

RAPPORT-PROGRAMME

ORION 2022

23 NOVEMBRE 2021



SANTÉ

CERCLE ORION

CLUB POLITIQUE & D'INFLUENCE INDÉPENDANT



EN COLLABORATION AVEC LA START-UP **AimPact**

CERCLE ORION

Club de réflexion politique et d'influence indépendant

Le Cercle Orion est un club *politique* et d'influence indépendant, laboratoire d'idées de référence, visant à promouvoir l'engagement de la jeune génération, fondé en janvier 2017 par Alexandre MANCINO.

Son but est de prendre part au débat intellectuel et de contribuer à la compréhension des enjeux et transformations du XXI^e siècle pour agir et être source de propositions pour le monde de demain. Il s'articule autour d'évènements de très haute qualité avec des personnalités du monde politique, économique ou intellectuel ainsi qu'à travers des contributions d'experts sur les sujets de société.

Les activités du Cercle visent à éclairer les décideurs publics et privés confrontés aux enjeux contemporains.

À travers l'ensemble de ses activités – *réflexions, propositions, publications, lobbying & influence, accompagnement de start-ups, évaluation des politiques publiques, participation citoyenne et expérimentation* – le Cercle Orion joue un rôle d'acteur du débat démocratique.

Pour plus d'informations, veuillez consulter : www.cercleorion.com

Santé

Rapport-programme ORION 2022

[Éventuelle citation le cas échéant]

Rapport rédigé par le Comité Santé du Cercle Orion

[Objectif de la note]

© Tous droits réservés, Cercle Orion, Paris, 2021

Table des matières

CONTEXTE	5
AXE DE TRAVAIL	7
Gouvernance hospitalière	7
<i>Propositions</i>	7
Lien Ville-Hôpital	7
<i>Propositions</i>	8
Organisation de la médecine ambulatoire	8
<i>Propositions</i>	9
Développement numérique	9
<i>Propositions</i>	9
Organisation du travail	10
<i>Propositions</i>	10
Recherche et enseignements	11
<i>Propositions</i>	11
Enseignements de la crise COVID	12
<i>Propositions</i>	13
PARTENARIATS ET RELATIONS NÉCESSAIRES À LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET ORION 2022	14
COMPOSITION DU PÔLE SANTÉ	14
BIBLIOGRAPHIE	15
CONTACT	16

CONTEXTE

La France possède un système de protection social universaliste qui vise à assurer une haute qualité de soins à l'ensemble de sa population. Les défis de financement de ce système de santé, qui représente 11,2% du PIB en 2019,¹ ont conduit à des politiques publiques ayant modifié durablement le fonctionnement du système de soins, en ville comme à l'hôpital. La tarification à l'acte a été introduite, la gouvernance recentrée sur l'administration, les soins ambulatoires développés sur l'ensemble du territoire à une vitesse croissante sur les quinze dernières années.

La performance de notre système de santé recule pourtant au niveau Européen². Près de 10 000 communes sont en situation de sous-densité médicale, avec un vieillissement marqué des professionnels médicaux et un allongement des délais de prise en charge³. Les hôpitaux publics ont subi une dégradation de leur situation financière⁴, tandis que les contraintes sur l'ensemble du personnel hospitalier se sont aggravées^{5, 6}. En parallèle, les efforts de prévention sur la santé publique sont en retrait⁷. Ces difficultés et tensions ont plusieurs crises sociales, de la « crise des urgences » de 2019 à la formation de collectifs inter-hospitaliers demandant luttant contre la paupérisation du système.

Les difficultés de gestion de la crise du COVID-19 ont mis en lumière ces défis qui animent l'organisation des soins, qu'il s'agisse du maillage territorial^{8, 9}, des politiques de santé publique, de la mise en œuvre de la prévention et de la vaccination¹⁰. La France et l'Europe ont montré les limites de leur leadership dans le domaine des politiques publiques, mais aussi de la recherche scientifique, au sein d'une concurrence de plus en plus mondialisée^{10, 11}. Ces multiples fronts, s'ils ne sont pas reconnus à leur juste mesure, menacent déjà la pérennité de notre modèle social.

Les concertations entreprises par le ministère de la Santé et des Solidarités, tout d'abord dans le cadre de la crise des urgences, puis au décours de la crise de la COVID-19 dans le cadre du Ségur de la Santé, ont été les premiers actes d'une discussion qui demeure inaboutie. La restriction des périmètres des groupes de travail, tout comme la division politique des organisations syndicales n'ont permis ni un consensus large ni l'ébauche de réponses aux difficultés organisationnelles de notre système de soins¹². Le défi civilisationnel est pourtant là : la médecine de ville et hospitalière doivent se rénover pour

ORION 2022

garantir l'accès à l'excellence des soins et l'attractivité du secteur médico-social ; l'innovation thérapeutique comme numérique doit être pleinement intégrée aux ambitions sociétales ; la recherche et l'enseignement doivent retrouver un visage conquérant pour maintenir notre indépendance. Il convient donc de prendre des initiatives fortes, collaboratives et transversales, pour moderniser notre système de santé.

AXE DE TRAVAIL

Gouvernance hospitalière

La gouvernance hospitalière a été profondément modifiée par la loi HPST en 2009, avec une sanctuarisation de la direction administrative de l'hôpital. Il existe ce jour un double risque pour les personnels médicaux : leur moindre adhésion au projet hospitalier, et leur moindre responsabilisation dans l'organisation des soins. Les manifestations récentes comprenant la création de collectifs médicaux de type loi 1901 (CIH, CIU) illustrent le délitement du lien entre les personnels médicaux et administration. D'autres travaux mettent en exergue l'importance du rôle des médecins dans la gouvernance pour la performance des établissements de santé (Goodall et al. 2011). Nous souhaitons réintégrer les personnels médicaux au cœur des processus de décision au sein des structures hospitalières locales comme régionales afin notamment de favoriser l'attractivité des carrières médicales hospitalières.

Propositions

- Favoriser l'attractivité médicale par une réorganisation et une simplification de la gouvernance médicale pour lui rendre en efficacité à travers un organigramme identifiable et agile
- Élargir la gouvernance des groupes hospitaliers territoriaux à la médecine de ville pour sortir d'une logique de structure et réfléchir en territoires.

Lien Ville-Hôpital

La crise des urgences comme celle du COVID-19 ont mis en lumière les difficultés inhérentes au cloisonnement actuel entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. La séparation des modes de financement au détriment des parcours patients entrave l'organisation en réseau. Les difficultés d'accueil des patients en contexte non programmé au sein des structures hospitalières fait directement écho à la raréfaction des recours de ville. Un lien ville-hôpital fort est pourtant essentiel pour la prise en charge de pathologies complexes, alors que le recours aux soins hospitaliers reste très élevé depuis plusieurs

années¹³. Par ailleurs, la mise en place de programmes ambitieux de recherche épidémiologique et de prévention est uniquement possible en mobilisant l'ensemble des acteurs du soin¹⁴. Les médecins, aux côtés des instances, doivent promouvoir ces ambitions en développant l'organisation en réseau à tous les échelons.

Propositions

- Création d'un outil web ville – hôpital à partir du Dossier Patient Informatisé (DPI) hospitalier pour systématiser la communication des résultats médicaux dans un projet de système d'information commun
- Création d'une structure d'échange entre les praticiens de ville et les praticiens hospitaliers
- Établir des partenariats médicaux forts entre les centres hospitaliers, les Soins de Suite et de Réadaptation et des résidences EHPAD
- Créer un accueil de soins non programmé à l'hôpital ou « urgent care »
- Favoriser l'exercice mixte entre la ville et l'hôpital
- Favoriser les échanges aux seins de commissions mixtes locales regroupant élus et professionnels

Organisation de la médecine ambulatoire

Le développement de la médecine de ville en réseau est essentiel pour optimiser les parcours de soin, dans un contexte marqué par le vieillissement de la population et la nécessité de prises en charge multidisciplinaires¹⁵. Des efforts de coordination sont initiés avec le développement des plate-forme territoriales d'appui depuis 2016. Le développement des infirmiers et infirmières en pratique avancée offre de nouveaux champs d'organisation pour le maillage territorial de l'offre de soins. Le développement de la médecine de parcours promue par la loi Touraine 2016, et notamment les parcours de santé, doit s'appuyer sur une médecine de ville organisée et valorisée. Développer cette nouvelle organisation de soins sur le territoire est donc une mission fondamentale.

Propositions

- Création de maisons de santé pluridisciplinaires au sein des locaux hospitaliers inoccupés ou d' « urgent care » qui permettraient de soulager les urgences en réorientant les patients peu graves ou peu urgents vers une solution de soin immédiate.
- Adapter les financements en fonction de la population soignée en créant des profils de populations et en regroupant les compétences dans des pôles d'excellence au maillage plus large
- Développer des consultations spécialisées avancées dans les territoires sous dotés en développant leur attractivité auprès des médecins (exonération de l'impôt sur le revenu)

Développement numérique

L'exercice médical est confronté à un défi de flexibilité et d'interconnexion. Les outils numériques permettent une meilleure transmission de l'information médicale, mais leur déploiement est hétérogène et leur mise en œuvre potentiellement associée à une augmentation des risques médicaux et psychosociaux¹⁶. De nombreux aspects du soin sont désormais sous la dépendance du fait numérique, qu'il s'agisse des services de mise en relation patients-médecins et de la télémédecine, ou encore des systèmes d'information médicale à l'échelle d'une institution ou d'un territoire. Le développement de plateformes indépendantes privées pose la question du contrôle de l'information et de l'interdépendance. Les modes d'évaluation des solutions numériques sont à ce jour insuffisants, les critères de qualité structurels ne permettant pas de mesurer de manière globale la performance financière ou médicale de ces outils. La modernisation de la profession est au cœur des préoccupations. Il sera essentiel de développer l'évaluation des outils numériques et leur déploiement afin de garantir la pertinence des solutions apportées.

Propositions

- Favoriser la gouvernance en santé numérique et la lisibilité des différents acteurs et mesures initiés par l'agence du numérique en santé

- Optimiser la sécurité des systèmes d'information en santé et de l'authentification des praticiens pour l'accès aux télé services en obligeant l'utilisation de la carte CPS et d'une messagerie sécurisée.
- Accélérer le déploiement du Dossier Médical Partagé
- Développer la e-prescription afin de simplifier et de sécuriser le circuit du médicament et faciliter le quotidien des patients isolés.
- Favoriser l'engagement des acteurs locaux au sein de la coopération territoriale et des enjeux ville – hôpital à travers des objectifs clairs dans le cadre des certifications de la HAS.

Organisation du travail

Les modes d'exercice médical sont modifiés par les évolutions de la démographie. Les problématiques générationnelles invitent à redéfinir une organisation du travail vecteur de sens¹⁷. Le management au sein des institutions de santé et la fidélisation des acteurs de santé qui en découlent sont clefs pour le maintien d'une expertise et d'une offre de soins cohérente. De nouveaux modes d'exercice se développent avec le recours aux téléconsultations, mais aussi à la télé-expertise sont à même de redéfinir les nécessités du maillage de l'offre de soin. Le maintien d'une organisation dynamique, et d'une force de travail investie et efficace est indispensable à la pérennité de notre structure médico-sociale. Nous devons accompagner ces transformations et développer des modes d'organisation en accord avec ces nouvelles réalités sociales.

Propositions

- Simplifier le quotidien et les organisations des équipes notamment en mutualisant les ressources médicales et paramédicales dans un contexte de pénurie (rassemblement en pôles de compétences départementaux)
- Aller vers une mutualisation croissante des ressources dans des pôles de compétences départementaux en redistribuant la carte hospitalière.
- Permettre une convergence des salaires des personnels médicaux et non médicaux vers les salaires moyens européens et de l'OCDE
- Limiter le recours aux intérimaires, choix couteux et non durable, par une politique d'augmentation des effectifs afin de soulager les équipes.

- Valoriser les carrières médicales et non médicales afin de pallier au manque de candidat dans les hôpitaux français notamment responsabilisant les acteurs à travers de contrats d'objectifs de soins (délai d'attente aux urgences, satisfaction des usagers, durée moyenne de séjour)

Recherche et enseignements

Le modèle actuel de la recherche, de l'enseignement et de l'innovation en médecine est désormais soumis à une concurrence internationalisée, au sein de nouveaux champs en expansion¹¹. Les nouvelles biotechnologies, les techniques de biologie moléculaire, la bio-informatique, *big data* et *machine learning* deviennent des domaines de pointe où seuls des équipes pluridisciplinaires pourront poser les jalons des avancées diagnostiques et thérapeutiques de demain. Il convient donc de renforcer les rapprochements entre grandes écoles et universités au travers de contrat cadres soutenant l'innovation, et investir massivement dans ces pôles d'excellence. Ces nouveaux horizons s'accompagnent également d'une redéfinition attendue du rôle des médecins universitaires : la triple valence soins, recherche et enseignement est une des forces de notre système, mais une réflexion doit s'engager sur la flexibilité de notre modèle, pour valoriser les parcours d'excellence et mettre en lumière les talents de chacun. La recherche et l'enseignement doivent aussi s'épanouir en médecine de ville, où les innovations dans la prévention et le dépistage peuvent prendre toute leur place, et où de nouveaux profils d'enseignants et chercheurs doivent prendre leur place.

Propositions

- Homogénéiser les revalorisations salariales entre les différents échelons des grilles MCU et PU-PH
- Valoriser l'excellence universitaire par une vraie valorisation de la grille indiciaire universitaire
- Prise en compte pour la retraite de la part hospitalière des revenus
- Développer la mise en place de protocoles communs et de recherche clinique entre la ville et l'hôpital

Enseignements de la crise COVID

La crise traversée par le monde depuis Mars 2020 est la pire catastrophe sanitaire depuis la grippe espagnole au début du XXe siècle. Alors que nous sortons de la 4^e vague en France, elle a déjà tué plus 4,6 millions de personnes dans le monde et près de 120 000 dans notre pays. Cette crise a été une vraie situation de catastrophe au sens sanitaire du terme obligeant un système de santé déjà en souffrance à s'adapter et innover en quelques semaines. D'un point de vue stratégique, il apparaît que le manque d'attention quant aux stocks d'état de masques et matériel de protection fut un point majeur aux lourdes conséquences sanitaires et médiatiques. Il convient donc de relocaliser la production et de rétablir des stocks stratégiques nationaux de matériel de protection type masques, gants, protections individuelles utilisables en cas de crise sanitaire ou d'attentat (NRBC). Malgré ces manques, le système de soin a tenu bon face aux coups de boutoirs d'un virus inconnu et imprévisible. Celui-ci a su s'adapter en faisant preuve d'une agilité inédite dans ses décisions et son fonctionnement quotidien, démultipliant ainsi son efficacité et la satisfaction des soignants à accomplir leur mission. Il est nécessaire de s'inspirer fortement de ces cellules de crise qui ont rythmés la vie des hôpitaux depuis 18 mois pour revoir la gouvernance hospitalière. Par ailleurs, si le Coronavirus a tué, les confinements aussi. La santé mentale des Français a été grandement altérée au cours de cette crise notamment dans les classes populaires et urbaines. Cette situation a mise en lumière l'impérieuse nécessité d'équilibre entre les mesures sanitaires indispensables et les mesures de préservation économiques et sociales qui maintiennent le lien, le vivre ensemble et la santé économique des populations notamment en ne créant pas de fracture générationnelle.

Enfin, la recherche française ressort gravement abimée par cette pandémie. En effet, les débats inaudibles entre experts de tous bords guidés par leur images médiatiques et l'absence de pédagogie d'une part. L'échec du Vaccin développé par Sanofi et l'institut Pasteur d'autre part, ont montré les manques de contrôle et d'exigence déontologique pour les uns et le manque de moyens et l'inertie pour les autres. Il est utile, dans ce contexte que soit opéré un réel audit sur la qualité de la recherche médicale Française pour continuer à innover et faire en sorte que notre pays reste une référence universitaire mondiale en santé.

Propositions

- Relocaliser les productions de masques en France afin de restituer à la France son autonomie et sa souveraineté sanitaire.
- Revoir la gouvernance hospitalière en la rendant plus agile en créant un poste de Directeur médical décisionnaire en binôme avec le directeur administratif.
- Développer les campagnes de prévention vaccinales et développer l'accès à la culture scientifique et notamment médicale au travers de campagnes de sensibilisation tout au long de la vie.
- Réaliser un audit ou Retex de la recherche française au cours de cette crise pour pointer les qualités ou manquements individuels, collectifs et continuer à innover.

PARTENARIATS ET RELATIONS NÉCESSAIRES À LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET ORION 2022

- Organisations représentatives des professions médicales et administratives de santé
- Assemblées et exécutif
 - Création d'un pôle dédié pour développer les liens avec les élus et les instances exécutives.
- Autres acteurs et société civile
 - Élaboration d'une stratégie de partenariats pérennes – relais secteurs économiques, sciences politiques, ingénierie.

COMPOSITION DU PÔLE SANTÉ

Membres actuels

. Côme Bureau CHU	Réanimateur / Néphrologue
. Ronan Flippot ESPIC/CLCC	Oncologue
. Pierre-Maxime Rafaud CH	Médecine d'Urgence

Profil d'expérience nécessaire au développement de la stratégie

- . Relation avec les instances : Ordre, MSS, MESRI
- . Relations avec les institutions : FHP, FHF, Directeurs de clinique / d'hôpitaux
- . Relais politiques locaux et nationaux

BIBLIOGRAPHIE

1. Dépenses de santé – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet][cited 2021 Jan 3] Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277750?sommaire=4318291>
2. Publications – Health Consumer Powerhouse [Internet][cited 2021 Jan 3] Available from: <https://healthpowerhouse.com/publications/>
3. Tableaux de l'économie française, Édition 2019, in
4. Jabri K (DREES/SEEE/BACS): Les dépenses de santé en 2018 > édition 2019 > DREES4, 2018
5. Conditions de travail : édition 2019 - Ministère du Travail [Internet][cited 2021 Jan 3] Available from: <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes/article/conditions-de-travail-edition-2019>
6. CNG | Statistiques & rapports d'activité [Internet][cited 2021 Jan 3] Available from: <https://www.cng.sante.fr/statistiques-rapports-dactivite>
7. Politiques et données sur la santé - OCDE [Internet][cited 2021 Jan 3] Available from: <http://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/>
8. Le rapport public annuel 2021 [Internet]. Cour des comptes [cited 2021 Jun 27] Available from: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2021>
9. proposition de résolution tendant à créer une commission d'enquête pour l'évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la covid-19 et de sa gestion [Internet][cited 2021 Jan 3] Available from: <https://www.senat.fr/leg/ppr19-547.html>
10. Le risque de la santé [Internet]. Cercle Orion [cited 2021 Jun 27] Available from: <https://cercleorion.com/blog-du-cercle/2021/3/29/le-risque-de-la-sant>
11. l'Innovation M de l'Enseignement supérieur de la Recherche et de: la position scientifique de la France dans le monde à travers ses publications - État de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation en France n°13 [Internet]. la position scientifique de la France dans le monde à travers ses publications - État de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation en France n°13 [cited 2021 Feb 27] Available from: https://publication.enseignementsup-recherche.gouv.fr/eesr/FR/T033/la_position_scientifique_de_la_france_dans_le_monde_a_travers_ses_publications/
12. POURQUOI NOUS NE SIGNERONS PAS L'ACCORD SEGRU POUR LES MEDECINS ? ... PARCE QUE NOUS REPRESENTONS TOUS LES PRATICIENS DE L'HOPITAL ! [Internet]. Jeunes Médecins [cited 2021 Jan 3] Available from: <https://www.jeunesmedecins.fr/communiques-de-presse/pourquoi-nous-ne-signerons-pas-laccord-segru-pour-les-medecins-parce-que-nous-representons-tous-les-praticiens-de-lhopital>
13. Chiffres clés de l'hospitalisation | Publication ATIH [Internet][cited 2021 Jan 3] Available from: <https://www.atih.sante.fr/chiffres-cles-de-l-hospitalisation>
14. Accueil [Internet]. MyPeBS [cited 2021 Jan 3] Available from: <https://mypebs.eu/fr/>
15. État de santé de la population – France, portrait social | Insee [Internet][cited 2021 Jan 3] Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238405?sommaire=4238781>
16. Ashton M: Getting Rid of Stupid Stuff. *New England Journal of Medicine* 379:1789–1791, 2018
17. Kansoun Z, Boyer L, Hodgkinson M, et al: Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 246:132–147, 2019

CONTACT

Notre initiative vous intéresse ? Vous souhaitez obtenir plus d'informations, nous rejoindre, contribuer à nos travaux ? N'hésitez pas à nous contacter.



Courriel : cercleorion@gmail.com