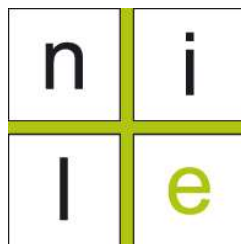


Actes du cycle de conférences « Les soutiers de la crise »

Organisé les 16, 17 et 18 septembre 2020 par :



Sommaire	2
Mercredi 16 septembre 2020 - Table-ronde sur la démocratie en santé : « Comment le dialogue entre les différents acteurs s'est-il établi et organisé ? ».....	4
L'expérience de l'AFM Téléthon.....	4
L'expérience de la mairie de Neuilly-sur-Seine	6
L'expérience du Syndicat parisien des internes de médecine générale	7
L'expérience de la Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers (FNESI)	9
L'expérience de l'Association nationale des étudiants en pharmacie de France	10
L'expérience de la communauté d'agglomération Pau-Béarn-Pyrénées.....	11
Les échanges.....	12
Jeudi 17 septembre 2020 - Table-ronde sur la coopération public/privé : « Quelles responsabilités et quel rôle les acteurs privés ont-ils endossé pour répondre aux besoins de la population ? ».....	15
L'expérience de Panpharma	15
L'expérience de l'Association des Moyens Laboratoires et Industries de Santé (AMLIS).....	17
L'expérience de LOGSanté (Fédération nationale des dépositaires pharmaceutiques).....	18
L'expérience de la Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés solidaires (FEHAP).....	20
L'expérience de l'Association des Directeurs au services des Personnes Âgées (AD-PA).....	22
L'expérience de la Fédération des prestataires de santé à domicile (FEDEPSAD).....	23
Vendredi 18 septembre 2020 - Table-ronde sur la place de l'innovation organisationnelle : « De quelle manière la créativité des acteurs a-t-elle permis d'accélérer la mise en œuvre d'organisations, de services ou de produits innovants ? ».....	28
L'expérience de la Fédération française des diabétiques (FFD).....	28
L'expérience des entreprises de télémédecine.....	29
L'expérience de Sodexo.....	30
L'expérience de l'ARS Pays de Loire	32
L'expérience de la métropole de Dijon	33
L'expérience du Conseil régional d'Île-de-France	33
Les échanges.....	35
Mercredi 23 septembre 2020 - Café nile avec M. Etienne Caniard, Vice-président du CESE, grand témoin du colloque :	36
Etienne Caniard, Vice-président du CESE :	36
Les échanges.....	38

Mercredi 16 septembre 2020 - Table-ronde sur la démocratie en santé :
« Comment le dialogue entre les différents acteurs s'est-il établi et organisé ? »

L'expérience de l'AFM Téléthon

Intervention de Monsieur Christian Cottet, Directeur général

L'AFM Téléthon représente une population de malades fragiles qui a été exposée pendant cette pandémie. L'action de l'AFM Téléthon est fondée sur les bonnes volontés de bénévoles, répartis dans les régions, accompagnés par des professionnels et des référents « Parcours de santé ». Ces équipes se sont mobilisées pendant la crise.

Les actions de l'AFM Téléthon pendant la crise

Avant que le gouvernement ne l'annonce, l'AFM Téléthon avait préconisé un confinement à l'ensemble des familles adhérentes. Cette préconisation incluait notamment la distanciation avec les personnes extérieures, mais aussi avec les aidants voire les personnels soignants à domicile. L'action de l'AFM-Téléthon pendant cette crise s'est déclinée sur 4 champs pour délivrer une information la plus audible possible et s'assurer d'une prévention la plus efficace :

- informer les patients
- accompagner et soutenir les familles
- sécuriser le domicile des patients
- interpeler les pouvoirs publics

Informers les patients

Le fait que des informations contradictoires circulent, parfois fausses et trompeuses, n'a fait qu'ajouter de la complexité à la communication. Nous avons donc travaillé avec les centres de références des maladies neuromusculaires pour formuler des messages clairs. C'est ainsi, que l'AFM Téléthon a déployé les dispositifs suivants pendant la crise :

- renforcement des effectifs dédiés aux lignes d'écoute
- rédaction, avec les centres de référence des maladies neuromusculaires, de fiches pratiques à destination des malades et des familles
- mise en place d'une cellule de crise capable de réagir rapidement aux nouvelles mesures officielles

Accompagner et soutenir les familles

L'accompagnement des malades et des familles fait partie de l'ADN de l'AFM-Téléthon. Dès le 16 mars, l'ensemble des équipes a été mis en télétravail sans que cela n'affecte notre activité grâce aux outils de communication à distance. C'est ainsi qu'un contact permanent avec les familles et les malades a pu être maintenu, par téléphone ou visioconférence ; également, près de 23 000 appels téléphoniques ont été effectués pour prendre des nouvelles des familles. Quant à la visioconférence, elle a permis de réaliser des « visites à domicile à distance ». En sus, une astreinte médicale permanente et une cellule de soutien psychologique ont été mises en place.

Sécuriser le domicile des patients

Dans de nombreux cas, il a été nécessaire de renoncer à des interventions à domicile, y compris de personnels soignants et de nombreuses consultations dans les centres d'expertises ont dû être reportées. Cette période, a été l'occasion pour l'AFM Téléthon de renforcer ses liens avec les personnes qu'elle accompagne, avec un contact quasi permanent. En collaboration avec les spécialistes et les acteurs de proximité, il a été possible de maintenir des soins à domicile qui ne pouvaient pas être reportés, et d'en différer d'autres, moins essentiels. Cela n'a pas empêché l'apparition de situation difficile, en particulier dans le champ de l'orthopédie et de la rééducation où les soins de kinésithérapie ont été annulés. En compensation, l'AFM Téléthon a édité des fiches techniques pour permettre aux familles de réaliser eux-mêmes des soins basiques à domicile.

Interpeler les pouvoirs publics

La pénurie de masques a marqué la crise. L'AFM-Téléthon a pu interpeler le Premier Ministre pour mettre à disposition des masques de protection dans les groupements hospitaliers et pour les services d'aide à domicile. Il a également été rendu possible de fournir des masques, en pharmacie, aux aidants professionnels. En revanche, les aidants de famille, qui ont souvent remplacé les aidants professionnels, ont systématiquement été oubliés. Ce faisant, l'AFM-Téléthon a pu importer elle-même des masques pour ces aidants et les Agences régionales de santé leur ont remis des stocks de masques. C'est ainsi que près de 500 000 masques ont été distribués à des dizaines de milliers de familles.

Tout le long de la crise, la volonté pour l'AFM-Téléthon a été de maintenir au maximum l'autonomie des patients par la création d'outils pratiques et en collaborant avec les pouvoirs publics, professionnels et bénévoles. Le patient a pu être l'acteur de son parcours de santé.

Les propositions de l'AFM-Téléthon pour améliorer son action

- Les outils numériques utilisés pendant le confinement seront maintenus
- Maintenir les liens qui ont été créés et renforcés avec les acteurs médicaux (les cliniciens des centres de référence, les acteurs libéraux) avec qui un point quotidien a été organisé pendant la crise
- Bien que la démocratie en santé n'ait pas opéré au niveau national, elle a porté ses fruits sur les territoires au travers d'initiatives concrètes

Malgré l'intensité de la crise, l'AFM Téléthon tire un bilan positif. Couplée aux mesures gouvernementales, leur action a été efficace puisque peu de malades suivis par l'association ont été atteints de la covid-19. Ils se sont appuyés sur un savoir-faire acquis de longue date : les malades neurodégénératifs sont fragilisés face à nombre de maladies. Cet épisode de covid-19 ne fera que renforcer l'action future de l'AFM Téléthon.

Olivier Mariotte, nile :

J'aimerais passer la parole à M. Fromantin, maire de Neuilly. La crise de la Covid-19 frappe bien entendu le système sanitaire, social et médico-social mais également interpelle sur beaucoup d'autres plans. Être maire, c'est être un « agent de porosité » entre des mondes qui travaillent souvent en silos, les uns à côté des autres, et qui ont besoin de coordination et de partage d'informations.

Intervention de Monsieur Jean-Christophe Fromantin, Maire

Ce colloque « les soutiers de la crise » est une belle opportunité de donner la parole à ceux qui ont été aux manettes de la gestion de la crise sur le terrain. Jusqu'à maintenant, la parole a essentiellement été donnée à celles et ceux qui ont conçu une réponse nationale stratégique. En période de crise, l'action territoriale va de pair avec l'action stratégique. Cette crise a montré les limites de l'action nationale et révélé le potentiel de nombreux acteurs. Elle a été l'occasion pour chacun de constater l'efficacité de nos organisations territoriales.

Les différentes échelles de décision n'ont pas répondu aux attentes des maires

La ville dispose de leviers d'action en matière de santé, mais la difficulté réside dans l'alignement des différents acteurs lorsque plusieurs échelles sont impliquées :

- la commune agit à l'échelle de la commune, bien que pendant la crise les décisions étaient prises à l'échelle intercommunale
- les décisions prises au niveau de l'État parviennent aux villes par l'échelon départemental
- le préfet et l'ARS agissent à une échelle régionale

La délimitation du périmètre d'action de chacun des acteurs est primordiale. La crise a mis en évidence la confusion entre les différentes échelles avec des injonctions paradoxales et des interférences dans les communications. Le maire intervient en bout de chaîne, et en temps de crise, il n'a pas le temps d'attendre que la décision lui parvienne pour décider en intercommunalité, par exemple pour réaliser un achat collectif de masques.

À l'ensemble de ces difficultés, il faut ajouter celles des carences en médecins et infirmiers et des difficultés de liaisons entre les soins de ville et l'hôpital. Le maire se fait alors l'agrégateur de l'ensemble des informations qui lui parviennent, et agit parfois indépendamment de celles-ci. Cet épisode a montré que l'action de l'administration par la rédaction de notes n'étaient pas en phase avec les attentes des acteurs territoriaux.

La crise a renforcé le rôle du maire sur sa commune

Pendant la crise, la commune est devenue l'intendant de tous les acteurs sur son territoire. Les procédures d'appels d'offres ont été bouleversées alors qu'elles sont d'ordinaire difficiles à concrétiser à cause de la complexité administrative. La mairie a joué le rôle de coordinateur sur l'ensemble des filières médico-sociales en faisant en sorte que les synergies avec l'hôpital public et privé puissent s'opérer, notamment sur le matériel médical. Les hôpitaux ont ainsi été en mesure de pallier le manque d'effectifs dans les EHPAD et une réponse sociale a pu être donnée par la mairie pour accompagner les personnes isolées, toujours en lien avec l'hôpital : les fichiers « canicule » ont été réactivés pour prendre contact avec les personnes fragiles. La mairie a donc assuré un rôle de coordinateur.

Assurer une mission d'information et de pédagogie

Chaque jour, des centaines de messages en provenance des administrations et acteurs socio-économiques parvenaient à la mairie. Ces demandes portaient essentiellement sur l'évaluation du

risque à un moment donné et les gestes barrières à adopter à une période où la population sous-estimait les risques liés à la covid-19. Sur la commune de Neuilly-sur-Seine, un comité d'experts a été créé pour éclairer les décisions et réponses du maire à l'ensemble de ces situations.

Les crises permettent de remettre en perspective nos organisations et habitudes. Elles révèlent le potentiel d'acteurs qui n'ont pas systématiquement la place pour s'exprimer lors des périodes d'accalmies. Il est nécessaire de se nourrir de leur expertise pour enrichir les réformes à venir. Une réflexion sur les échelles doit être menée et le système actuel remis en question.

Les propositions de Jean-Christophe Fromentin

- L'armature que représente les 350 villes moyennes a été centrale dans la gestion de la crise, et plus généralement dans l'organisation des politiques publiques. L'armature médico-sociale doit pouvoir s'implémenter dans ce réseau de villes moyennes
- La ville moyenne représente un échelon efficace et fiable dans l'organisation du dialogue entre les acteurs. Cela ouvre le débat de l'allocation des ressources en matière de santé et des compétences

Olivier Mariotte, nile

La crise a montré que les maires étaient en mesure d'assurer la coordination d'acteurs sur leur territoire. Les villes moyennes sont des maillons essentiels à la création de lien entre le médico-social, l'activité libérale et l'hôpital. La santé devrait pouvoir s'intégrer dans d'autres sujets tel que l'aménagement du territoire pour faire en sorte de reconnecter le système de santé à la vie du pays. La crise a révélé la capacité des acteurs à s'auto-organiser. C'est ce qu'ont démontré les internes de Paris dans la gestion des internes à l'AP-HP. Passer par des cahiers des charges plus responsabilisant pour les acteurs est une solution possible.

L'expérience du Syndicat parisien des internes de médecine générale

Intervention de Madame Isabelle Riom, Chargée de mission

Dès le début du mois de mars le manque d'internes dans les services de réanimation s'est fait ressentir. Certains étaient contaminés quand d'autres n'étaient pas en mesure d'être en poste, comme les femmes enceintes par exemple. L'Île-de-France compte 5421 internes et chaque semestre, environ 1000 ne sont pas en poste à l'hôpital. Dès mars, ces 1000 internes ont été contraints de stopper leurs activités. Ils ont sollicité le syndicat des internes de médecine générale de Paris (SRP-IMG) pour trouver des affectations à l'hôpital.

Les internes ont organisé leurs affectations pendant la crise

Il existe deux structures représentatives des internes en Île-de-France : le SRP-IMG et le SIHP. Elles ont mutualisé leurs ressources pour s'auto-organiser sur l'affectation des internes. Une cellule de crise a donc été constituée et un système de monitoring s'est mis en place avec les internes qui n'étaient pas en mesure d'être en contact avec des patients covid-19 positifs, en majorité pour des raisons médicales. Cette cellule constituée de 30 volontaires, tous internes, a pu lancer un appel à manifestation pour animer ce système de surveillance : plus de 250 internes se sont manifestés.

Pour chaque groupement hospitalier, un référent était nommé. Il en était de même à l'échelle des services de réanimation et des services de médecine générale. Ces référents faisaient remonter les effectifs quotidiennement et permettait à la cellule de crise de gérer les flux d'internes d'un établissement à l'autre et d'estimer le niveau de tension d'un service.

Pour pallier les tensions des services de réanimation, un questionnaire a été diffusé à l'ensemble des internes de Paris pour jauger leur capacité de mobilisation sur des sites en tension. En 48h, ce questionnaire a réuni près de 1500 réponses, certains internes étant moins mobilisés dans leurs services, en partie à cause de la déprogrammation de soins. Ainsi, les internes ayant déjà eu une expérience en réanimation ont pu être réaffecté dans ces services. Une partie a été mobilisée dans les services d'urgence.

L'organisation a nécessité des accords préalables avec les administrations

Afin d'assurer la meilleure coordination entre l'AP-HP, l'Agence régionale de santé et les syndicats d'internes, des accords préalables ont été conclus avec les administrations. L'ARS et les doyens des facultés de médecine ont accepté de déléguer cette tâche aux internes. La forte collaboration avec la direction des affaires médicales a permis à chaque interne qui était affecté à un service, d'obtenir une convention d'affectation officielle, condition essentielle pour travailler en toute sécurité d'un point de vue réglementaire. Quant aux services, ils devaient être agréé à accueillir des internes, seule condition préalable à leur affectation.

La mobilisation des internes d'autres régions pour répondre aux fortes tensions

Les limites atteintes dans les hôpitaux de Paris, une trentaine d'interne d'autres région sont venus en renfort à l'AP-HP, coordonnés par les syndicats des internes. Une association d'aviateurs sans frontières leur est venu en aide et a permis d'acheminer par avion ces internes. Le soutien de la Région Île-de-France a permis de mobiliser et coordonner des acteurs privés qui ont donné accès aux internes à un parc automobile gratuitement ou à des logements à proximité des hôpitaux.

Cette crise a pu mettre en avant toute l'énergie que les internes dévouent à leurs études et travail et a permis de répondre à certaines critiques visant leur implication, même s'ils portent des revendication légitimes sur leurs conditions de travail.

Pendant ces quelques mois, un certain nombre de freins ont subitement pu être levé dans l'organisation des internes.

Faire perdurer ces nouvelles organisations

Ce nouvel élan dans l'auto-organisation des internes, qui a fait ces preuves pendant la crise, a pris fin dès la fin de la crise, et d'anciens réflexes administratifs ont repris leurs droits. Par exemple certains patients, après la crise, se voient de nouveau attendre 3-4h aux urgences une ambulance, alors même qu'ils ont été soignés. Cela est notamment dû à toutes les contraintes administratives. Il est nécessaire de faire confiance aux acteurs de terrain.

Olivier Mariotte, nile

L'organisation des gardes et l'affectation des internes dans les services, par les internes, a été remarquable pendant la crise. Ce sont des enseignements de la crise qui mérite de perdurer car la mobilisation par les pairs s'avère parfois plus efficace.

Intervention de Monsieur Félix Ledoux, Président

La FNESI représente 95000 étudiants en France et près de 50000 étudiants sont sur les terrains de stage chaque année. Elle a réalisé une enquête auprès de ses étudiants pour faire le bilan de cette crise.

Les conditions opaques de la réquisition des étudiants en soins infirmiers

La FNESI a su mobiliser ses réseaux d'étudiants pour soutenir l'effort de crise et assurer la continuité des soins. L'enquête de la FNESI montre que 85% des étudiants en soins infirmiers se sont mobilisés dans les services, soit 81000 étudiants. Beaucoup de ces stagiaires, ont dû remplacer des aides-soignants, voire des infirmiers diplômés d'État alors qu'ils n'avaient pas les qualifications.

Dans la formation des personnels en soins infirmiers, les formateurs et les directions des instituts ont un rôle important. Les régions et les ARS sont également impliquées. Les retards dans les transmissions des directives nationales et les messages parfois différents des différents acteurs, ont rendu les étudiants confus dans les démarches à suivre.

L'enquête montre que 30% des étudiants estiment avoir été réquisitionnés dans les règles, c'est-à-dire des suites d'un arrêté préfectoral.

Les personnels en soins infirmiers ont été mieux inclus dans les prises de décision

Sur le terrain, les organisations se sont facilement mises en place en dehors de tout cadrage national. À l'échelle des personnels infirmiers, la crise a remis en question les hiérarchies existantes, et chaque personne était prête à aider que ce soit en qualité d'aide-soignant ou agent de service. Les casquettes de d'infirmier, médecin ou encore pharmacien ont toutes été mise de côté pendant cette crise et une entraide entre les différents corps professionnels a pris le dessus. Les personnels en soins infirmiers se sont sentis concernés et impliqués dans la prise en charge des patients, là où usuellement, la gouvernance hospitalière est centrée sur le médecin. La Commission médicale d'établissement n'intègre pas toutes les professions en son sein. Il s'agit d'un lieu de décision qui pourrait intégrer à l'avenir les personnels en soins infirmiers et rassembler autour du parcours des patients, l'ensemble des professions de santé.

Améliorer les conditions de travail et de stage des étudiants en soins infirmiers

Avant cette crise, la profession en soins infirmiers n'était pas audible. Pendant la crise, 53% des étudiants en soins infirmiers ont été dans l'obligation d'entretenir leurs blouses à leur domicile, faisant courir un risque pour ces étudiants et leurs familles. Pourtant des directives nationales existaient, incitant les établissements de santé à prévoir cet entretien. Dans le cas d'une seconde vague, la considération des étudiants en soins infirmiers revêt une importance particulière. La prise en compte de leurs conditions de travail est importante.

Olivier Mariotte, nile

L'implication des jeunes et des étudiants a été totale pendant cette crise. Ils ont voix au chapitre et continuerons de se mobiliser à n'en point douter. Cette mobilisation s'est également opérée chez les étudiants en pharmacie, qui sont venus renforcer les effectifs du côté des officines.

L'expérience de l'Association nationale des étudiants en pharmacie de France
--

Intervention de Monsieur Antoine Leroyer, Président

Les étudiants en pharmacie se sont mobilisés dans les officines

Dès le début de la crise sanitaire, les étudiants en pharmacie se sont mobilisés avec des étudiants qui sont venus renforcer les officines et assurer la continuité des soins. Cette mobilisation s'est faite sans possibilité d'avoir une vision sur le futur de la crise. Cela a généré du stress chez les étudiants en pharmacie, et l'ANEPF s'est efforcée de rassurer ces étudiants. Cette inquiétude s'est également retrouvée du côté des patients en quête d'informations et il a été nécessaire de répondre à leurs nombreuses questions. Les étudiants n'ont pas tout de suite été considérés pour leur action et mobilisation au sein des officines. Ils n'étaient par exemple pas comptabilisés dans les dotations de masque des personnels officinaux, et il arrivait parfois qu'ils aient à exercer sans équipement de protection.

L'action des étudiants en pharmacie

Les étudiants en pharmacie se sont également mobilisés au sein des universités pour fabriquer du gel hydroalcoolique (GHA). Il en a été de même dans les hôpitaux. En marge de la fabrication de GHA et de leur activité au comptoir, beaucoup ne pouvant être mobilisés sur le terrain ont choisi de s'organiser pour faciliter le travail de personnes devant se mobiliser. C'est en ce sens que les associations se sont organisées pour faire de la garde d'enfant pour le personnel hospitalier. Du fait de l'arrêt des stages hospitalo-universitaires, en cinquième année, les étudiants en pharmacie sont allés aider d'autres services dans les hôpitaux.

Renforcer la coopération interprofessionnelle et le lien avec les collectivités territoriales

Cette crise a permis une coopération interprofessionnelle qui n'était pas évidente auparavant. Il a été question de centrer son action sur le patient. En ville, les officinaux ont pu rencontrer beaucoup de professionnels de santé libéraux qui venaient récupérer leur dotation de masque par exemple. En revanche, l'administration au sein des facultés de pharmacie n'a pas toujours été facilitante dans l'engagement des étudiants en pharmacie, avec parfois des dérogations difficiles à obtenir pour aller se mobiliser dans les officines.

Les communications ont été difficiles

L'administration peut en effet s'avérer être un frein dans les facultés de pharmacie. La fermeture de ces dernières a nécessité le déploiement de nouveaux moyens pédagogiques mais la fracture numérique dans les territoires a rendu l'accès aux enseignements plus difficile pour certains étudiants. Les communications sur les modalités d'examens n'étaient pas non plus idéales. Les informations liées à la crise ont également mal circulé. Par exemple, les conditions d'application du renouvellement

exceptionnel d'ordonnance pendant la crise n'étaient pas claires, avec des changements dans la durée de renouvellement autorisée.

L'expérience de la communauté d'agglomération Pau-Béarn-Pyrénées

Intervention de Monsieur Florent Dauche, Directeur adjoint petite enfance et autonomie

Le terme de « soutier » désigne les personnes qui alimente les machineries des anciens navires à charbon. Les intervenants présents ont bien été ceux « qui ont été au charbon » pour des tâches peu reconnues. Leur rendre hommage est important.

Organiser l'accueil des enfants des personnes mobilisées pendant la crise en 4 jours

La tâche a été d'une grande complexité dès le 12 mars car personne n'était préparé à un confinement. Il a donc été nécessaire de préparer pour le 16 mars la fermeture d'un certain nombre de structures administratives, notamment scolaires et dans le secteur de la petite enfance. La situation demeurait confuse lorsqu'il a fallu rouvrir certaines de ces structures pour permettre aux soignants de se rendre sur leur lieu de travail. Sur le territoire de la communauté d'agglomération Pau-Béarn-Pyrénées, deux crèches ont été maintenues ouvertes pour permettre aux soignants, pompiers, policiers municipaux, de déposer leurs enfants. 90 places ont ainsi pu être créées dans des crèches de campagne dès le 16 mars, en partie grâce au fait qu'on a pu s'affranchir de normes administratives. Pourtant, à l'ouverture des crèches aucun enfant n'a été déposé. Cela est notamment dû au fait que le territoire couvert par la communauté d'agglomération était particulièrement épargné par la crise et que l'hôpital s'était particulièrement bien préparé. Le territoire n'a jamais été sous tension. En conséquence, une des deux crèches a été fermée.

Un nouveau mode de management dans les services

De nouveaux modes de management et de leadership ont émergé pour maintenir le personnel mobilisé dans ses activités. La suite de la crise fut d'une réelle complexité, en particulier le déconfinement et la rentrée du mois de septembre. Il sera alors nécessaire d'assurer un service public avec moins de ressources humaines. La crise a permis d'aller outre les statuts de la fonction publique et des normes qui préexistaient. Les liens entre les différents corps étaient différents, avec une dimension empathique plus importante malgré une organisation quasiment militaire. Cette adaptation du management était nécessaire tant les informations qui parvenaient étaient nombreuses et parfois contradictoires. Les cellules de crise se sont constituées rapidement et il a été nécessaire d'avoir une organisation très verticale pour éviter d'avoir des services désorganisés. Les élus ont été intégrés à ces organisations, avec l'objectif d'avoir le moins d'incohérence, tant du côté administratif que du côté politique.

Réformer le statut de la fonction publique

La réorganisation du dialogue en interne fut l'une des principales leçons de cette crise, avec une collaboration entre les administrations et les politiques tout à fait nouvelle. La question des statuts ne se pose pas seulement à l'hôpital. Elle aussi une réalité dans les services administratifs. Cela pose la question du statut de la fonction publique, notamment de la fonction publique territoriale. Par exemple, une fois diplômé, un aide-soignant doit passer un concours administratif territorial. Pourtant

la collectivité territoriale doit être en mesure de juger de la compétence d'un professionnel à assurer une fonction de l'administration publique.

Porter la question de la rémunération de professionnels au-delà des soignants

Les sociologues décrivent des professions qui sont utiles et mal rémunérées, et d'autres moins utiles et très bien rémunérées. Les soutiers ont montré pendant la crise sanitaire qu'ils étaient indispensables au bon fonctionnement du service public et du système sanitaire. Valoriser ces métiers d'aides-soignants, professionnels de la petite enfance ou encore du médico-social tant humainement que financièrement est important.

L'implication des collectivités territoriales sur les questions de santé est légitime

Historiquement, la gestion de la sécurité et salubrité publique était dévolue aux maires. La question des échelles est cruciale et a été évoqué précédemment par Monsieur Fromentin. L'acteur territorial agit sur des échelles à taille humaine. Pour exemple, la communauté d'agglomération de Pau-Béarn Pyrénées compte 180 000 habitants. La communauté d'agglomération connaît son territoire et il est légitime de penser qu'il puisse avoir mot au chapitre sur les questions de santé et santé publique, de prévention et de bien-être.

Olivier Mariotte, nile

C'est au plus proche du terrain que nous avons la possibilité de créer de nouvelles organisations, plus agiles et simple à déployer. Les acteurs d'un même territoire se connaissent et ont l'habitude de travailler ensemble.

Les échanges

Isabelle Riom, Syndicat parisien des internes de médecine générale : qu'avez-vous pensé des collaborations qui ont été créées autour de pôles médico-sociaux différents ?

Christian Cottet, AFM Téléthon : L'AFM Téléthon a acquis une culture sanitaire depuis longtemps. L'association travaille entre le sanitaire et le médico-social. Les familles que nous accompagnons sont concernés le plus souvent par des maladies génétiques. Cela génère des situations avec des handicap lourds à porter pour ces familles. L'AFM Téléthon a toujours assumé ce positionnement intermédiaire entre le sanitaire et le médico-social. Pendant la crise, cette séparation entre ces deux piliers du système de santé ne nous a pas permis d'être aussi productif que l'on aimerait l'être. L'AFM Téléthon rencontre de nombreuses difficultés à s'insérer dans cette organisation partagée entre le sanitaire et le médico-social. Il n'y a pas de « case » qui corresponde à ce que nous faisons : nous offrons des services d'accompagnement, des services de soins infirmiers ...

La démocratie sanitaire que nous connaissons a été transformée en démocratie sanitaire de terrain. Cela a toutefois permis, le temps de cette crise, de donner plus d'autonomie, de responsabilités et de moyens aux acteurs de terrain. Les associations ont pu amplifier leur action dans les parcours des malades. Cette implication l'AFM Téléthon se poursuit dans le champ des maladies chroniques qui peuvent remettre en question le projet de vie d'une personne. Il y a un besoin d'accompagner ces personnes pour leur donner la capacité d'agir. Les alliances qui ont été créées pendant cette période

ont été renforcées avec la crise. Nous souhaitons maintenir cette dynamique afin d'avoir une approche systémique du malade, sans traiter la maladie et le handicap séparément. Ces alliances ont permis de passer outre cette séparation entre sanitaire et médico-sociale.

Florent Dauche, Agglomération Pau-Béarn-Pyrénées : La dichotomie entre le sanitaire et le médico-social n'a pas de sens. Ce tournant a été pris dans les années 70 avec la loi du 30 juin 1975. À ce moment, nous pensions que la technologie permettrait au sanitaire de couvrir l'ensemble des besoins du système de santé. La prévention a donc été abandonnée avec le développement des IRM, des chimiothérapies... car nous pensions pouvoir tout guérir. L'expérience des acteurs de terrain a permis d'aboutir à la loi du 2 janvier 2002, celle-ci permettant de rétablir la coordination des actions des champs du social et médico-social. L'idée derrière la loi de 2009 était d'identifier un unique acteur légitime de l'ensemble du système de santé avec les Agences régionales de santé.

Félix Ledoux, FNESI : Il est nécessaire de cesser les distinctions du médico-social et du sanitaire, de la ville et de l'hôpital. Les accords du Ségur de la santé permettent de développer l'exercice mixte, un levier important qui permettra d'endiguer ces distinctions. Le médical et le paramédical fait aussi partie des distinctions qu'il est nécessaire d'atténuer. Sur le terrain, il n'y a que des professionnels de santé. Fait marquant pendant le Ségur, lors de l'introduction du Ségur de la santé, la première diapositive affichait le fait que dans le système, il y avait les soignants, les patients et les médecins. C'est un changement de culture important à opérer pour avoir une gouvernance qui permette d'inclure l'ensemble des acteurs, notamment les collectivités territoriales.

Bernard Elghozi : le propos porté par Jean-Christophe Fromentin est important. L'articulation entre le territoire et les décideurs politique est une question clé. La capacité d'adaptation pendant la crise a montré que les acteurs pouvaient s'adapter et se coordonner de manière cohérente et plurielle sur les territoires. Nous assistons aujourd'hui à un empilage de dispositifs formant un millefeuille contraignant pour les acteurs de terrain. Il n'y a pas de fil rouge, ni de feuille de route lisible depuis ces 30 dernières années. La crise a mis en évidence toute l'efficacité dont les acteurs pouvaient faire preuve, à l'échelle d'une ville. Mais comment articuler ces organisations territoriales avec l'action institutionnelle ? Et comment faire en sorte que ces mêmes acteurs territoriaux puissent être audibles auprès des décideurs ?

Olivier Mariotte, nile : le premier enjeu réside dans l'identification des dispositifs existant sur un territoire ainsi que des structures sur lesquelles nous pouvons nous appuyer pour faire fonctionner l'organisation.

Isabelle Riom, Syndicat parisien des internes de médecine générale : beaucoup de professionnels impliqués dans des CPTS ont montré que ce dispositif fonctionnait pendant la crise. Cette période a montré toute l'importance de la coordination entre les acteurs, et à la suite de cette crise, de nombreux projets de CPTS voient le jour. Les sondages montrent que chez les médecins et les professionnels de santé libéraux exerçant dans des MSP ont eu accès à plus d'équipement de protection et étaient mieux équipés. Ils ont en général été plus réactifs sur le plan organisationnel. Il semble que les CPTS étaient le maillon manquant du système de santé, et contraindra les médecins à plus communiquer avec les autres acteurs à l'échelle d'un territoire. Ces structures clairement identifiées permettront de faire le lien avec des activités de rééducation par exemple, avec

l'intégration d'activités d'ergothérapie. Les CPTS sont également des interlocuteurs de choix pour les praticiens hospitaliers, qui pourront y voir un vecteur intéressant pour faire le lien entre la ville et l'hôpital, avec à terme l'émergence de projets communs. Aujourd'hui, le dialogue semble encore difficile. Enfin, la crise a été un terrain propice au développement de l'interprofessionnalité. Souvent, les professionnels de santé ne se connaissent pas, et ne connaissent pas les missions et métiers de chacun. Il y a un enjeu fondamental dans les formations afin d'éviter d'avoir d'un côté des médecins, et de l'autre des commissions de soins. Les décisions doivent être pluriprofessionnelles et collégiales.

Antoine Leroyer, ANEPF : la connaissance des métiers de chacun est importante, et ce, dès la formation. L'intégration de l'ensemble des professions de santé dans les commissions médicales d'établissement est un premier pas.

Christian Cottet, AFM Téléthon : le rapport aux administrations de la santé est une question à poser quand la crise sera terminée. Consolider le lien avec les administrations est essentiel.

Olivier Mariotte, nile : plusieurs constats peuvent être posés : il y a une rupture entre le ministère et les acteurs de terrain, il y a un manque de coordination entre les ARS du côté sanitaire, et les départements du côté médicosocial. Plus positif, il y a eu un renforcement des liens entre les professionnels de santé qui se sont organisés autour des malades et des personnes en situations de handicap.

Florent Dauche, Agglomération Pau-Béarn-Pyrénées : à l'ARS Nouvelle Aquitaine, Michel Laforcarde a toujours eu une vision de terrain du système de santé. Il avait la volonté de ne pas éluder les sujets qui n'intéressaient pas massivement les acteurs comme la santé bucco-dentaire ou les soins gynécologiques des personnes âgées. La réforme des administrations en France peut être portée au niveau des ARS. Le modèle actuel répond à des enjeux de « survie » avec des fonctionnements et des règles spécifiques. Or la réalité du terrain n'attend pas que les règles administratives se mettent en place pour s'opérer. L'administration a toujours un temps de retard. Et quand bien même les administrations étaient en phase avec les acteurs de terrain, résiderait la question du financement. L'évolution du système est confrontée à de nombreux freins, et des actions d'influence en faveur du changement sont certainement à réaliser à nos échelles respectives.

Olivier Mariotte, nile : il est important que toutes ces expériences positives et les points d'amélioration identifiés puissent se poursuivre en dehors de la crise sanitaire. Il y a un système plus vertueux à construire, plus proche des malades et de leurs besoins.

Jeudi 17 septembre 2020 - Table-ronde sur la coopération public/privé :
« Quelles responsabilités et quel rôle les acteurs privés ont-ils endossé pour
répondre aux besoins de la population ? »

Introduction d'Olivier mariotte, nile :

Dans ce cycle de conférences, nile a souhaité donner la parole aux autres acteurs de la gestion de crise, les soutiers, pour 3 raisons :

- rendre hommage aux acteurs qui ont oeuvré et optimiser la gestion de crise dans l'ombre
- faire part des success stories et des points d'amélioration
- transformer le carcan normatif habituel qui a su faire preuve d'adaptation

La première table ronde a mis en lumière l'effacement de la démocratie sanitaire lors de la crise, ne laissant pas la possibilité aux différents acteurs de s'exprimer et de mettre à disposition leurs compétences et ressources. Au premier rang de ces acteurs se trouvait notamment les associations de malades.

Aujourd'hui, nous écoutons les témoignages des acteurs privés qui ont été soit considérés comme des prestataires à défaut de partenaires, soit sollicités trop tardivement. Le tsunami de l'épidémie a rendu leur rôle indispensable et les autorités ont fait du faire appel à toutes les forces vives du territoire.

Je passe la parole à Marie-Hélène Dick, Présidente de Panpharma, un laboratoire que je désignerais comme le « conservatoire des antibiotiques oubliés », vitaux et d'intérêt thérapeutique majeur mais pourtant insuffisamment valorisés compte tenu de leur apport scientifique et médical.

L'expérience de Panpharma

Intervention de Madame Marie-Hélène Dick, Présidente

Panpharma est un laboratoire français implanté à Fougères depuis 35 ans. Il possède 2 usines, employant environ 500 personnes, fournissant des spécialités aux hôpitaux uniquement, notamment des médicaments injectables (40% d'antibiotiques mais aussi des analgésiques et des sédatifs). Si la France est son marché principal, le laboratoire fournit également plus de 100 pays. Panpharma a été particulièrement sollicité pendant cette crise sanitaire avec des besoins accrus des hôpitaux en antibiotiques mais également en sédatif (de type midazolam et propofol). Un travail a été engagé nuit et jour avec les autorités (ANSM, DGOS, Santé publique France) que l'on avait 2 à 3 fois par jour au téléphone.

Les équipes de Panpharma ont fait en sorte d'assurer la continuité de l'approvisionnement de ses médicaments voire effectivement d'augmenter la production pour suivre les besoins.

Une réorganisation pour répondre à la forte demande

Comme beaucoup d'entreprises, Panpharma a dû revoir son organisation avec un comité covid ad hoc. Les entreprises du médicament, par rapport à d'autres entreprises étaient mieux armées car elles ont pratiquement toutes des plans de continuité. Les équipes ont été entraînées à cette gestion de crise,

qui ont par ailleurs l'habitude de suivre des protocoles et des guidelines spécifiques, comme de mettre des masques et utiliser du désinfectant dans le cadre de leur travail.

Panpharma a dû mettre entre parenthèse certaines productions qui étaient destinées à l'export pour réorienter leurs chaînes de fabrication. Face à des demandes multipliées par 10 voire par 100, il faut avoir du stock en termes de matières premières, de flacons ou de bouchons. Panpharma a fait son maximum pour y répondre. A la demande des autorités, Panpharma a réalloué et réacheminé certains produits étiquetés pour l'étranger pour les besoins français et a distribué ses médicaments en urgence dans plusieurs CHU. Certains établissements se sont par ailleurs retrouvés ensevelis du même médicament car les autorités avaient fait la même demande à tous les laboratoires.

Peu de simplifications dans les procédures et de la débrouille en interne

Quand Panpharma a réalloué un certain nombre de médicaments en France, les démarches ont été quelques peu simplifiées, démarches qui, en temps normal et même en cas de manque urgent des établissements, sont complexes.

La France était le seul pays à vouloir revoir tout le dossier d'AMM de la spécialité européenne qui allait être importée en France. Quelques lignes ont sauté mais sur le reste, il n'y a pas énormément eu de simplifications.

Panpharma aurait bien voulu, à un moment donné, profiter du « corridor aérien » pour acheminer un certain nombre de matières premières de Chine plus rapidement. Cependant, les autorités, qui étaient de bonne volonté, n'ont pas pu rendre cela possible. Panpharma a donc dû assurer sa propre logistique, ce qui s'est révélé être assez compliqué sur le plan organisationnel comme écologique (3-4 avions différents pour acheminer de Chine certains produits).

Le dialogue comme outil facilitateur dans la gestion de crise

La facilitation majeure dans cette gestion de crise a été l'instauration d'un dialogue régulier avec les autorités, qui restaient assez éloignées de la réalité du terrain et qui ont pu mieux appréhender les contraintes industrielles.

Peu ont travaillé dans des laboratoires et certains pensent que produire un médicament se fait en une semaine. Entre le moment où l'on dispose de toute la matière première nécessaire et la livraison d'un produit à l'hôpital, il se passe souvent un mois et demi en raison des contrôles de stérilité sur la matière première, sur le produit fini, etc.

Le laboratoire a été un véritable partenaire des autorités. Toutes les personnes concernées, autant du côté de l'industriel que des autorités, se sont mobilisées nuit et jour et ont travaillé ensemble. Ce dialogue et cette communication ont fortement favorisé la confiance entre les secteurs privé/public ; confiance qui permet aux industriels d'agir et de prendre des initiatives. Panpharma a aidé les autorités grâce à ses équipes en France et ses relations à l'étranger. Le laboratoire a assuré la liaison avec des fabricants en Chine et a aidé à sourcer des produits. « *Ils ont eu l'intelligence de nous faire confiance* ».

Il faut changer la vision des autorités françaises et de la société dans son ensemble sur les entreprises pour montrer la manière dont elles contribuent notamment avec la création d'emplois et le développement de savoir-faire.

Deux exemples montrant le rôle des relations entre industriels et administrations :

- En Allemagne, Panpharma a racheté, il y a quelques années, une usine qui allait perdre son autorisation de production afin d'éviter la fermeture de l'entreprise et de sauver 300 emplois. Le dialogue et la réactivité des autorités allemandes a été un déterminant clé pour rassurer les industriels et permettre la bonne continuité de production de l'usine. Les autorités allemandes ont en effet promis à Panpharma de se mobiliser pour intervenir rapidement à la suite du rachat de l'usine.
- En Italie, les autorités italiennes sont intervenues plus d'un an après que l'usine ait été construite

L'expérience de l'Association des Moyens Laboratoires et Industries de Santé (AMLIS)

Intervention de Monsieur Philippe Truelle, Président

L'agilité et la connaissance de terrain des équipes, facteurs clé d'anticipation et gestion de la crise

Les entreprises de l'AMLIS ont bénéficié de leur capacité à pouvoir « anticiper » la gestion de la crise de par leurs métiers et leurs organisations tout en gardant une part d'inconnu sur la portée réelle de la crise. La coordination existante habituellement entre tous les acteurs au niveau local, que ce soient les fabricants, les établissements de santé, les fournisseurs ou les sous-traitants, s'est avérée être un élément majeur. Il y a des éléments contractuels en place depuis longtemps qui sont efficaces.

Le professionnalisme des équipes a permis effectivement le maintien des capacités de production et la réallocation en priorité sur les produits utilisés en réanimation. Une fois l'inquiétude des premiers jours de confinement passée, tout le monde s'est senti pleinement investi et engagé dans la gestion de cette crise. La solidarité et la confiance ont très clairement constituées un pilier dans la relation de terrain établie entre les acteurs. Certaines entreprises ont partagé leur stock de composants de protection ou se sont mis à réallouer certaines chaînes de production pour fabriquer et donner des solutions de gel hydroalcoolique.

Les équipes de terrain se sont senties encore plus endossées dans leur rôle d'acteurs de santé de deuxième ou troisième ligne. Pourtant, en France, leur rôle n'est toujours pas reconnu. Il s'agit d'un facteur défavorable dans la gestion d'une crise, sur lequel il est nécessaire de tirer des enseignements.

Un accès à des procédures dérogatoires simplifié et accéléré

Les laboratoires CMD Lavoisier, qui n'ont pas d'autorisation sur l'approvisionnement d'alcool, ont pu bénéficier d'une dérogation à la demande de la préfecture pour fabriquer et mettre à disposition d'EHPAD, de cliniques privées, d'hôpitaux locaux et même de l'académie (pour la reprise des écoles) des solutions hydroalcooliques. Habituellement, l'obtention d'une autorisation temporaire représente un processus administratif assez long. Ce processus a été exceptionnellement accéléré et facilité à la suite de quelques coups de fil et échanges avec les responsables des douanes locaux. Une distillerie locale, qui avait des stocks relativement conséquents vu la baisse de consommation, leur a rétrocédé de l'alcool afin de pouvoir fabriquer leurs solutions.

Les choses ont été faites de manière intelligente et rapide grâce à la maîtrise et l'agilité des acteurs de terrain et ce malgré les « surcouches de contrôles inutiles ». Un des enseignements de cette crise est de laisser la capacité d'auto-détermination aux professionnels qui possèdent la compétence et la capacité d'action.

Les principaux enjeux : confiance et simplification

En France, le contrôle des entreprises, au travers des multiples reportings à destination de la force publique, pose la question de la confiance. Si on veut bien gérer l'approvisionnement d'un produit, il est absolument essentiel que tous les acteurs concernés soient mis autour de la table et que les données soient partagées. Or, les entreprises sont laissées en dehors de ce processus et souffrent des différentes enquêtes menées qui alimentent des rapports nationaux. Il n'est plus question de confidentialité en temps de crise. La confiance doit être renforcée et des mesures de simplification mises en œuvre à tous les niveaux pour que la surréglementation n'handicape plus la performance du système et sa réactivité.

Un exemple de surréglementation française concerne l'audit par les laboratoires des sites qualifiés d'établissements pharmaceutiques produisant des matières premières en France ou en Europe, eux-mêmes déjà audités par la force publique

L'expérience de LOGSanté (Fédération nationale des dépositaires pharmaceutiques)
--

Intervention de Monsieur Jean-François Fusco, Président

Les principes de fonctionnement des dépositaires pharmaceutiques

Les dépositaires sont des établissements pharmaceutiques qui sont gérés et contrôlés par des pharmaciens qui disposent aussi d'une autorisation d'ouverture et d'un certificat dans le GDP (Guide des bonnes pratiques de distribution). Les dépositaires existent essentiellement selon 3 piliers :

- les processus de mutualisation : quand un laboratoire doit faire une dépense de X€, il peut la faire seul alors que les dépositaires peuvent la mutualiser sur plusieurs laboratoires en affectant qu'une quote-part à chaque laboratoire. La mutualisation permet de gérer l'élasticité sur des volumes et de gagner en efficacité. Les dépositaires font l'investissement et répartissent sur plusieurs laboratoires qui consomment le même logiciel par exemple.
- l'optimisation : les dépositaires fonctionnent en « activity based costing », soit un processus de facturation basé sur l'activité. Indépendamment du prix du produit, les dépositaires mesurent du temps pour faire des opérations sur le cahier des charges et sur les moyens apportés avec l'intégration d'une marge. Le client est facturé selon ce qu'il consomme en termes de moyens. Pour réussir cette optimisation, des ingénieurs logisticiens optimisent les flux pour trouver les façons les plus rationnelles et les meilleurs délais.
- la qualité : les dépositaires sont un établissement pharmaceutique avec ses propres systèmes qualité qui réglementairement parlant agit d'ordre et pour le compte des laboratoires pharmaceutiques.

En France, 67% des médicaments consommés passent dans les mains des dépositaires, dont 98% représentent ce que reçoivent les hôpitaux.

Une gestion de la crise rythmée par deux phases, le temps de la continuité et le temps de l'innovation

Lors de la crise, les dépositaires ont observé 2 phases. Jusqu'à fin mars, les dépositaires n'ont pas été sollicités au-delà de leur activité normale et de l'apport des services de sous-traitance pour les

laboratoires. Ils ont continué leur activité de base, à savoir les réceptions, les préparations de commandes, les expéditions, les transports et les activités connexes comme l'importation, la libération de produits, les ventes négociées en officine, le customer service.

Puis au début du mois d'avril, le ministère a sollicité les dépositaires, en tant que syndicat, sur la gestion des problèmes d'approvisionnements avec les services de réanimation. Les dépositaires ont construit un modèle, validé et appliqué par le Ministère en lançant un appel d'offres sur quelques opérateurs ciblés par rapport aux besoins importants (avoir une chaîne du froid, pouvoir stocker des stupéfiants, avoir des volumes disponibles et une connaissance du marché hospitalier).

Suite à un screening, les dépositaires ont pu opérer cet approvisionnement de services de réanimation avec un schéma un peu complexe, mais original, au sein duquel le propriétaire des produits n'était plus le laboratoire mais l'Etat. Les dépositaires sont donc devenus sous-traitants de l'Etat.

Les premières commandes ont été préparées le 30 avril et les premières livraisons pour les services de réanimation ont démarré le 1^{er} mai. Cette organisation a été maintenue jusqu'à la fin juillet.

Cet élément clé de soutien apporté à l'action publique est un point phare du partenariat public/privé.

L'administration a aidé à l'adaptation des dépositaires pendant la crise

L'administration, au travers du Ministère de l'économie et de Madame Agnès Pannier-Runacher, a aussi apporté son aide en permettant d'ouvrir un certain nombre de portes pour être en lien avec des préfets. Le métier de dépositaire nécessite une organisation de terrain qui ne peut se faire en télétravail (rangement et description des produits en entrepôts, chauffeurs pour conduire les camions, etc.). Ce maillon, qui avait besoin de main-d'œuvre in situ, a vécu un effet de ciseau par le volume de base à tenir et le volume supplémentaire à absorber, tout en tenant compte de l'absentéisme. Dans certaines régions, comme à Mulhouse, certains entrepôts sont montés jusqu'à 54% d'absentéisme, contre 20% en moyenne en France. Avec certains préfets, les dépositaires ont pu voir pour que des personnes puissent bénéficier de crèches, que les camions ne soient pas bloqués, que les chauffeurs soient rassurés concernant leur exposition à la maladie.

Cette opération d'approvisionnement des services de réanimation a été un temps fort pour les dépositaires de produits pharmaceutiques.

Des schémas d'approvisionnement repensés par les dépositaires

Les dépositaires ont également contribué sur d'autres actions :

- en termes d'approvisionnement de masques, lors de la première phase de la vague, l'opération a été confiée à un logisticien généraliste qui s'est retrouvé à gérer des volumes et à la fois des points de livraison. Lors de la seconde phase, le modèle a pu être retravaillé et les dépositaires ont récupéré les masques en amont, sont ensuite allés chez les répartiteurs pour enfin arriver dans les officines. Cette cascade d'actions a permis d'éviter les goulots d'étranglement dans les approvisionnements.
- en termes d'approvisionnement sur les équipements de protection individuelle pour les hôpitaux, une organisation spécifique a été mise en place permettant de tenir compte des volumes car ce sont des produits qui prennent beaucoup de place. Les dépositaires sont intervenus au travers de plusieurs plateformes pour approvisionner toute la semaine tous les hôpitaux.

Quelques difficultés persistantes sur l'approvisionnement des Outre-mer

Les dépositaires ont fonctionné à partir de 3 plateformes en France et le schéma le plus délicat à traiter a concerné l'approvisionnement des Outre-mer. Malgré toutes les actions menées par l'Etat, le faible

nombre de vols dû aux restrictions sanitaires a rendu complexe l'approvisionnement de médicaments, qui n'étaient pas considérés comme une priorité. Il s'agit d'un point qui mériterait d'être amélioré pour fluidifier la circulation d'informations entre les différents ministères et les intervenants.

Le partenariat public-privé, levier de santé publique

Les dépositaires sont un maillon très peu connu et encore moins dans le secteur pharmaceutique. Dans l'urgence sanitaire, leurs compétences et savoir-faire ont été reconnus et utilisés par les autorités, qui ont fait preuve d'une grande écoute. En conclusion, l'ensemble des acteurs a « appris en marchant » dans cette crise, au fur et à mesure des informations reçues. Le partenariat public-privé est un élément essentiel pour gagner en efficacité et constitue un levier de santé publique.

L'expérience de la Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés solidaires (FEHAP)

L'expérience de Monsieur Jean-Christian Sovrano, Directeur à l'autonomie

La FEHAP regroupe des structures privées non lucratives. En termes d'adhérents, elle compte près de 800 établissements de santé au sens large et 4000 établissements et structures de services dans le social et médico-social. La santé pèse plus de 200 milliards d'euros en France et a des impacts économiques conséquents. Il est essentiel de penser la santé non pas comme une simple politique publique et autonome mais comme un sujet transverse et intégré à la société.

La réaction à retardement des pouvoirs publics pour le soutien du secteur médico-social

Il sera nécessaire de réaliser un retour d'expérience sur les territoires, mais aussi au niveau national. Les organisations et la priorisation assumée des secteurs sont des sujets qui doivent être traités. En effet, le système de santé devait être désengorgé. Toutefois les personnes fragiles n'étaient pas qu'à l'hôpital et le secteur médico-social a été largement impliqué dans leur prise en charge. Il y a eu un traitement différencié dans la chronologie de la crise, et l'action publique en faveur des EHPAD n'est intervenu que dans un second temps.

Intégrer le secteur privé dans les plans de mobilisation d'urgence

Les plans ORSAN se basent sur la mobilisation d'établissements publics. Nous arrivons à identifier les établissements de première ligne et un travail de réflexion sur la seconde ligne d'établissements impliqués dans la gestion d'une crise de cette ampleur pourrait être mené. Il est logique que le CHU soit le pivot des stratégies de gestion de crise. Pour autant, le secteur privé représente 5 à 7% des capacités de réanimation et unités de soins critiques. Durant la crise, les ARS n'ont pas intégré le secteur hospitalier privé solidaire, donnant lieu à des transferts de patients d'une région à l'autre. Ce n'est que par la suite que le secteur privé a été associé à la gestion de la crise et a pu permettre au ARS d'augmenter le capacitaire de lits de réanimation. Il est essentiel de rappeler que le secteur privé a multiplié par trois ses capacités de réanimation.

Le secteur privé a permis de désengorger l'hôpital public

Le moyen séjour représente 30 à 40% du capacitaire national. Ces lits ont été mobilisés pour créer des unités covid-19. Il est essentiel de porter la réflexion sur comment nous embarquons l'ensemble de l'offre de soins dans la gestion d'une crise sanitaire et comment nous désengorgeons les lits court séjour. C'est en ce sens que l'hospitalisation privé a accueilli des patients dont les soins avaient été déprogrammés dans l'hôpital public.

Les difficultés rencontrées dans le secteur médico-social

Le secteur médico-social a été oublié pendant cette crise, avec une rupture d'approvisionnement en équipements de protection individuelle. Cette question n'a été considérée que dans un second temps par les pouvoirs publics malgré les remontées faites auprès du ministère. La problématique de la rupture en équipement de protection a été résolue par un partenariat entre les secteurs public et privé. À partir de fin mars, les établissements de santé des deux secteurs se sont organisés autour de centres de compétences qui n'existent pas dans le médico-social, en particulier pour les astreintes gériatriques et équipes mobiles gériatriques impliquées dans les soins palliatifs. Cela a permis de palier la présence de cas avérés au sein des établissements et le manque de personnel du fait d'un fort taux d'absentéisme, jusqu'à 30%.

Des dispositifs de soins à domicile sous utilisés

Des dispositifs d'accompagnement auraient pu être mieux mobilisés s'ils avaient été identifiés par les pouvoirs publics dans l'organisation de la gestion de la crise. Par exemple, les services de soins infirmiers à domicile ont été sous-utilisés. Il a fallu faire face à des difficultés à équiper les professionnels de santé, mais la prise en charge des patients à leur domicile aurait pu être une solution car seulement 20% de l'offre de service infirmier à domicile a été mobilisé.

La suradministration du système n'a pas aidé les gestionnaires d'établissement

La réponse à la crise a été territoire-dépendante, fonction des ARS qui reprenaient les doctrines du ministère avec une production de normes insoutenable. La responsabilité de l'application de ces normes étaient mise sur les directeurs d'établissements. Il y a eu un phénomène d'amplification des normes entre celles du ministère et celles des ARS. Il sera nécessaire d'avoir une coordination entre le ministère de la santé et l'activité des ARS car l'administratif peut mettre en difficulté les gestionnaires d'établissement. L'État d'urgence sanitaire a permis de faciliter les coopérations, capitaliser dessus et pérenniser certains dispositifs qui n'étaient permis que dans ce contexte de crise. C'est notamment le cas des autorisations sanitaires et médico-sociales, dont le régime mérite d'être assoupli.

Soutenir l'effort de soutien financier aux établissements et personnels après la crise

La question de la garantie de financement des établissements est essentielle. L'État a financé en 2020 à hauteur de 1,2 milliards le médico-social pour supporter les coûts en matériel, les mensualités de remplacements et les primes. Le sujet de la revalorisation salariale du secteur de la santé est également un sujet à traiter.

Prendre en compte l'épuisement des professionnels de santé

Enfin, les dispositions liées à l'assouplissement du droit du travail. La crise a imposé des mesures exceptionnelles pour les travailleurs, comme le report des congés pour les professionnels de santé. Il

y a toutefois un effet d'épuisement et l'accompagnement des professionnels de santé est à prendre en compte. Cela permettra de mieux organiser la réponse aux besoins des personnes les plus fragiles. Les retours d'expériences en région seraient intéressants à faire pour éviter cette organisation silo du système de santé, parce que très souvent, le médico-social a été oublié au profit du sanitaire.

L'expérience de l'Association des Directeurs au services des Personnes Âgées (AD-PA)

Intervention de Monsieur Eric-Angelo Bellini, Administrateur de l'AD-PA, Directeur de l'EHPAD des Rousselières (Vienne)

L'AD-PA fédère des directeurs « multiscartes », c'est-à-dire des établissements et services quel que soit le statut (public, du privé, privé associatif et privé commercial).

L'association partage beaucoup de ce qui a été dit. La crise a révélé la capacité collective à être intelligent ensemble quand on se centre sur le besoin de l'usager à un instant t. L'opposition entre les secteurs public et privé existe dès lors qu'on se décale de l'usager et qu'on rentre non plus sur un terrain de coopération mais de jeux de pouvoir et de rapports de force. La gestion du secteur médico-social peut relever du département et/ou de l'ARS. Il faut simplifier et faciliter la concertation entre ces acteurs pour une meilleure coordination et coopération. Quand la concertation tourne au rapport de force, cela pénalise les personnes fragiles accompagnées par les établissements.

Beaucoup de réussites et quelques schémas d'organisation à repenser

Il faudrait dresser un bilan factuel sur ce qui a bien fonctionné, parce que beaucoup de choses ont très bien fonctionné, et sur un certain nombre de choses qui sont « nettement moins belles ». Quelques abandons ont pu être observés et certains acteurs, qui avaient totalement disparu pendant la gestion de la crise, réapparaissent aujourd'hui et donnent des leçons. Cette chronologie et ce bilan sont primordiaux pour partager les expériences et pérenniser les bonnes actions mises en place.

Par exemple, sur le circuit de distribution des EPI dans les EHPAD, les premières livraisons sont arrivées autour de la fin mars alors que certains directeurs avaient alerté sur les besoins dès la mi-février et qu'une tension particulière était relevée sur les stocks et les filières d'approvisionnement. L'organisation des livraisons autour du groupement hospitalier de territoire (GHT), optimales en milieu urbain, a par ailleurs complexifié l'achat de masques pour les petits établissements en milieu rural, à l'instar de l'EHPAD des Rousselières, dirigé par Eric-Angelo Bellini et situé à 1h de route. Si l'EHPAD était passé par la pharmacie privée avec qui elle a une convention, puisqu'elle gère le circuit de médicaments habituellement, les EPI auraient été récupérés à 400 mètres de l'établissement plutôt qu'à 45 kilomètres.

Une gestion de la crise totalement département-dépendant et personne-dépendante

Certains directeurs d'EHPAD ont vu des choses très intéressantes se mettre en place pilotées par les ARS et par les conseils départementaux, avec la réunion de tous les acteurs publics et privés pour un partage d'informations et d'interrogations permettant d'élaborer des solutions innovantes et flexibles. Dans d'autres départements, la situation a été très différente avec des instructions venues « d'en haut » et des avalanches de mails concernant des éléments déjà transmis 48h voire 72h avant par les fédérations professionnelles, encombrant les circuits de réflexion.

« Ce qui a bien fonctionné, c'est le territoire et la connaissance des personnes »

L'EHPAD des Rousselières est situé à côté de la station thermale de la Roche-Posay. Le directeur du laboratoire privé de la Roche-Posay, qui avait eu vent des besoins de l'EHPAD en solution hydroalcoolique, a appelé Eric-Angelo Bellini dès le début de la crise pour lui proposer d'en fabriquer gracieusement. Pourtant, il n'existait aucune collaboration spécifique entre ces deux acteurs auparavant. L'EHPAD a également proposé de mettre à disposition d'autres acteurs en difficulté du territoire la production du laboratoire privé (ADMR, internat de médecine privé lucratif, etc.).

Par ailleurs, les premiers masques FFP2 pour le personnel de l'EHPAD ont été donnés par un cabinet vétérinaire du secteur qui avait fermé avec le confinement.

Des moyens financiers insuffisants pour préserver la santé de nos aînés

Des solidarités fonctionnelles se sont mises en place confirmant l'état de notre capacité d'intelligence collective. Il faut s'appuyer sur ces solidarités au-delà de la crise pour ne pas revenir à la normale et à la norme (tableaux à remplir, retours, statistiques sans utilisation, etc.) avec l'assèchement des moyens exceptionnels et réels. Le Président de la République a dit « quoi qu'il en coûte ». Les acteurs ont fait au mieux pour répondre aux besoins et sont capables de chiffrer le coût des actions et mesures mises en place afin de préserver les aînés fragilisés de ce virus. Cependant, il semblerait que le coût estimé soit trop élevé et pose un certain nombre de problèmes. Nous partageons l'inquiétude de la FEHAP ; il faudrait que les surcoûts soient compensés au moins dans les engagements pris par l'Etat, et qu'on ne laisse pas les structures, quel que soit leur statut, se débrouiller avec les moyens du bord.

Les leçons des précédentes crises n'ont pas été tirées

Le danger est de ne pas avoir appris des précédentes crises, et notamment de la canicule de 2003, avec une avalanche de normes, de contraintes, d'obligations qui a encore plus rigidifié et statufié un certain nombre de fonctionnements post-crise.

Le problème principal repose sur les demandes d'autorisation pour exercer certaines tâches qui prennent du temps. Si les personnels dérogent à la règle, c'est une faute professionnelle, cependant si cela aboutit à une réussite, ils sont félicités. Pendant la crise, les personnels n'ont pas attendu les autorisations qui sont arrivées 3 semaines ou un mois après la demande, et ils ont eu raison. La flexibilité, l'adaptation et la confiance entre acteurs (prestataires de dispositifs médicaux, médecins, pharmaciens, kinés, etc.) sont les facteurs clé.

Certaines EHPAD étaient en difficulté en raison de l'absence de salariés, en parallèle les services à domicile étaient en perte d'heures à cause du confinement avec des salariés en fin de contrat ou au chômage. Le réseau et le partage de ces informations entre les directeurs d'EHPAD a permis l'embaucher de ces salariés.

Aujourd'hui, plus on s'éloigne du terrain et plus on replace les acteurs du territoire dans des positions d'enfants à qui on explique ce qu'il faut faire et comment le faire. Il faut arrêter de tenir la main des acteurs de terrain et les laisser s'organiser, quel que soit le statut.

L'expérience de la Fédération des prestataires de santé à domicile (FEDEPSAD)

Intervention de Monsieur Charles-Henri des Villettes, Président

Constituée de 30000 collaborateurs en France, la FEDEPSAD prend en charge 2 millions de patients sur l'ensemble des thérapies (respiratoires, perfusion, handicap, etc.). Ce sont probablement 10 millions de français qui sont concernés de près ou de loin par ces prises en charge.

Le secteur du domicile représente le plus souvent une prise en charge de patients malades chroniques mais également de patients atteints de pathologies aiguës qui sont pris en charge à domicile autour d'un dispositif médical complexe et pour lequel est assurée aussi une prestation pour accompagner le patient. Les patients attendent de pouvoir être pris en charge à domicile, quand cela est possible.

Une réorganisation du travail pour assurer la continuité de prise en charge

Le premier challenge lors de la crise a été d'assurer la continuité des prises en charge. Comment continuer à suivre et accompagner les patients pendant une période de confinement ?

Des plans de continuité d'activité ont été activés dans les entreprises adhérentes et des prises en charge innovantes ont été mises en place, notamment pour les patients dont la visite à domicile est vitale (réapprovisionnement d'oxygène liquide par exemple). La FEDEPSAD s'est organisée pour assurer 100% de ses interventions. Elle a ainsi sérié ses interventions en analysant ce qui était absolument indispensable de faire en présentiel et ce qu'il pouvait être fait en distanciel. Le suivi à distance sur de très nombreuses pathologies a pu être réalisé. Par exemple, sur l'apnée du sommeil, la FEDEPSAD a beaucoup échangé via WhatsApp (chats et appels) et des liens différents ont pu être recréés avec les patients en mettant beaucoup plus de technologie et d'approche distanciée avec eux.

Des coopérations et collaborations renforcées avec les malades, les hôpitaux et les EHPAD

La crise a engendré un apprentissage pour tous les intervenants du domicile et a permis :

- le développement de contacts plus nombreux entre les prestataires et les patients grâce à l'organisation mixte (distancielle et présenteielle) mise en œuvre
- la coopération entre les PSAD et les établissements de santé pour gérer la sortie précoce de patients sous perfusion ou sous oxygénothérapie dans le cadre de la déprogrammation des activités des hôpitaux. Les PSAD ont pu prendre en charge tous les patients et faire en sorte qu'il y ait une continuité de prise en charge à domicile, en lien avec l'hôpital. Pendant les premières semaines de la crise (15 mars à début avril), la libération des lits d'hôpitaux a beaucoup mobilisé la Fédération.
- la prise en charge de plusieurs milliers de patients Covid qui soit avaient fait un séjour hospitalier (en passant parfois par de la réanimation) et avaient besoin d'un sevrage à domicile avec en majorité de l'oxygénothérapie sur plusieurs semaines, soit souffraient d'une insuffisance respiratoire avec un besoin d'accompagnement en oxygène.
- le développement d'un partenariat avec l'AP-HP sur l'élaboration de protocoles spécifiques en termes de prise en charge des patients Covid, à l'instar de « Covid O2 » permettant la mise en place d'un concentrateur d'oxygène chez le patient pour suivre la saturation et faire des comptes rendus quotidiens à la cellule pour suivre l'état du patient
- le soutien aux EHPAD en termes de besoin en oxygène soudain et inhabituel avec des demandes multipliées par 3 voire 5 dans les régions. Les prestataires ont pu répondre à toutes les demandes bien que certains produits étaient en tension d'approvisionnement (stocks de concentrateurs limités).

Des prestataires de santé à domicile très sollicités par le secteur hospitalier

Les PSAD ont été extrêmement sollicités par tous les hôpitaux de France pour le prêt de matériel car ils ne disposaient pas des équipements pour prendre en charge les patients à l'hôpital. Les PSAD ont livré des équipements de perfusion, des ventilateurs, des concentrateurs d'oxygène voire des lits médicalisés. La demande a également été forte sur l'approvisionnement des hôpitaux en EPI (masques, surblouses). Tout cela témoigne de la grande détresse de moyens de l'hôpital dans cette crise et de la solidarité qui s'est mise en place naturellement entre les différents métiers.

Des pouvoirs publics à l'écoute des propositions des acteurs de terrain

Du côté des pouvoirs publics, l'organisation d'une filière dédiée aux PSAD pour l'allocation et la distribution de masques permettant d'intervenir à domicile a été le point clé majeur. Dès le début du confinement, la FEDEPSAD a été en mesure d'avoir les dotations nécessaires et de fournir tous les adhérents et prestataires en équipements. Cela a été le fruit de nombreux échanges avec les pouvoirs publics qui souhaitaient initialement que les PSAD passent par un canal mis en place avec les pharmacies. Cependant, les pharmacies ne disposaient que de masques pour les professionnels de santé (médecins et infirmières) de quartier. A force de pragmatisme et d'écoute, les pouvoirs publics ont accepté la solution de la FEDEPSAD, qui a fonctionné à merveille. Cette nouvelle fréquence de dialogue instaurée avec les autorités en charge, et notamment avec la DGS et les ARS, a permis de créer davantage de liens et d'assurer un suivi quasi hebdomadaire sur toutes les capacités des PSAD à délivrer de l'oxygène partout en France. Ce travail de proximité a plutôt bien fonctionné avec des retours rapides des autorités et une coopération inédite et forte.

La FEDEPSAD a par ailleurs dû intervenir pour faire modifier une instruction en précisant qu'il fallait utiliser des concentrateurs fixes pour éviter qu'il n'y ait plus d'oxygène en EHPAD. Les ARS et la DGS avaient effectivement rédigé une instruction pour dire que l'oxygénothérapie en EHPAD nécessitait la mise en place de bouteilles alors qu'il s'agit d'une ineptie totale qui montre la méconnaissance complète du besoin.

Ce qu'il faut retenir de cette crise, c'est à la fois de l'innovation, du changement et de la coopération avec l'ensemble des acteurs (hôpital, pouvoirs publics, EHPAD, etc.). C'est une grande fierté pour la FEDEPSAD d'avoir réussi cet accompagnement des patients au quotidien.

La nécessité de faire reconnaître le rôle des PSAD et lever les freins réglementaires et techniques

Depuis longtemps, les PSAD sont dans « *l'angle mort du système de santé* » et cette crise a été un véritable déclencheur sur leur rôle et nécessité. La Fédération souhaite s'appuyer sur la coopération développée avec les pouvoirs publics pour faire évoluer et faire reconnaître le rôle et les missions des prestataires de santé à domicile. L'enjeu est de faciliter les parcours en améliorant les prises en charge par une meilleure coopération territoriale. Il faut réfléchir à la manière de développer la complémentarité entre les acteurs, qui peut nécessiter de faire bouger les lignes législatives et de revoir le Code de la Santé Publique. Une mission IGAS qui a rendu ses conclusions fin juillet sur le domicile préconisait de faire une place à ce métier et la FEDEPSAD doit s'en emparer.

Des propositions ont également été soumises dans le cadre du Ségur de la Santé portant notamment sur la fluidification des parcours et les opportunités de développer le domicile. Par exemple, pendant la crise, quelques molécules, notamment des antalgiques, non autorisées pour une perfusion à domicile ont été temporairement autorisées pour pouvoir sortir les patients de façon précoce de l'hôpital. Cela a permis une prise en charge à domicile pour des patients ne nécessitant pas un séjour

hospitalier. Aujourd'hui, pour des raisons réglementaires et techniques pourtant faciles à lever, il est impossible de le faire alors que cela faciliterait les parcours, et notamment en fin de vie lorsque l'on sait que 90% des patients terminent leurs jours à l'hôpital alors qu'ils souhaiteraient finir leur vie à domicile.

Des évolutions administratives simples attendues

Le système d'entente préalable pour la prise en charge à domicile a été suspendu pendant la crise pour de très nombreuses thérapies. Il faut supprimer ce système en France ; la modification d'une ligne d'un texte de loi permet de le faire et de libérer le système. Il s'agit d'un principe mobilisant des centaines voire des milliers de personnes à l'assurance maladie pour vérifier que les médecins ont bien réalisé une prescription. Au-delà des raisons administratives, c'est une question environnementale forte. Dans le secteur du domicile, ce sont près de 25 millions de documents papiers administratifs émis chaque jour pour autoriser les prises en charge.

Les échanges

Olivier Mariotte, nile : Le temps de la crise a été un temps d'apprentissage et les retours d'expérience sont extrêmement importants. Le constat exprimé aujourd'hui rejoint celui de la première table ronde. Au vu de toutes les actions qui ont pu être menées pendant la crise, les acteurs n'ont pas besoin de revenir sous une chape normative. Il faut faire en sorte que la levée des verrous et la relation de confiance instaurée pendant la crise puissent constituer une nouvelle norme en France. Il ne faut pas considérer la santé comme un secteur cloisonné mais comme un élément s'intégrant dans un ensemble.

Marie-Hélène Dick, Panpharma : il est dommage de ne pas avoir les autorités autour de la table dans le cadre de débat.

Olivier Mariotte, nile : le cycle de conférences des soutiers a prévu la mobilisation de tous les acteurs dont les autorités. Jean-Jacques Coiplet, Directeur Général de l'ARS des Pays-de-la-Loire intervient au cours de la 3^{ème} table ronde de 18 septembre.

Marie-Hélène Dick, Panpharma : on a beaucoup critiqué les autorités mais lors de la crise ils ont tout de même levé un certain nombre de freins. Cependant, elles sont mal organisées et non pas forcément les bonnes données. Elles doivent se doter des outils et des talents (l'interlocuteur de Panpharma était un « simple » stagiaire).

Olivier Mariotte, nile : Lorsqu'on discute avec les autorités, on se rend compte qu'elles ne vous connaissent pas. Les industriels ont un travail de plaidoyer important à mener. Les messages passés au niveau national devraient être passés au niveau des territoires, via les parlementaires, afin que la santé soit de plus en plus un sujet transversal.

Eric-Angelo Bellini, AD-PA : On a effectivement intérêt à faire connaître notre réalité. Pour l'avoir fait localement, le député de ma circonscription, que je ne connaissais pas, m'a contacté en précisant qu'il ne connaissait pas le fonctionnement des EHPAD mais qu'il souhaitait aider au vu de ce qu'il se passait.

Le problème est que cette aide n'était que temporaire. Il faut pérenniser ces relations. On a une organisation très centralisée autour de l'hôpital, à l'image du sapin de Noël, avec l'hôpital représentant le tronc et nous étant au bout d'une branche. Quel que soit le canal de lobbying, la connaissance des réalités de chacun est complexe. Il faut se placer sur le terrain de la coopération pour gagner en pertinence et en intérêt.

Olivier Mariotte, nile : La réponse est très souvent au sein des territoires. Je suis certain que plusieurs d'entre vous ne connaissaient pas vos métiers respectifs. J'espère que cette table ronde a permis d'améliorer cette connaissance. La question est de pouvoir mettre à disposition les bonnes ressources au bon endroit en coopération avec l'ensemble des acteurs. Il faut prendre en compte l'existant. nile remercie l'ensemble des participants et des intervenants de cette table ronde.

Vendredi 18 septembre 2020 - Table-ronde sur la place de
l'innovation organisationnelle :

« De quelle manière la créativité des acteurs a-t-elle permis d'accélérer la mise en œuvre d'organisations, de services ou de produits innovants ? »

Introduction d'Olivier mariotte, nile :

Il s'agit de la troisième partie du colloque sur "les soutiers de la crise", travailleurs essentiels au fonctionnement du système mais trop peu mis en valeur. Dans la crise sanitaire, il y a eu beaucoup d'acteurs qui ont permis que les "premiers de corvée" puissent continuer leur mission.

Nous avons eu la chance d'avoir, mercredi, un débat sur le rôle des acteurs, en particulier avec le rôle des jeunes professionnels ; hier, nous avons eu les acteurs privés et notamment toute la chaîne des produits de santé, ce qui était très éclairant sur le fonctionnement en chaîne des acteurs, à l'inverse du fonctionnement en silos.

Cette dernière partie du colloque vise à se pencher sur la créativité des acteurs et leur capacité à innover, qui ont permis de faire face à la crise.

L'expérience de la Fédération française des diabétiques (FFD)

Intervention de Monsieur Jean-François Thébaut, Vice-Président

Je vais tâcher d'être synthétique, ce qui est très difficile tant la Fédération a dû faire de choses et modifier son organisation durant cette période.

Dans le premier temps de la crise sanitaire, la FFD a été très mobilisée, les premières données venant de Chine étant inquiétantes sur la mortalité de la Covid-19 des personnes diabétiques. Dès le début, nous avons été confrontées à des données inexactes, comme par exemple sur le soi-disant impact de l'insuline sur l'infection ; l'étude française Coronado a permis de montrer qu'en réalité l'âge, le poids, les maladies associées étaient des facteurs déterminants. D'entrée, un dilemme éthique s'est donc posé : qui sont les personnes diabétiques vulnérables, et les diabétiques non vulnérables ? Les jeunes diabétiques refusaient l'étiquette de personne vulnérable, tandis que les malades plus âgés ne se sentaient pas spécialement menacés alors qu'ils étaient bien en situation de forte vulnérabilité et qu'ils ont payé le plus lourd tribut. Les patients diabétiques présentent 20% de taux de mortalité à 28 jours d'hospitalisation, ce qui est très conséquent.

L'action de la Fédération française des diabétiques pendant la crise

La FFD a mis en place en interne des réunions quotidiennes pour faire le point et donner aux personnes diabétiques et aux familles des informations validées par la Société Francophone du Diabète ou l'Aide aux Jeunes Diabétiques, ce qui a permis un tri qualitatif dans l'information et une forte consultation du site internet. Le trafic sur internet a été doublé, on est passé sur l'équivalent de deux millions de consultations, ce qui est énorme.

Des lignes d'écoute ont été mises en place, ainsi que beaucoup de liens par mails, par vidéos sur Facebook et Youtube. Malgré la mise entre parenthèses de la démocratie sanitaire, le contact a été

permanent avec les autorités, quasi quotidien, avec l'Assurance maladie, la Direction Générale de la Santé, la Direction Générale de l'Offre de Soins. Les échanges ont été conséquentes, soit pour l'accès aux masques pour les personnes diabétiques, l'accès aux arrêts de travail, les urgences podologiques, l'augmentation de la télésurveillance des patients diabétiques. Ce ne sont que des exemples, ces actions ont été extrêmement nombreuses.

Cette crise nous a permis de remettre en cause beaucoup de fondamentaux. En temps normal, la gestion du diabète est très longue dans le temps. Nous avons bousculé tout les processus en un temps record, en mettant par exemple en place une ligne d'écoute de patients solidaires, avec des patients formés et coachés par un psychologue. Une ligne d'écoute psychologique, par le biais d'un prestataire spécialisé, a également été ouverte. Nous avons donc écouté beaucoup d'angoisses, portant notamment sur la scolarisation des enfants, alors même que pas un seul enfant diabétique n'est décédé de la Covid 19.

La FFD a participé à beaucoup d'études et d'initiatives : Coronado (étude sur les caractéristiques des patients diabétiques hospitalisés à cause de la Covid-19), mais aussi Covidiab (accompagnement digital personnalisé), MonCovid (banque de données du "vécu"), une enquête de déconfinement, un sondage avec beaucoup de partenaires (Collectif obésité, Alliance du cœur, Société française d'hypertension artérielle) sur les retards de soins. Je tiens à remercier la participation de la société Medtronic qui a participé à l'élaboration de ce sondage.

L'assurance maladie a également très bien accompagné la FFD, et a permis de répondre à beaucoup de questions. Un bémol réside cependant dans la mise entre parenthèses du service Sophia qui suit de très nombreux patients diabétiques.

J'aimerais saluer la générosité des travailleurs du siège de la FFD, ainsi que des partenaires de la Fédération, qui ont été d'une grande aide et ont apporté beaucoup, notamment au travers d'actions caritatives.

Nous avons fait beaucoup de choses et remis en question nos organisations, pour assurer le soutien et l'accompagnement des patients, vers leur autonomie.

L'expérience des entreprises de télémédecine

Intervention de Monsieur François Lescure, Président de MédecinDirect et de LET (Les Entreprises de Télémédecine)

La crise a permis de tous se mettre en marche vers un combat identique, celui d'apporter des éléments de réponses aux patients souffrant du virus ou angoissés par ce dernier. Les différentes plateformes de télémédecine se sont mises en ordre de bataille, et ont construit avec les acteurs sur des différences au lieu de s'opposer sur celles-ci. Mon souhait est que l'on continue sur cette lancée et que l'on ne revienne pas dans un système en « silos ». Pendant la crise, beaucoup de services sanitaires ont été bouleversés et n'ont pas pu accueillir autant de patients qu'avant. Les plateformes se sont mises à disposition des patients ; du jour au lendemain, l'utilisation est passée de 1 à 10 voire de 1 à 20 par rapport à l'avant-crise. La situation a été complexe à gérer, mais les médecins ont joué le jeu et se sont mobilisés. Cela a permis d'endiguer une partie du flot de demandes de consultations. Les patients étaient conscients de consulter un médecin, car il y avait une grosse angoisse vis-à-vis des risques qui étaient relativement inconnus, le travail collectif pour le bien être des patients s'est donc révélé

indispensable. Nous sommes toujours mobilisés, une nouvelle crise se profile, et la télémédecine est mobilisable à nouveau.

Olivier Mariotte, nile : quelles solutions à préconiser pour faire en sorte que cette nouvelle forme de pratique soit pérennisée ? On est, en télémédecine, en deçà de ce que l'on pourrait faire.

Considérer les acteurs de télémédecine comme acteurs à part entière des parcours de soins

Plusieurs propositions ont été effectuées dans le cadre du PLFSS notamment, autour d'une considération principale : celle que les plateformes de télémédecine sont des acteurs de soins à part entière. La télémédecine est faite avec un moyen différent, mais elle reste de la médecine. Les acteurs de la télémédecine viennent du médical, ont une déontologie et une éthique comme tous les médecins, ont envie d'œuvrer vers une technique la plus parfaite possible.

Il faut considérer les plateformes privées comme acteurs à part entière des parcours de soins et non des éléments satellitaires. La télémédecine ne remplace pas des médecins traitants, ce débat est une ineptie. L'idée est de renforcer l'offre médicale dans les territoires sous-dotés ; il y a en France des communes où le nombre de consultation disponible par habitant est inférieur à 1, pour plus de 4 en moyenne en France. Il y a un besoin clairement exprimé par le terrain, celui d'apporter du volume de temps médical. La télémédecine peut ainsi être un recours complémentaire utile, les acteurs de la télémédecine ira là où on a besoin d'elle. L'outil en tant que tel, téléphonique, écrit, visio, doit être défini entre le patient et le médecin ; ce n'est qu'un outil.

Il y a beaucoup de choses à faire, dans la coordination entre généralistes et spécialistes ou encore sur le délestage de médecin en zone tendue par des remplacements à distance en cas de congés ou la nuit et le week-end.

L'expérience de Sodexo

Intervention de Madame Nataliane Thoulon, Directrice de la planification stratégique

Sodexo est un acteur privé français d'actionnariat familial ; présente dans 70 pays, très connue pour la restauration collective scolaire, Sodexo agit aussi dans une trentaine de pays dans la restauration pour établissements de santé et médico-sociaux. Sodexo est souvent confrontée à la critique d'être une "grosse boîte internationale" ; pourtant, dans la crise, cela a montré que c'était un avantage.

L'action de Sodexo pendant la crise

Sodexo est présente dans les hôpitaux de Wuhan, ce qui a permis de savoir dès décembre 2019 que quelque chose allait se produire, même si les informations étaient parcellaires. Sodexo était donc bien préparée et a pu anticiper sur des approvisionnements d'équipements individuels de protection, car elle effectue également des missions de bionettoyage ; également, la sécurisation des parcours d'approvisionnements alimentaires a pu être prévue en direction prioritaire des établissements de santé. Dès l'activation du plan blanc, un plan de continuité de l'activité a été mis en place, au niveau national, régional et par site, en collaboration avec les équipes des établissements de santé. Ces plans de continuité de l'activité sont vraiment des documents vivants, très complets, qui permettent d'assurer 100% de l'activité – ce qui a été réussi par Sodexo.

Des centres de dépistage ont été mis en place à l'étranger par Sodexo en partenariat avec des pharmacies, notamment au Royaume-Uni (jusqu'à 75 drives). Ces drives étaient prévus principalement pour les soignants, mais ils sont toujours en activité pour le grand public. Sodexo gère alors la logistique, l'infrastructure, les déchets, le nettoyage, les flux et toute la chaîne d'approvisionnement : c'est en dehors de la chaîne de restauration, mais toujours au service du patient et du système de santé.

En France comme à l'étranger, la restauration des patients isolés en hôtels a été produite et livrée par Sodexo ; des circuits logistiques de dons alimentaires ont été mis en place, en assurant la priorisation de la distribution des repas, les règles d'hygiène, etc. Au début, l'organisation était difficile, mais les équipes ont réussi à repenser des schémas logistiques, ce que les hôpitaux ne pouvaient bien évidemment pas faire. Sodexo a également pris en charge l'organisation du bénévolat dans certains hôpitaux : organisation générale, planning, etc.

On n'attendait pas Sodexo sur tous ces sujets, mais pourtant c'est le cœur de l'expertise de Sodexo : la logistique, l'organisation, l'acheminement, le bon sens formalisé. Tout cela a été rendu possible grâce à des équipes, des équipes qu'on connaît pourtant mal car on voit peu les cuisiniers comme les agents de nettoyage.

Imaginer des innovations simples et utiles au bénéfice du système de santé.

Les leçons tirées de cette période sont intéressantes, et peuvent se résumer en quelques mots. L'enseignement clé est qu'il faut tout simplifier ; plus une action ou un service est simple, la crise nous l'a montré, mieux elle fonctionne. On est allés droit au but, et cela a marché.

Il a également fallu tout le temps différencier le propre du contaminé ; à chaque circuit logistique, tout devait être pensé pour ne rien mélanger et assurer une sécurité forte.

Nous avons dû également protéger, tout au long de la crise : les collaborateurs, les personnels soignants, les patients, les familles, dans les rares cas où elles étaient autorisées à venir dans les établissements.

La définition de l'innovation a changé ; il ne s'agissait pas de faire quelque chose de parfait, mais quelque chose d'utile et de simple. Un mot d'ordre : il ne fallait pas laisser le *mieux* être l'ennemi du *bien*.

Il a fallu énormément communiquer, avec et envers les équipes soignantes, car les circuits ont beaucoup évolué. Nous avons communiqué de manière non excessive, mais au bon moment et avec les bonnes personnes.

Il a également fallu se focaliser sur le cœur de métier, la logistique, la protection des circuits, ce qui apporte énormément de valeur et a aidé les établissements de santé à être plus performants.

On savait que nos équipes étaient exceptionnelles, mais dans ces périodes de crise, elles se sont véritablement révélées. Elles se sont réveillées tous les matins, n'avaient pas forcément de transports en commun, ont parfois dormi sur place, avaient peur pour leurs familles mais sont venus à l'hôpital tous les jours.

Intervention de Monsieur Jean-Jacques Coiplet, Directeur général

J'ai ouvert dans le dictionnaire la définition du mot « soutier », et j'ai lu qu'il s'agissait de personnes accomplissant des tâches ingrates et peu considérées.

La tâche de travailler en ARS n'est pas vraiment une tâche de "soutier", car elle n'est pas ingrate ; il s'agit de prendre soin, notamment des plus vulnérables, ce qui est valorisant mais pas forcément valorisé. Il s'agit ici de rendre hommage à tous les agents des ARS qui ont servi lors de cette crise. Le modèle des ARS, souvent critiqué, permet de penser au niveau global, stratégiquement, et d'agir territorialement. L'ARS permet de penser une stratégie tout en étant sur le terrain.

La crise a révélé plusieurs choses : il fallait être créatifs, inventifs, en plus d'être innovants. Il fallait trouver une verticalité, certes pas trop directive, mais un cadre dans lequel agir tout en s'adaptant aux réalités du territoire. Il fallait aussi une horizontalité, adaptée au terrain et aux réalités du territoire, à l'écoute pour ne pas être hors-sol. Cet équilibre entre verticalité et horizontalité se trouve dans la confiance dans les acteurs du terrain, dans leur liberté, dans la pédagogie par l'erreur. Il faut soutenir, accompagner et faire confiance.

L'action de l'ARS pendant la crise

Quelques exemples parmi tant d'autres de ce qui a été porté dans les Pays de Loire par l'ARS, en complémentarité de ce que tous les acteurs ont fait dans leurs domaines respectifs :

- Nous avons constitué avec les établissements hospitaliers un G5, constitué des 5 hôpitaux supports de GHT, pour coordonner ces GHT mais aussi faire l'interface avec les acteurs médico-sociaux, le premiers recours, mais également les usagers. L'ARS était ainsi dans une position de garante, car autorité d'Etat, mais aussi dans une position de partenaire. On a fait confiance, tout en gardant le reporting et l'arbitrage.
- En plus de remonter les demandes de surblouses au ministère, l'ARS a créé de toute pièce une entreprise chargée de fournir des EPI aux professionnels de santé, en coordination avec un fournisseur de plastique, des bénévoles, l'armée, des chefs d'entreprise. Plus de deux millions d'EPI ont été distribués.
- Beaucoup d'agents de l'ARS ont mis en *stand-by* leurs missions habituelles pour organiser la distribution d'équipements de protection auprès des professionnels de santé, des maisons de retraite, ont recueilli des dons d'entreprises ou de particuliers.

Trouver l'équilibre entre horizontalité et verticalité.

Ce travail effectué honore ceux qui sont au service du service public ; c'est un travail d'intelligence collective, au service des patients, au service des soignants. On ne réussit jamais seul, on réussit en se mettant autour de la table et en faisant de l'intelligence collective. Les belles histoires ont été une réalité : l'apport de l'hôpital sur le territoire, les coopérations entre acteurs, l'apport des avis des usagers, qui sont des avis de bon sens, et qui comptent pendant une crise. La crise a permis de prendre conscience du fort engagement des professionnels autour du soin apporté à la population et de la capacité de tous les acteurs à innover et à travailler en commun.

L'expérience de la métropole de Dijon

Intervention de Madame Danielle Juban, Vice-présidente

La collectivité a été mobilisée sur plusieurs grands enjeux :

- Il a fallu, en tant qu'employeur, mettre en place le télétravail en quelques jours
- Il a fallu organiser la fermeture des services publics en assurant le maintien des services essentiels comme les services sociaux, les repas à domicile, et l'accueil des enfants des personnels soignants
- Nous avons organisé la réouverture, dans un moment de flottement, des services publics comme les écoles, avec des recommandations parfois contredites quelques jours plus tard
- Nous avons répondu aux habitants isolés, vulnérables et inquiets. Plus de cent cinquante appels par jour de personnes en situation de besoin ont été traités
- Nous avons compensé la pénurie d'équipements de protection et de gels hydroalcooliques, notamment au bénéfice des EHPAD, des professionnels de santé, des prestataires à domicile. Nous avons ainsi dû faire rouvrir la FNAC pour mettre à disposition du matériel électronique de formation, Decathlon pour fournir des masques et des entreprises hôtelières pour fournir des tabliers.

Répondre aux besoins des acteurs et soutenir leurs innovations.

La métropole a pu impulser une mobilisation solidaire d'entreprises locales, et d'organiser la mise en lien avec les établissements dont nous connaissions les besoins. Les entreprises du technopôle santé ont ainsi été mises à contribution. De grandes entreprises comme Urgo, présentes sur le territoire, ont également répondu présent. Nous avons créé une cartographie dynamique des activités lancées dans la lutte contre le Covid et l'isolement ; nous avons aussi participé à des *hackathon* et *datathon* sur les sujets de gestion de crise et d'intelligence artificielle dans la lutte contre le Covid. Nous avons anticipé, préparé la sortie du confinement avec les entreprises et le secteur social et médico-social.

Les enseignements de la crise

Ce que nous pouvons tirer comme enseignement, c'est une trop grande dépendance aux chaînes d'approvisionnement mondiales. Nous avons également regretté l'organisation *top-down*, pas assez décloisonnée entre les services de l'Etat, l'ARS, les hôpitaux, les acteurs tiers.

Cette période a permis de prendre conscience de la fragilité du secteur sanitaire, malgré la mainmise de l'Etat sur celui-ci et le fort soutien apporté aux professionnels de santé dans la population.

L'expérience du Conseil régional d'Île-de-France

Intervention de Monsieur Cédric Arcos, Directeur général adjoint

La région Île-de-France compte 12 millions d'habitants sur un territoire extrêmement diversifié, très contrasté : il existe ainsi des zones très denses, mais également des zones très rurales.

L'Île de France a eu l'intuition de développer une forte politique santé, d'en faire une priorité, avec l'idée qu'une région ne peut ignorer cette politique sanitaire car elle dépasse la question de l'offre de soins mais participe également de la cohésion sociale et de la vitalité économique. Par ailleurs,

beaucoup de politiques régionales peuvent alimenter une politique de santé (transports, éducation, etc.).

L'action du Conseil régional pendant la crise

La crise a révélé l'extrême sollicitation des professionnels de santé et des structures hospitalières, mais aussi que la santé percutait bien davantage que le seul secteur sanitaire. La région Île-de-France a été challengée, avec l'obsession d'agir sur les différents leviers de la région pour apporter une réponse à la crise, et d'apporter une aide aux professionnels de santé.

Le premier pilier de l'action a été de soutenir le système de santé, en se demandant quoi faire pour être utile. Le deuxième pilier a été de faciliter et d'assurer le maintien minimum d'une activité, notamment pour assurer un approvisionnement en supermarchés ; également, il a fallu assurer une continuité pédagogique dans les lycées. Le troisième pilier a été le pilier solidaire ; les plus fragiles ont subi une double peine, car il y a un cumul des précarités, notamment en Seine-Saint-Denis.

Les agents se sont beaucoup mobilisés, ont agi en dehors de leurs fiches de postes pour assurer notamment des distributions de masques.

Quatre avions ont été affrétés par la région pour s'approvisionner en masques en Chine et les distribuer aux professionnels de santé, puis à tous les travailleurs invisibles de la crise. Cela a été rendu possible dans des délais très courts grâce à un travail avec les commerçants franco-chinois d'Île de France, en leur demandant de les aider via leurs réseaux et leur connaissance du tissu industriel chinois.

Souhaitant ne plus revivre cette situation de pénurie, la région Île-de-France a planté plusieurs graines de regains de souverainetés ; ainsi, une usine de masques chirurgicaux a été rouverte en France, en trois semaines.

La région a également financé beaucoup de dépenses nécessaires aux professionnels de santé : séparations en plexiglas, outils de télé-médecine, etc. En lien avec Sodexo, une stratégie de distribution alimentaire a été mise en place. Des bases de loisirs ont été ouvertes pour offrir à des milliers de soignants des séjours de repos.

Se focaliser sur le sens avant les outils

La région IDF a pris conscience que la santé était au cœur des dynamiques de la société. Elle a pu agir parce que les relations avec les décideurs publics étaient très bonnes ; elle a pu agir également parce que les règles se sont momentanément effacées, que les acteurs ont oublié la réglementation en se concentrant sur les résultats. Ainsi en rendant les équipes autonomes, en les responsabilisant, elles trouvent des solutions.

Plusieurs écueils sont à éviter pour la suite. Tout d'abord, il faut éviter de faire comme si rien ne s'était passé, et ainsi reprendre les mêmes habitudes en se méfiant entre acteurs ou envers le privé. Il faut donc se concentrer sur le sens, avant de se focaliser sur les outils ; c'est cela qui a permis aux professionnels de santé de répondre, c'est de s'être concentrés sur le sens de leur métier. Il faut également saluer le fait que l'on parle davantage aujourd'hui de santé publique, qui n'est pas l'infantilisation du citoyen, mais l'explication d'une situation et un discours sincère, de vérité. Il faut également que le "quoi qu'il en coûte", en matière d'investissement en santé et de vision transversale des problèmes sanitaires, ne soit pas qu'une parenthèse.

Patrick Block : Les Équipes de Soins Primaires (ESP) permettent de regrouper et faire dialoguer entre eux, de manière décloisonnée, les différents acteurs en santé. Où en sommes-nous au niveau de la création des ESP dans les territoires ?

Jean-François Thébaut, FFD : C'est au niveau territorial que les gens travaillent, que les gens sont malades, c'est donc là qu'il faut agir. Il n'y a pas de définition réglementaire des ESP, contrairement aux CPTS. La crise a été un formidable catalyseur pour que se créent de véritables coordinations ; il faut surfer sur cet élan. Au niveau local il y a un vif tissu associatif ; aujourd'hui, il n'y a pas de capacité de mobilisation collective de ces associations. Au niveau local, la démocratie sanitaire ne fonctionne que si les autorités locales le veulent bien. Quel que soit le plan venant d'en haut, s'il n'y a pas les soutiens d'en bas pour mettre en place des mesures, les choses ne bougent pas. Il y a donc un travail à faire avec les ESP et les CPTS, en bonne intelligence avec tous les acteurs. Il faut que cet échelon territorial soit utilisé.

Andréa Goma, nile : Comment upgrader la formation des professionnels de santé ? Quelles sont les actions pratiques de la région sur ce point ?

Cédric Arcos, Région Île de France : On s'est beaucoup appuyés sur les jeunes professionnels lors de cette crise, et il faut leur rendre hommage. Décision a été prise de mieux rémunérer les jeunes professionnels, à hauteur de 1500 euros par mois, comme les autres professionnels de santé. La vision de la région IDF, c'est porter une notion de campus, pour lutter contre les formations isolées des professions de santé, c'est là-dessus qu'il faut agir pour que les professionnels travaillent ensemble. Il s'agit également de faire bouger les lignes en matière de coopération professionnelle, de délégations de tâches, pour amener les professionnels de santé là où ils ont le plus de valeur ajoutée.

Mercredi 23 septembre 2020 - Café nile avec M. Etienne Caniard,
Vice-président du CESE, grand témoin du colloque :

Introduction d'Olivier mariotte, nile :

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 :

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.

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.

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.

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.

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.

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.

Les 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.

Les échanges

Olivier Mariotte, nile :

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 Les Entreprises de Télémedecine (LET) :

On oppose souvent la télémedecine et la médecine. Pourtant, la télémedecine, sur les territoires, pourrait apporter une composante territoriale intéressante au titre de la permanence de soins, surtout avec l'isolement de certains professionnels.

Etienne Caniard :

Tous les outils du champ de la télémedecine 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 télémedecine présentent bien des avantages. C'est un sujet majeur, et la télémedecine 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 ?

Etienne Caniard :

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.

Etienne Caniard :

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.

Etienne Caniard :

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.

Etienne Caniard :

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.

Etienne Caniard :

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, Mutuelle Nationale Territoriale (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 ?

Etienne Caniard :

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 ?

Etienne Caniard :

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 ».