



© Shutterstock

SANTÉ

Revoir la copie

Hôpitaux au bord de la rupture, personnels soignants en burn out et déserts médicaux, notre système de santé est malade. Par le biais d'ordonnances, le gouvernement veut encore faire des économies, défaire le service public et privatiser notre système de santé.

La santé nous préoccupe toutes et tous, malades ou bien portants, jeunes ou plus âgés : maladies chroniques et pathologies liées à l'âge ne cessent d'augmenter. Le nombre de médecins ne correspond pas aux besoins, d'où les déserts médicaux tant à la campagne qu'en ville, avec des contrastes selon les régions. Des hôpitaux sont promis au déclassement et nombre de services hospitaliers disparaissent (maternité, chirurgie, etc.). Patient.e.s ou femmes enceintes se retrouvent à plus d'une heure d'un hôpital équipé. Quant à la formation des futurs personnels de santé, si la suppression du numerus clausus en 1^{re} année, de la Paces avec son gâchis intellectuel et l'examen classant sont actés, le paramédical n'est pas mentionné et l'amélioration de la formation n'est pas garantie par le projet. Nous abordons ici les divers aspects de la loi (besoins sociaux, inégalités territoriales, hypothèses de formation...), et des aspects moins connus (conditions d'exercice des médecins, associations de patients, recherche en soins infirmiers...). C'est notre contribution au débat, débat que le gouvernement veut esquiver. Nous voulons une tout autre politique de santé garantissant l'accès aux soins pour toutes et tous. ■

Dossier coordonné par **JACQUES HAIECH** et **MICHELLE LAUTON**

Organiser un meilleur accès aux soins

Préparée sans la concertation nécessaire tant avec les professionnels qu'avec les patients ou les collectivités, la future loi Santé devrait être votée ce printemps. Mais on doute fort qu'elle réponde aux urgences en matière de santé.

Par **VINCENT PEYROT**, professeur de biophysique en pharmacie à Marseille, élu Cneser

La loi Santé « relative à l'organisation et à la transformation du système de santé », présentée en procédure accélérée au Parlement, a été bâtie dans l'urgence pour faire face aux fortes attentes sociétales, et aussi aux évolutions scientifiques auxquelles les professionnels de santé seront confrontés dans un avenir plus ou moins proche.

DES ATTENTES SOCIALES FORTES

En effet, des évolutions profondes et de long terme de notre société moderne, notamment le vieillissement de la population, ou encore la prévalence des pathologies chroniques, sont sources de tensions pour l'organisation des soins et la prise en charge des personnes malades, et appellent donc une réforme structurelle profonde et rapide. Qui n'a pas un parent très âgé, un proche – époux, épouse, enfant – atteint de pathologie lourde (aiguë ou chronique) et qui se trouve désemparé, en situation précaire et instable ? Avoir accès à des professionnels de santé partout sur le territoire est une attente de plus en plus forte des populations pas seulement rurales mais aussi dans les villes moyennes ou dans les banlieues des grandes métropoles.

La formation des professionnels de santé est aussi remise en cause. Elle doit, en principe, répondre aux enjeux futurs. Pour cela, les études de santé sont donc réformées pour être mieux adaptées aux connaissances, compétences et aptitudes attendues des futurs professionnels, tout en demeurant garantes d'un haut niveau d'exigence. Ce sont en principe ces préoccupations qui sont au centre des réformes du 1^{er} cycle des études de santé. Des mesures concernant le 2^e cycle des études de médecine sont également mises en place.

QUELS PROFESSIONNELS POUR LA SANTÉ EN 2030 ?

Il est souhaitable d'avoir sur tout le territoire des professionnels de santé, médecins, pharmaciens, odontologistes, sages-femmes, paramédicaux, etc., aux compétences multiples,

c'est-à-dire ayant une expertise médicale, pharmaceutique, paramédicale, scientifique. Ils doivent être capables de communiquer facilement avec les patients et les populations, de s'impliquer dans le champ de la santé publique, d'exercer un leadership professionnel fort, de développer des collaborations interprofessionnelles sans préjugés.

Ces professionnels de santé doivent être à même d'intervenir sur différents fronts :

- dans le secteur du numérique, où l'intelligence artificielle est au cœur de la médecine du futur, avec les opérations assistées, le suivi des patients à distance, les prothèses intelligentes, les traitements personnalisés grâce au recoupement d'un nombre croissant de données (big data), etc.
- en bio-ingénierie et dans la bioproduction ;
- dans la gestion de cas (patients particuliers), et comme organisateurs de services ;
- dans le domaine de l'innovation (objets connectés, dispositifs médicaux, explorations) ;
- en tant que spécialistes du droit et de l'économie de la santé.

Ce défi sera-t-il relevé par la loi Santé ? Rien n'est moins sûr. Tout d'abord, il est évident que la formation des futurs professionnels de santé repose sur des modifications tout au

Avoir accès à des professionnels de santé partout sur le territoire est une attente de plus en plus forte des populations.



Cette loi rédigée dans la précipitation, avec peu de concertation avec les usagers, les organisations professionnelles, les associations d'étudiants de santé, les syndicats des enseignants des métiers, ne garantit pas notre futur accès à une médecine de proximité de qualité.

long de leurs études, mais aussi lors de leur recrutement c'est-à-dire en 1^{er} cycle des études. Cependant, la suppression du numerus clausus n'est qu'un effet d'annonce. En effet, il faut entre cinq et dix années pour former ces professionnels et le nombre de places en 2^e année est limité. Il est clair que le nombre de personnels de santé est appelé à stagner pendant une longue période.

Ensuite, il est important d'avoir des structures médicales de proximité, des professionnels de santé qui connaissent les territoires. Or, l'action de l'Agence régionale de santé (ARS) va exactement dans la direction opposée : fermetures d'hôpitaux dits « de proximité » (chirurgie, obstétrique, radiologie), sous prétexte de sécurité ou d'obsolescence du matériel, aux profits d'hôpitaux dits « principaux ». En fait, ce sont des dispensaires qui se substituent peu à peu à nos petits hôpitaux de proximité.

On voit ainsi que cette loi rédigée dans la précipitation, avec peu de concertation avec les usagers, les organisations professionnelles, les associations d'étudiants de santé, les syndicats des enseignants des métiers, ne garantit pas notre futur accès à une médecine de proximité de qualité ni même la meilleure formation de plus de professionnels de santé. ■

QUELQUES DONNÉES POUR LA FRANCE

En 2016, 2,6 millions de personnes bénéficiaient d'une allocation affection de longue durée (ALD) pour diabète, soit 4,2 % des assurés.

En 2017, l'espérance de vie est de 79,5 ans pour les hommes, 86,3 ans pour les femmes, et l'espérance de vie en bonne santé de 62,6 ans pour les hommes et de 64,9 ans pour les femmes. 33 % des personnes hospitalisées avaient plus de 65 ans. 40 % des personnes de 80 ans et plus ont séjourné au moins une fois à l'hôpital.

En 2018, on dénombrait 1,5 million de personnes âgées de 85 ans et plus pour 226 000 médecins en activité. À l'horizon 2050, 4,8 millions... pour combien de médecins en activité ?

Au 1^{er} janvier 2018, 59 % des 8 600 nouveaux inscrits au Conseil national de l'ordre des médecins étaient des femmes. De plus, 15 % de ces 8 600 nouveaux inscrits sont des médecins à diplôme étranger, dont les deux tiers sont des spécialistes salariés, exerçant notamment dans les petits hôpitaux qui peinent à recruter dans certaines spécialités. 63 % des nouveaux médecins ont choisi le salariat, « soit une proportion nettement plus élevée que parmi l'ensemble des médecins en exercice (43 %) », note la Drees.

Sources : Ameli, Drees, Insee

Les formations en santé : révolution ou rendez-vous manqué ?

Depuis des années, le SNESUP-FSU demande des cursus de santé répondant aux besoins. La future loi, si elle supprime officiellement numerus clausus et examen classant, les remplace par des dispositifs qui maintiendront de fortes sélections, et ne s'oriente pas vers un premier cycle commun à toutes les formations de santé.

Par **JACQUES HAIECH**, professeur

de biotechnologies, membre de la Commission administrative

Quelques citations du débat au Parlement sur la loi lors de l'explication de vote, au cours de la deuxième séance du 26 mars 2019, jettent un éclairage sur la différence entre les bonnes intentions de départ et le résultat final.

« Derrière vos éléments de langage, rien dans ce projet de loi ne nous garantit qu'une augmentation effective du nombre de médecins formés aura lieu, puisque les financements ne suivent pas. Nos internes sont sous-payés, nos soignants sont complètement ignorés, et vous consacrez tous vos efforts à prendre des mesures incitatives au profit des médecins libéraux. » **M^{me} Caroline Fiat (LFI)**

« S'agissant des études médicales, une semaine de discussion n'a toujours pas permis de répondre à nos questions, qui sont celles que se posent les étudiants. Ainsi, la première année commune aux études de santé – Paces – est supprimée, de même que le numerus clausus, ce qui se traduira par une augmentation d'environ 20 % de places en médecine. Mais la réforme sera mise en œuvre par décret, et ses contours restent bien flous. Par quoi la Paces sera-t-elle remplacée ? Une nouvelle forme de sélection sera-t-elle mise en place ? Par ailleurs, rien n'a été prévu pour que les universités soient en mesure d'accueillir de nouveaux étudiants, ce qui inquiète la Conférence des doyens. Enfin, les épreuves classantes sont supprimées ; dès lors, sur quel fondement reposera le classement ? Comment seront classés les futurs internes ? Là encore, ces questions restent en suspens. » **Jean-Pierre Door (LR)**

« Ce projet de loi a perdu de son ambition en raison de l'abus du recours aux ordonnances. Il a perdu de sa crédibilité, tant les évaluations nous laissent penser que la lutte contre la désertification médicale est loin d'être gagnée. Il a perdu de sa bienveillance en laissant nombre de nos concitoyens oubliés. » **Gisèle Biémouret (PS)**

« Si le présent projet de loi se concentre sur l'organisation des soins en abordant la médecine de ville et les hôpitaux, il sous-estime la question de la prévention et celle de la promotion de la santé, questions qui figurent pourtant comme des priorités dans la Stratégie nationale. » **Gisèle Biémouret (PS)**

APRÈS LA PACES*, COMMENT LES UNIVERSITÉS VONT-ELLES (RE)CONSTRUIRE DE NOUVEAUX ACCÈS AUX ÉTUDES DE SANTÉ ?

Les objectifs de la future formation des personnels en santé, tels que l'on pouvait les induire à partir de l'analyse de l'ancienne Paces par les ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, peuvent se résumer ainsi :

- remplacer la sélection négative de l'actuelle Paces par un cursus permettant une spécialisation progressive et des possibilités de réorientation ;
- favoriser la réussite des étudiants optant pour les filières de santé. Avec la population étudiante de la Paces, on pouvait s'attendre, par comparaison à d'autres cursus, à des taux de succès de diplomation supérieurs à 90 % alors que le taux de succès pour les filières MMOP (médecine-maïeutique-odontologie-pharmacie) est de l'ordre de 30 % ;
- augmenter la diversité du recrutement et ne pas privilégier seulement les capacités mémorielles du futur personnel soignant, mais aussi les capacités relationnelles avec les patients.

La formation est concernée spécifiquement par le chapitre I du titre I de la loi. Mais celui-ci (ni aucun autre de la loi) ne traite ni des kinés (qui pourtant passaient par la Paces), ni de la formation des infirmières (qui maintenant doivent s'inscrire via Parcoursup), ni des autres personnels de santé diplômés au niveau licence ou master.

L'article 1^{er} supprime le numerus clausus et réforme l'accès aux premiers cycles des études de santé.

L'article 2 réforme le deuxième cycle des études médicales et supprime les épreuves classantes nationales.

Le cadrage national de cette réforme majeure du système de formation des personnels soignants ne sera effectif que vers juillet avec la promulgation de deux décrets, un pour définir les modes d'accès en premier cycle des études de santé et un autre pour cadrer le mode d'accès en troisième cycle de médecine. C'est entre juillet et novembre 2019 que les universités vont devoir préparer leurs offres de formation pour remplacer la Paces et gérer les flux d'étudiants.

C'est à partir du rapport Saint-André du 17 décembre 2018 et de l'étude d'impact asso-

Le cadrage national de cette réforme majeure du système de formation des personnels soignants ne sera effectif que vers juillet avec la promulgation de deux décrets.

* Première année commune aux études de santé.



Dans la plupart des établissements, la nouvelle offre de formation ne sera qu'une réutilisation des anciennes structures.

Nous savons que les universités qui ont mis en place des expérimentations s'approchant de ce mécanisme ont mis environ deux ans pour construire les passerelles entre formations dans les différentes composantes qui peuvent être impliquées (par exemple, sans être exhaustif, biologie, droit, sociologie, économie-gestion, psychologie...).

Pour la plupart des universités, la nouvelle offre de formation ne pourra être qu'une réutilisation des anciennes structures. Il est peu probable que le gâchis intellectuel de la Paces soit aboli. Au mieux, on peut espérer une amélioration progressive du système de formation qui va sacrifier encore quelques générations d'étudiants.

ciée au projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé (13 février 2019) que l'on peut tenter d'imaginer les scénarios que les universités doivent bâtir et intégrer dans la plate-forme Parcoursup en octobre.

L'entrée en deuxième année et troisième année des filières santé (médecine-maïeutique-odontologie-pharmacie) devrait se faire à partir de deux voies :

- le portail santé qui remplace l'année de Paces et qui est construit sur la base d'une première année de licence (unités d'enseignement permettant de valider 60 crédits ECS). Au maximum, 60 % des étudiants de deuxième année devaient provenir de cette filière sur concours. L'admissibilité au concours se ferait sur la base des notes obtenues pendant l'année, pondérées différemment selon le choix de la filière. L'admission aurait lieu après un examen comprenant obligatoirement une partie orale ;
- des licences comprenant une unité d'enseignement en santé (mineure santé). Après l'obtention d'une année L1, L2 ou L3, il serait possible d'être autorisé à passer un concours d'entrée en deuxième ou troisième année des études en santé.

Le numerus clausus est remplacé par une gestion locale des flux par filière. Ces flux vont dépendre de la capacité d'encadrement des étudiants pendant le deuxième cycle des études de santé (4^e et 5^e année).

Les étudiants du portail santé qui n'intègrent pas une filière santé mais qui ont validé l'ensemble des unités d'enseignement peuvent continuer dans d'autres licences en L2, ce qui leur donnera aussi une deuxième chance, via la deuxième voie, d'intégrer les filières santé.

Cette nouvelle offre de formation doit se mettre en place à la rentrée 2020. Pour ce faire, cette nouvelle offre doit apparaître sur la plate-forme de Parcoursup en 2019, entre juillet 2019 (publication des décrets) et octobre 2019 (information sur la plate-forme Parcoursup). Les universités ont quatre mois pour révolutionner leurs offres de formation en santé... et aucun moyen n'est annoncé (emplois, crédits, constructions, équipements).

REMPACEMENT DE L'EXAMEN CLASSANT

L'examen classant national (ECN), qui aujourd'hui conduit les futurs médecins à choisir le type de spécialité, engendre un bachotage intensif des étudiants. Le remplacement des ECN passerait par une triple évaluation comprenant un test des connaissances (ce qui était l'objectif des ECN), une évaluation des compétences cliniques et enfin la prise en compte du projet professionnel de l'étudiant. Un décret à paraître devrait cadrer ce nouvel examen classant, pour lequel le risque de l'examen à la « tête du client » n'est pas exclu. Par ailleurs, ces nouvelles modalités ne vont pas répondre aux défis du système de santé. Ainsi, actuellement, on forme 40 % de généralistes et 60 % de spécialistes avec un déficit en gynécologues et en psychiatres. On ne va pas répondre aux déserts médicaux si l'on ne modifie pas radicalement ces pourcentages et si l'on ne change pas les formes de rémunérations des généralistes et des spécialistes.

UN RENDEZ-VOUS MANQUÉ ?

Lors du lancement du travail sur le remplacement de la Paces, on pouvait imaginer qu'une réforme émergerait, qui prendrait en compte les besoins en santé de la nation. Force est de conclure aujourd'hui que la montagne a accouché d'une souris. Le dialogue constructif entre les différents acteurs de la santé (les soignants, les patients, le gouvernement) aurait dû avoir lieu et aurait permis de renouveler la promesse de 1945 lors de la création de la Sécurité sociale par Antoine Croizat : « Recevoir selon ses besoins, cotiser selon ses moyens. » ■

Les universités ont quatre mois pour révolutionner leurs offres de formation en santé... et aucun moyen n'est annoncé.

AUGMENTATION DU NUMERUS CLAUSUS EN 2019

L'arrêté fixant le numerus clausus pour 2019-2020 en médecine, dentaire, pharmacie et maïeutique est paru au *Journal officiel* le 21 avril 2019. Avec une augmentation de 9,41 % pour l'ensemble des formations de santé, cette dernière année offrira 14 928 places toutes disciplines confondues.

La hausse sera plus importante en médecine (9 314 places, soit 1 109 places de plus) et en dentaire (1 320 places, soit 117 places de plus), qu'en pharmacie (3 261 places, soit 137 de plus) et en maïeutique (1 033 places, soit 42 de plus).



Les recherches en sciences infirmières

Un parcours allant du diplôme d'infirmière¹ aux fonctions de professeure n'est pas banal, surtout lorsqu'il va de pair avec l'émergence, chèrement conquise, d'une nouvelle discipline, les sciences infirmières. Monique Rothan-Tondeur², chercheuse en sciences infirmières, titulaire de la chaire recherche sciences infirmières APHP-Université Paris-XIII, fait le point sur ce nouveau champ de la recherche.

Propos recueillis par **MICHELLE LAUTON**

Où en est la recherche en sciences infirmières (RSI) ?

MONIQUE ROTHAN-TONDEUR. Elle est assez récente en France. La RSI existe dans les pays anglo-saxons depuis très longtemps (soixante ans aux États-Unis). Mais la RSI existe aussi dans de nombreux autres pays sur tous les continents (Portugal, Pologne, Grèce, dans certains pays africains, pour ne donner que ces exemples). La chaire a identifié une vingtaine d'enjeux de la RSI (article à paraître) : la recherche clinique (evidence based nursing, personnes âgées, maladies chroniques, observance, infections...), la gestion (dotations en personnel infirmier, main-d'œuvre internationale, environnement de travail), la formation (des infirmières, formation interprofessionnelle, compétences non techniques). Il y a des enjeux sur les méthodes, l'utilisation des technologies, la place du patient, les programmes de recherche (promotion de la recherche infirmière, diffusion des résultats, valorisation des doctorats...). Mais aussi le développement de la profession par la recherche, le leadership infirmier, les pratiques avancées. Les infirmières chercheuses peuvent s'investir sur ces thèmes d'études ou naturellement en ouvrir d'autres.

Combien d'infirmières sont engagées dans des travaux de RSI ? Avec quels moyens ?

M. R.-T. Hormis quelques pionnières, la plupart s'y sont engagées grâce aux programmes hospitaliers de recherche clinique, programme de financement de la RSI ouvert depuis 2009. Le nombre de projets est croissant depuis 2009 : 80... 100... 200. Bon nombre d'infirmières et paramédicaux s'y sont engagés avec le soutien des coordinateurs paramédicaux de recherche (CHU). Les moyens ? Il y en a beaucoup et trop peu. La RSI est financée par le ministère de la Santé grâce au programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale, ce qui a tout changé. D'autres appels à projets de moins grande

importance mais très utiles sont ouverts depuis cette date. Des bourses doctorales sont également ouvertes, par exemple l'APHP en ouvre une ou deux par an pour des infirmières voulant s'inscrire en doctorat. Mais c'est encore trop peu et faire financer une RSI reste difficile.

À quel point a-t-on « universitarisé » la formation des infirmières et des paramédicaux ?

M. R.-T. Depuis 2009, le grade de licence est décerné aux infirmières. La discipline SI présente dans maints pays n'existait pas encore en France. Après son grade de licence, l'infirmière peut poursuivre en cursus master ou doctorat, mais dans d'autres disciplines (sociologie, santé publique...), ce qui gêne la visibilité des RSI. La discipline SI sera enfin créée en France en 2019-2020... avec ses cursus et des emplois d'enseignant-chercheur si les universités le décident. Cela permettra une véritable visibilité de la RSI en France et à l'international.

Faut-il intégrer les écoles d'infirmières dans des UFR santé ?

M. R.-T. Des départements ou instituts de SI existent déjà, ainsi que des conventions université-école d'infirmière. On ne peut imaginer des MCF ou PR en SI hors l'université. Il faut donc une entité, comme par exemple une UFR santé.

Que reste-t-il encore à faire ?

M. R.-T. Peu de choses ont évolué entre les années 1920 et la fin du XX^e siècle ; bien plus depuis dix ans. Il reste encore à donner à la profession des lettres de noblesse, une culture de la recherche, favoriser l'utilisation de la recherche et l'implantation des nouveaux savoirs dans les pratiques. Il reste aussi à changer l'image des infirmières dans le public : en France, l'infirmière est très appréciée à l'instar des pompiers, mais on pense aussi à « la piqueuse ». L'image de l'infirmière en France reste donc encore à changer. ■

“
Il reste encore à donner à la profession des lettres de noblesse, une culture de la recherche.”

1. Dans cet article, le terme « infirmière » inclut les infirmiers.

2. Infirmière (cadre supérieur de santé) ; docteur en santé publique ; titulaire du DHDR.

Médecins, hôpitaux : loin des besoins

François-Patrick Châtelet, PUPH honoraire (CHU Saint-Antoine), ancien membre du Bureau national du SNESUP, analyse le projet de loi Santé¹ à partir de son expérience de professeur de médecine et de militant syndical, mais aussi d'habitant d'un territoire (Côtes-d'Armor) où se conjuguent pénurie médicale et remaniement des hôpitaux.

Propos recueillis par **GÉRARD LAUTON**

Qu'en est-il de la formation initiale des médecins ?

FRANÇOIS-PATRICK CHÂTELET. Censé disparaître, le numerus clausus s'effectuerait autrement à l'aune des capacités d'accueil et de données de santé publique. On hérite d'un double lobbying : les spécialistes ne voulaient pas de concurrence ; et la Sécu diminuait l'offre de soins pour réduire la demande. La ministre annonce + 20 % mais mandarins et spécialistes s'y opposeront. On irait vers un numerus clausus régionalisé négocié entre ARS² et universités. On pourrait aussi avoir un numerus clausus a posteriori pour le rattachement au secteur 1 dont le flux serait contrôlé. Forcera-t-on plus de praticiens à rester généralistes (second numerus clausus à l'internat) ? Corriger les déséquilibres géographiques est ardu dans une médecine libérale à l'acte.

Qu'est-il prévu pour l'internat ?

F.-P. C. Le SNESUP a été favorable à l'internat national : accès aux spécialités, meilleures conditions, valorisation³ du généraliste. Le régionaliser redonnerait la main aux mandarins. L'examen classant national (ECN) offrait l'avantage du concours anonyme favorable aux femmes, déjà brimées pour l'accès au clinicat... Le profil social jouera-t-il sur l'accès au 3^e cycle (parcours ordinaires ou prestigieux) et sur l'évaluation des « compétences cliniques et relationnelles » ?

Une certification régulière des médecins...

F.-P. C. Pourquoi pas une formation continue tous les deux ou quatre ans ? Avec un DU⁴ Nutrition, le médecin de ville aurait un surhonoraires partiellement remboursé au patient venu pour cela. Oui à une formation post-universitaire publique si elle reste compatible avec le mode d'exercice.

Les praticiens hospitaliers (PH) ?

F.-P. C. Quant aux PH⁵, leur statut unique prévoyait un concours national sur poste : une révolution car avant, le patron recrutait. Le reporter au niveau régional dans un groupement hospitalier de territoire (GHT) peut avoir de fâcheux effets (mandarinate, sélection arbitraire).

Quel impact aurait un déclassement de centres hospitaliers en hôpitaux de proximité ?

F.-P. C. Cela concernerait 200 à 400 hôpitaux. Les nouveaux 600 « de proximité » (dont les actuels « hôpitaux de soins de suite et de réadaptation » – SSR), sans urgences nocturnes, chirurgie, maternité, auront-ils des urgences de jour, un hélicoptère, une radiologie avec scanner ? Aux

hôpitaux « généraux » de se défendre via leurs instances avec leurs élus. Face à une question de gros sous, on nous dira : on ne trouve pas les spécialistes à recruter (anesthésistes...). Et l'hôpital principal pourra régenter tous les hôpitaux du territoire.

Qu'en est-il dans les Côtes-d'Armor ?

F.-P. C. Mon secteur (ouest) va de Saint-Brieuc – hôpital de référence – aux confins du Finistère. Lannion a fusionné avec Trestel (SSR), désormais sans autonomie ni directeur. Le GHT sert à imposer les restructurations et facilite le partenariat-public-privé sur les gros équipements. Ainsi, Saint-Brieuc possède le PET Scan et Plérin la RMN. L'opérateur du PET Scan peut être un libéral. Via le GHT, on rationalise la carte au prix d'une fin de l'autonomie qu'avait tout hôpital depuis 1970. Mais il faut payer le spécialiste. Avec le télépaiement, le patient ne sait pas si le médecin du PET Scan est un libéral (intégration public-privé). À Lannion, une IRM a été payée en partie par crowdfunding pour contraindre l'ARS.

On peine à recruter médecins et paramédicaux.

Comment faire ?

F.-P. C. Financer les études en contrepartie d'une installation dans des zones en tension (IPES médicaux) peut améliorer les choses, avec des limites. Le nouveau médecin songe à exercer comme salarié et ne veut plus travailler seul. Les internes de spécialité se vivent comme rares et chers, ils s'installent où ils veulent (villes de CHU). Cela pèse sur l'accès à certaines spécialités pour les patients. Quant aux maisons médicales, le paiement à l'acte ne permet guère de les financer. La commune paye tout. ■

“
Corriger les déséquilibres géographiques est ardu dans une médecine libérale à l'acte.
”

1. Cf. version longue : www.snesup.fr/article/entretien-avec-francois-patrick-chatelet-puph-honoraire-chu-saint-antoine.
2. Agences régionales de santé.
3. Viser l'égalité des honoraires généralistes/spécialistes.
4. Diplôme d'université.
5. Du temps de Jack Ralite.

© M. et G. Lanton



Les atouts-maîtres des centres de santé

Une nouvelle donne s'impose pour le système de soins en France, tant au bénéfice des patients qu'à celui des soignants. Alain Beaupin, médecin, président de la coopérative de santé Richerand (Paris X^e)*, nous explique en quoi les centres de santé en constituent un maillon essentiel.

Propos recueillis par

JACQUES HAIECH et MICHELLE LAUTON

Dans un système de santé répondant aux besoins, quels seraient les rôles des centres de santé et des maisons médicales vis-à-vis des autres acteurs (praticiens libéraux, hôpitaux) ?

ALAIN BEAUPIN. L'organisation du système de santé est une question-clé. Notre système est bicéphale : l'hôpital majoritairement public, la médecine de ville essentiellement privée. Médecine de prévention, santé publique, à l'école et en PMI, viendraient compléter le paysage, mais elles sont délaissées depuis si longtemps. Pas de politique de prévention ni d'articulation réelle avec la médecine curative.

Ces approches émietées, focalisées sur institutions ou professionnels, heurtent les attentes du public de réponses plus individualisées, intégrant soins et prévention, avec des réponses individuelles inscrites dans une dimension collective et le financement solidaire par la Sécurité sociale. En matière de soins, ce secteur souffre de deux maux : hospitalocentrisme et dépérissement du modèle libéral. À l'inverse de bien des pays analogues, les ressources sont encore affectées à des actions inutiles. Faut-il tant d'exams médicaux, d'actions médicales interventionnistes à grands frais et au prix de souffrances morales et physiques parfois injustifiables ? Surprescriptions, surdiagnostics sont un vrai enjeu de santé publique. Il faut remettre le système sur ses pieds selon une offre de proximité organisée en centres de santé, articulée avec des hôpitaux de spécialisation graduée.

Comment inciter les nouveaux médecins à travailler dans les « déserts médicaux » ?

A. B. Attentifs à leur vie de famille, à leur épanouissement personnel, ce sont désormais majoritairement des femmes, qui veulent travailler en équipe et n'ont plus d'attrance pour l'exercice libéral. Tout naturellement l'exercice salarié, en centre de santé, répond à leurs attentes si les conditions d'exercice et les niveaux de rémunération sont corrects. Cela devient le modèle d'organisation de référence. Il y a quelques années les maisons de santé sont apparues selon un modèle libéral : le professionnel était encore un travailleur indépendant. Il y a désormais, dans certaines maisons de santé, des aspirations au salariat. Construites à grands frais

(subventions publiques), elles sont souvent restées vides. La Saône-et-Loire a créé un centre de santé départemental pour les utiliser et ça a marché.

La Corrèze fait de même. Pas un jour sans que la presse quotidienne régionale ne relate une nouvelle initiative locale.



Comment inciter les jeunes en formation à choisir les spécialités déficitaires ? Le tissu médical hors CHU pourra-t-il fournir des terrains de stage et l'encadrement requis ?

A. B. La formation des spécialistes est un sujet pour les universitaires, mais je préfère me placer du point de vue des patients. Comment améliorer l'accès au spécialiste... mais seulement lorsqu'il est nécessaire. Vu la démographie médicale, leur nombre va décroître, des spécialités disparaîtront en ville. Est-ce une catastrophe ? Pas sûr : dans certains pays, il n'y en a pas en ville car ils sont à l'hôpital et on y accède sans problème en cas de besoin. Cette piste est à explorer en France. Dans bien des centres de santé, le spécialiste se partage entre centre de santé et hôpital. Il n'est consulté que lorsqu'un problème complexe justifie son expertise et des examens hospitaliers. Une fois la réponse apportée, il repasse la main au médecin traitant, libérant les créneaux de rendez-vous pour d'autres patients. C'est plus simple pour le patient, plus disponible, plus efficace. L'avenir est à des formes d'intégration entre centres de santé et hôpital, régis par des financements partagés à expérimenter très vite. ■

“
L'avenir est
à des formes
d'intégration
entre centres
de santé
et hôpital.

”

* Cette coopérative associant usagers, salariés, hôpitaux partenaires et collectivités territoriales est issue de la transformation du Centre national de santé de la CCAS (EDF-GDF).

Une carte sanitaire à l'opposé des besoins

Votée en première lecture à l'Assemblée nationale, la loi Santé ne répond pas aux besoins d'une carte sanitaire équilibrée garantissant un accès aux soins sans exclusion territoriale et accroît l'emprise du privé. Entretien* avec Christophe Prudhomme, praticien hospitalier à l'hôpital Avicenne (Bobigny), porte-parole de l'Association de médecine d'urgence en France, membre de la commission exécutive de la Fédération CGT-Santé-Action sociale.

Propos recueillis par

JACQUES HAIECH et **MICHELLE LAUTON**

Comment remédier au manque de médecins et mieux lier leur rôle avec celui des autres praticiens ?

Quid de la formation des personnels de santé selon le projet de loi Santé ?

CHRISTOPHE PRUDHOMME. Cette loi ne règle pas les problèmes car on n'a pas défini le nombre de médecins visé. On continue de former plus de spécialistes que de généralistes (60 %-40 %) alors que les besoins nouveaux (maladies chroniques...) nécessitent bien plus de généralistes pour coordonner la prise en charge des patients. La loi réorganise les professions, responsabilités et tâches. Mais plutôt que des assistants médicaux, il faudrait revoir les rôles des autres professions de santé, reconnaître et rémunérer une qualification accrue. Si l'on veut que l'infirmier ou l'infirmière, reconnu.e à bac+3, soit clinicien.ne, il faut recruter au niveau master (voire doctorat). Or en France, ils/elles ont des revenus parmi les plus bas dans l'OCDE. Si l'on ne change pas le ratio généralistes/spécialistes et les rôles des personnels de santé, on aura une catastrophe sanitaire en 2030, comme c'est déjà le cas dans certaines régions. En Guyane, il est proposé d'importer des médecins cubains... Faute de former les médecins en France à la mesure des besoins, allons-nous lancer un appel d'offres international comme l'a fait la Norvège il y a vingt ans ? On a déjà beaucoup de médecins à diplômes étrangers en France, mais cela revient un peu à importer des esclaves – une main d'œuvre bon marché – pour assurer la continuité des soins à des moments où les médecins français n'exercent pas. Mieux vaudrait accueillir des médecins déjà formés et au fait de notre système de santé.

Un article de loi redéfinit les hôpitaux de proximité. Vont-ils faire face aux besoins ?

C. P. Non, on reviendrait quarante ans en arrière à des hospices pour vieux, sans maternité, ni chirurgie, ni urgences ! Une maison de retraite avec quelques lits de médecine, sans plateau technique. Un hôpital de proximité doit assurer les urgences 24 heures sur 24, et non fermer à 19 heures, garder sa maternité et de la chirurgie ambulatoire pour répondre aux attentes de la population. Agnès Buzyn veut en fermer 300 et les transformer en hospices. Dans les Ardennes, il

En supprimant les hôpitaux de proximité, le ministère de la Santé met en danger la population.

resterait un seul hôpital pour le département, avec des temps d'accès de plus d'une heure et une mise en danger de la population. Quant aux maternités, il est scandaleux de les fermer faute de gynécologues-obstétriciens, de proposer des chambres d'hôtel aux femmes dont l'accouchement est proche, et périlleux de se défausser sur des urgentistes pour assurer des accouchements inopinés.

Que dire des regroupements imposés par l'agence régionale de santé (ARS) ?

C. P. Les ARS sont des préfetures sanitaires imposant de manière brutale aux régions des regroupements autoritaires. Garder un nombre d'établissements très réduit, concentrés sur les métropoles, aggrave la désertification sanitaire. Au lieu de la coopération promise pour améliorer l'offre de soins, on est dans une fusion autoritaire qui fait passer de cinq hôpitaux à un seul, avec un hôpital « support » sur un rayon de 60 à 100 kilomètres et des budgets contraints. On vend aux collectivités des reconstructions d'hôpitaux, mais au passage, Bercy impose une suppression de 30 % des lits. Comme à Dijon, cela ouvre un boulevard au privé lucratif qui prend les créneaux rentables (activité ambulatoire, dialyse, imagerie médicale...) et laisse les autres à l'hôpital public (médecine, personnes âgées, maternité). C'est un système de soins à plusieurs vitesses, comme aux États-Unis : de très bons hôpitaux privés où il faut une bonne assurance pour payer les soins, et des hôpitaux publics dégradés dans les quartiers défavorisés où certains indicateurs de santé, notamment pour les enfants, sont ceux de l'Afrique ! Le pays dépense 50 % de plus que la France pour son système de santé, mais ce surplus sert uniquement à rémunérer les actionnaires. ■

“
Garder un nombre d'établissements très réduit, concentrés sur les métropoles, aggrave la désertification sanitaire.”

* Cf. version longue : www.snesup.fr/article/entretien-avec-christophe-prudhomme-praticien-hospitalier-lhopital-avicenne-bobigny.



Les associations de malades dans le contexte de la démocratie sanitaire

Une expérience personnelle dans le monde associatif (maladies rares) a conduit l'auteure à soutenir une thèse sur les « patients experts » et à poursuivre des activités de recherche sur l'engagement des usagers comme acteurs du système de santé.

Par **OLIVIA GROSS**, chercheuse associée
au Laboratoire éducations et pratiques de santé¹

Traditionnellement, les associations de malades² ont pour objectif d'augmenter le pouvoir d'agir des personnes et leur liberté de choix, ce qui implique cinq missions contributives :

- **améliorer l'équité d'accès au soin.** Faire en sorte que les personnes aient accès aux essais cliniques, aux prises en charge financières, aux centres de soins et lieux de répit. Ce qui passe par une forme d'activisme dite « politique » pour étendre les possibilités des conditions d'accès ;

- **soutenir les ressources individuelles des personnes.** L'exercice de leur liberté de choix suppose de leur donner accès aux informations et de développer leurs capacités de les traiter. Les associations mènent des actions de formation-information sous différentes formes : bulletins d'information, organisations de groupes de paroles où des personnes témoignent et incitent les autres à agir pour leur santé, interventions plus formelles de personnes qualifiées...

- **améliorer les liens sociaux entre les personnes.** Rompre l'isolement et le sentiment douloureux d'être confronté à un vécu unique, faciliter les échanges entre malades (et proches). Les associations ont longtemps organisé ces échanges mais, récemment, via les réseaux sociaux, ils leur échappent en partie ;

- **dynamiser la recherche.**

Mettre la maladie qui les concernent à l'agenda des chercheurs et cliniciens. C'est de l'ordre d'un activisme dit « thérapeutique », qui peut être d'ordre financier (levées de fonds des associations pour des projets d'équipes de recherche déjà constituées). Pour des maladies moins bien pourvues comme les maladies rares, cet activisme peut orienter les recherches selon les priorités des malades,

ainsi des associations vont jusqu'à lancer leurs propres appels d'offres. Parfois cela va jusqu'à contester les recherches traditionnelles (maladie de Lyme...);

- **alerter.** En contact avec maints malades, elles peuvent repérer des symptômes ou effets indésirables non encore décrits (« épidémiologie populaire »), ou dénoncer des pratiques médicales (packing dans l'autisme).

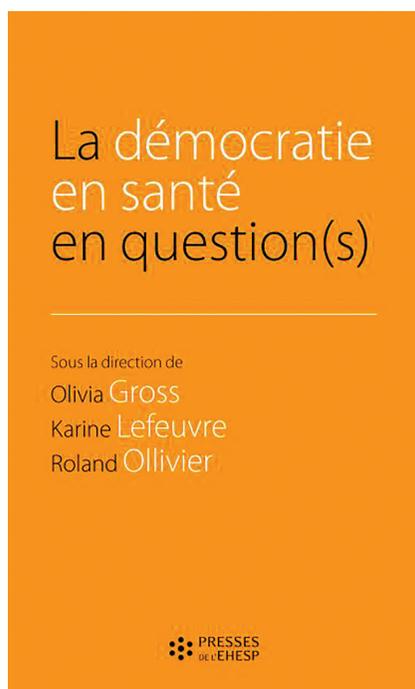
LE RÔLE DES ASSOCIATIONS DE MALADES

Elles ont un rôle grandissant dans le système de santé, dans le cadre mouvant d'une démocratie sanitaire qui, sous l'effet de multiples facteurs, ne fait que s'étendre. Outre les actions réalisées dans l'entre-soi, les associations de malades ayant

l'agrément des associations d'usagers du système de santé mènent depuis 2002 des actions d'intérêt général au sein de commissions institutionnelles. Les professionnels de santé sont de plus en plus invités à intégrer les perspectives des associations pour améliorer la pertinence des actions de santé afin de s'assurer que ce qui est fait, mesuré, analysé, soit ce qui compte vraiment pour malades et proches. Cela concerne notamment l'éducation thérapeutique du patient (ETP), qui répond à l'une des missions du milieu associatif : améliorer les ressources individuelles des personnes. Ce champ de pratiques s'est donc hybridé avec des pratiques associatives. Ainsi s'y sont développés les groupes de parole et le pouvoir émulateur de pair à pair en allant jusqu'à intégrer des patients-intervenants sachant la légitimité sans égale de « celui qui est passé par là ».

Cet exemple est emblématique des nouvelles modalités coopératives qui émergent, parfois à partir de propositions associatives. Cela réinterroge les places de chacun, mais on ne peut qu'inciter à ne pas perdre le meilleur de ce que peut apporter chaque type d'acteur. ■

Les professionnels de santé sont de plus en plus invités à intégrer les perspectives des associations pour améliorer la pertinence des actions de santé.



Olivia Gross est coauteure de *La Démocratie en santé en question(s)*, publié aux éditions de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) en 2018.

1. LEPS (EA 3412), université Paris-XIII.
2. À ne pas confondre avec les associations de santé.