est en responsabilité populationnelle et territoriale de l'offre de soins, on est liés par l'offre de formation et par l'offre de recherche de terrain et d'accès à l'innovation. Il faut faire attention à ne pas avoir des schémas exclusivement « soins », si on veut un projet territorial : nous avons aussi besoin d'initiatives territoire de l'université et de la responsabilité sociétale de l'université, notamment dans l'aspect éducatif de la population. »*

« L'égalité d'accès à l'expertise dans les territoires »

Sophie Beaupère, déléguée générale d'Unicancer :

Sophie Beaupère débute son intervention en insistant sur le fait que, pendant la crise, nous avons observé une formidable capacité des acteurs à se fédérer et à travailler ensemble.

Avant de préciser : *« dans le cadre du Ségur, il y a eu beaucoup de discussions sur la responsabilité populationnelle et la dotation populationnelle. Je pense que ce qui est prévu, à savoir que les dotations populationnelles puissent être expérimentales, est intéressant. Les établissements qui le souhaitent vont pouvoir tester la dotation populationnelle. C'est intéressant que cela soit expérimental, cela va nous permettre de voir quels sont les effets restructurants. »*

Et d'ajouter : *« Le cloisonnement des systèmes de financement aujourd'hui a des conséquences qui freinent notamment la coordination des parcours de soins entre la ville et l'hôpital. Je prends un exemple qui concerne l'accès à l'expertise en cancérologie : il est compliqué développer des chimiothérapies orales à domicile parce qu'il y a des conséquences financières pour les établissements quand ils acceptent que ces prises en charge soient faites à domicile. Il faut donc arriver à trouver des mécanismes incitatifs pour qu'on ne s'arrête pas seulement à ces pertes financières et que l'on puisse inciter davantage les acteurs qui le souhaitent à travailler ensemble. »*

Concernant l'accès à l'expertise dans les territoires, la crise a été un révélateur des difficultés diverses et des problématiques d'accès à l'expertise dans les territoires. Pendant les trois premiers mois de la crise, il y a eu 18 % de diagnostics en moins dans les centres de lutte contre le cancer, avec une disparité entre les territoires. Et il a fallu gérer le fait de continuer de donner accès à l'expertise en toute sécurité dans le contexte épidémique. Pour cela, la télé-expertise a connu un boom car le cadre a été simplifié. Il y a sans doute un triptyque pour améliorer l'accès à l'expertise :

- continuer à améliorer l'accès aux actions de prévention,
- améliorer les délais de prise en charge qui restent un vrai sujet avec des disparités dans les territoires,
- faciliter l'accès aux innovations thérapeutiques et favoriser la recherche.

Notons que la prévention est une grande thématique de la future stratégie décennale de cancérologie :

- personnaliser la prévention, à tous les moments (information grand public, prévention primaire, secondaire et tertiaire) ,
- individualiser la prévention en travaillant avec l'ensemble des acteurs,
- continuer à personnaliser le diagnostic en se fondant sur les innovations technologiques.

Concernant la prise en charge et l'amélioration des délais, il y a encore des disparités importantes et des délais qu'il faut arriver à améliorer. Cela figure d'ailleurs dans le rapport de l'IGAS sur le dernier plan Cancer qui prend exemple des délais d'accès aux IRM. Le plan cancer prévoyait la réduction de ces délais à 20 jours, aujourd'hui on est arrivés à presque 30 jours. Il est fondamental, en termes de garantie d'égalité d'accès et de qualité des traitements, de travailler sur ces sujets. Sophie Beaupère précise : *« je pense que c'est au niveau local et régional qu'on trouvera des solutions. »*

La coordination ville-hôpital est fondamentale pour améliorer les délais de prise en charge dans toutes les spécialités. Les articles 51 ont été compliqués à mettre en œuvre et les dossiers ont été lourds à porter. Quand on arrive à faire aboutir un article 51, c'est déjà une très grande satisfaction. Les expérimentations portées dans le cadre de l'article 51 sont fondamentales car elles vont permettre d'expérimenter des financements au forfait pour les parcours de soins et nous permettre d'évaluer si on parvient vraiment à faire un forfait pour parcours de soins concernant les immunothérapies à domicile, les chimiothérapies à domicile. **La coordination entre les structures de proximité et les structures dites expertes est donc très importante pour garantir l'accès à l'expertise. Beaucoup de travail a été fait en ce domaine, mais il y a encore des actions qui peuvent être menées pour, par exemple, mettre en place des filières de diagnostic rapides.**

En matière d'accès à l'innovation et de capacité à développer la dynamique de recherche, il y a encore des combats à mener. Concernant l'accès à l'innovation, il y a un cadre réglementaire qui complexifie les choses pour les actes innovants. La réforme

du financement fait que le prescripteur a désormais la responsabilité financière des actes prescrits, et cela complexifie le circuit entre le prescripteur et celui réalise. Et c'est la même chose pour les molécules innovantes : beaucoup de choses ont été faites ces dernières années pour accélérer la mise à disposition de ces molécules, mais des sujets restent encore en discussion pour pouvoir donner un accès plus large à l'ensemble des molécules qui permettent d'améliorer la qualité de vie réelle des patients.

Sophie Beaupère ajoute : « *en matière de recherche, la LPPR est quelque chose de très positif qui va permettre à la France de développer ses forces en matière de recherche. Mais, là encore, en matière de recherche clinique nous devons trouver des solutions pour être davantage compétitifs, simplifier les procédures et gagner en délais, pour garantir le rayonnement qu'on mérite compte-tenu de l'expertise que nous avons.* »

Intervention de Jean Sibilia, co-président de l'UC2m :

Jean Sibilia réagit : « *je suis d'accord qu'on peut parler de responsabilité populationnelle et du rôle de chacun, des acteurs de santé, de l'État, des collectivités, etc. Mais on est d'abord responsable de soi-même, de sa famille, et de ses proches. Sans cette notion, on n'avancera pas. Nous devons arrêter de faire croire à tout le monde que l'État est là pour tout assurer. On attend de l'État toutes les ressources et notre système infantilise.*

« *Concernant l'accès à l'expertise, nous sommes en pleine crise, il faut donc agir maintenant et vite. Nous n'avons pas le temps d'attendre de changer le système. L'unique solution est d'anticiper. Nous devons imaginer un juste équilibre entre la doctrine qui peut être la stratégie nationale du soin ou de la recherche, et la mise en œuvre locale, à proximité. **J'ai été impressionné par les chiffres de l'analyse de l'inspection sur le plan cancer : 90 % des cancers du col de l'utérus sont sauvés par la prévention, et en quelques années on a compté 1,6 millions de fumeurs en moins grâce à des stratégies de prévention du tabagisme. Cela montre bien que lorsqu'on a une stratégie nationale bien menée, expliquée, accompagnée parce que financée, et bien comprise par les gens, cela marche. Ainsi, le plan cancer, le plan national des maladies rares ont un sens.*** »

Jean Sibilia insiste : « *Il ne faut pas passer à du « tout territorial », car nous avons la capacité, dans une collectivité comme la nôtre ou au-delà en Europe, de mettre en action des plans qui donnent le sens. Mais l'erreur à éviter est de penser que ces plans doivent être menés de façon jacobine de la régulation jusqu'à l'action sur le terrain. Il faut au contraire faire confiance aux gens et trouver un juste équilibre, sans se priver d'avoir une réflexion et un plan d'action au niveau national.* »

Intervention de Monique Sorrentino, directrice générale du CHU de Grenoble :

Notre système de santé a vraiment besoin d'évoluer et il ne peut faire sa révolution en deux secondes. Nous devons donc passer une marche de manière franche, sans tout faire en même temps.

Créer des groupements de territoire est assez accessible et pas très compliqué. Pour cela, il faut que les acteurs s'approprient ces sujets. Les acteurs de santé sur le territoire sont motivés car ils se disent que, s'ils font un projet médical de territoire avec un objectif territorial de dépenses, ils vont peut-être pouvoir consacrer plus de ressources à l'éducation, à la prévention, à l'éducation primaire. Si on met en action les acteurs de terrain avec les usagers on arrivera peut-être, en travaillant un peu sur la régulation et sur la pertinence, à supprimer certaines activités et certains actes pour consacrer des ressources à autre chose. Mais pour y arriver, ils doivent être poussés à se retrouver autour d'une table. Le Covid les y a obligés. **Dans le public, la mise en place des GHT n'a pas été si simple mais c'est une belle réforme. Il faudrait donc qu'il y ait une incitation pour que tous ces acteurs restent dans l'obligation de faire un travail collectif.** Cela serait déjà un premier élément à structurer.

Intervention de Dominique Jakovenko, infirmier libéral :

Dominique Jakovenko réagit : « *durant la première vague, les acteurs de terrain et la médecine de ville ont su s'organiser pour travailler ensemble en confiance. **À Alès, nous nous sommes débrouillés seuls sans l'ARS et la CPAM, et nous avons organisé les prises en charge comme il fallait.** Nous n'avons pas de CPTS mais nous avons créé un groupe qui communiquait par mails et messages avec les médecins, les pharmaciens, les biologistes, l'hôpital, la clinique. Et nous avons mis au point un document de prise en charge qui était validé par tous. Ainsi, les patients, qu'ils aillent en centre Covid ou en clinique, avaient le même laisser-passer où tout le monde retrouvait les mêmes informations.*

Avant d'ajouter : « mais, pour la deuxième vague, les professionnels se sont découragés : il n'y a plus de contacts, et la clinique et l'hôpital n'ont pas fait de service Covid. Ce qui a été mis en œuvre pour la première vague n'a pas été reconduit et c'est dommage. Mais c'est bien ce modèle là qu'il faut suivre. On doit travailler et partager ensemble. »

Intervention de Sophie Beaupère, déléguée générale d'Unicancer :

Il est vrai que la responsabilité sociétale de l'université sur le territoire est fondamentale. En effet, pour anticiper il faut des professionnels bien formés. De plus, les problématiques de démographie médicale sont spécifiques à chaque territoire. On attend donc beaucoup du renforcement du rôle des universités sur le territoire.

Enfin, la meilleure solution pour obtenir des résultats est d'avoir des programmes nationaux ambitieux avec une vision nationale mais faisant confiance aux acteurs de terrain avec des marges de manœuvre laissées aux acteurs.

« La médecine générale et ses nouvelles responsabilités de santé publique dans les territoires »

Intervention de Martial Olivier Koehret, président de Soins Coordonnés et Président de la CPTS de Luxeuil et environs :

Martial Olivier Koehret précise dans un premier temps que le management est en train d'évoluer et que nous nous trouvons dans un nouveau cycle. Ainsi, les professionnels de santé de ville sont sortis de la logique de concurrence et souhaitent désormais se regrouper et travailler ensemble. C'est un changement culturel profond facilité par les CPTS (mais pas que !), car les CPTS sont d'abord des associations de professionnels.

Il ajoute : « *nous sommes passés d'un système où chacun était responsable de ses propres patients à un système où chacun est responsables de la santé de la population sur un territoire. **Ensemble, nous sommes responsables de ce qui se passe pour nos populations, y compris en termes de prévention et de réduction des égalités. Cela a été inscrit dans la loi, mais cela s'inscrit aussi régulièrement dans les faits.** Cette réponse organisée a bien sûr été boostée par l'épidémie, et nous avons été obligés de nous serrer les coudes et de défendre ensemble nos valeurs communes (professionnels de santé de ville, l'hôpital, ARS, et élus locaux qu'on a ajoutés à nos discussions et actions).* »

Puis : « **La crise a permis d'avancer vers la CPTS et son projet de santé. Pour la première fois, nous – personnel de santé de ville - sommes responsables sur un territoire. En revanche, l'articulation entre notre territoire et celui qui va être celui de l'hôpital est complexe. Il n'y a pas de similitudes entre les territoires des uns et des autres, et il est important de respecter les territoires des professionnels de santé de ville car c'est ce qui les met dans la dynamique.** »

Concernant les données du territoire : « *devenir responsable sur ce territoire est rendu possible par le fait d'avoir les données du territoire. Via l'assurance maladie et l'ARS, j'ai les données de santé de mes populations à la commune près. C'est nouveau et cela permet de bâtir des politiques et d'organiser le travail entre nous. Ainsi, pendant le Covid, nous avons mis en place des fiches de suivi, de profession à profession, de l'ensemble malades Covid. Cela nous permettait de trouver une réponse et de garantir la prise en charge de la population sur les territoires.* »

Il continue : « **la crise du Covid a amené l'hôpital à faire sortir beaucoup de malades de l'hôpital qui pouvaient être pris en charge à domicile.** Ont été mis en place tous les éléments permettant de soigner ces derniers chez eux. Cela a produit une coopération avec le GH et, chaque semaine, un échange de données respectives d'activités. **Cette confiance qui nous est faite repose aussi sur la démonstration de notre capacité à organiser les choses et à garantir que chacun va recevoir les soins dont il a besoin.** Avec cette nouvelle gouvernance qui se met en place, l'ensemble des acteurs peuvent échanger et les professionnels de santé de ville deviennent capables au-delà d'une seule profession de parler avec l'hôpital ou l'université. Le changement repose d'abord sur des valeurs communes : même si nous avons des postures différentes, nous souhaitons tous soigner nos patients. Nous apprenons donc des choses nouvelles. »

Enfin, le fait d'être organisés en structures ou inter-structures donne la possibilité de communiquer avec la population et de faire passer des messages forts. Et, en ce moment, c'est primordial pour que les gens suivent ce qu'on leur demande de faire. On aborde enfin la santé publique dans un territoire.

Intervention de Dominique Maigne, co-président de l'UC2m :

Dominique Maigne réagit : « *obtenir la confiance des populations, et pas uniquement des délégués que sont les régulateurs, dans une organisation centralisée et territorialisée, suppose qu'on donne des garanties d'accès. L'enjeu est l'accessibilité, face aux inégalités sociales et territoriales mais aussi pour les soins de recours. Il y a matière à matcher ces deux approches sur l'expertise et le recours qui permet de mieux couvrir les besoins territoriaux.* »

Avant de noter quelques éléments dissonants : « *les professionnels sont d'accord pour dire qu'il faut des lois de respiration. Mais, le fait de lâcher prise sur la santé n'est pas très populaire car il y a une revendication très franco-française, celle de l'égalité d'accès. L'enjeu est donc de montrer que la loi de respiration territoriale n'est pas inégalitaire et que, au contraire, elle améliore l'accessibilité.* »

Enfin, une légende est en train de s'installer. Ainsi, les mois de mars et avril 2020 seraient l'âge d'or du système de santé. En effet, des choses extraordinaires se sont passées et l'hôpital a trouvé des capacités oubliées. Pourtant, au même moment, 80 000 médecins libéraux se sont retrouvés au chômage en France, avec des indemnisations autour de 4000 euros en moyenne mensuelle (jusqu'à 10 000 euros). Quand on dit cela à des amis européens, ils sont effarés. C'est très bien de l'avoir fait, car les établissements privés où ils travaillaient étaient mobilisés pour les suites Covid et eux-mêmes se retrouvaient dans l'inconnu. Mais c'est aussi un problème : le système de régulation n'affecte pas la totalité de l'écosystème santé.

« Comment faire renaître une politique de naissance qui satisfasse les jeunes familles »

Jean-Loup Durousset, président de Noalys :

Jean-Loup Durousset précise que, durant la crise, deux grandes réformes ont été menées immédiatement :

- la question de la tarification des établissements. En très peu de temps, la T2A a été suspendue au profit d'une avance de trésorerie pour les établissements privés et d'une garantie de ressources pour les établissements publics, pour éviter que les établissements se retrouvent financièrement devant une impasse,
- immédiatement aussi, une réforme des autorisations. Nous nous sommes rendus compte que les autorisations devaient être relues avec plus de souplesse en fonction des nouveaux besoins.

Sur ces deux réformes, il y a une réflexion à mener sur **la place des autorisations qui ont souvent été utilisées comme une planification et non comme une réponse à des besoins.**

Enfin, certaines activités ont perduré durant la crise : le cancer, les maternités, etc. La maternité a dû se positionner pour continuer à « exercer », en se posant beaucoup d'interrogations.

Cela montre bien que, en période de crise, il faut réfléchir aux activités qui doivent perdurer sans modifier les comportements car ils ne sont pas modifiables en tant que tels.

Il ajoute : « *la question des maternités nous anime et, avec le groupe AlterMater que nous avons créé au sein de l'UC2m, nous nous interrogeons sur l'organisation de la maternité, aussi en dehors de la crise du Covid. Ainsi, on constate que la fermeture des maternités anime encore nos territoires, en raison notamment de deux facteurs :*

- *la baisse de la démographie (les naissances diminuent de façon sensible et durable),*
- *une démographie médicale déficitaire qui amène à une restructuration du parc en santé en obstétrique de façon un peu aléatoire et même un peu brutale.*

Puis : « *Nous nous demandons notamment si cette planification dépend vraiment de la démographie médicale ou de la variation des ressources en accouchements, alors qu'on a connu précédemment une première restructuration qui était une planification perçue « positivement ». Aujourd'hui, les fermetures de maternités sont vécues par les gens, sur les territoires, de manière un peu brutale. Et cela concerne autant les établissements publics que privés. Nous arrivons, dans certains cas, à une situation où des départements n'auront plus de maternités.*

Au sein d'AlterMater, face à cette situation et au vu de l'évolution sociologique qui nous environne (loi sur l'élargissements des compétences des sages-femmes, etc..), **nous nous posons la question du modèle futur autour de l'obstétrique qui pourrait donner satisfaction aux futures familles au sens large**. C'est un sujet très important qui touche 750 000 personnes chaque année. Nous voulons regrouper toute une série de personnes pour que la réflexion soit portée avec plus d'anticipation. L'anticipation sur l'évolution des maternités nous paraît fondamentale.

Intervention de Pierre Marès, directeur médical de l'UC2m :

Pierre Marès déclare que la question est de réfléchir différemment, en prenant en compte trois paramètres :

- nous sommes face à une évolution sociétale qui est la durée de travail réelle des professionnels,
- nous avons demandé des réorganisations pour s'adapter aux besoins des professionnels (informatique, etc.),
- nous manquons d'une démocratie sanitaire. Ainsi le conseil national mis en place auprès du Président de la République fait des propositions sans faire regarder ce qui se faisait dans les régions.

Nous avons donc trois paramètres sur lesquels réfléchir pour trouver des solutions :

- nous demandons aux médecins de participer à la gestion, mais quand un médecin est en réunion il ne fait pas de consultation. Et cela n'est jamais organisé, « protocolisé ». Ajoutons que les outils informatiques qui ont été proposés aux hôpitaux sont conçus exclusivement par des ingénieurs, des techniciens en informatique,
- les médecins ne sont pas formés à travailler en équipe, avec d'un côté ceux qui pensent et de l'autre ceux qui se pensent toujours brimés. **Il aurait été important de trouver des outils qui créent l'envie de travailler ensemble** (entre privé et public, entre structures et individus),
- la population pense que tout est possible et qu'elle a droit à tout. Cela ne marche pas et cela crée des conflits. Nous subissons une agressivité des patients dans nos urgences.

Pierre Marès insiste : « *on peut agir sur ces paramètres. Il faut notamment replacer le critère médical au centre de la gestion des hôpitaux et des cliniques. Sur le plan périnatal c'est ce que nous avons fait, en partant des attentes des professionnels de terrain. Il faut également avancer étape par étape, ainsi concernant l'aménagement du territoire du Gard on a commencé par la périnatalité, puis on a mis ensuite en place une concertation autour de la cancérologie, etc. Et puis, il faut remplacer le temps non médical des soignants par du temps compensé. Enfin, les outils mis à disposition des médecins doivent être choisis par les professionnels et non par des ingénieurs.* »

Avant de conclure : « *nous devons changer notre façon de penser l'organisation des soins autour de la périnatalité, et en particulier en fonction des territoires. Je rappelle que, en Suède, il n'y a pas 10 services de niveau 3, et pourtant cela se passe bien. Il faut changer notre niveau médical au niveau de notre parcours thérapeutique, et peut-être penser différemment avec une population qui doit être éduquée avec des associations. C'est ce qu'on veut proposer avec AlterMater : **une réflexion différente, en fonction des besoins du terrain et de la démarche des professionnels, tout en gardant à l'esprit comme élément permanent la qualité de soins que nous distribuons.** »*

Intervention de David Autissier, directeur scientifique de l'UC2m :

David Autissier souligne tout d'abord qu'il « **ne faut pas gâcher cette crise** ». Cette dernière, avec des contraintes très importantes, est un accélérateur de changement. Aujourd'hui, alors que nous sommes toujours dans une situation de crise, nous devons nous demander quel est le fonctionnement de demain.

Il note que les petites équipes semblent mieux à même de réagir et de traiter la situation, et que nous regardons les expérimentations de terrain, celles qui sont à généraliser ou pas, à structurer.

Enfin, on retrouve un vieux débat, qui est l'opposition entre la vision platonicienne et la vision aristotélicienne : est-ce que je déploie un monde parfait partout ou bien, sur le modèle d'Aristote, est-ce que je suis plus en induction de la praxis et je fais remonter les choses ? C'est plutôt la deuxième option qui l'emporte aujourd'hui, même avec un niveau de contrainte élevé.

Avant de conclure : « **tous les projecteurs sont braqués sur le monde de la santé. La crise a le mérite de redonner à la santé sa place dans la société, dans la construction de notre société.** »