



Café Nile : “Les soutiers de la crise”

Etienne Caniard, vice-président du CESE

Mercredi 23 septembre 2020 - Par visioconférence

--

Introduction

Olivier Mariotte : M. Etienne Caniard nous fait le plaisir d’être présent pour commenter le colloque de la semaine passée sur « Les soutiers de la crise », c’est-à-dire les personnes qui ont participé à cette crise en dehors des radars médiatiques et qui ont fait un travail essentiel. De ce colloque sortiront des actes qui seront diffusés par la suite ; M. Caniard en tant que grand témoin de ce colloque a accepté de contribuer à ces travaux.

- Etienne Caniard, vice-président du CESE :

On s’aperçoit que derrière la diversité des situations, des acteurs, des attentes et revendications, il y a un message commun, facile à résumer : plus de considération, plus d’écoute, un respect des acteurs, un allègement des pesanteurs qui bloquent le système. Finalement, un message très positif qui est celui qui résulte d’une situation de crise avec des problèmes très difficiles à régler, mais qui ont pu être dépassés par l’inventivité des acteurs et leur mobilisation.

Ce colloque a également permis de se rendre compte que les problèmes sont connus depuis longtemps, font l’objet d’un constat partagé, mais que les solutions n’émergent pas. La question est donc de savoir si la crise a été suffisante pour faire émerger ces solutions.

“Mettre les équipes au cœur des projets de soin”, “la qualité de vie au travail” : toutes les questions de la crise étaient posées avant celle-ci. L’analyse théorique était faite : on est passés pendant la crise aux travaux pratiques, avec le constat que l’on peut faire les choses autrement.

Il y a des éléments positifs. Premièrement, en trois jours de colloque, jamais le mot “tutelle” n’a été employé par quiconque. Aujourd’hui, plus personne ne peut parler de tutelle vis à vis des acteurs, ils ont pris leur autonomie.

Plusieurs grandes thématiques se sont dégagées lors de ce colloque :

1. Démocratie sanitaire et place des usagers

Formellement, la place des usagers était absente de ce débat ; en réalité, elle ne l'a pas été tant que ça. Les acteurs ont fait en sorte de répondre aux besoins réels des usagers, davantage qu'aux besoins qu'ils imaginaient pour eux.

Cela rejoint l'absence du mot "tutelle" de ce colloque : il n'y a pas de rejet de l'autorité, mais un besoin pour ceux qui exercent l'autorité d'expliquer leurs décisions. Tous ceux qui détiennent une part d'autorité devront, demain, expliquer leurs décisions et les conditions dans lesquelles se prennent les décisions. Les acteurs ont pris le pouvoir parce qu'il fallait agir.

2. Collectivités : la santé est incontournable

Tous les acteurs des collectivités ont affirmé qu'ils ne pouvaient être absents des sujets sanitaires. C'est positif, mais ça peut être porteur de beaucoup de dangers si différents échelons interviennent à différents domaines. Ainsi, une condition est nécessaire pour que l'implication de chacun soit positive : les solutions marchent mieux quand l'intervention de chacun est limitée, avec une adaptation au terrain. Quand les métropoles ont été créées, on a laissé les acteurs choisir quelles prérogatives étaient transférées. On ne peut pas faire un regroupement uniforme des compétences qui soit cohérent et efficace partout ; il faut laisser le choix aux acteurs et passer une nouvelle étape dans le décloisonnement et la confiance au local.

3. Les relations public-privé

Quand on entend des acteurs du public et du privé, ils ont les mêmes revendications, le même souci d'être libérés des contraintes, des normes. Ainsi, même ceux qui doivent appliquer et faire appliquer les normes expriment leurs besoins de passer à plus de liberté ; trop de normes, c'est des normes non appliquées et ça nuit à la crédibilité de l'action publique. Désormais, on entend des directeurs généraux d'ARS parler de créativité, d'intelligence collective.

4. Les statuts du personnel hospitalier

On a entendu beaucoup de remarques sur les bénéfices de la compréhension réciproque, de l'exercice mixte. On ne peut pas tenir avec une situation de rémunérations trop variables entre le public et le privé, il faut faire respirer les statuts.

5. Les coopérations professionnelles

La crise conduit à utiliser des compétences qui, habituellement, sont sous-employées. Dans pratiquement tous les échelons, les individus sont sous-employés par rapport à ce qu'ils savent faire. Pendant la crise, les compétences ont été utilisées sans prendre en compte les questions de décrets de compétences, de responsabilités. C'est une question qui doit être posée différemment, en termes de transferts de tâches. C'est un sujet complexe, car il y a un décalage entre ce que l'on a entendu et ce que l'on a constaté. Les nouveaux modes d'exercice comme, par exemple, les maisons de santé sont de formidables lieux d'innovation.

6. La télémédecine

François Lescure a dit quelque chose de très important : ne confondons pas l'outil et la manière d'utiliser l'outil. La télémédecine ne doit pas être vue comme une réponse à un manque ; il ne faut pas développer la télémédecine parce qu'il manque des médecins, mais parce que cela convient mieux à beaucoup de patients. Je prends l'exemple d'un EHPAD des Côtes-d'Armor, où les téléconsultations ne sont pas un palliatif mais un outil permettant de

faire ce qu'on ne fait pas habituellement. Il n'y a pas « d'inhumanisation » avec la télémédecine, au contraire, il peut y avoir beaucoup plus d'attention, de personnalisation, et un gain de temps médical.

Concernant la pénurie médicale, je crois qu'il n'y a pas de pénurie globale. Le problème n'est pas la pénurie du nombre de médecins, mais le temps médical disponible : celui-ci augmente avec les coopérations professionnelles et le développement de la télémédecine.

7. Produits de santé

Lors de ce colloque, les attentes des acteurs ont été exprimées ; mais également, la complexité de la chaîne du médicament a été expliquée. Les causes réelles des ruptures d'approvisionnement sont des causes industrielles, liées notamment à la complexité de la chaîne. La chaîne est complexe, et méconnue des tutelles.

Il n'y a rien de nouveau. Tous les sujets dont on parle sont des sujets connus. Aujourd'hui, on a montré qu'autre chose était possible. Des opportunités existent ; il faut intégrer dans l'ensemble des réflexions les problèmes transversaux qui ont été évoqués lors de ce colloque.

O. Mariotte : *Merci pour ces réflexions pertinentes qui seront très utiles pour la rédaction des actes de ce colloque. Ce document pourra interpeller le politique et nous ferons en sorte qu'ils soient partagés par tous.*

François Lescure, président de MédecinDirect et de LET (Les Entreprises de Télémédecine) : *On oppose souvent la télémédecine et la médecine. Pourtant, la télémédecine, sur les territoires, pourrait apporter une composante territoriale intéressante au titre de la permanence de soins, surtout avec l'isolement de certains professionnels.*

Tous les outils du champ de la télémédecine permettent d'avoir des possibilités nouvelles ; il faut être le plus ouvert possible, à la fois concernant les solutions, mais aussi concernant les questions qui nous traversent depuis des années. Est-ce qu'on a besoin de spécialistes dans tous les territoires ? Via le généraliste, des outils de coopération par la télémédecine présentent bien des avantages. C'est un sujet majeur, et la télémédecine n'est pas un outil palliatif.

Sadek Krouri, Sanofi : *Ma question est, volontairement, un peu provocatrice : si vous pensez qu'il n'y a pas de pénuries de médecins, vous ne pensez donc pas qu'il existe des déserts médicaux ?*

Cela dépend de ce qu'on entend par *pénurie de médecins*. Concernant l'hôpital, j'ai toujours été partisan d'une diminution de l'activité hospitalière très technique lorsqu'elle n'est plus efficace ; par exemple pour les maternités, il vaut mieux un suivi efficace au long cours des maternités sur les territoires quitte à déplacer un peu les services de maternité.

En revanche, je suis un grand partisan du développement des hôpitaux locaux. Pour les personnes âgées notamment, il y a trop souvent une prise en charge inadaptée directement aux urgences, alors que les hôpitaux locaux offrent quelque chose de bien.

Je ne dis pas que les déserts médicaux n'existent pas, je dis que le terme opacifie des situations complexes. Dans certains territoires, il n'y a pas besoin de beaucoup plus de médecins.

Bernard Elghozi : *La limite de la télémédecine réside dans le fait que des personnes ne sont pas suffisamment outillées, il y a une vraie fracture numérique : il faut arriver à faire du lien avec ceux qui sont en situation de fracture. Deuxième réflexion sur la pénurie de médecins : on a assez de médecins, mais ils préfèrent travailler en salariat. Est-ce que les MSP, les CPTS etc. arriveront à répondre aux enjeux ? La vraie question est de retravailler les statuts de chacun.*

Je crois beaucoup que la télémédecine ne se résume pas à la téléconsultation chez soi pour celui qui ne veut pas se déplacer. L'exemple de la téléconsultation en EHPAD, dans une cabine, en présence d'un généraliste est un bon exemple : il n'y a pas de déshumanisation, il n'y a pas de fracture, l'outil est utilisé dans une relation très humaine.

Concernant les CPTS et les coopérations entre acteurs, Thomas Fatome a récemment parlé des CPTS en matière de gestion des crises : c'est à la fois intéressant car cela montre leur utilité et inquiétant car elles ne sont pas là pour résoudre tous les problèmes. Le principal frein aux coopérations interprofessionnelles est l'exercice isolé. Aujourd'hui, les promoteurs des maisons de santé sont dans un état d'esprit différent.

Thomas Riquier, Nile : *La télémédecine n'est, pour moi, pas qu'un outil mais un révélateur de coopérations. Elle est avant tout une question de coopérations professionnelles, elle réinterroge les pratiques et les rôles ; les infirmiers et les pharmaciens doivent travailler tous ensemble, avec la télémédecine, plutôt que de s'affronter. Cet accompagnement, cette humanité, c'est la fin d'un fantasme selon lequel la télémédecine déshumanise la pratique alors qu'elle crée du lien.*

Je ne crois en effet pas du tout à la déshumanisation de la télémédecine, qui existe aujourd'hui dans l'hospitalier. Les gros risques c'est d'y voir seulement un outil palliatif, et d'être réticents envers ce qui ne sont que outils.

Olivier Mariotte, Nile : *Je trouve que cette crise a révélé quelque chose de significatif, c'est que la santé est devenue, de manière imagée, « laïque ». La santé était la cathédrale au milieu du village, sans contact avec la ville, sans contact entre les acteurs. Il y a des gens qui font des métiers indirectement soignants, qui ont apporté une immense aide (je pense à Sodexo), et en fin de compte cette intrusion positive des acteurs économiques crée une porosité de la santé qui n'a jamais été montrée avec autant d'acuité. La santé est une organisation qui doit mailler tout le pays.*

On est nombreux à dire depuis très longtemps que la santé ce n'est pas seulement le soin. Quand on dit ça, on ne pense cependant pas forcément à toute cette irrigation et à tous ces maillons qui structurent pourtant beaucoup nos territoires. Ce qui me paraît intéressant, c'est la mise en évidence de toutes ces interrelations. Je trouve que les EHPAD sont un peu un lieu de retrait de la société. La santé irrigue tout, mais les EHPAD par exemple sont assez peu ouverts sur la ville.

Jean-François Gerard-Varet : *Je suis un médecin généraliste qui arrive à la fin de sa carrière professionnelle, j'ai notamment été médecin coordinateur en EHPAD. Quelle est selon vous la place du médecin généraliste dans le futur système de soins ? La place de médecin généraliste en hôpital local a été supprimée, alors qu'elle était passionnante.*

Le fait que les pathologies soient de plus en plus des pathologies chroniques fait que les patients ont besoin de soins mais aussi d'accompagnement et de coordination. Le futur modèle n'est pas encore totalement dessiné. Dans les années 90, les débats portaient sur le médecin généraliste comme « pivot » du système de santé, toute spécialisation médicale induisant le développement d'une transversalité qui permet de bien utiliser cette spécialisation. Parallèlement, le développement des maisons de santé induit que les médecins généralistes jouent un rôle central, mais rien ne dit que demain dans ces maisons ce rôle de pivot ne soit assuré par quelqu'un d'autre.

Si l'on prend les questions de santé mentale, le généraliste est le premier confronté à ces difficultés, et est en même temps très désarmé sur ces questions - il ne connaît pas toujours très bien les recours possibles. Il y a un vrai sujet de formation, de soutien à l'activité du généraliste - il faut que le généraliste soit entouré d'un professionnel qui lui permette d'exercer un certain nombre de tâches. Beaucoup de professions d'accompagnement sont tout aussi essentielles et deviennent, elles aussi, indispensables car il y a pour les patients un besoin d'accompagnement autant que de soins.

Aurélien Resse, MNT : *Je viens du monde paritaire et je suis attaché à la négociation et au paritarisme. Pourquoi avoir eu recours à l'article 51 de la LFSS pour 2010 pour la télémédecine au lieu de l'article 3 de la convention paritaire nationale, qui aurait permis d'associer mieux médecins et patients ?*

Je me souviens, bien qu'il faille nuancer le propos, d'une discussion avec Nicolas Revel avant sa nomination à la CNAM : quel chantier faudrait-il lancer en premier ? Je proposais de supprimer les conventions médicales, car on a une superposition d'encadrements et de normes qui rendent les choses complexes. Aujourd'hui, on voit bien que sur les expérimentations on a fabriqué une usine à gaz incroyable avec des initiatives locales, des avis multiples, avec cette idée toujours présente de ceux qui regardent la santé d'en haut : une expérimentation réussie serait forcément une expérimentation reproductible. Ce n'est pas vrai. Ce qui marche à un endroit peut être efficace sans marcher ailleurs. On est dans un pays où on se contente de l'égalité de droit, et où on ne cherche pas l'égalité de fait.

Olivier Mariotte, Nile : *Quel est le risque que les choses se referment, que le monde d'avant nous rattrape dans le monde d'après ?*

Il n'y a rien de pire que les décisions éloignées du terrain. En France, nous n'avons pas de problème de « suradministration » : on a un problème d'administration trop coupée du terrain. Il faut des agents d'ARS territoriaux, sans doute davantage, mais il faut moins de volonté d'homogénéiser partout. Il faut un vrai changement culturel. Nous avons une prééminence du contrôle. En Allemagne, il y a une prééminence du management. Le management ne peut se faire que du terrain, avec ceux qui travaillent. Le contrôle peut se faire du sommet. Il faut passer d'un pilotage uniformisant à un management du terrain.

Je suis un incorrigible optimiste. On vit un changement qui me fait penser à Mai 68. Mai 68, c'était un virage dans une prise de conscience : on a besoin d'autogestion. On le voit encore avec aujourd'hui les témoignages des internes. Le slogan de Mai 68 c'était : « Il est interdit d'interdire ». Aujourd'hui j'ai l'impression que le slogan est : « Il est interdit d'imposer ».