

ACADÉMIE
NATIONALE
DE MÉDECINE



Académie nationale de médecine

Séjour de la santé

PROPOSITIONS

Juin 2020

Avant-propos

L'Académie nationale de médecine avait publié en février 2019 un rapport sur la crise que traverse l'hôpital, intitulé : *La crise de l'hôpital public: origines et propositions* (*Bull Acad Natl Med* (2019) 203,109-121)

Elle prolonge son analyse du système de santé et poursuit sa réflexion sur les réformes nécessaires de notre système de santé et de l'hôpital par la publication de ce document s'inscrivant dans le cadre du débat actuel mené au sein du *Ségur de la santé*.

Ce document décline les propositions et les recommandations de l'Académie nationale de médecine, à partir des quatre piliers du Ségur de la santé, en vingt fiches synthétiques traitant chacune un sujet précis; chaque fiche est conçue pour pouvoir être utilisée indépendamment des autres tout en préservant la cohérence globale de la pensée.

Le groupe de travail était composé de *Francis Michot, Dominique Bertrand, Jacques Bringer, Bernard Launois et Christian Thuillez*.

Nous remercions *Pierre Brissot, Olivier Claris, Jean-Pierre Triboulet et Guy Vallancien* de leur contribution.

L'Académie nationale de médecine souhaite ainsi nourrir la réflexion et apporter sa contribution à la réforme du système de santé et de l'hôpital.

Francis Michot
Membre de l'Académie
nationale de médecine

Jean-François Allilaire
Secrétaire Perpétuel de l'Académie
nationale de médecine

Plan

Gouvernance de l'hôpital

- 1 – Gouvernance de l'hôpital - Grands principes
- 2 - Pôles et services
- 3 - Qualité et valorisation des disciplines, marqueurs de qualité
- 4 - Rôles du président de la CME, de la direction des soins et des représentants des patients
- 5 - Hôpital public et régionalisation
- 6 - CHU et université
- 7 - Cyber sécurité

Financement

- 8 - Financement - Grands principes
- 9 - Tarification à l'activité (T2A)
- 10 – Financement à la qualité et au résultat

Organisation territoriale

- 11 - Organisation des soins - Grands principes
- 12 - Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) et système de soins
- 13 - Agences Régionales de Santé (ARS)
- 14 - Télémédecine et télé soins
- 15 - Médecine ambulatoire
- 16 - Urgences
- 17 - Politique de prévention

Professions de santé

- 18 - Professions de santé - Grands principes
- 19 - Médecins
- 20 - Personnels soignants et Infirmiers

Ségur de la santé

Propositions de l'Académie Nationale de Médecine

1 - Les grands principes - Gouvernance de l'hôpital

En une quarantaine d'années, la gouvernance de l'hôpital s'est transformée: à une vision médicale et soignante de l'hôpital, s'est substituée une vision managériale exclusive à dominances réglementaire, économique et budgétaire. Les strates hiérarchiques et l'inertie qu'elles induisent ont alimenté l'incompréhension et le rejet d'un système de management. Il s'en est suivi une inflation injustifiée du nombre des effectifs administratifs formés dans une seule école (École des hautes études en santé publique) développant une vision gestionnaire et juridique de l'hôpital: la part des emplois non-soignants est nettement plus élevée en France (34%) qu'en Italie (26%), en Allemagne (25%) ou en Espagne (24%), (*Source OCDE*). La loi HPST a consacré l'effacement et la marginalisation de la fonction de Président de la commission médicale d'établissement (CME), actuellement ni respectée ni considérée. Une bureaucratie auto alimentée est génératrice de gâchis du temps des professionnels de santé, de coûts indus, d'une décision éloignée du terrain. Dans nombre de CHU, l'administration a capté la responsabilité et les ressources financières (MERRI, SIGAPS) de la recherche hospitalière. La crise de la Covid-19 a instauré un fonctionnement efficace, collégial et démocratique impliquant tous les métiers de l'hôpital, les équipes médicales et soignantes, les patients. La simplification administrative est essentielle, le contrôle de l'administration s'exerce a priori en permanence, empêchant et complexifiant le soin au lieu de de la faciliter.

L'Académie Nationale de Médecine appelle à la mise en place d'une nouvelle gouvernance et recommande:

- que la gouvernance de l'hôpital ne soit plus uniquement assurée par le directeur général; le recrutement de directeurs ayant des profils diversifiés en expérience professionnelle est nécessaire.
- que les médecins participent à la gouvernance de l'hôpital, que le rôle de la CME soit renforcé, redonnant à son président la responsabilité sur toutes questions médicales y compris la qualité et la sécurité des soins, que les valences non cliniques soient reconnues.
- que dans les CHU, le doyen de la faculté ou par délégation un directeur délégué à la recherche soit associé à toute décision concernant l'enseignement et la recherche, portant dans l'hôpital la politique de l'université.

- que la gouvernance soit exercée de façon équilibrée, à l'instar d'autres pays européens: dans les hôpitaux par un binôme directeur administratif (ancien directeur général) et directeur médical (ancien président de la CME); dans les CHU, par un triumvirat: directeur administratif (ancien directeur général), directeur médical (ancien président de la CME), directeur universitaire (doyen de la faculté ou vice doyen à la recherche). En cas d'avis divergeant, la recherche du consensus sera privilégiée pour parvenir à une décision collégiale.

- que l'ensemble des acteurs de l'hôpital participent à cette nouvelle organisation garantissant une cohérence décisionnelle:

- la direction des soins, garante des conditions de travail et de la qualité des soins
- les représentants des patients, attentifs à l'évaluation de l'accessibilité, la qualité de l'accueil, la pertinence des circuits patients.

- une simplification administrative, substituant au contrôle a priori inhibiteur de l'administration une évaluation a posteriori facilitatrice.

Séguir de la santé

Propositions de l'Académie nationale de médecine

2 - Pôles et services

La création des pôles a trop souvent créé une strate médico-administrative supplémentaire aux contours pertinents pour certains et d'opportunité pour d'autres; ils n'ont pas de réelle délégation de responsabilités, de réelle délégation de budget, de réel bonus financier lors d'un budget bénéficiaire, de réelle autonomie décisionnelle; leur organisation trop bureaucratique éloigne les médecins de la direction et contribue à leur démotivation.

Ce changement du périmètre de l'espace a entraîné une perte de repères: les équipes médicales et soignantes se sont senties perdues dans un nouvel ensemble dispersant les compétences et diluant les responsabilités. Le temps consacré à la charge administrative sans cesse alourdi s'est fait au détriment du temps consacré à soigner les patients. La relation des équipes soignantes avec les patients a été impactée par la mobilité des personnels au sein du pôle pour assurer un remplacement, combler une absence au sein d'une équipe d'un autre service à compétence différente et/ou à organisation différente, contribuant à déstabiliser le reste de l'équipe par le surcroît de travail généré. Cette instabilité participe à l'absentéisme et à la démotivation des personnels, contribuant à la perte de sens de leurs métiers.

L'Académie nationale de médecine propose que :

- l'organisation de l'hôpital en pôles ne soit plus ni systématique ni obligatoire; leur organisation doit être simplifiée.
- les pôles sans cohérence fonctionnelle soient supprimés.
- les pôles à vocation transversale comme l'imagerie, la biologie, l'anatomie pathologique ou la pharmacie soient conservés.
- les disciplines dont la masse critique est suffisante constituent, à elles seules, un pôle, en particulier dans les GHT.
- les autres disciplines choisissent leur organisation qui ne saurait leur être imposée.
- le service dont la dimension est la discipline ou la spécialité est la base affirmée de l'organisation hospitalière, doté par délégation d'une autonomie forte d'organisation, de budget, de décision et de responsabilité.

Séguir de la santé

Propositions de l'Académie nationale de médecine

3 - Valorisations des disciplines et marqueurs de qualité

Dans la vision actuelle de l'hôpital, managériale à dominances économique et budgétaire, le qualitatif (soins) a cédé la place au quantitatif (volumes) sans chercher la pertinence et le résultat pour le malade. Le nombre de lits et le nombre de personnels soignants sont devenus la variable d'ajustement de la moindre dépense, provoquant une autre course: celle du taux d'occupation des lits et de la réduction des personnels, induisant une surchauffe dont témoigne le taux d'occupation des lits dans l'hôpital public reflet de sa saturation; 17 500 lits (4,2%) ont été fermés depuis 2013 rapprochant, certes, la France (6lits/1000 habitants) de la moyenne de l'Union Européenne (5 lits/1000 habitants) mais très inférieur à celui de l'Allemagne (8 lits/1000 habitants).

L'Académie nationale de médecine:

***pense que** la qualité et la valorisation d'une discipline ne doivent plus être associées au nombre de lits, marqueur obsolète de la performance et d'une gestion dépassée.

***propose que:**

- le nombre de personnels soignants ne soit plus corrélé au nombre de lits: maintenir des lits vides doit être possible, garantissant souplesse et flexibilité, permettant de faire face aux variations saisonnières des pathologies et à la survenue d'épidémies.
- des nouveaux marqueurs privilégiés de la qualité soient définis: savoir-faire des personnels, nombre de nouveaux patients, taux de réhospitalisations non programmées, activité ambulatoire, résultat évalué sur la mortalité et la qualité de vie.
- une évaluation par un comité d'experts indépendants soit instaurée à date régulière et /ou à chaque fois que nécessaire en cas d'organisation défailante.

Séguir de la Santé

Propositions de l'Académie Nationale de Médecine

4 - Rôles du Président de la CME, de la Direction des Soins, des représentants des patients

Redonner à chacun la place et les responsabilités de ses compétences

La crise de la COVID a facilité les soins grâce à des circuits décisionnels courts qui ont endigué l'inertie administrative coutumière, usante et couteuse.

Les moindres initiatives et projets de soins, élaborés et jugés pertinents par des équipes de terrain investies et responsables, imposent un parcours du combattant administratif pour être discutés, validés ou rejetés.

La direction des soins, parmi d'autres, illustre, dans les grands établissements, cet imbroglio hiérarchique avec les cadres de santé de proximité, cadres supérieurs, directeurs de soins responsables de pôles, directeur coordonnateur général des soins, tous soumis à l'avis des directions fonctionnelles, dont les finances, sans compter l'arbitrage de la Direction Générale, voire de l'Agence Régionale de Santé.

Cette situation ne peut durer sans un gâchis immense qui épuise toutes les volontés et les compétences des métiers du soin. L'essentiel est donc de ne pas dépasser deux niveaux pour décider et régler les problèmes du quotidien.

Au-delà de la valorisation financière attendue et incontournable des professionnels, le fonctionnement administratif pyramidal doit être repensé pour faciliter et non complexifier le soin. Chacun doit retrouver la place et les responsabilités en rapport avec ses compétences par l'attribution ou la délégation des responsabilités qui lui reviennent.

L'Académie Nationale de Médecine recommande:

1- Concernant la Commission Médicale d'Établissement et le rôle de son Président:

***de renforcer le rôle de la CME** en redonnant à son Président la responsabilité sur toutes les questions médicales en particulier:

- les orientations de soins de l'établissement sur la base d'un projet médical élaboré en fonction des progrès médicotéchniques et des besoins territoriaux.
- les nominations et la gestion des carrières des praticiens en lui attribuant la responsabilité de l'administration des Affaires Médicales, comprenant les ressources humaines placées sous son autorité.

- les équipements médicaux avec l'allocation des moyens humains et techniques dédiés.

- dans les CHU, le Président de la CME contribue, sous l'autorité d'un Doyen d'UFR de santé et du directeur administratif, à la stratégie de formation et de recherche clinique des praticiens. Il participe ainsi à l'élaboration des programmes de formation et à la préparation des PHRC, STIC.

***d'assurer la formation au management médico-économique** du Président et des Vice-Présidents de la CME.

2- Concernant la Direction des soins et les personnels soignants:

- de donner aux directeurs des soins, garants des conditions de travail des soignants, la responsabilité conjointe avec le directeur administratif de l'organisation des soins en cohérence avec les orientations de la CME et du projet médico-soignant.

- de favoriser les circuits décisionnels courts et réactifs en supprimant les strates hiérarchiques actuelles, freins à une réactivité efficace.

- de définir les besoins nécessaires en personnel soignant, en fonction de l'activité et la sécurité des soins, en tenant compte de la réalisation du projet médico-soignant.

- de veiller à défendre les effectifs qui préservent la dimension relationnelle soignants-soignés indispensable à la qualité de tout acte de soin et de s'assurer du respect de la primauté de leur fonction de soignants.

- de prévenir les dérives des demandes excessives de reporting, contrôles, procédures d'audits émanant de l'établissement et des tutelles.

- de privilégier la stabilité des équipes de soins qui concourt grandement à leur cohésion et leur expertise, garantes de la qualité et de la sécurité des soins ; de ce fait, le recours au personnel intérimaire doit être réduit au strict minimum.

- de permettre aux personnels qui le souhaitent de travailler plus dans les unités répondant à leurs compétences.

- de déployer les postes d'infirmiers de pratique avancée en cohérence avec les délégations/créations des tâches et les innovations technologiques.

- de faciliter la promotion professionnelle, l'accès aux formations universitaires (MASTER, DU...) et de valoriser ainsi les soignants qui se forment et forment leurs pairs. Les plannings et les effectifs doivent intégrer le temps permettant l'accessibilité des soignants et aides-soignants à ces formations.

- de mieux tenir compte, dans la sélection des soignants pour les promotions et formations, de l'expérience pratique et de l'implication de ces personnels en révisant les critères de sélection peu appropriés aux besoins et exigences du terrain.

3- Concernant les patients et leurs représentants:

- de renforcer le rôle des patients et de leurs représentants afin d'affirmer qu'ils sont bien « au centre des soins ».
- de leur donner accès aux indicateurs de la qualité et de la sécurité, ainsi qu'à ceux évaluant la qualité relationnelle et la facilitation de la vie des patients par l'accompagnement et l'éducation thérapeutique des personnes soignées.
- d'analyser et suivre, le cas échéant, leurs préconisations visant à :
 - améliorer l'accessibilité aux soins,
 - développer une qualité de l'accueil, de l'annonce et du suivi,
 - accroître la sécurité des soins,
 - faciliter la fluidité du parcours du patient au sein de l'établissement et dans le lien vie-hôpital.

Séjour de la santé

Propositions de l'Académie nationale de médecine

5 - Hôpital public et régionalisation

Les hôpitaux publics et les urgences sont dans de nombreux pays sous l'autorité du gouvernement de la région, par exemple: Länder en Allemagne, état régional en Australie et aux Etats-Unis, canton en Suisse. Les régions françaises sont très hétérogènes d'un point de vue géographique: taille, importance de la population, répartition des territoires ruraux, urbains et industriels, attraction d'une population âgée liée au climat ou vieillissement naturel de la population locale, mais aussi d'un point de vue sanitaire: fréquence de certaines pathologies, flux migratoires, zoonoses régionales. L'inégalité de l'offre de soins concerne à la fois les CHU (2 à 5 par région) mais aussi les densités médicales hospitalière et libérale.

Il en résulte une grande variabilité des situations pour lesquelles il est difficile d'appliquer uniformément les mêmes règles. Les décisions concernant le système de soins doivent être proches de son impact et le « feedback » court.

La dernière pandémie de la Covid-19 a illustré ces grandes différences régionales. Les expériences étrangères démontrent l'efficacité d'une gouvernance régionale du système hospitalier public.

L'Académie Nationale de Médecine propose:

- le renforcement de l'autorité de la région sur les hôpitaux publics. Pour les crises sanitaires, les grands principes d'action sont fixés par l'Etat, en particulier par la direction générale de la santé, mais la déclinaison territoriale est subordonnée à la prise de décision de l'autorité régionale.
- une autonomie plus grande des groupements hospitaliers de territoire (GHT) sur l'organisation interne de l'hôpital.
- l'utilisation du budget et d'indicateurs pour permettre de juger ultérieurement de la pertinence des actions.
- l'expérimentation de la personnalité morale dans les GHT réduisant le parcours des décisions administratives.
- la conservation de tous les hôpitaux de proximité en les rendant complémentaires des CPTS.

Séjour de la santé

Propositions de l'Académie nationale de médecine

6 - CHU et Université

L'université est le partenaire naturel du CHU pour l'activité de recherche et de formation et plus généralement pour tout ce qui concerne les moyens dédiés à l'activité universitaire dans le domaine de la santé. En assurant une médecine de recours et de spécialité, en animant et valorisant la recherche clinique, le CHU est un pilier essentiel du système de soins.

Concernant la recherche, l'université a un rôle structurant qu'il est souhaitable de renforcer en favorisant la création d'équipes labellisées par l'Inserm ou le CNRS; les équipes trop fragmentées devraient être incitées à se regrouper en Instituts de Recherche. Le Président de l'université a le pouvoir, avec les présidents des grands organismes, de recomposer ou labelliser les structures de recherche.

La spécificité de la recherche en santé tient au fait qu'il appartient également au CHU de faciliter sa mise en œuvre; elle est un atout pour la qualité des soins et doit participer à l'émergence de pôles d'excellence. Le CHU doit, par ailleurs, participer à la création de réseaux de recherche clinique en impliquant d'autres établissements de santé au sein des GHT auxquels ils appartiennent et dont ils sont la tête de réseau. La recherche clinique et ses outils hospitaliers (CIC, URC, PHRC, STIC) reposent sur des services cliniques et des pôles médicotecniques de haut niveau dont l'émergence et le fonctionnement doivent être facilités.

Notamment financée par différents appels d'offre et coordonnée par les DRCI et les DIRC, la performance de la recherche clinique a décliné au fil du temps; la France, qui était à la première place des pays européens, il y a une dizaine d'années, n'est plus qu'en sixième position pour les essais cliniques de phase I et en septième position pour les phases II et III.

Plusieurs causes expliquent cette évolution:

- l'étroitesse des sources de financement de la recherche institutionnelle et la faible accessibilité hospitalière à la recherche industrielle.
- l'insuffisance de sollicitations, comme partenaires, des acteurs hospitaliers publics hors CHU et des acteurs du système de santé libéral.
- le manque de banques de données numériques biocliniques de masse.
- la lourdeur organisationnelle due à la nécessité d'obtention d'une cascade d'avis institutionnels.
- le défaut d'engagement dans la recherche d'une partie des médecins universitaires accaparés par leurs fonctions de soins.

- le manque de motivation des Praticiens Hospitaliers de CHU pour s'engager dans une activité qui ne s'inscrit pas dans leurs fonctions statutaires.
- l'incompréhension et la frustration des médecins constatant que le fruit financier des MERRI (issu des scores SIGAPS et SIGREC) se porte vers d'autres utilisations budgétaires que celles liées à la recherche.

Concernant la formation, la création de passerelles entre la filière médicale et les autres filières universitaires doit s'adapter à l'évolution des métiers liés à la santé dans le domaine des soins ou dans des disciplines telles que l'imagerie, la biologie, le numérique sous la responsabilité des UFR de santé et de l'université. Les Facultés de Médecine sont les garants d'une formation répondant aux besoins de la population et du maillage territorial des terrains de stages pour les internes dans les GHT et certains établissements privés en fonction des besoins de formation.

Dans ce contexte, l'université et le CHU doivent, grâce à une nouvelle gouvernance, élaborer une stratégie commune destinée à identifier les besoins régionaux et nationaux et à valoriser les pôles d'excellence en renforçant leurs moyens matériels et humains. La dichotomie entre université et hôpital doit disparaître.

L'Académie nationale de médecine recommande :

- de créer une instance hospitalo-universitaire territoriale, comprenant le président de l'université, le doyen, le directeur général du CHU, le président de la CME, un représentant des équipes labellisées et un représentant du conseil régional, dirigée par le doyen et le directeur général du CHU.
- de doter cette instance d'un réel pouvoir décisionnel dont le rôle serait de renforcer en moyens matériels et humains les pôles d'excellence, de participer à la gestion de la part variable des MERRI afin de les redistribuer réellement aux équipes de recherche au prorata de leurs performances.
- de mettre en place une recherche clinique en réseaux s'appuyant sur les hôpitaux des GHT, la médecine libérale, les différents acteurs hospitaliers et l'industrie.
- que le financement des cohortes et des banques de données de masse soit facilité.
- que les procédures administratives régissant les protocoles de recherche clinique soient sensiblement allégées et accélérées.
- que les praticiens hospitaliers exerçant des activités liées à la recherche clinique soient valorisés.

- de financer l'attribution de bourses de mobilité à des candidats pressentis pour occuper un poste hospitalo-universitaire.
- de favoriser l'obtention de matériel lourd à des fins cliniques et de recherche grâce à des moyens universitaires et hospitaliers et grâce au contrat de plan état-région.
- de créer une cellule de veille pour prévoir les besoins en personnels soignants et non soignants, en techniciens et ingénieurs de recherche dans les différentes disciplines afin de planifier l'organisation des formations et attribuer les moyens nécessaires dans des disciplines ciblées.
- qu'une meilleure formation aux enjeux de la recherche clinique soit dispensée aux étudiants se destinant aux professions de santé.
- de créer des postes d'assistants territoriaux universitaires exerçant dans des services agréés comme terrains de stages hors CHU pour les internes dans le but d'assurer le lien avec les territoires.

Séjour de la santé

Propositions de l'Académie nationale de médecine

7 - Cyber sécurité

La multiplication des attaques concernant les systèmes numériques des institutions et établissements sanitaires pendant la pandémie appelle à une prévention de leurs nuisances reposant sur une surveillance étroite des appareils et réseaux utilisés pour manipuler et transférer les informations. Le caractère strictement privé de certaines données dont celles des patients oblige à une vigilance accrue. Pour exemple, le 2 janvier 2014, les serveurs des Agences Régionales de Santé furent attaqués par un hacker étranger qui réussit une intrusion dans les serveurs visant à défigurer les pages d'accueil des sites web des ARS. La Direction des Services Informatiques du secrétariat général du ministère chargé des Affaires sociales a interrompu pendant une semaine l'accès à ses sites Internet et Intranet, soit au total, 40 sous-domaines du Ministère dont les 26 sites web des ARS ainsi que les plates-formes électroniques, applications et espaces numériques associés réservés aux professionnels de santé. Depuis de nombreuses attaques ont eu lieu dans différents hôpitaux français. La plus grave eut lieu à Rouen: le 15 novembre 2019, le CHU fut victime du rançongiciel « *Clop* », un virus qui crypte les bases de données et exige une rançon; le virus était contenu dans un courriel malveillant. L'Agence nationale de sécurité des systèmes d'information (ANSSI) est intervenue indiquant dans son rapport que ses investigations ont permis d'associer l'attaque à une large campagne opérée par l'important groupe cybercriminel russophone TA505.

La pandémie actuelle a vu une augmentation des attaques dans tous les pays. Le 22 mars 2020, une attaque par déni de service a été lancée sur deux adresses mail de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP). Durant une heure, ses serveurs ont été soumis à un nombre massif de fausses requêtes visant à les mettre hors service, contraignant le prestataire de l'AP-HP en charge de sa sécurité informatique à bloquer l'accès externe à sa messagerie, à Skype et aux applications de l'AP-HP.

Ces attaques démontrent la fragilité des hôpitaux contre les agressions informatiques. Un peu plus tôt, des pirates informatiques avaient mis en ligne une fausse messagerie interne de l'OMS afin de récupérer des identifiants et des mots de passe. Ces pirates visent les hôpitaux pour dérober des données, de l'argent, ou simplement faire parler d'eux à l'intérieur de leur communauté.

Déjà très dépendants des réseaux informatiques en temps ordinaire, les hôpitaux le sont encore davantage durant les épidémies. Les dossiers des patients sont informatisés. De plus, en temps ordinaire, les systèmes informatiques d'un hôpital servent également aux médecins de ville pour se connecter. Lors de l'épidémie,

un grand nombre de professionnels ont été mis en télétravail, si bien que le nombre de personnes connectées a été multiplié par cinq.

Dans les pays ayant engagé leur transition vers le numérique de santé, le ratio de personnel informatique est de 2 %, soit un spécialiste informatique pour 50 hospitaliers. La France figure parmi le groupe des pays retardataires dans une fourchette de 0,4 à 0,6 %. Le faible taux des hôpitaux raccordés aux réseaux haut débit (>100Mbps) démontre que notre pays a pris du retard, classé à la 25ème place sur 30 pays du continent européen.

L'Académie nationale de médecine propose de:

- moderniser les matériels: les organismes publics et les hôpitaux français sont le plus souvent équipés de matériels anciens dont les sécurités sont devenues obsolètes, facilitant les intrusions des hackers dans les systèmes pour exiger une rançon financière.

- mieux règlementer le secteur avec la mise en place d'un système de certification des logiciels sensibles (prescription connectée, dossier de soins, dossier médical partagé, échanges cryptés avec les médecins de ville) pour en garantir la résilience; les centres hospitaliers n'ont pas suffisamment de poids pour imposer leurs cahiers des charges en matière de sécurité aux fournisseurs mondiaux de solutions informatiques. Les pouvoirs publics prennent conscience de la vulnérabilité de leurs dispositifs.

- se doter de professionnels de l'informatique spécifiquement formés aux problématiques du monde de la santé. L'adaptation des ressources humaines est considérée comme indispensable à la réussite des grands projets d'informatisation.

- augmenter l'investissement car le système de santé français reste confronté au risque d'une fracture numérique. L'adaptation des ressources humaines aux besoins de l'information des établissements de soin est devenue un enjeu stratégique pour garantir la sécurité des données et rester dans la compétition mondiale.

Séjour de la santé

Propositions de l'Académie nationale de médecine

8 - Les grands principes - Financement

La contrainte budgétaire et l'ONDAM demeureront. Les financements sont actuellement fragmentés entre la ville gérée par l'assurance-maladie, l'hôpital géré par le Ministère de la santé via la DGOS, la prévention et le social gérés par de multiples instances dont la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Les hôpitaux publics, privés, privés à but non lucratif et à domicile se partagent le marché, défendus par leurs fédérations respectives aiguillant la concurrence. Dans un système aussi fragmenté, l'évaluation se fait sur des volumes et des procédures et non sur les résultats; la tarification à l'activité homogénéise les financements mais accroît l'esprit de parts de marché et de concurrence, oubliant les notions de complémentarité et de synergie. La T2A pousse à toujours plus d'activité mais toute augmentation d'activité entraîne une baisse des tarifs pour rester dans le cadre financier national préalablement défini. La T2A ne répond pas aux exigences des situations complexes, à la prise en charge des maladies chroniques, à la complémentarité ville-hôpital-social. Elle provoque des effets pervers sur la pertinence des soins, les hospitalisations indues, les sorties prématurées. Sa part (environ 63 % du financement et 45 à 50% dans les CHU) est excessive au vu des objectifs des hôpitaux; le volume n'est pas le critère majeur adéquat du soin hospitalier.

L'Académie nationale de médecine propose:

***de revenir** à la valeur fondamentale de la médecine qui est le résultat clinique obtenu par les soins prodigués aux malades. La notion de résultat est mieux adaptée aux soins des maladies chroniques.

Cela oblige à passer du volume d'activité au résultat, des procédures au résultat, du quantitatif au qualitatif.

L'évaluation du résultat ne se peut se faire qu'en fin de parcours de soins depuis la première consultation en ville jusqu'aux soins de suite, passant ou non par l'hôpital.

***de faire évoluer** le processus de tarification:

- en diminuant significativement le poids de la tarification à l'activité dans les recettes de l'hôpital.

- en instaurant un financement partiel à la qualité et au résultat clinique.

- en instaurant des dotations populationnelles pour certaines spécialités comme la psychiatrie et des dotations à la création des CPTS.
- en instaurant un paiement au forfait pour les pathologies chroniques.
- en conservant un financement à l'acte pour les consultations et les soins médicotechniques, en modifiant les nomenclatures régulièrement en fonction du coût des actes et du progrès technique.

Ségur de la santé

Propositions de l'Académie nationale de médecine

9 - Tarification à l'activité (T2A)

La tarification à l'activité s'est installée dans le financement de l'hôpital entre 2004 et 2008 où elle s'est substituée à la dotation globale: elle représentait 10 % du budget de l'hôpital en 2004, 50 % en 2007 et 100 % en 2008.

Ses avantages sont réels: elle a permis d'homogénéiser le financement des différents établissements, de garantir la productivité et la réactivité du système, de responsabiliser les acteurs, de favoriser la convergence tarifaire entre secteurs public et privé.

Mais en privilégiant la quantité de soins produits et en négligeant leur qualité, elle a poussé à toujours plus d'activité et généré des effets pervers: pertinence des soins incertaine, multiplication des actes, hospitalisations indues, réduction illégitime de la durée des séjours, effets de codage (surcodage des diagnostics), recherche des activités lucratives.

Elle s'est révélée inadaptée aux exigences des situations complexes, aux évolutions épidémiologiques dominées par le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques, à la prise en charge de la prévention, du social et de leur complémentarité avec les soins hospitaliers et de ville. Elle gêne l'implantation d'innovation en raison de son coût de développement.

Les dépenses hospitalières étant régulées par l'ONDAM, toute augmentation d'activité entraîne une baisse des tarifs pour rester dans le cadre financier défini (effet volume/prix).

La nécessité s'impose de rechercher une plus grande pertinence des soins, de simplifier le nombre d'actes, de prioriser les groupes homogènes de séjour (GHS) qui regroupent actes et frais de personnel.

L'Académie nationale de médecine propose de:

- revenir à la valeur fondamentale de la médecine qui est le résultat clinique obtenu par les soins prodigués au malade. Cela oblige de passer du volume d'activité au résultat, du quantitatif au qualitatif.

- diminuer le poids global de la tarification à l'activité à un pourcentage compris entre 40 et 50%.

- réserver la T2A à certaines pathologies, aux épisodes de soins aigus incluant les traitements multi-services, aux situations complexes en soins de recours ultraspecialisés.

Séjour de la santé

Propositions de l'Académie nationale de médecine

10 - Financement à la qualité et au résultat

La nécessaire transformation du financement des hôpitaux suppose de diminuer le poids de la tarification à l'activité. La condition essentielle est de revenir à la valeur fondamentale de la médecine qui est le résultat clinique obtenu par les soins prodigués au malade, réhabilitant le qualitatif et le résultat au détriment du quantitatif, des procédures et du volume d'activité. Cette transformation incitera les acteurs à développer la prévention, à s'assurer d'un standard élevé de qualité, à rechercher une plus grande pertinence des soins tout en favorisant une meilleure coordination entre les secteurs public et privé. L'objectif est également de favoriser l'apparition et la diffusion des innovations médicales, technologiques et organisationnelles.

Introduire une part de financement par tarification à la qualité et à la pertinence, en accordant une véritable place à l'efficacité des soins et à la tarification des filières de soins par pathologie dans une logique de parcours, répondra à ses objectifs. L'évaluation du résultat ne peut se faire qu'en fin de parcours de soins, conçu depuis la première consultation du médecin généraliste en ville jusqu'aux soins de suite et retour à domicile. L'hôpital est central, intercalé entre des soins avant et après l'hospitalisation. L'intégration soins de ville - hôpital - social est prise en compte par les notions de parcours et de résultats.

Le résultat est défini par des indicateurs:

- de qualité de prise en charge clinique comme la mortalité, la morbidité, la qualité de vie, les données cliniques.
- de qualité de la prise en charge ressentie par les patients pour un type de maladie dans un territoire donné.
- de qualité de la coordination des prises en charge par les acteurs successifs dans le parcours de soins.

L'évaluation du résultat est faite en comparant d'une année sur l'autre l'amélioration de ces indicateurs. La notion de valeur en santé, définie comme le rapport entre résultat et dépenses, s'est imposée dans la majorité des pays développés, le but étant que le résultat augmente plus vite que la dépense. La notion de résultat s'adapte mieux aux évolutions épidémiologiques qui sont mal évaluées par le volume d'activité: vieillissement de la population et développement des maladies chroniques.

L'Académie nationale de médecine propose:

- la mise en place d'un financement partiel à la qualité et au résultat, mesuré sous forme de résultat et non de processus.
- la mesure des résultats pourrait dépendre des modalités de la prise en charge: l'article 51 de la LFFS permet des expérimentations susceptibles de créer des forfaits selon des indicateurs pertinents.
- la mise en place de forfaits de pathologie chronique liant les soins de tous les professionnels autour d'une prise en charge collective globale, favorisant également l'éducation thérapeutique et la prévention des complications dans une prise en charge non hospitalo-centrée du patient.

Séjour de la santé

Propositions de l'Académie nationale de médecine

11 - Les grands principes - Organisation des soins

L'organisation des hôpitaux a été repensée autour d'un pôle public en créant 135 Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), rassemblant tous les établissements publics autour d'un établissement support. Les territoires des GHT sont très hétérogènes par le nombre d'hôpitaux concernés, leur taille, leur organisation et leurs contraintes géographiques. L'adhésion de chaque établissement au projet médical partagé et aux indicateurs de prise en charge y compris les pathologies chroniques est actuellement insuffisante. Les liens avec les établissements privés et les médecins de ville sont quasi-inexistants, certaines conventions liant un établissement public et un hôpital privé ont disparu lors de la création des GHT.

Deux réflexions majeures doivent être entreprises concernant: d'une part, la personnalité morale du GHT qui permettrait une rationalisation plus grande des prises de décisions tout en conservant une prise en charge déconcentrée et d'autre part, l'association des médecins de ville et des hôpitaux privés à la détermination d'objectifs de soins communs sans créer de nouvelles entités juridiques.

L'Académie nationale de médecine:

***appelle** à la simplification des modes de fonctionnement des GHT, à l'association de tous les composants de soins dans la détermination des projets médicaux complémentaires pour satisfaire la meilleure prise en charge des malades

***souligne**

- son soutien à la gradation des soins en soins de proximité, soins spécialisés et soins de recours ultraspecialisés.

- l'importance de la réorganisation territoriale du système de santé assurant le maillage du territoire, favorisant l'installation des jeunes médecins dans les déserts médicaux grâce à une politique d'attractivité au sein des GHT, des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) et au développement des consultations avancées, de la télémédecine.

***recommande:**

- que le projet médical GHT soit amélioré par la création de filières graduées progressivement sur l'ensemble des pôles ou services médicaux.
- l'expérimentation de la dotation d'une personnalité morale, tout en préservant les établissements existants.

- le renforcement des liens avec les hôpitaux privés et les médecins de ville par voie conventionnelle.

- le renforcement des liens entre établissements médico-sociaux (EHPAD) et sanitaires par leur intégration dans les GHT ou la signature de conventions afin d'assurer la fluidité des recours en soins des résidents.

- la complémentarité volontaire de l'ensemble du système de soins sur le plan territorial par l'organisation de structures mixtes en cas d'évènements sanitaires majeurs non prévus.

Séjour de la santé
Propositions de l'Académie nationale de médecine

**12 - Groupement hospitalier de territoire (GHT)
et système de soins**

Le groupement hospitalier de territoire (GHT) est une pièce essentielle de l'organisation territoriale du système de soins répondant à deux objectifs: d'une part, l'accès aux soins hospitaliers de toute la population couverte par le GHT, d'autre part, la graduation des soins en fonction des besoins du patient. Le parcours de soins est organisé autour de la compétence nécessaire à une prise en charge optimale. Le lien avec un CHU, s'il n'est pas l'établissement support du GHT, reste indispensable pour une prise en charge de second degré ultra spécialisée.

L'hétérogénéité des GHT, par la taille, les services spécialisés existants, la population desservie, le personnel médical, justifie une analyse évaluative des modes de fonctionnement de façon à parfaire l'existant. Les projets médicaux et soignants partagés doivent être développés sur l'ensemble des filières existant localement.

La création de GHT exclusivement publics a distendu les liens parfois préexistants avec les établissements privés. Le rétablissement d'une complémentarité doit être favorisé sur la base du volontariat mais favorisé par l'Etat. De la même façon, des liens avec les CPTS au niveau local sont indispensables pour construire des parcours de soins ville/hôpital pluri professionnels.

L'Académie Nationale de Médecine propose:

- un renforcement de la complémentarité entre les établissements du GHT.
- la nomination des médecins à l'établissement support avec des contrats indiquant un exercice partagé, pour permettre des consultations et/ou des soins dans les hôpitaux du GHT.
- un accès possible de tous les spécialistes au plateau technique le plus performant du GHT de façon à conserver leur compétence et favoriser leur recertification ultérieure.
- le renforcement des synergies entre les GHT et les établissements privés.
- une coopération accrue entre les CPTS et les hôpitaux publics pour favoriser le décloisonnement entre la ville et l'hôpital.

Séjour de la Santé

Propositions de l'Académie Nationale de Médecine

13 - Agences Régionales de Santé (ARS)

Evaluer et optimiser leur efficacité

Interlocuteurs uniques de tous les acteurs de santé en région, placées sous la tutelle étroite des Ministères de la Santé et des Affaires Sociales, les Agences Régionales de Santé (ARS) pilotent la politique de Santé Publique en région et la déclinent en trois champs d'interventions: 1- Prévention et promotion de la santé; 2- Veille et sécurité sanitaire et, à ce titre, anticipation, préparation et gestion des crises sanitaires en liaison avec le Préfet; 3- Organisation et autorisations de l'offre de soins et du médico-social visant à décroiser ces secteurs et à favoriser la synergie de tous les acteurs de santé.

Les ARS doivent veiller à fluidifier le parcours des patients et s'assurer de l'équité et de la permanence de l'accès aux soins en proximité comme en recours spécialisé. La possibilité de prendre des mesures déroatoires dans certaines situations permettrait de favoriser et maintenir des initiatives pertinentes et efficaces.

Le défi est réel quand elles sont confrontées à la réalité et à la réactivité imposées par les situations de terrain, la dimension des ARS et de leurs services administratifs, englués et dispersés par la multiplicité de leurs tâches.

L'évaluation des ARS ne doit plus reposer sur des critères et rapports administratifs, gestionnaires et comptables mais sur des indicateurs de résultats.

L'Académie Nationale de Médecine recommande de redéfinir les missions des Agences Régionales de Santé:

- privilégier les outils fonctionnels (numériques, télémédecine) sur les outils structurels, source de rigidité et de contraintes organisationnelles, pour décroiser, favoriser le dialogue, le partage des décisions et l'harmonisation des pratiques entre les professionnels de santé.

- ne pas vouloir tout planifier en relayant l'injonction étatique par l'avalanche de textes réglementaires, recommandations et normes peu lisibles, rigides et inadaptés aux objectifs locaux.

- accorder le droit de prendre des mesures dérogatoires lorsque les normes réglementaires ne sont pas adaptées à la réalité des enjeux spécifiques, ressources et moyens de certains territoires.
- ne pas arrêter, au nom d'une réglementation aveugle, les solutions expérimentées sur le terrain qui ont démontré leur efficacité.
- faire confiance et soutenir les initiatives des acteurs de santé sur le terrain, y compris les patients.
- inciter, par une plus forte valorisation, au développement régional de nouveaux modes d'exercice collectif et multi-professionnel (communautés professionnelles territoriales de santé et maisons de santé pluri-professionnelles).
- évaluer les ARS sur des indicateurs de résultats montrant leur apport et leur efficacité en termes de Service Sanitaire et Médico-Social Rendu (SSMSR):
 - *progression de l'accessibilité aux soins de proximité et de recours;
 - *accès aux innovations médicotéchniques;
 - *facilitation du parcours des patients, personnes âgées et handicapées;
 - *émergence et pérennité des actions d'éducation en santé de la population et des patients;
 - *marqueurs de sécurité sanitaire.

Séjour de la santé

Propositions de l'Académie nationale de médecine

14 - Télémédecine et télé soins

La télémédecine a pris son essor à partir de l'arrêté du 1er avril 2018 portant approbation du sixième avenant de la convention médicale après une phase de démarrage expérimental.

Les principes retenus concernent:

- l'autorisation d'exercice de la télémédecine pour tous les médecins quelle que soit la spécialité, que ce soit le médecin traitant ou le médecin de recours;
- un mode de partage de l'information sécurisé;
- des conditions de rémunération comprenant une base forfaitaire pour les équipements nécessaires, médicaux ou télétransmission et la rémunération de l'acte.

Ceux-ci dépendent d'une inscription dans le parcours de soins coordonné comme la connaissance préalable du patient par le professionnel de soins. En cas d'absence du médecin traitant ou en cas d'urgence la prise en charge est définie au niveau territorial (CPTS, MSP).

Les objectifs fixés par l'assurance-maladie sont de faciliter l'accès aux consultations y compris spécialisées, tout en limitant le renoncement aux soins. La pandémie du Covid-19 a modifié l'environnement et contextualisé une réponse parfaitement adaptée et rapide de l'assurance-maladie par des textes réglementaires de mars 2020. Une dérogation aux deux principes de base a été proposée: un recours à un médecin non connu du patient en cas de suspicion de Covid-19 et la possibilité de caractériser l'acte de télémédecine par un appel téléphonique (de façon exceptionnelle). La prise en charge est assurée à 100% par l'assurance maladie y compris pour les télé soins.

L'Académie nationale de médecine propose:

- la conservation des grands principes de l'avenant numéro six, en particulier dans l'appréciation des réactions du patient par vidéo transmission mais en élargissant en fonction du besoin ou des circonstances exceptionnelles.
- l'utilisation de la télé médecine dans les zones sous-denses ou en l'absence de médecin traitant.

- l'utilisation de la téléconsultation par téléphone en sécurisant au mieux les contacts pour tirer les enseignements de la période du Covid-19 et la possibilité d'élargir les télé soins.
- l'entrée dans le droit commun du remboursement de tous les actes prescrits dans le sens défini par l'assurance-maladie.
- un niveau territorial de l'utilisation de la télémédecine pour éviter des plateformes hors de France.

Séjour de la santé

Propositions de l'Académie nationale de médecine

15 - Médecine ambulatoire

Il convient de différencier la chirurgie ambulatoire des actes médicaux couramment réalisés de façon ambulatoire (endoscopies, oncologie). La chirurgie ambulatoire est porteuse d'un triple avantage qui justifie sa promotion et son développement:

- elle améliore la prise en charge des patients: moindre exposition aux infections nosocomiales, confort amélioré y compris pour les personnes âgées, meilleure sécurité des gestes, meilleure gestion des risques, amélioration des conditions de travail du personnel soignant.
- elle favorise le recours aux innovations organisationnelles, techniques et technologiques.
- elle présente des avantages économiques pour l'assurance-maladie.

Le champ d'application de la chirurgie ambulatoire concerne la grande majorité des actes chirurgicaux sous couvert de règles strictes et de relations ville-hôpital optimales. La chirurgie ambulatoire progresse plus vite que l'activité chirurgicale totale témoignant d'un mouvement de substitution à la chirurgie conventionnelle. La stratégie du pilotage national et régional de la prise en charge ambulatoire chirurgicale et médicale doit accompagner le changement de paradigme comportemental, la réorganisation des établissements existants et les objectifs des structures nouvelles. La libération de lits d'hospitalisation, conséquence attendue, doit permettre leur réorientation par exemple vers des pathologies liées au vieillissement.

La récupération améliorée après chirurgie (RAAC) est une approche multidisciplinaire de prise en charge globale du patient en période péri opératoire visant au rétablissement rapide de ses capacités physiques et psychiques antérieures; elle vise à réduire significativement la mortalité et la morbidité et a pour conséquence de réduire les durées d'hospitalisations. Ses objectifs sont identiques à ceux de la chirurgie ambulatoire. Elle s'applique à tous les gestes non éligibles à l'ambulatoire et constitue une préparation des équipes au passage à l'ambulatoire pour les gestes éligibles.

Les objectifs de la médecine ambulatoire sont l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins; ils nécessitent, pour leur réalisation, une stratégie politique claire, des institutions cohérentes, une motivation homogène des médecins et des personnels soignants.

L'Académie nationale de Médecine recommande:

- d'encourager le développement des prises en charge limitant la durée de séjour à l'hôpital: médecine et chirurgie ambulatoires, récupération améliorée après chirurgie afin de diminuer le risque d'infections nosocomiales et de favoriser un retour plus rapide à un état physiologique aussi normal que possible.
- d'inciter les sociétés savantes des différentes spécialités médicales et chirurgicales à élaborer leurs propres recommandations en accord avec les fondamentaux de l'ambulatoire (personnel et structure dédiés) et compatibles avec l'expertise des équipes pour les gestes éligibles dans leur unité.
- de poursuivre la stratégie de santé vers une augmentation progressive de cette prise en charge pour des raisons médicales et économiques avec l'objectif d'atteindre 70% de recours à l'ambulatoire dans les prochaines années et rejoindre ainsi la majorité des pays concernés par l'ambulatoire.
- d'améliorer la coordination ville-hôpital, les informations délivrées aux patients et médecins traitants concernant les offres de soins en ambulatoire des établissements.
- de favoriser la réorganisation des établissements ne disposant pas de structures adaptées et d'intégrer l'ambulatoire dans les projets de nouveaux établissements afin de proposer un maillage satisfaisant de l'offre ambulatoire sur le territoire.

Séjour de la santé

Propositions de l'Académie nationale de médecine

16 - Urgences

Les Services des Urgences ont pour vocation de traiter en urgence les accidents aigus de pathologie médicale ou chirurgicale ; le délai varie de quelques minutes pour la pathologie cardio-vasculaire, à moins de 5 heures pour les accidents vasculaires cérébraux, à moins de 8 heures pour les syndromes abdominaux aigus. Si ces délais ne sont pas respectés, le pronostic vital est engagé et le pronostic fonctionnel compromis.

De même, les syndromes infectieux sévères avec le risque de septicémie ont des exigences immédiates de prélèvements bactériologiques et de traitement sans oublier les urgences majeures que représentent les syndromes hémorragiques, les défaillances d'organe (respiratoires, rénales) voire multi-organes.

Les urgences connaissent des difficultés récurrentes depuis de nombreuses années; l'évolution du nombre de passages chaque année est un des marqueurs emblématiques de cette situation: 7 millions en 1990, 21 millions en 2019. Plusieurs facteurs expliquent cette évolution: le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, l'habitude prise par le public, les médecins et également les services de l'hôpital d'adresser au service des urgences les patients pour un problème diagnostique sans consultation programmée. Il en résulte un encombrement spatial, une longue attente souvent dans les couloirs ou sur des brancards dont la solution trop fréquente est une admission de sécurité et la recherche aléatoire de lits dans des services inadaptés à la pathologie.

Les recours inappropriés sont évalués en France aux environs de 20 %, alors qu'ils sont de 12% aux Etats-Unis et 11% en Angleterre; la notion de recours inapproprié est, cependant, difficile à évaluer car faite a posteriori sur la situation du patient, elle ne prend pas en compte l'urgence ressentie et constitue souvent une réponse à la précarité socio-économique.

Pour corriger ces dysfonctionnements, un pacte de refondation des urgences a été établi en septembre 2019, proposant notamment:

- en amont, de mieux articuler l'hôpital et la médecine de ville, réintégrant le médecin généraliste dans la prise en charge de l'urgence, déployant la télémédecine.
- aux urgences, de créer des filières d'admission directe pour les personnes âgées et certaines pathologies, de développer le métier d'infirmière de pratiques avancées en médecine d'urgence avec délégation d'actes diagnostique et technique.

- en aval, de mieux gérer les lits disponibles, de fluidifier les transferts au sein des services de soins de suite et réadaptation et d'hospitalisation à domicile.

A l'instar de certains pays étrangers, pourrait ainsi être créé un département de médecine ambulatoire dont la mission serait de résoudre en une fois les problèmes diagnostiques non urgents ou d'urgence différée; il comprendrait des bureaux de consultation de médecins généralistes et de spécialistes de différentes spécialités, un plateau technique d'imagerie (échographie, scanner, IRM) et les laboratoires (biochimie, bactériologie) nécessaires. En fin de bilan, une dernière consultation du médecin généraliste apporterait les conclusions diagnostiques définitives et la conduite thérapeutique: suivi par le médecin référent, soins à domicile, hôpital de jour, hospitalisation programmée.

L'Académie Nationale de Médecine recommande:

- de rendre les services d'urgence à leur mission initiale: le traitement des accidents aigus de la pathologie médicale et chirurgicale dans le respect des délais recommandés.

- en amont des urgences, d'adresser les malades non urgents à un département de médecine ambulatoire comprenant des cabinets de consultation de médecins généralistes et spécialistes, un plateau technique d'imagerie et de laboratoires.

- aux urgences, de créer des filières d'admission directe pour les personnes âgées, certaines pathologies (cardio-vasculaires, neurologiques), de développer le métier d'infirmière de pratiques avancées en médecine d'urgence.

- en aval des urgences, de mieux gérer les lits disponibles et de fluidifier les admissions vers les services de soins de suite et réadaptation et d'hospitalisation à domicile.

Séjour de la santé

Propositions de l'Académie nationale de médecine

17 - Politique de prévention

La prévention est protéiforme. La santé doit être conservée au meilleur niveau tout au long de la vie; sa définition habituelle est de réduire les risques de maladie et de prendre en charge la pathologie de la façon la plus adaptée et la plus précoce afin d'éviter ou de diminuer les séquelles d'une pathologie. Ces trois niveaux traditionnels sont pris en charge par de nombreuses institutions ou acteurs de soins.

L'histoire des institutions fait évoluer les acteurs. Pour ne prendre qu'un seul exemple, la caisse régionale d'assurance maladie était chargée, pour partie, de la prévention territoriale mais la création des Agences Régionales de Santé a été réalisée par la fusion autour de l'agence régionale de l'hospitalisation, d'autres administrations dont la CRAM, entraînant de fait la prévention à l'ARS en même temps qu'une augmentation de son périmètre: prévention ciblée populationnelle (périnatalité, handicap, pauvreté), prévention de maladie (obésité chez les enfants) et prévention liée à l'environnement social (addiction, santé au travail).

La caisse nationale d'assurance maladie a conservé un département à l'échelon national pour la prévention des cancers et des agences d'état ont conservé une légitimité complète sur une partie du champ; de fait, tous les acteurs de soins participent peu ou prou à la prévention avec un financement extrêmement varié.

L'académie nationale de médecine propose:

- une plus grande lisibilité des actions de prévention collective en définissant un acteur décisionnel par thématique et une coordination au niveau du ministère.
- une formation initiale ou continue de tous les acteurs de soins concernés pour améliorer la prise en charge globale d'une pathologie.
- l'incorporation de la prévention dans le suivi des maladies chroniques par l'équipe soignante.
- une organisation au niveau local d'actions d'entretien cognitive ou physique, en fonction de l'âge et des besoins, prise en charge financièrement par les collectivités locales.
- l'augmentation du pourcentage des dépenses de prévention dans les dépenses courantes de la santé.

Séjour de la Santé

Propositions de l'Académie Nationale de Médecine

18 - Les grands principes - Professions de santé

Réduire les strates et procédures administratives pour valoriser et rendre attractifs les métiers du soin

La crise de la Covid-19 a permis aux médecins, à tous les soignants et personnels hospitaliers impliqués en première ligne sur le terrain, de renouer avec le sens de leur mission.

Les équipes se sont engagées, adaptées et ont pris nombre d'initiatives avec une réactivité saluée par tous. Cette dynamique solidaire démontre l'agilité opérationnelle dont sont capables les équipes au plus près du terrain, pourvu que l'exécutif administratif délègue réellement une part de responsabilités, favorisant ainsi l'efficacité des soins par la mise en place de circuits courts décisionnels permettant d'agir dans les meilleurs délais. Cela doit permettre à toute l'organisation des établissements de santé de réfléchir à ce qui est indispensable et utile.

La situation actuelle est marquée par un centralisme administratif pyramidal, une bureaucratie dévorante qui accablent les soignants de normes rigides, aveugles, au service d'une hyper-réglementation complexe, inadaptée et incomprise. Le quotidien vécu par les médecins, les cadres de santé, et leurs équipes est d'affronter les injonctions, parfois contradictoires, des différentes strates administratives juxtaposées ou hiérarchiques au sein ou en dehors des établissements de santé, avec leur cortège de réunions et signatures, témoins d'une inertie coûteuse, usante, inefficace et d'un temps de réactivité trop beaucoup long.

L'Académie nationale de médecine recommande:

- de restaurer la reconnaissance et de revaloriser les rémunérations des professionnels de santé.
- de supprimer les strates administratives en évaluant leur bénéfice avéré sur l'efficacité du soin en regard de leurs effets collatéraux délétères traduits par le délai des décisions, le découragement des initiatives et le coût.

- de déléguer une vraie responsabilité aux équipes dont la proximité du terrain des soins, la cohérence fonctionnelle et la masse critique suffisante légitiment de reconnaître leur autonomie décisionnelle sur la base d'un contrat d'objectifs et de moyens clair, ne cherchant pas à tout planifier dans une vision régionale stratégique et financière.

- d'organiser la délégation des tâches des médecins vers des infirmiers de pratique avancée, des techniciens, avec un périmètre défini.

- d'inciter les tutelles à valoriser les efforts de « désadministration » des établissements en donnant une marge de ressources supplémentaire aux équipes de soins par l'attribution d'effectifs et l'amélioration des conditions de travail autour des valeurs communes impulsées par le trinôme médical/soignants/patients

- de repenser l'évaluation des établissements et équipes de soins en sortant de la culture exclusive des procédures et en proposant des marqueurs robustes de résultats, plus proches de l'attente des patients: indicateurs de l'accessibilité, de la qualité et de la sécurité des soins médicaux ainsi que du temps relationnel passé avec le patient, critères de facilitation de vie des personnes soignées par l'éducation thérapeutique, l'accompagnement et la fluidité de leur parcours ville/hôpital.

Ségur de la santé

Propositions de l'Académie nationale de médecine

19 - Médecins

La société française a beaucoup changé ces dernières décennies; nombre de ses évolutions ont impacté l'organisation de l'hôpital mais également ses personnels et les médecins: la réduction du temps de travail, les choix de vie et la féminisation du corps médical qui ont modifié les conditions d'exercice, l'émergence du rôle des patients, la pression judiciaire, la prise de conscience d'un déclassement sociétal par perte de statut social, la perte d'attractivité des carrières professionnelles, la dégradation des conditions de travail.

La perte d'attractivité des professions médicales hospitalières est la conséquence:

1. d'un sentiment de déclassement induisant une souffrance identitaire et un ressenti de maltraitance sociale.
2. d'une dégradation des conditions de travail dont témoigne une charge administrative excessive au détriment du temps consacré à soigner les patients, un sentiment d'impuissance et de déresponsabilisation conduisant à une perte de sens et à une démotivation.
3. de rémunérations insuffisantes avec un écart de rémunération public-privé trop important, responsable d'une fuite de médecins des hôpitaux vers le secteur libéral, particulièrement marquée dans certaines disciplines comme l'anesthésie, la radiologie ou la cardiologie interventionnelle; à 2,2 fois le salaire moyen de l'économie française, le salaire des médecins était inférieur en 2015 à celui de la plupart des autres grands pays (3,5 fois le salaire moyen en Allemagne, *source OCDE*).
4. d'une direction des affaires médicales de l'hôpital qui n'a pas auprès des jeunes médecins le rôle d'une direction des ressources humaines conseillant, gérant des droits sociaux à ce jour inexistantes pour les médecins.

Cette situation est d'autant plus préoccupante que le recrutement et la concurrence sont mondialisés exposant les médecins considérés comme les meilleurs à être recrutés par d'autres pays notamment Européens.

L'Académie nationale de médecine propose:

- la réorganisation de l'activité des médecins: la diminution de leur charge administrative par la simplification de l'administration leur permettra de récupérer du temps médical.
- une modulation de leurs activités par leur diversification, l'adaptation des temps de travail en fonction des obligations de service ou des circonstances de la vie.

- une souplesse de l'activité des médecins hospitalo-universitaires capable d'évoluer dans le temps en alternant des périodes plus particulièrement dédiées au soin, à l'enseignement ou à la recherche dans le cadre conservé de la triple mission.
- la restauration de l'attractivité des carrières hospitalières et hospitalo-universitaires par l'augmentation de la rémunération des médecins diminuant l'écart de rémunération public-privé particulièrement dans le début de la carrière, par la création de droits sociaux (crèche pour les enfants, aides au transport), par une attention particulière à la retraite notamment à la retraite hospitalière des médecins hospitalo-universitaires, par la valorisation des facteurs sous-jacents d'attractivité: qualité de vie, liberté d'esprit de l'exercice, esprit d'équipe médicale, gestion des conflits.
- une flexibilité dans la carrière des médecins hospitaliers par un détachement partiel dans un établissement privé et vice versa pour favoriser une masse critique d'exercice au sein d'un territoire.
- la création de postes à exercice mixte hospitalier et ambulatoire.
- l'organisation d'un changement de spécialité au court de la vie professionnelle, en dehors du second DES.
- la mise en place rapide de la recertification basée notamment sur le développement professionnel continu au périmètre élargi en dehors des actions indemnisées.

Séjour de la santé

Propositions de l'Académie nationale de médecine

20 - Personnels soignants - Infirmiers

L'épidémie de Covid-19 a confirmé le rôle essentiel des personnels soignants dans la prise en charge des patients au sein de l'hôpital et médiatisé leur compétence et leur dévouement.

Les évolutions de la société française et les changements intervenus dans l'organisation hospitalière ont profondément modifié les métiers des personnels soignants:

- perte de sens induite par une confusion et un malentendu entre la fonction de soigner et la pression administrative: diminution de la durée moyenne de séjour, augmentation de la charge en soins par patient (maximum de soins en un minimum de temps), diminution du temps passé auprès des patients imposant de privilégier la technique (le bien traitant) à l'humain (le bien traité).
- dégradation des conditions de travail et usure prématurée des plus jeunes: 30 % abandonnent la profession dans les cinq ans qui suivent l'obtention du diplôme.
- impacts des plans d'économies successifs: suppression de postes, absence de remplacement des personnels en arrêt maladie ou congé maternité.
- perte d'attractivité des carrières en raison d'horaires complexes, d'heures supplémentaires plus ou moins imposées et rémunérées, de l'absence de reconnaissance et de valorisation par la hiérarchie et les patients.
- rémunérations insuffisantes: la France est le seul des grands pays européens où le salaire moyen des professions infirmières était inférieur au salaire moyen de l'économie de 6% alors qu'il était supérieur au salaire moyen de plus de 10% en Allemagne, aux Pays Bas, en Espagne ou en Belgique (*Source OCDE, 2015*), différences qui ne tiennent pas compte de la mise en place depuis 2016 du protocole PPCR.

L'Académie nationale de médecine propose:

- d'améliorer les conditions de travail des personnels soignants: arrêt de la suppression des postes, remplacements effectifs en cas d'absence, restauration d'un encadrement de proximité dans les unités de soins abandonné depuis la création des pôles, définition d'un ratio de patients par infirmière pour chaque discipline comme en réanimation, restauration du lien fonctionnel médecins-soignants.
- d'augmenter significativement les rémunérations pour qu'elles soient au moins au niveau de la moyenne européenne et rémunérer sans délai excessif la totalité des heures supplémentaires.

- de repenser la répartition du temps de travail dans le nycthémère et de tenir compte de la vie privée en rendant possible une répartition en deux périodes de 12 heures particulièrement appréciée dans les services d'urgence ou de réanimation, une modification de l'organisation des blocs opératoires permettant de libérer un jour de la semaine pour les IBODE et IADE.
- de favoriser le développement des infirmières de pratique avancée (IPA) pour certains gestes techniques ou le suivi de patients chroniques et d'expérimenter une nouvelle spécialité d'IPA en médecine générale dans les zones sous-denses.
- de créer des coordinateurs de soins dans l'organisation des parcours de soins auprès des acteurs de soins.