

Un rapport exprime une prise de position officielle de l'Académie nationale de médecine.

L'Académie dans sa séance du mardi 12 mars 2019, a adopté le texte de ce rapport par 60 voix pour, 9 voix contre et 17 abstentions.

## **Analyse du plan «Ma Santé 2022, un engagement collectif» et propositions de l'Académie nationale de médecine**

*Analysis of the plan «My Health 2022, a Collective Commitment» and proposals from the French Academy of Medicine*

**MOTS-CLÉS : APPLICATIONS DE L'INFORMATIQUE MÉDICALE ; HÔPITAL ; SOINS AMBULATOIRES ; INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS**

**KEY WORDS: AMBULATORY CARE FACILITIES, NON-HOSPITAL; APPLICATION, MEDICAL INFORMATICS; HEALTHCARE DISPARITIES; HOSPITAL**

Dominique BERTRAND\*, Daniel BONTOUX\*, Pierre-François PLOUIN\* (rapporteur), François RICHARD\*, Jacques ROUËSSE\* au nom d'un groupe de travail

### **Liens d'intérêt:**

Dominique Bertrand : Conseiller médical du Centre National de Gestion.

Daniel Bontoux : Aucun lien d'intérêt avec les points abordés dans ce rapport.

Pierre-François Plouin : ancien chef du service à l'hôpital européen G Pompidou, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, ancien vice-président de la Commission de la transparence.

François Richard : ancien chef de service et chef de pôle à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ; participations aux travaux de réorganisation territoriale : Haute autorité de santé (HAS), Direction générale de l'offre de soins, Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France.

Jacques Rouëssé : ancien directeur du centre anticancéreux René Huguenin de Saint-Cloud.

\* Membres de l'Académie nationale de médecine

## RÉSUMÉ

L'Académie nationale de médecine a pris connaissance du plan «Ma santé 2022, un engagement collectif», proposé par le ministère des Solidarités et de la Santé, et en approuve les principales mesures. Le présent rapport résume l'analyse de l'Académie, formule des remarques portant sur plusieurs omissions, dont celle de la prévention, et propose neuf priorités portant notamment sur la réorganisation territoriale des soins, les nouveaux partenaires, la gouvernance hospitalière et l'apport du numérique.

## SUMMARY

The French Academy of medicine examined the plan “My Health 2022, a Collective Commitment” recently issued by the Ministry of Health and approves most of the propositions. The present report summarizes the Academy's analyses, remarks and priorities.

## Introduction

Le ministère des Solidarités et de la Santé a publié en novembre 2018 un plan intitulé «Ma santé 2022, un engagement collectif». Ce plan, ici dénommé le plan 2022, comporte 54 mesures réparties en neuf chantiers (*Structuration territoriale des soins; adaptation des formations professionnelles; gradation des soins et évolution des groupements hospitaliers de territoire; évolution des compétences managériales [notamment médicales] à l'hôpital; régulation et soins non programmés; diversification des conditions d'exercice et des parcours professionnels; qualité et pertinence des soins; numérique en santé; financement et tarification*) (1).

Les 54 mesures du plan 2022, son dossier de presse et les six rapports annexés (*Accélérer le virage numérique, Adaptation des formations, Évolution des métiers, Financement et régulation, Organisation territoriale, et Pertinence*) ont été soumis aux 16 Commissions de l'Académie nationale de médecine (ANM), puis analysées par un groupe de travail qui a formulé des remarques et proposé des priorités. Le rapport de ce groupe de travail a été soumis au Conseil d'administration de l'ANM puis au vote de l'assemblée plénière du 12 mars 2019.

## ANALYSE DU PLAN 2022

Les 54 mesures du plan 2022 sont groupées comme suit dans le présent rapport : l'accès aux soins ; les soins et leur qualité ; les médecins ; les personnels paramédicaux ; l'hôpital ; le numérique. Les mesures numérotées de 1 à 54 dans le plan 2022 sont référencées entre crochets. Le dossier de presse et les annexes sont cités quand cela paraît nécessaire.

### 1. L'accès aux soins

Déserts médicaux. Le dossier de presse souligne à juste titre les «*problèmes d'accès aux soins dans certains territoires : difficulté à obtenir un rendez-vous en ville dans les 48 h en cas de besoin, difficulté à trouver un médecin traitant [...], difficultés à obtenir l'information*». Ces problèmes, plus marqués dans les zones rurales et dans les outre-mer, sont liés au nombre de médecins actifs, aux inégalités de leur répartition géographique et par spécialité, au vieillissement de la population et des médecins installés, à la désaffection des nouveaux médecins pour la médecine générale, à leur féminisation et à leur souhait fréquent d'une activité urbaine salariée (voir l'avis du Conseil économique, social et environnemental) (2). Plusieurs de ces points peuvent être amendés par les mesures de réorganisation territoriale ci-dessous, par la réforme des études médicales et l'ajustement du nombre d'étudiants admis en deuxième cycle, par le contrat d'installation (voir *Les médecins*), et par les nouvelles professions (voir *Les personnels paramédicaux*).

Réorganisation territoriale. Le déploiement de 1000 communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) à l'horizon 2022 [9], le doublement dans les 5 ans du nombre de structures d'exercice coordonné conventionnées [12], et la labellisation à partir de 2020 de 500-600 hôpitaux ou

établissements de santé de proximité [15] sont des propositions bienvenues. Elles doivent cependant anticiper :

- Les délais et les coûts liés au besoin de personnels supplémentaires : médecins et assistants médicaux (AM) dans les CPTS ; médecins, agents paramédicaux et administratifs dans les plateformes territoriales d'appui (PTA) et dans les structures de proximité. En ce qui concerne les médecins, les effectifs actuels sont insuffisants et les prochaines installations le seront également, à moins de revenir sur le libre choix de la spécialité et du lieu d'exercice (ce qui implique une adaptation de la procédure d'autorisation d'exercice), et accessoirement de multiplier les terrains de stages pour la période d'autonomie du 3<sup>e</sup> cycle. Un supplément d'agents paramédicaux et administratifs sera probablement nécessaire à la labellisation des hôpitaux ou établissements de santé de proximité. Enfin les AM et les personnels chargés de la régulation dans les PTA représentent de nouveaux postes. D'une façon générale, le plan devrait indiquer les mesures de financement qui accompagneront les réformes proposées.
- La réorganisation des hôpitaux ou établissements de santé de proximité à partir des hôpitaux locaux et des centres hospitaliers qui n'auraient plus d'autorisation pour les activités spécialisées, notamment chirurgicales. Les conseils nationaux professionnels concernés et le collège de médecine générale sont le plus à même de proposer le niveau des plateaux techniques de biologie et d'imagerie pour la gériatrie et les soins de suite et de réadaptation (SSR), ainsi que les modes organisationnels pour ces structures de proximité sans permanence des soins sur 24 h.
- Globalement, on ne voit pas aboutir la réorganisation territoriale « dès 2020 », c'est à dire l'an prochain [20]. En effet, les besoins en personnel ne seront pas réduits par l'association des professionnels de ville à la gouvernance des structures de proximité [16] et la plupart des autres mesures sont des créations : développement des AM [10,11], des équipes mobiles [23], des gestionnaires de lits [24], des PTA [17,18].

Télémédecine. La télésurveillance et la téléconsultation sont des ressources prometteuses pour la surveillance de plusieurs maladies chroniques, de même que la télé-expertise pour plusieurs maladies rares. Elles soulèvent des questions d'encadrement administratif, de responsabilité et de tarification. En ce qui concerne le télédiagnostic en imagerie, il intervient après l'acquisition des images (échographie, radiographie, histologie), ce qui présume en amont un personnel d'imagerie dans les hôpitaux locaux. On note aussi que les territoires les moins équipés en médecins sont aussi les moins équipés en réseau internet de haut débit.

Urgences. Les PTA devront souvent diriger les patients qui consultent en urgence, ou qui sont suspects d'une pathologie aigüe ou grave, depuis les CPTS vers l'un des hôpitaux du groupement hospitalier de territoire (GHT), avec une probabilité élevée de retour au niveau local après le passage au service d'urgence [25]. Ce retour soulève la question du transport et des jours et heures d'ouverture des structures locales.

Aide à l'accès aux soins. Il convient de prévoir des permanences d'accès aux soins de santé généralistes ou psychiatriques dans les GHT, et de préciser la prise en charge des personnes socialement vulnérables qui relèvent de la couverture maladie universelle complémentaire ou de l'aide médicale d'état.

## **2. Les soins et leur qualité**

Gériatrie et psychiatrie. Le plan 2022 insiste à juste titre sur la nécessité d'améliorer la prise en charge des personnes âgées, dépendantes ou non, afin d'éviter une hospitalisation inutile et, le cas échéant, d'assurer leur retour à domicile après une hospitalisation nécessaire [15, 23, 39]. Tout aussi justifiées sont les mesures concernant la santé mentale qui visent le maillage territorial, les étudiants, les enseignants et les paramédicaux [26-32]. Il faut rappeler que la psychiatrie, particulièrement la pédopsychiatrie, est une discipline en souffrance (voir plus haut les besoins en personnels).

Référentiels et filières. Les référentiels font l'objet de négociations et de mises à jour où interviennent les autorités sanitaires, l'assurance maladie, les sociétés savantes, le conseil de l'ordre, les syndicats professionnels, etc. Les mesures concernées [1, 3, 5, 38] apportent peu de précisions sur ces partenaires et appellent des questions : les référentiels seront-ils opposables ? Qui va les préparer ? Quel est le calendrier de leur mise en place : d'ici à 12 mois (à dater de septembre 2018) [1], dès 2019 [3], ou d'ici à 2022 [5] ? Les « filières d'intérêt commun » [19] sont-elles les « parcours présentant le plus d'enjeux en santé publique » [2-3] ?

Nomenclatures. Une mise à jour de la nomenclature générale des actes professionnels et de la liste des produits et prestations [5] est nécessaire, car l'évolution prévue dans la réforme précédente a été trop lente compte tenu de la rapidité des progrès en médecine, aboutissant à une tendance à la généralisation des assimilations, souvent peu pertinentes. Le rôle des Conseils nationaux professionnels (CNP) associés à la HAS et à la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) paraît déterminant. Les nouvelles nomenclatures incluront-elles les actes de pratique avancée infirmière [30, 33] ?

Mesures de qualité. Les mesures [2] et [3] proposent des indicateurs de qualité pour « *les parcours présentant le plus d'enjeux en santé publique* ». L'annexe *Pertinence* précise sept de ces parcours (bronchopneumopathie chronique obstructive, obésité, maladie coronarienne stable, insuffisance rénale chronique, maladie de Parkinson, diabète et accident vasculaire cérébral). L'objectif est de « *renforcer la confiance des usagers en mesurant systématiquement leur satisfaction au décours d'une prise en charge* » [6]. Cette annexe ne propose que le questionnaire e-Satis qui concerne la qualité perçue (3). Ce questionnaire est facultatif après un séjour de 48 h et plus et son exploitation expose aux biais introduits par un remplissage incomplet (63 questions) et par un taux élevé d'abstention. Il est nécessaire de recueillir des éléments de satisfaction (notamment le délai d'attente et la prise en charge de la douleur), mais tout aussi nécessaire de mesurer la qualité d'un séjour par son utilité et sa sécurité. Ceci repose sur le codage dans le programme de médicalisation des systèmes d'information, sur la présence dans le dossier de l'ordonnance de sortie, du compte-rendu d'hospitalisation, du courrier destiné à la continuité des soins, etc. Au-delà de la qualité d'un séjour, la qualité d'un service, d'un hôpital ou d'une filière doit être mesurée par la durée moyenne de séjour par pathologie et en fonction des comorbidités, par la fréquence des complications et des réadmissions, par la morbidité à un an, etc. C'est le rôle de la HAS et des CNP des différentes spécialités. La « *multiplication par six du montant consacré au financement de la qualité pour les établissements MCO, SSR et HAD* » [4] ne doit pas s'appuyer seulement sur la qualité perçue.

### 3. Les médecins

Médecins libéraux. Le plan 2022 leur attribue un soutien financier, incluant le développement des AM, à la condition qu'ils exercent en groupe ou en CPTS et qu'ils s'engagent sur un bénéfice mesurable en matière d'accès aux soins dans le but de libérer du temps médical [10,11]. Un médecin qui exerce en solitaire pourrait aussi tirer profit d'un AM à temps partagé et mériterait un soutien financier à cet effet. Il y a de plus une ambiguïté : alors que le temps médical libéré est dévolu par la CNAM à l'augmentation de la patientèle, une augmentation de la durée des consultations favorisant la relation médecin-malade est un objectif légitime. Par ailleurs, les ARS réservent la gestion du groupe médical ou du CPTS à un docteur en médecine, et les médecins concernés y renoncent fréquemment du fait du temps qu'ils doivent y consacrer. Les AM devraient participer à cette gestion.

Étudiants et internes. Ils sont mentionnés à propos de la réforme des études de santé [10] : « *intégrer l'avis des patients dans l'évaluation des étudiants [...]; des patients experts seront amenés à intervenir dans les cursus de formation des professionnels de santé* ». Des précisions sur ce rôle de ces « *patients experts* » sont nécessaires. Le service sanitaire de santé n'est pas mentionné. La généralisation des stages d'interne dans les cabinets médicaux est souhaitée, de même que la simplification des conditions administratives de ces stages. La suppression du numerus clausus, de l'examen classant national (ECN) et du concours de praticien hospitalier (PH) [35, 52, 54] est abordée plus loin.

Statut des PH. Son assouplissement fait l'objet de plusieurs mentions [34 à 37] qui ne sont pas clarifiées dans l'annexe *Évolution des métiers*. Il doit s'accompagner de propositions fortes pour favoriser la création d'équipes territoriales ou de contractualisation réelle entre équipes fixes pour favoriser la qualité, la sécurité et la pertinence des soins, ainsi qu'un accès partagé aux plateaux techniques de recours ou de référence. Le plan 2022 n'aborde pas la valorisation des enseignements assurés par les PH, l'actualisation de leurs connaissances, les éventuelles procédures de certification périodique permettant de garantir le maintien de leur compétence, et les possibilités de reconversion si nécessaire.

#### 4. Les personnels paramédicaux

Nouveaux métiers. Particulièrement nécessaire et soutenu par l'ANM, est le déploiement des AM auprès des médecins libéraux, des pratiques avancées infirmières [33], des assistants en soins de gériatrie [39], et, dans l'annexe *Évolution des métiers*, des ingénieurs en organisation et gestion de flux. Il importe de préciser les domaines respectifs des AM et des infirmiers de pratiques avancées, le partage des responsabilités dans ces pratiques, et d'indiquer le lieu d'exercice des personnels concernés : CPTS, petits hôpitaux, hôpitaux classiques, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ? Il sera important de valoriser les équipes mobiles au sein des GHT.

Concours d'entrée. La suppression du concours d'entrée aux instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) [53] laisse un vide qui n'est pas comblé dans le plan 2022.

Autres partenaires. À côté des professionnels de santé, il serait utile de définir le statut de « *patient expert* » [8, 10] et de reconnaître l'implication et les besoins des familles, des associations et des aidants, non mentionnés.

#### 5. Les hôpitaux

Missions des hôpitaux ou établissements de santé de proximité. Elles incluent « *la médecine polyvalente, les soins aux personnes âgées, les SSR, les consultations de spécialités et les consultations non programmées* » [15]. Ces structures sont indispensables pour la réorganisation de la chirurgie, de l'interventionnel et de l'endoscopie. En plus des soins de proximité, elles permettront de multiplier les consultations de spécialités et de suivi, y compris chirurgicales ; elles rapprocheront la population des spécialités actuellement éloignées ; elles compenseront la fermeture de services cliniques actuellement peu actifs en réorganisant les plateaux d'imagerie et de biologie en fonction du recrutement (connexion avec le privé par contrat ?). Ces structures doivent disposer d'équipements en télémédecine [13, 15, 16], et il convient de réduire la lourdeur administrative de la mise en place de cette dernière. Elles n'ont pas vocation à l'accueil des urgences, avec la réserve nécessaire sur la distinction entre consultation non programmée et urgence. Leur participation à l'accès aux soins est discutée plus haut.

Participation des professionnels de ville. Les associer à la gouvernance des structures de proximité (participation aux PTA, aux conseils de surveillance, à des commissions médicales d'établissement ou de groupement) est nécessaire pour favoriser les projets communs et les liens entre la ville et l'hôpital [16, 17]. L'application sera difficile en pratique du fait du temps de présence demandé aux médecins de ville.

Mobiliser autour d'un projet de territoire. Une bonne coopération s'impose pour faire vivre les filières de soin ou de gestion des urgences [18]. La présence à un niveau élevé de décision (à la direction si possible) d'un médecin responsable permettra d'assurer la pertinence et la bonne conduite médicale des projets (voir aussi les centres hospitaliers régionaux [CHR] et universitaires [CHU] ci-dessous).

Régime des autorisations. Leur réforme et l'organisation de la gradation [20], en cours de réflexion avec les professionnels, sont incontournables. Elles posent le problème de la définition de la gradation par établissement, ou mieux par spécialités, notamment chirurgicales et interventionnelles. Le financement des organisations innovantes [21], la gestion humaine mutualisée [21] et l'accélération vers la fusion [22] des établissements de santé sont des ouvertures qui devraient permettre une accélération du développement des GHT.

Relations public-privé. La coordination entre établissements publics et privés n'était pas fortement soutenue par la loi de 2016 sur les GHT. En revanche, la possibilité dans le plan 2022 de construire des organisations expérimentales entre les deux secteurs est bienvenue.

CHR et CHU. Les mesures 43 à 50 traitent de la gouvernance de ces établissements. On ne peut qu'approuver les mesures salariales et d'harmonisation [47,51]. D'autres mesures soulèvent des questions. À propos du relèvement du plafond autorisé des heures supplémentaires, quel est le plancher pour les PH ? Le dispositif d'intéressement [44] concerne-t-il le service qui améliore la qualité ou globalement l'établissement (cf. l'exemple négatif de la dotation des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation et des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation) ? Qui mènera la démarche d'entretiens annuels d'appréciation [45] ? Voir plus loin la

proposition de l'ANM pour la gouvernance médicale et administrative des hôpitaux et projets de territoire.

## 6. Le numérique

Plateformes et systèmes. Adossée à un excellent rapport annexe « *Accélérer le virage numérique* », la liste des 54 mesures est modeste avec seulement trois entrées [7, 8, 14]. Elles concernent « *une plateforme web d'information sur le système de soins* » [7], « *un espace numérique de santé individuel et personnalisable permettant [à l'utilisateur] d'avoir accès à ses données et services de santé, tout au long de sa vie, d'ici 2022* », et la « *mise à disposition d'un bouquet de services numériques intégrés pour les professionnels de santé, CPTS, acteurs de proximité* » [14]. Des préalables sont l'accès au haut débit et l'harmonisation des systèmes informatiques. Nous sommes loin « *d'aboutir pour fin juin 2018 à la production d'une feuille de route opérationnelle couvrant la période 2018-2022* » comme cité dans l'annexe. On ne trouve pas dans les 54 mesures l'objectif principal du rapport annexe qui est d'améliorer la prévention, ni la mention du dossier médical partagé.

Intelligence artificielle (IA). Elle n'est jamais mentionnée dans les 54 mesures et n'est citée qu'une fois, entre parenthèses, dans le rapport annexe. L'IA s'adresse déjà aux patients connectés dans certaines filières, à l'imagerie via la télémédecine, à la personnalisation des traitements antibiotiques ou anticancéreux, au développement de la robotique (4). Voir plus loin les propositions de l'ANM.

## REMARQUES COMPLÉMENTAIRES

### L'absence de la prévention

Le Ministère des Solidarités et de la Santé avait produit le 26 mars 2018 un dossier intitulé « *Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie* ». La prévention n'apparaît pas dans la liste des 54 mesures du plan 2022, mais seulement dans son dossier de presse. La prévention est probablement omise parce qu'elle est l'objet d'un dossier antérieur. Il faudrait mentionner ce parti à la tête des 54 mesures pour renvoyer les lecteurs à « *Priorité prévention* ».

### D'autres omissions

Les outre-mers font l'objet de quelques lignes dans le dossier de presse, mais ne sont pas cités dans les 54 mesures et mentionnés de façon négative dans l'annexe *Organisation territoriale* : « *L'ensemble des établissements publics de santé et médico-sociaux, à l'exception de l'AP-HP et quelques établissements implantés dans des territoires très spécifiques [ex. : outre-mer], rejoignent les GHT* ».

Le plan 2022 comporte d'autres omissions portant :

- Sur plusieurs thématiques (dans l'ordre alphabétique) : les addictions, l'enfant et l'adolescent, les handicaps, les migrants, la qualité de vie au travail, la recherche.
- Sur plusieurs acteurs : les aidants des personnes en situation de handicap, les biologistes médicaux, les pharmaciens dont le vaste réseau peut appuyer certains services médicaux comme les vaccinations, et les médecins de deux secteurs en déshérence, pourtant essentiels au dépistage et à la prévention chez l'enfant : la protection maternelle et infantile et la médecine scolaire.

### Les mesures concernant la sélection

Nous n'en discutons pas le principe ni l'intention, mais ces suppressions n'ont de sens que par quoi on les accompagne :

Suppression du concours de PH [35]. Par quoi le remplacer, sachant que tous les postulants ne sont pas égaux en valeur et que, du moins pour les postes convoités, un choix devra avoir lieu ? Qui l'exercera ? Suivant quelles modalités ?

Suppression du numerus clausus [52]. Il avait été institué comme moyen d'accès aux études médicales dans un système de flux régulés. Son application (dont la première année commune aux études de santé, la plus récente) a été un échec. Les principes de ce qui doit la remplacer sont évoqués, mais rien n'est dit sur la régulation des effectifs : laisse-t-on l'initiative aux universités de fixer les effectifs de leurs étudiants en fonction de leur capacité, avec les inégalités que cela implique, et le manque de vision d'avenir ? Il faudrait savoir si l'estimation du nombre de médecins nécessaires à telle ou telle échéance est toujours jugée nécessaire et si les moyens d'y parvenir sont à l'étude.

Suppression du concours d'entrée aux IFSI [53]. Le problème se pose également des effectifs recherchés pour la profession d'infirmière et de qui jugera du nombre de postulantes pouvant être acceptées. La même question se pose pour les aide-soignantes.

Suppression de l'ECN [54]. Elle soulève aussi des questions qui débordent le cadre du plan.

## PROPOSITIONS DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

### NOS PRINCIPES

L'optimisation de l'accès aux soins, l'augmentation de leur efficacité et de leur qualité impliquent une attention particulière à la relation médecin-malade et au temps qu'elle exige.

Elles impliquent aussi la primauté de la prévention.

Elles requièrent la contribution des professionnels à l'élaboration des réformes et innovations qui s'appliqueront à leur exercice. Ceci concerne particulièrement le choix des outils de mesure de la qualité ; les autorisations et équipements des hôpitaux ou établissements de santé de proximité ; les compétences des assistants médicaux et des infirmières en pratique avancée ; les critères de recrutement des élèves infirmières après suppression du concours d'entrée aux instituts de formation en soins infirmiers ; la nature et les modalités des entretiens périodiques d'évaluation et des procédures de certification ; le pilotage des hôpitaux.

Dans ce contexte, l'Académie revendique une participation au « *Comité de pilotage présidé par le ministre des Solidarités et de la Santé et composé de représentants des acteurs de la santé et des administrations concernées* » mentionné dans le dossier de presse.

### NOS PRIORITÉS

#### **1. Mise en place des assistants médicaux dans les communautés professionnelles territoriales de santé**

L'Académie souligne que les attributions des assistants médicaux doivent tenir compte de leur effet sur la relation médecin-malade. Le gain de temps médical ne doit pas seulement viser l'augmentation de la patientèle et la réduction des délais de rendez-vous, mais aussi la restauration du temps nécessaire à l'écoute et au dialogue. La négligence de ce composant essentiel de la consultation est préjudiciable à la qualité de la médecine d'aujourd'hui. Les assistants médicaux sont susceptibles d'y remédier, à condition que leur apport soit apprécié en termes qualitatifs autant que quantitatifs. Les solutions adoptées pour leur financement doivent être pérennes.

#### **2. Création de consultations avancées dans les hôpitaux ou établissements de santé de proximité**

Pour améliorer l'accès aux spécialités, notamment chirurgicales, l'Académie soutient la création de consultations avancées de spécialités dans les structures de proximité. Ces consultations réalisées par les spécialistes du Groupement hospitalier de territoire permettront le diagnostic et le suivi thérapeutique des pathologies médicales et chirurgicales non interventionnelles. Pour les pathologies nécessitant une intervention, les patients pourront être pris en charge par les opérateurs dans les établissements adaptés du Groupement hospitalier de territoire, la surveillance post-interventionnelle courante pouvant se faire en proximité.

#### **3. Création de plateaux médicotechniques de proximité**

L'Académie propose que les plateaux médicotechniques des hôpitaux ou établissements de santé de proximité soient élaborés avec la participation des médecins ayant bâti le projet médico-soignant et qu'il soit tenu compte des complémentarités entre secteurs public et privé, lucratif ou non. Cette participation concerne notamment l'imagerie et la biologie, dans le but d'éviter les concurrences néfastes et les investissements non utilisés faute de personnel.



#### **4. Réforme des autorisations des activités de soins**

L'Académie soutient le principe d'une réorganisation territoriale des activités hospitalières au sein des groupements hospitaliers de territoire. Ceci implique une réforme des autorisations des activités de soins, ainsi qu'une logique de gradation entre soins courants, soins spécialisés, soins de recours ou de référence. Cette réforme et cette logique doivent se décliner par spécialités, au niveau des GHT, et pas seulement par établissement, pour assurer qualité, sécurité et pertinence des soins.

#### **5. Réorganisation territoriale**

L'Académie considère que deux éléments sont déterminants pour son succès :

Le projet médico-soignant partagé, pierre angulaire de la réforme territoriale. Il doit être construit par les professionnels et les soignants, avec l'aide si besoin des conseils nationaux professionnels de spécialités, et avec la participation, et non la décision unilatérale, des directions hospitalières.

L'équipe médicale territoriale est structurée par des contractualisations efficaces entre établissements. Elle doit être de volume suffisant et valorisée dans ses activités multisites, afin de permettre l'homogénéisation des pratiques, l'amélioration de la pertinence, l'accès partagé aux plateaux techniques, le développement professionnel continu et la mise à niveau des compétences.

#### **6. Réforme des nomenclatures et leur implication dans la description de l'activité**

L'Académie soutient le principe de la simplification et de l'actualisation de la nomenclature. Elle propose que le système national des données de santé, la mise en route de registres performants et l'introduction d'indicateurs pertinents soient utilisés pour apprécier a posteriori la qualité, la sécurité et la pertinence des soins. Un contrôle a priori par l'utilisation de seuils d'activité, individuels ou par équipe, est en effet difficile à justifier scientifiquement et source de nombreuses dérives.

#### **7. Réforme de la gouvernance hospitalière**

L'Académie propose de renforcer la Commission médicale d'établissement en donnant à son président la responsabilité et la signature sur les questions médicales, et en associant dans les centres hospitalo-universitaires le doyen ou son représentant pour les sujets concernant l'enseignement et la recherche.

La gouvernance serait alors exercée par un binôme dans les centres hospitaliers régionaux : le directeur administratif, ancien directeur général, et le directeur médical, ancien président de la Commission médicale d'établissement ; et par un triumvirat dans les centres hospitalo-universitaires : le directeur administratif, le directeur médical et le directeur universitaire (le doyen ou son délégué).

On rappelle que c'est pour garantir une pluridisciplinarité effective qu'il fut décidé en 1945 de confier la direction des Centres de lutte contre le cancer à un médecin, seul capable, car crédible médicalement, d'imposer la pluridisciplinarité, et qu'au sein d'un hôpital militaire, c'est le médecin-chef qui détermine le choix des investissements en tenant compte des besoins des chefs de service et des limites budgétaires.

La responsabilité administrative implique la formation des responsables médicaux et la prise en compte de leurs compétences managériales [46]. Il faudra préciser cette formation, sa durée, ses formateurs et sa validation. Réciproquement, il faut exiger un niveau médical adéquat de la part des administratifs qui prennent en charge la gestion de structures souvent complexes, en vue de l'arbitrage entre plusieurs avis médicaux.

#### **8. Formation et carrières médicales**

L'Académie soutient le principe d'une actualisation périodique des connaissances des praticiens hospitaliers et celui d'une certification périodique permettant de garantir le maintien de leurs

compétences. Elle soutient également les mesures visant à améliorer l'attractivité de la profession, y compris la valorisation des enseignements assurés par les praticiens hospitaliers.

## **9. Numérique et intelligence artificielle**

Le numérique et l'intelligence artificielle au sens large sont appelés à prendre une place grandissante dans le domaine de la santé.

L'Académie considère que la France doit accroître son effort pour permettre à ses citoyens de profiter au mieux des nouvelles technologies et rejoindre le niveau des pays qui ont déjà pris le virage numérique. Cela implique notamment le déploiement rapide du dossier médical partagé numérisé, le soutien à toutes les initiatives permettant de mieux gérer et d'utiliser les données publiques du Système national des données de santé à des fins d'évaluation et de recherche, l'harmonisation des systèmes de recueil des données des hôpitaux, la reconnaissance et la valorisation par l'assurance maladie des actes faisant intervenir la robotisation et les nouvelles technologies, le développement de plateformes et de tumorothèques.

La télémédecine et le télédiagnostic doivent être développés afin d'améliorer l'efficacité des consultations médicales et aider à la solution du problème des déserts médicaux. L'organisation territoriale des soins et le management des établissements hospitaliers devront être progressivement numérisés.

L'Académie nationale de médecine a édité avec l'Académie des Sciences un ouvrage intitulé « Santé et intelligence artificielle » (4) qui fait le tour des applications de l'intelligence artificielle au domaine de la santé. Elle considère que ces applications seront de plus en plus utilisées par les médecins pour aider au choix du diagnostic et du traitement, mais ne sauraient en aucun cas se substituer au médecin car elles ne disposent pas, et ne disposeront pas, de ses compétences.

## Abréviations

AM	Assistant médical
ANM	Académie nationale de médecine
ARS	Agence régionale de santé
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNP	Conseils nationaux professionnels
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
ECN	Examen classant national
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAS	Haute autorité de santé
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
PH	Praticien hospitalier
PTA	Plateforme territoriale d'appui
SSR	Soins de suite et de réadaptation

## Références

1. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie>
2. <https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2017/201727desertsmedicaux.pdf>
3. <https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c2030354/fr/iqss-2019-e-satis-48h-mco-mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises-plus-de-48h>
4. Nordlinger B, Villani, C. Santé et intelligence artificielle. Académie nationale de médecine et Académie des sciences. CNRS éditions, Paris, 2018.