

# Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?



# SOMMAIRE

## Editorial ..... 3

PATRICK CHAMBOREDON  
LYDIA MORLET-HAÏDARA

## Table-ronde 1 : Territorialisation, démocratie sanitaire ..... 4

FRANÇOISE JEANSON  
Vice-Présidente de la région Nouvelle-Aquitaine en charge de la santé et de la silver économie, élue référente de la commission santé, formations sanitaires et sociales de l'association Régions de France

CHRISTOPHE BOUILLON  
Président de l'Association des Petites Villes de France, Maire de Barentin, ancien député de Seine-Maritime

YVES DOUTRIAUX  
Conseiller d'État, ancien Ambassadeur de France auprès de l'Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe (OSCE), spécialiste des questions européennes, membre du conseil national de l'Ordre national des infirmiers

LAURENT CHAMBAUD  
Directeur de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) depuis 2013, ancien conseiller du cabinet de Madame Marisol Touraine, ancien directeur de la santé publique à l'Agence régionale de santé d'Ile de France

ALEXIS VERVIALLE  
Conseiller Santé, Pôle Plaidoyer chez France Assos Santé

### Restitution des travaux par l'Ordre

Table-ronde 1 : Renforcer l'offre de soins et remettre le patient au cœur du système de santé ..... 18

## Table-ronde 2 : Évolution des professions en santé ..... 21

STEPHANE BRISSY  
Maître de conférences en droit à l'Université de Nantes, membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR\_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université Paris Cité

ALAIN-MICHEL CERETTI  
Fondateur de l'association Le Lien et ancien président de France Assos Santé

SERREINE MAUBORGNE  
Députée du Var depuis 2017, membre de la majorité présidentielle, infirmière libérale. Membre des dix infirmières que compte aujourd'hui l'Assemblée nationale

GUY VALLANCIEN  
Membre de l'Académie nationale de médecine, président de la Convention on Health Analysis and Management (CHAM)

### Restitution des travaux par l'Ordre

Table-ronde 2 : S'engager pour l'évolution et le partage des compétences des professionnels de santé ..... 33

## La transparence du financement et de la décision en santé - Grand témoin ..... 36

PATRICK HETZEL  
Député du Bas-Rhin, membre de la commission des finances de l'Assemblée nationale, spécialiste de la lutte contre les fraudes sociales

## Table-ronde 3 : Santé publique / One Health ..... 38

LAURENCE WARIN  
Docteure en droit public de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR\_S 1145, ATER au Centre Maurice Hauriou pour la recherche en droit public, Université Paris Cité

CATHERINE DEROCHE  
Sénatrice de Maine et Loire depuis 2010, présidente de la commission des Affaires sociales du Sénat, membre du conseil d'administration de l'Institut National du Cancer, de la commission des comptes de la sécurité sociale, et rapporteure de la commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et du système de santé en France

FRANÇOIS BOURDILLON  
Médecin de santé publique et fondateur de Santé Publique France, qu'il a dirigé de 2016 à 2019. Il est membre de l'Institut Droit et Santé

JACQUES GUERIN  
Président de l'Ordre national des Vétérinaires, vice-président du CLIO (Comité de Liaison des Institutions Ordinales)

### Restitution des travaux par l'Ordre

Table ronde 3 : Prendre en compte les nouveaux enjeux de santé publique en privilégiant la prévention ..... 49

## Table-ronde 4 : Innovation en santé / Numérique / Intelligence Artificielle ..... 51

LYDIA MORLET-HAÏDARA  
Maître de conférences HDR en droit privé à l'Université Paris Cité, directrice de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR\_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université Paris Cité

ADÈLE LUTUN  
Docteure en droit, spécialiste de la protection des données, membre associée de l'Institut Droit et Santé

JACQUES LUCAS  
Président de l'Agence Nationale du Numérique en Santé, membre associé de l'Institut Droit et Santé

DOMINIQUE PON  
Directeur général de la Clinique Pasteur de Toulouse, et responsable ministériel au numérique en santé

### Restitution des travaux par l'Ordre

Table ronde 4 : Saisir les opportunités du numérique et de l'innovation en santé ..... 66

## Que veut la nouvelle génération pour le système de santé de demain ? ..... 68

GAËTAN CASANOVA  
Président de l'InterSyndicale Nationale des Internes (ISNI)

MATHILDE PADILLA  
Présidente de la Fédération Nationale des Étudiants en Soins Infirmiers (FNESI)

## Conclusion ..... 70

PATRICK CHAMBOREDON  
Président de l'Ordre National des Infirmiers

OLIVIER VÉRAN  
Ministre délégué auprès de la Première ministre, chargé du Renouveau démocratique, porte-parole du Gouvernement et ancien ministre des Solidarités et de la Santé

## Article d'impact Pour un système de santé plus proche, plus efficace et plus durable : quels impacts du colloque six mois après ? ..... 75

GRÉGORY CAUMES  
Directeur adjoint de l'Ordre National des infirmiers

BENJAMIN VIALLA  
Chargé de mission au cabinet du président du CNOI

## Annexes

Annexe 1 : Consultation infirmière réalisée du 10 au 15 décembre 2021 ..... 77

Annexe 2 : Résultats de la consultation infirmière et présentation des propositions principales ..... 81

Annexe 3 : Propositions diffusées par voie de presse en février 2022 ..... 85

## Tables

Année 2020 ..... 106

Année 2021 ..... 107

Rédaction ..... 108

---

## Patrick Chamboredon

Président de l'Ordre National des Infirmiers

## Lydia Morlet-Haïdara

Maître de conférences HDR et directrice de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR\_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université Paris Cité

---

Ce colloque organisé par l'Ordre national des infirmiers et l'Institut Droit et Santé, le 20 janvier 2022, et intitulé « Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable » a eu pour but de proposer une réflexion sur une réforme globale de notre système de santé. Nos deux institutions, l'une universitaire, l'autre ordinale, ont souhaité rassembler 20 experts (que nous remercions vivement). Les exposés de ces universitaires, institutionnels ou responsables politiques ont notamment permis de tirer les enseignements de la crise sanitaire mais aussi humaine que nous traversons dans le domaine de la santé.

L'ambition commune de nos deux entités, aura été de donner des pistes pour construire le système de santé de demain.

**Un système de santé plus proche**, parce que l'accès aux professionnels de santé et aux structures de soins est un impératif pour garantir l'égalité de tous les Français devant la santé.

**Un système de santé plus efficient**, parce que nous avons devant nous de nouveaux risques sanitaires, et que nous devons adapter notre système de santé à ces nouveaux défis pour préserver la santé, souvent synonyme d'autonomie, de nos concitoyens.

**Un système de santé plus durable**, parce que nous sommes confrontés à des défis climatiques majeurs et que préserver le vivant suppose que le système de santé intègre, de la formation des professionnels à leur exercice quotidien, cet enjeu majeur.

Pour cela, nous souhaitons travailler à **bâtir un modèle plus humain et plus inclusif** :

- Il s'agit de **remettre l'usager au cœur de notre système de soins**, pour en finir avec le patient passif qui subit son parcours de soins ; pour en finir avec les pertes de chances faute d'accès à l'offre de soins ; et pour en finir avec une gouvernance trop centralisée.

- Il s'agit de **remettre le patient au cœur de l'emploi du temps des professionnels de santé**, de libérer les soignants de tâches administratives grâce aux outils numériques, et de prioriser le temps passé devant le patient et les soins relationnels.

- Il s'agit de **remettre la logique-métier au cœur de notre système de santé**, en privilégiant les coopérations et les partages de compétences entre professionnels, en mettant fin à un fonctionnement hiérarchique hérité de corporatismes très « français », et en favorisant l'autonomie des professionnels de santé au cœur d'une chaîne du soin ainsi optimisée.

Le statu quo n'est plus une option, l'accès aux soins est devenu quasiment inexistant pour certains de nos concitoyens, un grand nombre de soignants quittent leur métier. Nous devons donc agir et ce travail universitaire, à son humble niveau, tente de donner les grandes lignes qui pourraient permettre à notre système de santé de se relever.

La substance des exposés et des échanges de ce riche colloque sont reproduits dans le dossier de ce nouveau numéro du Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie permettant ainsi à ceux qui n'ont pu assister à cette manifestation de poursuivre la réflexion engagée. Nous vous souhaitons une bonne lecture de ce numéro !

**Patrick Chamboredon & Lydia Morlet-Haïdara**

# Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?

## Table-ronde 1 : Territorialisation, démocratie sanitaire

---

### Françoise Jeanson

Vice-Présidente de la région Nouvelle-Aquitaine en charge de la santé et de la silver économie, élue référente de la commission santé, formations sanitaires et sociales de l'association Régions de France

---

**La crise sanitaire a montré le rôle important et déterminant des régions comme acteurs clés de la proximité. En juin, les régions de France ont émis le souhait que les conseils régionaux puissent disposer d'un pouvoir décisionnel au niveau de la santé. Quel bilan tirez-vous de la crise sanitaire ? Et quelles sont vos attentes et propositions pour renforcer l'accès aux soins pour tous dans les territoires ?**

Il est important de rappeler la place essentielle des infirmiers ainsi que leur engagement, leurs compétences et leur adaptation tout au long de la crise sanitaire.

Certaines régions étaient déjà très engagées dans les questions de santé mais pour beaucoup d'entre elles, cela a été une découverte de ce qu'était la santé dans sa globalité. Elles ont montré une grande capacité de réactivité (concernant les achats, la fabrication et la distribution de matériels, l'aide aux transferts sanitaires, l'installations des centres de vaccination, les protocoles dans les écoles et les lycées...). Elles ont dû prendre conscience de leur importance dans cette crise et de l'intérêt à travailler avec les autres collectivités.

En Nouvelle-Aquitaine, chaque semaine, il y avait une à deux réunions organisées par la région avec l'ensemble des départements.

La crise sanitaire a permis de prendre conscience de l'importance de travailler avec les départements et les Établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), et des points forts des régions. Il y a une vraie coopération qui est essentielle.

Il a fallu préparer ensemble la sortie de crise, notamment sur les protocoles à mettre en place dans les lycées, la manière dont pouvait être partagée la façon dont il fallait s'occuper des salariés et des bénéficiaires des différentes collectivités.

Il a fallu s'adapter et se concerter pour se préparer ensemble. Un vrai travail de partenariat a eu lieu et il est essentiel dans le domaine de la santé.

Les régions ont une compétence importante concernant la santé, notamment dans le financement des formations des professionnels paramédicaux. Il y a eu une avancée sur l'universitarisation de la formation des infirmiers tout en gardant le maillage territorial (au moins deux Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) par département), qui garantit d'avoir suffisamment d'infirmiers partout. Nous étions attachés à la possibilité pour les étudiants infirmiers de monter dans leurs compétences, d'effectuer des doctorats. La question de l'équipement des IFSI est centrale (matériel informatique, de visioconférence immersive, en outils de simulation) afin qu'ils deviennent des lieux où les professionnels peuvent venir travailler et se former tout au long de leur exercice. Ils doivent être des lieux de formation initiale, des petites universités et des lieux pouvant servir à l'ensemble du territoire.

La crise actuelle a permis un travail commun entre les différents acteurs. Les régions travaillent avec les ordres, avec les Agences régionales de santé (ARS) et avec les hôpitaux, pour comprendre la crise, trouver des innovations et résoudre le problème du déficit de personnels.

La question des équipes pluridisciplinaires est au cœur des politiques régionales territoriales depuis longtemps,

notamment sur la répartition des maisons de santé et l'appui à celles-ci et aux centres de santé. Certaines régions se lancent dans la création de centres de santé.

Les régions souhaitent prendre une place plus importante dans la prévention. A ce titre, elles réclament d'avoir la coprésidence des ARS et une implication plus forte des collectivités territoriales dans ces ARS. Au regard des compétences des régions, notamment quant à la transition écologique, au développement économique, à l'appui aux entreprises et de la recherche, à la formation sanitaire et sociale, à la formation continue, à l'agriculture ou encore à l'activité physique, la région détient un grand nombre de leviers dans le domaine de la santé. Elles peuvent, veulent et doivent s'engager dans les plans régionaux de santé et environnement, et beaucoup plus dans la prévention primaire de la santé.

En Nouvelle-Aquitaine, il y a un grand plan avec pour objectif que dans six ans, chaque lycéen de la région fera une heure d'activité physique par jour.

La place des collectivités locales dans la transformation du système de santé est très importante pour le système de santé publique. Les mairies ont également un impact fort, comme l'aménagement des communes, le fait de pouvoir marcher au lieu de prendre sa voiture.

Les collectivités ont un rôle majeur à prendre dans la santé publique. Elles doivent s'y former et il faut avancer sur ce sujet, pour la prévention et pour la protection de la santé des habitants.

### **Mais alors, comment peut-on faire demain pour avancer sur ces sujets ? Quels sont les blocages ?**

Dans la loi 3DS (loi n°2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale), les régions ont demandé à être beaucoup plus investies dans la gouvernance des ARS, notamment dans le cadre de la coprésidence des ARS, afin qu'elles aient plus d'impact dans l'aménagement du territoire, plus de pouvoirs. Il a été demandé que les commissions de coordination des politiques publiques intègrent la question de la prévention mais aussi de l'aménagement du territoire en santé et que ces commissions aient plus de pouvoir et de poids. Le dialogue sur le territoire est aussi nécessaire. Il faudrait également plus de formation des élus sur ces questions.

**Françoise Jeanson**

# Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?

## Table-ronde 1 : Territorialisation, démocratie sanitaire

---

**Christophe Bouillon**

Président de l'Association des Petites Villes de France, Maire de Barentin, ancien député de Seine-Maritime

---

L'Association des Petites Villes de France a signé une tribune publiée dans le Journal du dimanche (JDD) souhaitant que la question de la santé n'échappe pas aux débats des présidentielles car la santé est la clef de voute de la cohésion sociale et du bien vivre ensemble.

26 millions d'habitants vivent dans les collectivités représentées par l'association et la question de l'offre de soins se pose particulièrement dans ces territoires. Pour rappel, nous vivons depuis quelques années des enjeux sensibles, tels que la désertification médicale mais aussi le vieillissement de la population, entraînant un regard différent et une attention plus forte des habitants vis-à-vis de leurs élus sur la question de l'offre de soins.

Il est possible de soulever trois paradoxes, d'abord, dans le Code de la santé publique, il y a un chapitre sur la territorialisation de la santé mais aucun mot sur les collectivités territoriales, locales. De plus, pendant la crise sanitaire, les collectivités territoriales ont joué un rôle important (notamment sur la stratégie vaccinale, avec un maillage de centres vaccinaux mis en place grâce à la mise à disposition de moyens humains et matériels...). Enfin, pour les habitants de nos territoires, c'est souvent le maire qui est le seul décideur supposé, au carrefour des différentes politiques, qui ont un impact sur la santé. Dans les domaines du logement, de l'éducation, de la prévention, c'est vers lui que l'on se tourne et notamment, il est courant d'interpeller le maire pour demander plus de professionnels de santé. Cela représente un paradoxe, notamment lorsque l'on parle de proximité.

### **La question est celle de la gouvernance, comment passer d'une politique de déconcentration à une politique de décentralisation ?**

Pour territorialiser la politique de santé, il y a eu la création des ARS en 2009. L'idée était de se dire qu'il y aurait un décideur. Et il est vrai que les pouvoirs de l'ARS sont importants, notamment financiers à travers le fonds d'intervention régional (FIR), ordonnateur de plusieurs millions d'euros. Les ARS ont des territoires très larges du fait de la transformation des régions mais elles ont peu d'effectifs. L'Association des Petites Villes de France voudrait plus d'élus dans le conseil de surveillance et une coprésidence avec le président de la région. Il faudrait que le poids des collectivités locales soit pleinement représenté et qu'elles aient un rôle décisionnel, et une place accrue au sein de la gouvernance des ARS.

Les contrats locaux de santé vont dans le bon sens car ils permettent aux différents acteurs de travailler ensemble, d'identifier les enjeux, et de mettre en place les moyens nécessaires pour atteindre les objectifs. Cependant ces contrats ne couvrent que 53 % du territoire aujourd'hui, il faudrait les développer. L'association souhaite leur accélération pour permettre une collaboration.

Sur la question de la désertification médicale, il s'agit d'un enjeu permanent pour les villes représentées par l'association. Les collectivités ont beaucoup investi, notamment dans des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), l'emploi direct de médecins, l'hébergement des internes... Mais ce n'est pas encore suffisant. En réalité, la population des territoires sous-denses a presque doublé en quatre ans. La situation va empirer, elle va rester difficile et le phénomène de désertification ne va pas s'enrayer. Le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) dit lui-même que la suppression du numerus clausus produira des effets à partir de 2034 mais il faut un consensus en la matière. Ce consensus peut être atteint notamment dans le cadre d'une association d'élus comme la nôtre qui est transpartisane.

Il faut une régulation, même si ce n'est pas l'unique solution. Cela ne choque pas les infirmiers ou les pharmaciens même si elle divise encore. Il faut aussi maintenir d'autres dispositifs comme des aides à l'installation, des incitations financières, etc.

Il est aussi important de continuer de proposer de stages aux étudiants pour qu'il y ait un autre regard sur les collectivités. Les internes considèrent que l'incitation financière n'est en revanche pas suffisante, il faut aussi un environnement propice à la pratique médicale. Il reste le problème de la qualité de vie dans ces régions (sport, culture, etc). L'association défend l'idée de territoires prioritaires de santé, où il faut une offre de services, des logements, une qualité de vie.

Et enfin, il y a la question des pratiques avancées, à laquelle nous sommes très favorables. Le rythme d'aujourd'hui n'est pas suffisant. Nous sommes autour de 1700 IPA en exercice aujourd'hui, or le Ségur de la santé parlait de 5000 IPA d'ici à 2024. Nous voulons aller plus vite et plus loin. Il faut s'intéresser aux questions de la primo-prescription et de la consultation directe.

Concernant les pharmaciens, il y a 21 000 officines et 75 000 pharmaciens pour qui il y a aussi une régulation et donc une présence effective dans les territoires.

Infirmiers et pharmaciens sont un levier et un point d'appui formidable pour les territoires grâce au maillage territorial. Et certains professionnels ont évolué, par exemple, les infirmiers en pratique avancée (IPA), représentant plus de formation avec, à la clef, une meilleure reconnaissance. C'est le message que nous voulons porter.

Enfin, le label des « hôpitaux de proximité » comprend un certain nombre de conditions. C'est aussi un levier sur lequel il faut s'appuyer pour le parcours de soins. La labellisation n'est pas terminée, il y a des enjeux notamment sur la composante médicale. Il faut veiller à ce que le maillage soit assez fin. Il faut un parcours entre l'hôpital de proximité et le centre hospitalier universitaire (CHU), et organiser les choses de la meilleure manière. Cela soulève aussi la question de la permanence des soins. Ce qui pèse sur les urgences aujourd'hui résulte du fait que l'hôpital public assume en grande partie cette permanence des soins. Il faut réagir avec les collectivités locales et trouver les moyens de l'améliorer.

Durant la crise, avec la création des centres de vaccination, il y a eu un formidable travail entre la médecine de ville, les cliniques, les collectivités locales et l'hôpital public. Dans certains territoires, c'était une sorte d'amorce de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Il y a eu un décroisement, il faut l'accentuer. Si la crise peut être utile, c'est notamment sur ce point.

## Pourquoi faire le choix des petites villes ?

C'est la clé du bonheur ! Le bonheur est dans les petites villes. L'association représente 26 millions d'habitants aujourd'hui. Tous les ans, cela représente une augmentation de 1.3 % en termes de population. Huit cadres sur dix souhaitent quitter, à un moment ou un autre, les grandes métropoles. Il y a un phénomène « d'exode urbain », même si le mot est mal choisi. La vérité, c'est que la majorité des Français ont toujours vécu principalement hors métropoles et agglomérations. Mais nous observons que lorsqu'ils souhaitent s'installer dans les territoires représentés par l'association, ils réclament trois choses principalement : la mobilité (les territoires sont pénalisés aujourd'hui par rapport aux grandes agglomérations, il n'est pas possible de se passer de la voiture) ; la santé (trouver un spécialiste ou un autre) et un continuum d'offres culturelles (festivals, etc).

Pour résumer, il y a des enjeux serviciels qui sont assez élevés. Nous ne sommes pas des « déserts » mais il faut faire un effort pour répondre à ces enjeux. Un professionnel de santé, comme l'ensemble des Français, aspire à quelque chose de différent. Nous avons tous envie d'être plus attentionnés vis-à-vis de nos familles, envie de culture, de pratiques sportives. Ces tendances sont vraies chez les médecins qui arrivent mais aussi chez l'ensemble des Français.

## Le maire est l' élu préféré des Français, comment avez-vous vécu cette crise en tant que maire ?

Maire est l'anagramme d' « aimer ». Nous avons une cote d'amour importante. Il faut que cela dure mais cela est difficile quand nous sommes dans l'incapacité de répondre aux enjeux comme celui dont il est question aujourd'hui.

Nous voyons les difficultés de recrutement de certaines professions notamment en raison du problème d'attractivité, comme dans le secteur du médico-social. Nous avons des établissements qui peinent à trouver des personnels. La réponse réside notamment dans la revalorisation des métiers alors que les professionnels de santé sont fatigués après deux ans

de crise sanitaire. Certaines réponses à cet égard ont pu être apportées par le Ségur de la santé mais il faut encore en faire davantage. Il faut considérer ces métiers d'autant plus qu'avec le vieillissement de la population, certains enjeux vont continuer à croître. N'oublions pas qu'il y a un lieu qui n'est pas un désert médical en France, l'Assemblée nationale, où il y a beaucoup de professionnels de santé. On trouve également des professionnels de santé investis dans des mandats locaux, il y a donc des moyens pour que l'on se comprenne mieux sur les enjeux d'aménagement dans nos territoires.

**Christophe Bouillon**



# Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?

## Table-ronde 1 : Territorialisation, démocratie sanitaire

---

### Yves Doutriaux

Conseiller d'État, ancien Ambassadeur de France auprès de l'Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe (OSCE), spécialiste des questions européennes, membre du conseil national de l'Ordre national des infirmiers

---

### **La pandémie a mis à jour l'agilité des collectivités territoriales dans la gestion de la proximité de l'offre de soins et il y a une vraie demande de décentralisation, notamment dans la mise en œuvre des politiques publiques par les ARS. Comment caractérisez-vous le système de santé français par rapport à d'autres systèmes en Europe où l'élu a une plus grande place ? Quelles en sont les spécificités ?**

Le système français est effectivement très centralisé. Des experts qualifient le rôle des collectivités territoriales de « subsidiaire » en termes de politique de santé publique. La loi 3DS fait évoluer les choses mais de manière relativement marginale. Depuis la Révolution française, l'État est en première ligne : il a créé les officiers de santé, en 1832, chargés de prendre des mesures contre les épidémies. En 1935, il a été confié aux préfets le soin d'édicter des règlements sanitaires départementaux.

Aujourd'hui, la Constitution se réfère au préambule de la Constitution de la quatrième République, selon lequel « La Nation garantit à tous la protection de la santé », le terme de « Nation » renvoyant à la notion d'État. Si on parle d'égalité dans l'accès territorial aux soins, nous avons parfois le sentiment, en tout cas dans les textes, que le rôle de l'État est essentiel.

De nombreuses lois établissent des normes étatiques applicables pour l'ensemble du territoire.

Pour prendre un exemple, car nous avons beaucoup parlé de la pandémie, il faut citer une décision du Conseil d'État : l'affaire de la commune de Sceaux. Pendant la première vague de la Covid-19, le maire a souhaité étendre l'obligation de port de masque à l'ensemble de la commune de Sceaux. Il y a d'abord eu un recours en référé liberté devant le tribunal administratif puis un appel devant le Conseil d'État car il s'agit d'une liberté fondamentale, celle d'aller et venir sans masque. Le Conseil d'État n'a pas donné raison au maire de Sceaux et a considéré que le maire pouvait prendre des mesures de police générale nécessaires à la salubrité publique (conformément au Code général des collectivités territoriales) mais l'État est chargé d'une police spéciale instituée par le législateur. Cela fait obstacle, pendant la période d'urgence sanitaire, à ce que le maire prenne, au titre de son pouvoir de police générale, des mesures destinées à lutter contre la catastrophe sanitaire. A moins que des raisons impérieuses liées à des circonstances locales à l'échelle territoriale de la commune ne rendent cela indispensable mais à condition de ne pas compromettre la cohérence et l'efficacité des mesures prises dans ce but.

La pandémie a confié à l'État des pouvoirs exceptionnels car elle était elle-même exceptionnelle.

Cependant, les communes et intercommunalités ont un certain nombre de responsabilités, comme les services d'hygiène et santé, les infections, les vaccinations. Elles aident les professionnels à s'installer dans les zones déficitaires, signent des conventions avec l'État pour des programmes de santé spécifiques. Elles doivent aussi alerter l'ARS et Santé Publique France, sur toute information concernant les centres de Protection maternelle et infantile (PMI), la vaccination obligatoire, les personnes handicapées, les mises en place de schémas d'organisation sociale et médico-sociale, ceux-ci devant être cohérents avec les schémas régionaux de santé (qui relèvent eux-mêmes de l'ARS et du préfet de région, donc de l'État).

Selon M. Didier-Roland Tabuteau, vice-président du Conseil d'État, « Les régions sont dans une situation paradoxale », en ce sens que le cadre régional est privilégié pour la politique de santé publique (avec l'ARS et le préfet de région) mais il est déconcentré et non pas décentralisé. Alors que les régions décentralisées ont un rôle relativement modeste, même si elles financent et agrèent les instituts de formation paramédicale et de sage-femmes. Le Conseil régional peut être associé à l'élaboration du plan régional de santé, lequel relève de l'État.

La loi 3DS prévoit le renforcement du nombre de sièges et de l'octroi d'une vice-présidence au sein de ce qui deviendra le conseil d'administration des élus représentants les collectivités territoriales.

L'État joue un rôle principal pour la politique nationale de santé publique mais il a très largement déconcentré son action avec la loi Bachelot et la création des ARS, et le rôle du préfet de région. En 2013, les ARS apparaissaient comme de « belles voitures sans beaucoup d'essence » mais les choses ont évolué, en dépit d'une baisse des effectifs, sous l'influence de Bercy.

Dans un premier temps, les ARS avaient peu de pouvoir mais aujourd'hui, il y a le Fonds d'intervention régionale. Leur rôle est essentiel : elles définissent la politique de santé au niveau régional, en fonction des spécificités locales, régulent l'offre de santé, répartissent l'offre de soins, aident à l'installation des professionnels, autorisent la création des établissements de santé, adoptent le projet régional de santé (à dix ans) et le schéma régional de santé (à cinq ans).

Et puis la loi d'urgence sanitaire a souvent délégué le soin de prendre certaines mesures aux préfets de régions et de départements, dont certaines ont été suspendues par le juge administratif pour disproportion au regard des libertés fondamentales, comme à Paris et en petite couronne en matière de masques.

Lorsque nous parlons de démocratie sanitaire, il s'agit d'une part du rôle des collectivités territoriales d'autre part de celui des représentants des usagers. Dans les territoires de démocratie sanitaire, il y a un article dans le Code de la santé publique où nous retrouvons des élus mais aussi des représentants des usagers.

Le dispositif territorial est comme nous l'avons dit plus centralisé que dans les autres pays européens. Il y a le cas particulier des pays fédéraux : notamment l'Allemagne où il a été difficile d'avoir une politique coordonnée au niveau de l'Allemagne fédérale. Mais cela est vrai aussi des pays scandinaves, de l'Italie, de l'Espagne mais aussi au Royaume-Uni où existent des systèmes différenciés en Ecosse, au Pays-de-Galle ou en Irlande du nord. En France en outre, le financement est national : la sécurité sociale, l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)...

Il y a une critique que l'on fait souvent à l'organisation administrative de la France, c'est d'être un « millefeuille territorial » : la commune, l'intercommunalité, le département, la région, l'État puis de plus en plus, l'Union européenne. Une question se pose alors, notre système de santé publique est-il excessivement centralisé ? Le financement est national : l'ONDAM est voté par le Parlement, la tarification des établissements de santé et le système de sécurité sociale relève de l'État. Si l'on décentralisait ces dispositifs, le principe constitutionnel d'égalité entre les citoyens pourrait être affecté.

Si ce dispositif paraît très centralisé, il a cependant assez bien fonctionné. Des patients ont pu être transférés d'une région à une autre au début de la crise sanitaire. Le système a pu établir rapidement des services de réanimation dans les établissements de santé.

Les Ordres professionnels font aussi partie du sujet de la « démocratie sanitaire » puisqu'elle comprend les usagers, les élus territoriaux mais aussi les professionnels de santé.

Dans notre dispositif complexe, il n'y a pas vraiment de place dans le Conseil de surveillance (prochainement le Conseil d'administration) des ARS pour l'Ordre des infirmiers alors même que son rôle est considérable. Il faut rappeler que l'Ordre des infirmiers au niveau national contribue à la promotion de la santé publique et à la qualité des soins, participe à la diffusion des bonnes pratiques en soins infirmiers, organise l'évaluation de ces pratiques, le suivi de la démographie de la profession, produit des statistiques et étudie l'évolution des effectifs (missions dévolues par le code de la santé publique). Au niveau régional et départemental, les conseils ont les mêmes fonctions mais à l'échelle territoriale. Ils ont donc toute leur place dans les instances de gouvernance des ARS et auprès des collectivités territoriales.

Il faudrait que l'Ordre soit plus proche des élus locaux et des associations d'usagers, et que cela soit institutionnalisé. Il faudrait modifier les textes : dans certains Ordres professionnels, comme chez les kinésithérapeutes, dans certains pays, comme au Québec, il y a un représentant des associations d'usagers dans les instances ordinales. La démocratie sanitaire, aux niveaux territoriaux et national, devrait inviter à renforcer ces relations.

**Pourquoi lors de la création des ARS, la représentation des Ordres n'a pas été actée dans les textes alors qu'ils ont un devoir de représentation et de promotion de la profession ? Est-ce quelque chose de courant ? Quel est l'avis du Conseil d'État ?**

La loi Bachelot créant les ARS date de 2009 donc l'Ordre des infirmiers était très jeune. Plus généralement, s'agissant de l'ensemble des Ordres des professions de santé, les textes ne prévoient pas qu'ils siègent au sein des conseils de surveillance des ARS. En revanche, l'Ordre des médecins siège dans un organisme plus large, la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA). Il conviendrait que tous les Ordres de santé soient représentés au sein des ARS.

Certains syndicats professionnels sont néanmoins inclus, notamment de médecins (libéraux et salariés), des représentants des fédérations hospitalières... Mais pas les Ordres. C'est une lacune, les Ordres faisant partie de la démocratie sanitaire et, plus généralement, de l'autorégulation et de la décentralisation fonctionnelle, de l'autorégulation. Il faut confier aux associations de professionnels, un rôle renforcé dans l'organisation de leur profession y compris au niveau régional.

**Yves Doutriaux**

# Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?

## Table-ronde 1 : Territorialisation, démocratie sanitaire

---

### Laurent Chambaud

Directeur de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) depuis 2013, ancien conseiller du cabinet de Madame Marisol Touraine, ancien directeur de la santé publique à l'Agence régionale de santé d'Ile de France

---

**Au sein de l'EHESP, vous formez les futurs cadres de santé, vous menez une double mission de formation et de recherche en santé publique. Et récemment, vous vous êtes exprimé dans la presse régionale en estimant que nous étions dans un pays trop hospitalo-centré. Vous insistez sur le fait que la santé ne se résume pas au système de santé et préconisez une plus grande flexibilité dans les parcours et le développement des pratiques plus collectives (comme les Maisons de Santé Pluridisciplinaires). Quelles sont les attentes des étudiants de demain et quelles pistes de réforme vous semblent pertinentes pour apporter une réponse efficiente aux besoins de notre système de santé français ?**

Tout d'abord, un point de précision par rapport au rôle de l'EHESP, qui a un rôle de formation des cadres du système de santé mais qui est aussi une école de santé publique académique et de recherche dans un pays où il y en a très peu. C'est un élément important du contexte français.

Avant cela il convient de donner un élément supplémentaire sur la perspective européenne ou internationale. Nous vivons une pandémie et tous les pays ont été frappés d'une manière ou d'une autre par cette situation. Les uns et les autres essaient de réagir dans une cacophonie en essayant parfois de se concerter. Pour des raisons économiques, au niveau européen, il y a eu des initiatives communes : l'achat des vaccins ou de protections individuelles. Il s'agit d'un sujet important. En regardant la réaction de chacun des pays face au Covid-19, nous ne pouvons pas affirmer clairement l'impact qu'ont pu avoir les niveaux de centralisation ou de décentralisation. Il faut avoir plus de connaissances sur la façon dont les politiques se mettent en œuvre dans les différents pays.

Sur le premier point, il s'agit des attentes que peuvent avoir les étudiants ou les élèves fonctionnaires qui arrivent à l'EHESP. L'EHESP enseigne aux apprenants l'importance de remettre à plat le système de santé, et la situation n'est pas particulière à la France. Dans pratiquement tous les pays, le système de santé a été construit après la seconde guerre mondiale dans un contexte très différent de celui d'aujourd'hui et avec une primauté donnée au secteur médical, à l'hôpital et à une certaine croyance dans la possibilité de régler tous les problèmes de santé.

Depuis les années 70-80, la situation a beaucoup changé. La population vieillit, il y a de plus en plus de maladies chroniques et se rajoute depuis peu un élément qui n'avait pas assez anticipé, la problématique du changement climatique, les difficultés que nous avons dans la relation avec notre planète et notre environnement. Cela conditionne la façon dont évolue la santé des populations. Par ailleurs, nous avons un système de santé construit autour de l'hôpital, comme dans beaucoup de pays. En France, la loi Debré de 1958 a été fortement constitutive de ce mouvement et regardée dans de nombreux pays autour de nous.

Maintenant, les demandes des professionnels sont différentes. Dans ce contexte, il faut revoir l'ensemble de ce qui construit notre système de santé pour qu'il soit plus souple, plus flexible et plus adaptable à des situations qui peuvent évoluer très vite, y compris au niveau local.

Cela veut dire qu'il faut supprimer les cloisonnements qui existent entre la médecine de ville (soins de première ligne et soins primaires), l'hôpital, les structures privées et le médico-social car il y a des situations qui enchevêtrent les problématiques sanitaires, médico-sociales et sociales. Il faut alors trouver des conditions d'exercice des professionnels plus collégiales. Ce point rencontre une demande forte des professionnels.

A l'EHESP, nous parlons beaucoup de territorialisation car c'est au niveau des territoires que cela va se jouer. Il faut donner plus de capacités d'adaptation de notre système de santé aux réalités locales. Cette conscience progresse mais cela demande du temps, un pilotage politique et une capacité de relai des politiques sur le territoire local.

La prévention, qui doit être incluse dans ce phénomène, doit être différenciée de la promotion de la santé. La prévention correspond à des actes pratiqués par les professionnels de santé qui ne se font pas assez en ce moment ou d'une manière peu protocolisée. Ses modalités doivent donc être repensées. Il s'agit à la fois des grands programmes de prévention (la vaccination, le dépistage, comme pendant l'épidémie de Covid-19...) mais aussi les visites de prévention, notamment dans le cadre de visites systématiques, l'éducation thérapeutique du patient, les consultations sport et santé. Il s'agit donc de toute une architecture qui doit être pensée au niveau territorial. Même si la mise en place des Groupements hospitaliers de territoire (GHT), des Communautés professionnelles de santé (CPTS) ou des contrats locaux de santé est une bonne chose, nous risquons d'arriver à un millefeuille. Il faut donc une territorialisation la plus claire possible pour les acteurs et la population.

Le second point est celui de la promotion de la santé, qui est différente de la prévention dans la mesure où ses déterminants ne sont pas dans le système de santé. Nous travaillons pour la santé en construisant des pistes cyclables, en favorisant des mobilités actives, en développant des politiques d'environnement, des politiques de nutrition. Ces sujets vont devenir de plus en plus importants notamment en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques, ce à quoi le système de santé va être confronté. Plus nous agissons en amont, mieux ce sera et la France a des progrès à faire en ce sens. Chacun des acteurs a un rôle, notamment les collectivités territoriales, dont le rôle est crucial. Il faudrait une reconnaissance effective des compétences des collectivités territoriales en matière de promotion de la santé dans la loi. Dans les faits, de nombreuses collectivités territoriales agissent déjà dans ce domaine mais pour d'autres raisons ou en fonction de leur intérêt pour ces sujets. Elles ont pourtant la légitimité pour porter ces actions.

Autre point, il faudra développer les compétences dans ce domaine de la promotion de la santé car à l'heure actuelle, cela n'est pas assez fait. Dans notre pays, il y a peu de lieux où se développent des compétences sur ces sujets. Il faudrait un programme de formation ambitieux dans ce domaine.

Les infirmiers seraient très intéressés pour développer ces compétences. Il faudrait largement promouvoir des IPA en santé publique. Nous en avons besoin (dans les écoles, les lieux de travail, la petite enfance). Cela reviendrait à reconnaître ce rôle aux infirmiers en pratique avancée.

Il faut aussi développer les compétences des collectivités territoriales pour pouvoir s'emparer de ces sujets. Il faut développer des programmes de formation et de la recherche en santé publique.

Sur les aspects de gouvernance, contrairement à d'autres étapes de la décentralisation, il faut donner une compétence spécifique en promotion de la santé aux collectivités territoriales, comme je viens de le souligner, sans pour autant que cela n'implique de larges transferts financiers. C'est important que ce rôle des collectivités de proximité soit enchâssé dans la loi mais cela ne produira pas de revendications significatives au niveau du transfert financier mais garantira véritablement de la reconnaissance des actions portées dans ce domaine.

Donc si nous voulons cette impulsion nationale, il faut y associer pleinement sur le plan local les collectivités territoriales. Cela pose également la question de voir comment dans notre pays nous conjuguons démocratie représentative et démocratie sanitaire. Nous n'aurons pas le modèle anglo-saxon, mais aurons à trouver le nôtre. Cela pourrait aussi faire vivre cette devise des années 70, « Penser global, agir local ».

**Est-ce que cette épidémie a tout changé ou va-t-elle tout changer dans notre organisation ? Faudra-t-il organiser nos établissements pour à la fois gérer le quotidien et avoir de l'effectif dans le cadre d'une épidémie ?**

Cette pandémie est venue frapper notre pays dans une situation déjà extrêmement tendue par rapport au rôle de l'hôpital. La situation était tendue depuis plus d'un an dans les établissements hospitaliers. Elle a bousculé les choses. Il serait fortement dommage de ne rien en tirer en terme d'enseignements.

Il est regrettable qu'il n'y ait pas de lieu de réflexion suffisant en France sur le sujet. Sur le terrain, il y a eu des recompositions extrêmement rapides, des solidarités entre les différents paliers (privé et public, ville et hôpital, médico-social et hôpital) qui ont permis d'explorer comment se décroïsonne le système mais personne à ma connaissance ne s'occupe en ce moment d'analyser ces initiatives. Il n'y a pas eu de retour d'expérience.

Cela est de la responsabilité du ministère d'investiguer ces sujets pour comprendre comment, sous quelles conditions, cela va nous permettre de décroïsonner notre système. Notre école est prête à s'investir dans ces sujets mais nous n'avons pas eu de réponse à nos propositions d'études. Il faudra pourtant passer par de tels retours d'expérience pour proposer des modalités concrètes permettant de faire évoluer nos organisations de santé de manière positive.

**Laurent Chabaud**

# Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?

## Table-ronde 1 : Territorialisation, démocratie sanitaire

Alexis Vervialle

Conseiller Santé, Pôle Plaidoyer chez France Assos Santé

*Votre parole est le centre de notre action. Dans les colonnes du Parisien, il y a quelques jours, le président de France Assos Santé, Gérard Raymond, a dressé un constat : depuis deux ans, l'offre de soins ne correspond plus aux besoins de la population. La covid-19 a été un aggravateur de la difficulté d'accès pour l'ensemble des concitoyens principalement aux soins non programmés. Si nous avons été le meilleur système de santé du monde, aujourd'hui, cela est plus compliqué.*

**Le 11 janvier dernier, vous avez dévoilé vos vingt propositions. Quel constat dressez-vous et quelles sont vos propositions pour rebâtir une réelle confiance dans notre système de santé, le réformer et garantir cet accès aux soins ?**

L'Ordre des infirmiers est un vrai partenaire pour nous, les associations d'usagers, qui sommes au plus proche du terrain et des infirmiers.

Une des propositions est d'associer les usagers. Pendant la crise sanitaire, nous avons vu un paradoxe, les associations d'usagers et de patients se sont démenées (par un soutien téléphonique, des consignes sanitaires, des propositions de programmes thérapeutiques en ligne, un soutien psychologique) sur tout le territoire et pourtant, elles n'ont jamais été aussi peu associées à la conception des politiques publiques notamment sur le plan régional et plus globalement sur les politiques de santé publique menées pendant la « phase de sidération ». Il est possible de parler d'un recroquevillement des pouvoirs publics sur eux-mêmes, il y a eu un oubli, que nous regrettons. Est-ce que la démocratie en santé avait les pieds fragiles avant cette crise ou est-ce que la crise a révélé la fragilité de la démocratie en santé et de la participation des associations aux politiques publiques ? Sûrement les deux : la démocratie en santé était déjà essoufflée avant et la crise a révélé des difficultés plus structurelles.

Monsieur Régis Debré disait : « *La démocratie, c'est ce qu'il reste de la République quand on a éteint les lumières* ». Nous avons éteint les lumières des instances et il n'est pas resté grand-chose au début. Puis, il y a eu un redressement, un rattrapage de démocratie en santé.

Dans la deuxième vague, les associations ont été parties prenantes, mieux informées. Que s'est-il passé ? Il y a eu un recroquevillement des pouvoirs publics, il faudra comprendre ce qu'il s'est passé à ce niveau-là.

La démocratie en santé pour notre association est synonyme de participation, faire participer les associations d'usagers à toutes les politiques publiques. Autant il y a un millefeuille représentatif, autant nous aussi avons un millefeuille représentatif, le législateur nous place dans une diversité d'instances, la plus connue étant la commission des usagers. Il y a encore quelques lieux où le législateur n'a pas voulu nous mettre, notamment les CPTS. Pour le reste, nous sommes dans beaucoup d'endroits du système de santé, dont certains Ordres. S'il est bien beau d'avoir des sièges, « statut ne vaut pas vertu ». Que faisons-nous de ce siège qui nous est dédié ? Que faisons-nous de ce siège pour créer des conditions de participation des usagers ? Nous ne sommes pas comme les autres parties prenantes. La participation ne se décrète pas, elle se travaille.

La Haute autorité de santé (HAS) préconise la participation des usagers au système de santé et identifie quatre points d'amélioration :

- Avoir un portage institutionnel fort,
- Encourager la participation des usagers aux instances du système de santé : il faut une culture démocratique. Que se passe-t-il quand un représentant des usagers ne peut aller au sein d'un établissement en raison des normes sanitaires contraignantes ? Que faisons-nous quand des représentants reçoivent des documents techniques d'experts (administratifs, médicaux ou paramédicaux) ?
- Développer un appui méthodologique, il s'agit d'une réelle problématique. Comment faisons-nous participer quelqu'un de bénévole et qui n'a pas de compétences expertes (sauf de sa propre maladie) ? Comment préparer l'intervention citoyenne ? Comment créer des temps d'échanges dans les établissements et dans les collectivités territoriales dans ce cadre ? Il faut un appui méthodologique. Un Conseil d'administration d'un établissement de santé ne s'anime pas comme s'anime une commission des usagers : il faut des techniques participatives. Il y a une flambée en France de cette participation citoyenne, il faudrait s'inspirer des conventions citoyennes dans la santé et dans d'autres secteurs,
- La question des contraintes et du statut : le représentant des usagers consacre une partie de sa vie bénévolement à améliorer le fonctionnement de l'établissement, à regarder les plaintes et réclamations, à travailler la certification. Comment faisons-nous participer le bénévole associatif pour qu'il ait une plus-value ? Nous sommes positifs sur cette participation, il y a beaucoup de choses qui se font, il y a un développement croissant de nouveaux mouvements forts autour des patients experts, de la « pair-aidance ». En conséquence, nous pouvons compléter la représentation des usagers « historique et institutionnelle » avec des formes de participation davantage implantée au sein des services de soins avec les patients-experts notamment. Il y a un vrai défi devant nous : comment est-ce que nous travaillons, enrichissons et pensons une nouvelle participation des usagers dans des instances qui ne sont pas conçues pour cela (notamment au sein de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), où de grandes réunions plénières sont organisées mais où il n'est pas facile de porter une voix).

Sur la territorialisation des soins, France Asso Santé est d'accord avec l'Association des maires des petites villes, il y a une multiplicité de politiques publiques à mener de fond. Une récente étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) montre qu'il faut cumuler les incitations financières, la formation initiale, la régulation et le soutien professionnel dans des nouvelles formes d'organisations qui plaisent davantage aux jeunes.

La solution est multiple et nous n'avons pas tout testé. Toutefois, nous sommes inquiets car il y a des malades chroniques qui déménagent car sur leur territoire, il n'y a plus de médecins traitants. Cela pose la question de l'égalité devant les territoires et nous interroge, nous n'avons pas tout essayé. Il existe des projets de participation coopérative co-portés par des médecins organisés en une association, une mairie et un centre hospitalier local. Ce sont des initiatives innovantes.

Aujourd'hui, nous croyons beaucoup aux évolutions du rôle des infirmiers. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), sorti récemment est extrêmement bien documenté, il donne des pistes très structurantes sur la séparation entre des Infirmiers en pratique avancée (IPA) généralistes et des IPA spécialisés. Ceci est une opportunité pour nous formidable et les infirmiers ont déjà prouvé, notamment dans les structures d'exercice collectif, qu'ils avaient tout à fait leur place y compris sur la prévention.

Ce sont des constats durs que faisaient Monsieur Gérard Raymond mais réalistes et non dénués d'espoir.

### **Comment réussir demain à décomplexifier les documents donnés aux usagers, car cela est très difficile de faire remonter la parole de l'utilisateur dans ce contexte ? Comment faisons-nous demain pour que la parole de l'utilisateur soit plus puissante ?**

Il y a un double mouvement à faire. Il faut augmenter la formation sur les compétences des usagers : nous avons un Code de la santé publique et un code de la sécurité sociale qui sont très épais, beaucoup de droit (notamment le nombre de commissions des usagers par établissement). Nous avons poussé juridiquement les choses. Cela est positif car les représentants peuvent s'appuyer dessus, mais cela nécessite de faire monter en compétences ces représentants des usagers. France Asso Santé a notamment développé une formation sur la certification des établissements. Nous avons cette ambition de monter en compétences y compris sur des problématiques émergentes. Cela pourrait se faire en partenariat avec des professions de soins et serait la garantie de pouvoir échanger.



Il faut aussi défrayer les usagers qui se déplacent, s'adapter à leurs contraintes. Nous avons peu de jeunes actifs actuellement. Comment faisons-nous pour les impliquer ? Il y a la question du statut. Comment favorisons-nous cette participation ? Il faut « jouer le jeu de la démocratie » et accepter le regard de l'utilisateur, en prévoyant qu'il y ait parfois un désaccord. Dans certains établissements cela marche très bien mais ce n'est pas toujours le cas.

Les outils numériques vont aussi aider à mieux former les représentants des usagers. Nous sommes en train de développer des MOOCS (Massive open online courses), des modèles d'e-learning de formation.

L'avenir de la représentation des usagers est intimement lié au numérique en santé.

**Alexis Vervialle**

# Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?

## Table-ronde 1 : Renforcer l'offre de soins et remettre le patient au cœur du système de santé

### La parole aux infirmiers



**97%** jugent prioritaire d'améliorer l'accès aux soins pour tous les Français quel que soit leur territoire ou leur condition sociale ;

**91%** estiment prioritaire de réformer la gestion du parcours patient « à la Française » en favorisant l'accès direct aux infirmiers ;

**85%** jugent prioritaires de développer le premier recours infirmier ;

**85%** sont favorables à l'instauration de ratios infirmiers/patients dans chaque service en établissement ;

**77%** estiment prioritaire de généraliser l'évaluation des parcours de soins par les usagers.

Source : Consultation de l'Ordre national des infirmiers du 14 au 20 janvier 2022, à laquelle ont répondu 60.000 infirmiers.

### Garantir l'accès aux soins pour tous

- Développer le premier recours infirmier, d'autant qu'en France, il n'existe pas de désert infirmier : les infirmiers sont présents sur tout le territoire national ;
- Valoriser le premier recours infirmier dans le conventionnement CNAM.

### Encourager l'accompagnement des patients à domicile par des infirmiers référents, coordinateurs du parcours de soins

- Permettre à un patient d'être suivi directement par un infirmier référent, comme le recommande le programme « Santé 21 » de l'OMS, déjà mis en œuvre dans de nombreux pays européens.

### Désengorger les urgences régionales

- Faciliter l'accès des patients aux infirmiers afin de réorganiser les urgences en favorisant le premier recours infirmier ;
- Instaurer une filière de soins courants avec un accès direct et une coordination par les infirmiers (notamment avec un rôle accru des Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) urgence).

### Améliorer la prise en charge en augmentant le temps consacré aux patients, intégrant notamment les soins relationnels

- Instituer des ratios infirmiers/patients spécifiques à chaque service à l'hôpital afin de garantir la qualité et la sécurité des soins, en prévoyant un temps de soins relationnels de prévention et d'éducation thérapeutique en plus des soins techniques ;

- Engager une réforme de la tarification à l'activité (T2A) qui rende visible le temps effectif des soins prodigués au patient, conformément aux recommandations de la Cour des Comptes ;
- Augmenter le nombre d'infirmiers actifs dans le système de soins.

### **Développer l'exercice coordonné**

- Encourager le développement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ;
- Promouvoir la pleine coopération des acteurs de santé grâce au partage de données numériques sécurisées et travailler sur la complémentarité des démarches de soins en présentiel et à distance.

### **Faciliter l'accès des patients aux infirmiers**

- Accompagner la montée en puissance de la prise de rendez-vous en accès direct, grâce à l'outil numérique.

### **Développer une meilleure territorialisation des politiques de santé publique**

- Adapter les politiques publiques et les moyens déployés en fonction des grands enjeux de santé publique de chaque territoire (selon le principe des « bassins de santé ») ;
- Mieux articuler les politiques nationales et les schémas régionaux de santé publique en intégrant notamment les représentants infirmiers dans les dispositifs de concertation.

### **Redonner une place centrale aux élus de la République dans le système de santé**

- Permettre aux élus locaux (députés, sénateurs, maires, présidents de région...) de siéger dans les instances des Agences Régionales de Santé (ARS) et dans toutes les structures de gouvernance en santé.

### **Redéfinir la place et le rôle des Agences Régionales de Santé (ARS)**

- Renforcer le niveau départemental et l'association des élus dans le fonctionnement administratif de la santé ;
- Intégrer les représentants des infirmiers à la démocratie sanitaire locale.

### **Améliorer le fonctionnement des Agences Régionales de Santé (ARS) en matière de démocratie sanitaire**

- Renforcer la place des usagers dans le parcours de soins ;
- Affecter un budget propre aux conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) afin qu'elles puissent investir de manière autonome dans les actions de leur choix ;
- Rendre obligatoires les avis de la CRSA sur les sujets structurants de politique régionale de santé ;
- Clarifier le rôle de l'ARS dans la gestion et la planification des politiques médico-sociales ;
- Améliorer la visibilité et la lisibilité des actions des ARS qui souffrent aujourd'hui d'une mauvaise image et accroître le dialogue avec les autres acteurs publics ;
- Investir le champ de la promotion de la santé largement sous-développé par comparaison avec celui de l'offre de soins.

### **Renforcer la place des usagers dans le parcours de soins**

- Permettre aux patients d'identifier les professionnels de santé qui interviennent dans leur parcours de soins en établissements, en organisant notamment une consultation infirmière au sein des parcours patients (par exemple en cancérologie, en préparation ambulatoire, pour la prise en charge d'une maladie chronique, dans le cadre d'un programme de récupération améliorée après chirurgie RAAC) ;
- Favoriser l'écoute des attentes et des besoins des usagers de la santé pour les décisions qui les concernent, et associer l'ensemble des acteurs au fonctionnement global du système de santé ;
- Généraliser l'évaluation des parcours de soins par les usagers ;
- Accompagner les établissements de soins les moins performants et valoriser ceux qui obtiennent les meilleurs indicateurs soles

### **Accroître la participation des usagers à la gouvernance du système de santé**

- Élargir la représentation des usagers au-delà des seules associations de patients et promouvoir la collaboration avec les « patients ressources » ;
- Organiser et mieux coordonner la représentation des usagers ;
- Améliorer la formation des représentants des usagers du système de santé.

### **Humaniser l'accueil en établissement**

- Associer les personnels hospitaliers et les patients à l'organisation des espaces de soins.

### **Faire du patient un véritable acteur de son parcours de soins**

- Engager le patient dans le parcours de soins au-delà de la seule information ou du consentement, en favorisant notamment les missions d'éducation et d'accompagnement à la santé, réalisées par les infirmiers.

### **Favoriser la transparence de la décision en santé**

- Publier sur leur site internet toutes les décisions des ARS ayant un impact juridique et financier sur l'offre de soins, les établissements de santé, les professionnels de santé et les patients.

# Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?

## Table-ronde 2 : Évolution des professions en santé

**Stephane Brissy**

Maître de conférences en droit à l'Université de Nantes, membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR\_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université Paris Cité

### Amplifier l'évolution du droit des professions de santé

Deux rapports en six mois, nul doute que des évolutions sont envisagées et non moins attendues sur les professions de santé<sup>1</sup>. Qu'il s'agisse de la démographie des professionnels et des patients, de l'importance des maladies chroniques, de la liaison ville-établissement-domicile ou encore des aspirations des professionnels, les transformations du système de santé sont nombreuses et les rapports du député Isaac-Sybille et de l'Inspection générale des affaires sociales en concluent, comme bien d'autres avant eux, qu'elles rendent nécessaire une évolution profonde des professions de santé au-delà des simples ajustements. La matière semble loin d'être figée pourtant si l'on se fie aux dispositions qui parsèment plusieurs lois récentes<sup>2</sup> et aux changements qui l'ont traversée sur un temps plus long. Mais rien n'y fait, l'encadrement juridique des professions de santé évoque toujours plus un immobilisme poussiéreux qu'un corps de règles en avance sur son temps ou tout au moins en adéquation avec les transformations du système de santé. Les améliorations attendues dans la prise en charge des patients se font encore attendre, plusieurs réformes s'avèrent souvent perfectibles et certaines sont de ce fait l'objet d'ajustements. Mais surtout la régulation des professions de santé en France souffre de la persistance encore bien vivace de quelques fondations qui pourraient être retravaillées sans pour autant que l'édifice ne s'écroule. Directement inspiré de la charte de la médecine libérale de 1927, l'article L 162-2 du Code de la sécurité sociale dispose toujours aujourd'hui que « *le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin* ». Ce texte traduit la structuration du système de santé autour des libertés professionnelles des médecins<sup>3</sup>. Marquée par la création des officiers de santé en 1793 et malgré leur suppression par la loi du 30 novembre 1892, la médecine dite « libérale <sup>4</sup> » a imposé un modèle d'exercice individuel en opposition à l'État<sup>5</sup>. Outre les principes mentionnés plus haut, une protection stricte du monopole médical en est issue, aujourd'hui présente dans l'article L 4161-1 du Code de la santé publique. Ce texte est le cœur d'une logique dérogatoire qui incrimine toute personne prenant part à un diagnostic, un traitement ou à un acte visé par arrêté sans le diplôme exigé pour exercer la profession de médecin. La liste des exceptions prévues par le dernier alinéa de ce texte s'est allongée au fil des années mais les professions paramédicales, aussi appelées « auxiliaires médicaux », ne peuvent pour la plupart accomplir que les actes listés dans des décrets très caractéristiques de ce fonctionnement par dérogations d'interprétation stricte. Cette logique irrigue désormais l'ensemble de la régulation des professions de santé, jusqu'à la définition même d'un professionnel de santé puisque, juridiquement, seuls le sont ceux dont l'activité est encadrée par la quatrième partie du code de la santé

1 - N. Bohic, A. Josselin, A.C. Sandeau-Gruber, H. Siahmed, Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé, IGAS, nov. 2021. - C. Isaac-Sybille, L'organisation des professions de santé : quelle vision dans 10 ans et comment y parvenir ?, Rapport d'information pour la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, 7 juill. 2021.

2 - On peut mentionner notamment la loi n°2021-502 du 26 avril 2021 (JORF 27 avr. 2021), la loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail (JORF 3 août), sans oublier les décrets du 22 décembre 2020 modifiant les codes de déontologie des professions de santé qui en sont pourvues.

3 - D. Tabuteau, Santé et liberté, Revue Pouvoirs 2009/3, p. 103.

4 - A. Leca, La médecine libérale : une construction idéologique, pas une réalité juridique, La revue des juristes de Sciences Po, juin 2021, n°21, p. 45.

5 - P. Hassenteufel, Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne, Presses de Sciences Po, 1997 ; D. Tabuteau, L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary, Dr. soc. 2009, p. 383.

publique. Cette définition légi-centrée des professions de santé est très critiquable et restrictive au regard du concours apporté par certaines professions à la santé humaine et de l'importance prise par l'encadrement des qualifications et les règles éthiques et déontologiques<sup>6</sup>.

La protection du monopole médical s'appuie sur une conception légaliste de la définition des professions de santé et de la régulation de leur activité, en apparence tout au moins. Car si la répartition des rôles de chacun dépend effectivement des limites qui leur sont assignés par les textes législatifs et réglementaires, le pluralisme juridique est de mise depuis de nombreuses années dans la régulation des professions de santé. Cette régulation n'emprunte pas seulement la voie des règles étatiques mais l'importance donnée aux libertés professionnelles et à la séparation stricte des champs d'activité professionnelle enferme la pluralité des modes de régulation dans une logique dérogatoire et segmentaire des professions de santé. Les évolutions sont indéniables, mais elles restent de ce fait incomplètes et insuffisantes. Cet axe de réflexion nous amène à envisager l'évolution des professions de santé au regard des modes de régulation **(1)**, du contenu de l'activité professionnelle **(2)** et des conditions d'exercice de cette activité **(3)**.

## 1 – Une régulation plurielle

La régulation des professions de santé n'est pas indépendante du droit et des institutions de l'État, mais elle s'inscrit pour plusieurs d'entre elles dans un ordre juridique professionnel reconnaissant à leurs représentants une certaine autonomie juridique.

La première évolution marquante en la matière passe par la reconnaissance d'Ordres professionnels disposant du pouvoir de prendre des décisions qui s'imposent aux professionnels. Plusieurs Ordres sont ainsi créés en 1945, plus récemment l'Ordre infirmiers en 2006 et la question se pose de la création à venir d'un Ordre pour d'autres professions. La combinaison des fonctions de contrôle et du rôle de conseil, pourtant bien réel, des instances ordinales ont pu conduire certains professionnels à une réserve voire une opposition franche à la création d'un Ordre. Des évolutions dans ce sens sont malgré tout envisagées, comme en témoigne par exemple la proposition de loi visant à la création d'un Ordre des psychologues, parallèlement à l'insertion de cette profession dans le Code de la santé publique comme profession de santé.

En complément de la régulation par les Ordres, l'organisation d'une profession de santé emprunte aussi la voie de la négociation collective à laquelle les organisations syndicales représentatives sont parties. La régulation des professions de santé par la négociation collective est particulièrement forte lorsqu'elle vise les professionnels exerçant leur activité sous une forme libérale. Pour plusieurs professions, ceux-ci voient en effet de nombreux aspects de leur activité encadrés par des conventions d'exercice professionnel mises en place au niveau départemental dans les années 60 puis nationalement par la loi du 3 juillet 1971<sup>7</sup>.

Suivant une logique de recherche de représentativité syndicale appliquée aux entreprises, le législateur a accru les exigences à remplir pour pouvoir négocier ces conventions. Seules les organisations syndicales représentatives peuvent négocier des dispositions conventionnelles, cette représentativité nécessitant notamment d'obtenir un score minimum au cours d'élections professionnelles (10 % ou 8 % selon les niveaux de négociation et les modes d'exercice), ce qui se traduit, pour les conventions des professionnels libéraux dans les scores aux élections des unions régionales des professionnels de santé (URPS) lorsqu'elles sont élues.

Les normes et les acteurs impliqués dans la régulation caractérisent ainsi un pluralisme juridique qui s'est étendu au fil des années. À côté des normes conventionnelles, déontologiques, législatives et réglementaires, les normes telles que les recommandations de bonne pratique et référentiels se sont multipliées au point d'instaurer une concurrence entre le pouvoir des experts scientifiques et celui de la communauté professionnelle<sup>8</sup>, au détriment parfois de la liberté d'action des professionnels<sup>9</sup>. Les professionnels doivent veiller à donner des soins et exercer leur activité conformément aux données acquises de la science, au regard notamment de recommandations ou de référentiels à l'élaboration desquels participent des acteurs du système de santé et de la communauté scientifique. Certains actes, procédés, techniques et

6 - F. Violla, La déontologie des professions de santé, RDSS 2018, p. 37.

7 - Loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 relative aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux, JORF 6 juill. 1971, p. 6571.

8 - D. Tabuteau, Référentiels, bonnes pratiques et recommandations : nouvelles normes ou « quasi normes » en santé ?, JDSAM 2015/3, p. 16.

9 - D. Tabuteau, Santé et liberté, op. cit., p. 107.

méthodes peuvent être soumis à des règles de bonne pratique fixées par le Ministère de la santé sur avis de la Haute Autorité de Santé (HAS)<sup>10</sup>.

Le Conseil d'État a clairement mis en évidence le lien entre les recommandations de bonne pratique de la HAS et l'obligation déontologique d'assurer au patient des soins fondés sur les données acquises de la science et a de ce fait reconnu leur caractère réglementaire. Les professionnels de santé visés par ces recommandations peuvent ainsi demander au juge de contrôler leur conformité à la loi, dès lors qu'elles peuvent leur être opposées lorsque leurs pratiques professionnelles ne s'y conforment pas<sup>11</sup>.

Les référentiels et guides divers sont en outre utilisés par les juges pour s'assurer que les soins donnés sont appropriés, ce qui peut les conduire à retenir ou écarter la responsabilité disciplinaire, civile ou pénale d'un professionnel<sup>12</sup>. Mais ces recommandations reposant sur des données scientifiques mouvantes, la Cour de cassation a reconnu que le caractère approprié des soins pouvait être apprécié notamment au regard des recommandations de la HAS mais aussi d'études scientifiques qui n'étaient pas prises en compte dans les recommandations à l'époque des faits<sup>13</sup>.

La régulation des professions de santé est ainsi caractérisée par une profusion de normes et une multiplication des acteurs. On peut également mentionner la création des URPS en 2009 et des Conseils nationaux professionnels (CNP) en 2019. Ces derniers alimentent les réflexions sur l'évolution de leur profession et ont, plus précisément, pour mission de proposer des orientations et un parcours de développement professionnel continu<sup>14</sup>.

La variété des modes de régulation confère un certain pouvoir aux professionnels et à leurs représentants, sans pour autant conduire à une véritable autorégulation. Le pouvoir normatif de l'État reste prépondérant, notamment dans la validation des conventions d'exercice professionnel et des codes de déontologie. Mais le développement du pouvoir étatique n'a pas remis en cause les principes définis dans la charte de la médecine libérale de 1927 et la préservation des libertés professionnelles dans un exercice individuel qu'elle promeut. Elle enferme en revanche la liberté d'appréciation des professionnels sur le contenu de leur activité lorsqu'il s'agit d'adapter celle-ci aux besoins de la prise en charge, malgré quelques transformations.

## 2 – Des évolutions dans le contenu de l'activité

La régulation du contenu de l'activité des professionnels de santé est encadrée strictement par la quatrième partie du Code de la santé publique mais également par les conventions d'exercice professionnel et certaines dispositions du Code de la sécurité sociale. Toutes ces dispositions s'inscrivent dans une logique dérogatoire marquée à la fois par la protection du monopole médical et par une conception descendante de définition du contenu du travail des personnels de santé.

Des évolutions en la matière existent certes mais sur la question des compétences des professionnels de santé, il reste du chemin à faire.

Seuls les médecins sont habilités à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement à condition que le domaine concerné n'excède pas leurs connaissances, leur expérience et les moyens dont ils disposent<sup>15</sup>. Les missions des autres professionnels de santé sont définies soit par des activités de manière circonscrite soit par une liste d'actes précisément identifiés. L'encadrement juridique des activités professionnelles de santé s'est construit autour de la protection du monopole médical, essentiellement parce que les médecins étaient considérés comme les plus compétents professionnellement pour assurer les soins des patients dans les meilleures conditions de sécurité possibles. Les activités des autres professionnels de santé ont de ce fait été définies par un ensemble d'actes constituant autant de dérogations à ce monopole. Cela induit une régulation stricte des compétences des professionnels non médicaux, spécialement ceux qui sont désignés sous l'appellation d' « auxiliaires médicaux » par le Code de la santé publique<sup>16</sup>, appellation consacrée dans un arrêté du 31 décembre 1947 concernant les actes médicaux qui peuvent être exécutés par un auxiliaire médical

10 - Art. L 1115-1 CSP.

11 - CE 27 avril 2011, n°334396.

12 - M. Bacache, La norme en jurisprudence, Journal du droit de la santé et de l'assurance maladie, 4-2015, p. 29. V. p. ex. Cass. 1<sup>ère</sup> civ. 14 oct. 2010, n°09-68471 : prescription d'un médicament qui n'était plus reconnu depuis des années comme un médicament de référence.

13 - Cass. 1<sup>ère</sup> civ. 5 juin 2018, n°17-15620.

14 - Art. D 4021-2 et R 4021-4 CSP.

15 - Art. R 4127-70 CSP.

16 - M. Guiganti, La notion d' « auxiliaire médical » et la mutation de la profession infirmière, RDSS 2017, p. 708.

qualifié<sup>17</sup>. La dépendance et le caractère dérogatoire et accessoire de l'activité qu'induit le terme d' « auxiliaire » ne reflète pas toujours la réalité des pratiques. En plus de présenter le risque juridique d'une sanction pour exercice illégal de la médecine, la non-reconnaissance juridique des compétences concrètes mises en œuvre par ces professionnels constitue un frein à leur évolution professionnelle et empêche les médecins de se décharger officiellement de tâches que d'autres professionnels peuvent tout à fait accomplir. La nomenclature générale des actes professionnels ne facilite pas par ailleurs le remboursement de prestations délivrées par des auxiliaires médicaux ne reposant pas sur une prescription médicale préalable et constitue de fait un obstacle à des évolutions significatives de compétences.

La matière n'est certes pas restée statique avec notamment la création du rôle propre des infirmiers par une loi du 31 mai 1978<sup>18</sup> (art. L4311-1 al. 1 et R4311-5 CSP) ou l'extension de certaines compétences pour les masseurs-kinésithérapeutes avec la reconnaissance du diagnostic kinésithérapique à l'article L 4321-1 du Code de la santé publique.

Plus largement, le rapport de l'IGAS précité identifie trois degrés d'évolutions pour les compétences des auxiliaires médicaux<sup>19</sup> :

- Des dérogations ponctuelles sans remise en cause des compétences socles (protocoles, mesures d'urgence, expérimentations art. 51 LFSS 2018). Inclure diagnostic kiné ;
- L'extension de la pratique avancée offrant davantage d'autonomie aux professionnels concernés ;
- La révision de décrets de compétences.

Mais que l'on choisisse l'image du silo ou du tuyau d'orgue, le droit français constitue toujours un système cloisonné de répartition des compétences dans lequel les auxiliaires médicaux agissent par dérogation aux médecins. Or toute dérogation est d'interprétation stricte en droit, ce qui ne laisse pas une grande capacité d'adaptation aux professionnels paramédicaux.

Les protocoles de coopération représentent une piste empruntée à plusieurs reprises ces dernières années<sup>20</sup>. Une expérimentation de coopérations entre professionnels de santé a été mise en place par la loi d'orientation en santé publique du 9 août 2004<sup>21</sup>, concrétisée par l'inscription dans le code de la santé publique de ces protocoles par la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009<sup>22</sup>. L'objectif était de permettre aux médecins de se consacrer davantage à des activités complexes nécessitant des compétences multiples et de reconnaître dans le même temps les compétences développées par les professionnels paramédicaux. La loi du 24 juillet 2019<sup>23</sup> a à nouveau modifié le dispositif prévu par les articles L 4011-1 et suivants et R 4011-1 et suivants du Code de la santé publique. Les protocoles de coopération peuvent transférer des activités ou des actes de soins<sup>24</sup> conduisant à franchir les frontières des domaines de compétences fixées par le Code de la santé publique. Les protocoles de coopération n'instituent cependant pas une nouvelle forme d'exercice d'une profession de santé et ne réduisent pas les compétences d'un professionnel<sup>25</sup>. Les professionnels délégués ne peuvent pas effectuer un diagnostic ou un choix thérapeutique non prévus dans le protocole et le champ de celui-ci reste limité aux actions qu'il doit définir précisément.

Les protocoles peuvent être nationaux ou locaux et une forte attente se développe à l'égard des protocoles locaux<sup>26</sup> instaurés par la loi du 24 juillet 2019 et étendus par la loi du 26 avril 2021. Le risque cependant, s'ils prennent le pas sur les protocoles nationaux, serait de faire des protocoles des instruments trop contextualisés ne favorisant pas une évolution générale des compétences<sup>27</sup>.

Une autre limite des protocoles de coopération peut venir de ce qu'un professionnel délégué formé dans le cadre d'un protocole de coopération pour réaliser des actes nouveaux avec un ou plusieurs médecins délégants ne pourra plus les réaliser si ces médecins sont remplacés par d'autres. Pour cette raison les auteurs du rapport IGAS proposent d'associer

17 - JORF 9 janv. 1948, p. 274.

18 - Loi n°78-615, JORF 1<sup>er</sup> juin 1978, p. 2235.

19 - N. Bohic et a., op. cit., p. 29.

20 - S. Brissy, Les délégations de tâches et de compétences entre professionnels de santé, Revue des juristes de Sciences Po, n°21, 2021, p. 49.

21 - Loi n°2004-806, JORF 11 août 2004, relative à la politique de santé publique.

22 - Loi n°2009-879, JORF 22 juill. 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

23 - Loi n°2019-774, JORF 26 juill. 2019, relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

24 - CE, 21 déc. 2018, n°410187.

25 - CE, 20 mars 2013, n°337577, cons. n°8.

26 - Rapport IGAS précité, p. 45.

27 - Rapport IGAS précité, p. 54.



le protocole de coopération à un poste et non à une personne<sup>28</sup>. Le rapport recommande également d'assurer un suivi des compétences acquises par les professionnels grâce à ces protocoles.

Parmi les évolutions majeures dans la régulation des professions de santé figure l'instauration d'une pratique avancée par la loi de modernisation du système du 26 janvier 2016<sup>29</sup> aux articles L et R 4301-1 et suivants du Code de la santé publique.

Mais la pratique avancée permet une autonomie limitée puisque l'infirmier agit toujours si le médecin le lui permet. La création d'une 5<sup>e</sup> mention « urgences » en octobre 2021 permet une entorse à la règle du « patient confié » sous certaines conditions pour certaines situations présentant un degré moindre de gravité dès lors qu'un médecin intervient lors de la prise en charge<sup>30</sup>. Mais cette faculté reste très limitée et globalement cette dépendance vis-à-vis du médecin peut compliquer la création d'une patientèle pour les infirmiers en pratique avancée exerçant en libéral. L'IGAS recommande ainsi de supprimer cette notion de « patient confié » à l'infirmier en pratique avancée par le médecin<sup>31</sup> pour faciliter l'accès direct du patient à ces infirmiers hautement qualifiés et plus globalement permettre, de manière cadrée, l'intervention de professionnels paramédicaux en amont du médecin<sup>32</sup>. L'IGAS préconise par ailleurs d'assouplir les droits de prescription des infirmiers en pratique avancée<sup>33</sup>. Brocardant les effets négatifs du modèle hybride de pratique avancée retenu par la loi française, la mission souhaite par ailleurs que les IADE soient intégrées dans la pratique avancée infirmière<sup>34</sup>, qui nécessiterait notamment que le diplôme d'infirmier anesthésiste (IADE) soit délivré par l'université, que la condition d'ancienneté soit alignée et que l'acceptation de la pratique avancée infirmière soit plus large. Il faudrait même selon les auteurs du rapport que la notion de pratique avancée infirmière élargie soit répartie en deux catégories : les infirmiers en pratique avancée spécialisés incluant les infirmiers anesthésistes et les infirmiers praticiens en pratique avancée<sup>35</sup>. Il s'agirait de créer une profession de pratique avancée pour donner aux professionnels une capacité de représentation et de négociation conventionnelle. On ne serait sans doute plus très loin dans ce cas de la profession médicale intermédiaire déjà envisagée à plusieurs reprises mais qui n'a pour l'instant pas vu le jour.

Sans parler d'une véritable nouvelle profession, dont les contours et l'organisation risqueraient par ailleurs de poser de nombreuses questions, ces dernières années ont également vu la création de nouveaux métiers tels que les assistants dentaires et les assistants médicaux.

La segmentation des professions n'en reste pas moins forte et ce n'est pas l'instauration d'une faculté d'exercer partiellement une profession de santé pour les professionnels installés dans un État membre de l'Union Européenne qui inversera la tendance. Rappelons en effet que depuis une ordonnance du 19 janvier 2017<sup>36</sup>, un professionnel de santé pleinement qualifié pour exercer sa profession dans un État membre de l'Union Européenne peut exercer certains actes précisément identifiés d'une profession de santé en France si un exercice plein et entier nécessite de suivre le programme complet d'enseignement et de formation requis et si des actes peuvent être objectivement séparés<sup>37</sup>. La divisibilité des professions par listes d'actes indépendamment de leurs missions d'ensemble n'en sortira pas diminuée.

Plusieurs réformes ont certes tendu à faire monter les professionnels en compétence individuellement et à ouvrir les parcours professionnels des professionnels de santé<sup>38</sup> par l'instauration notamment du développement professionnel continu<sup>39</sup> par la loi HPST en 2009, réformé par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, puis de la future certification<sup>40</sup>. Mais les effets en resteront sans doute limités tant que la logique dérogatoire restera le fondement de la répartition des compétences entre professionnels de santé. L'évolution vers une logique de missions permettrait

28 - Rapport IGAS précité, p. 51, recommandation n°5.

29 - Loi n°2016-41, JORF 27 janv. 2016.

30 - Décret n° 2021-1384 du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences, JORF 26 oct. 2021.

31 - Rapport IGAS, p. 80, recommandation n°14.

32 - recommandation n°34, p. 135.

33 - recommandation n°13, p. 78.

34 - recommandation n°29, p. 115.

35 - recommandation n°30, p. 118.

36 - Ord. n°2017-50 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé, JORF 20 janv. 2017.

37 - Art. L 4002-3 CSP.

38 - S. Brissy, Les qualifications et parcours des professionnels de santé saisis par le droit, in Qualifications et parcours – Qualification des parcours, Céreq échanges n°10, sept. 2019, p. 189.

39 - Art. L 4021-1 CSP.

40 - Ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé, JORF 21 juill. 2021.

davantage d'adaptabilité. Une définition générale des missions des professionnels accompagnée d'un abandon des listes d'actes limitatives, éventuellement en les remplaçant par des listes indicatives, pourrait offrir davantage de faculté d'adaptation aux professionnels dans leurs pratiques tout en respectant le niveau de qualification exigé. Cela nécessiterait cependant de réformer en profondeur la quatrième partie du Code de la santé publique mais aussi certains textes du Code de la sécurité sociale qui, eux aussi, appuient une régulation rivée sur les actes accomplis et énumérés par les textes et nomenclatures.

Le contenu de l'activité évolue malgré tout et ne peut être dissocié de transformations relatives aux conditions d'exécution de l'activité professionnelle.

### 3 – Des changements dans les conditions d'exercice de l'activité

La sortie de l'exercice individuel peut représenter un axe majeur d'évolution des professions de santé. La volonté de promouvoir un exercice coordonné axé sur la coopération entre professionnels de santé et ne se limitant pas à un partage des murs ressort de nombreux textes, notamment d'origine conventionnelle. L'accord conventionnel interprofessionnel du 20 juin 2019 en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé fait de ces communautés le cadre privilégié des coopérations entre professionnels.

Différentes structures se sont développées pour coordonner l'activité des professionnels en dehors de l'hôpital, qu'il s'agisse des réseaux de santé<sup>41</sup>, des centres de santé<sup>42</sup>, des maisons de santé pluriprofessionnelles<sup>43</sup> et plus récemment des équipes de soins<sup>44</sup> et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)<sup>45</sup>. Chacune de ces structures fonctionne sur la base du projet de santé élaboré par les professionnels et vise à structurer les parcours de santé en définissant les rôles de chacun des professionnels impliqués, au besoin en déléguant des tâches et compétences.

Les coopérations sont de plus en plus envisagées dans un cadre territorial. Les équipes de soins primaires et les CPTS, qui sont peut-être l'innovation législative la plus emblématique de ce lien renforcé entre la coordination, l'organisation des parcours de santé et la territorialisation des politiques de santé, doivent être informées de l'ensemble des travaux réalisés par le conseil territorial de santé sur le diagnostic territorial identifiant les besoins sanitaires et sociaux et sur le projet régional de santé, spécialement au sujet de l'organisation des parcours (L1434-10-II). La territorialisation des politiques de santé se heurte cependant parfois aux libertés professionnelles, plus précisément à la liberté d'installation des professionnels libéraux. Certaines conventions d'exercice professionnel (infirmiers, sages-femmes) refusent aux professionnels libéraux le droit d'être conventionnés s'ils choisissent d'exercer dans des zones identifiées par les parties à la convention comme « sur-dotées », tout en aménageant parallèlement un dispositif incitatif. Une telle régulation appelée aussi conventionnement sélectif est toujours rejetée en revanche concernant les médecins, signe du refus d'une « étatisation » du système de santé<sup>46</sup>. Des dispositifs incitatifs sont mis en place, dans la loi<sup>47</sup> comme dans la convention nationale des médecins libéraux mais elles mettent plus en valeur une dualité de régulation<sup>48</sup> qu'une politique cohérente susceptible de réduire les inégalités dans l'accès aux soins.

L'exercice coordonné rend par ailleurs nécessaire un partage d'informations tout en protégeant le secret professionnel dont les contours changent avec les modalités d'exercice des professionnels. Ici encore le droit a évolué<sup>49</sup> et un partage est possible entre professionnels santé visés par le Code de la santé publique et autres acteurs du système de santé visés par une liste limitative<sup>50</sup>. Dans ce cas le patient doit être informé du partage.

Signe de cette évolution dans la prise en charge des patients, la loi du 2 août 2021 concernant la prévention des risques professionnels<sup>51</sup> cherche à assurer une meilleure traçabilité de l'exposition des salariés à ces risques en permettant un

41 - Art. L 6321-1 et 2 CSP.

42 - Art. L 6323-1 et s. CSP.

43 - Art. L 6323-3 CSP.

44 - Art. L 1411-11-1 et s. CSP.

45 - Art. L 1434-12 et s. CSP.

46 - P. Hassenteufel, La défense de la médecine libérale, p.5 : [http://www.laviedesidees.fr/IMG/pdf/me\\_decinslibe\\_raux16062015.pdf](http://www.laviedesidees.fr/IMG/pdf/me_decinslibe_raux16062015.pdf)

47 - Art. L 1435-4 et s. CSP.

48 - D. Tabuteau, Déserts médicaux : un révélateur des contradictions des politiques de santé, JDSAM 2015/2, p. 47.

49 - Art. L 1110-4 CSP.

50 - Art. R1110-2 CSP : outre les professionnels de santé, on y trouve notamment les ostéopathes, assistants maternels, éducateurs, etc...

51 - Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, JORF 3 août 2021.

accès des membres du service de santé au travail au dossier médical personnel d'un salarié.

L'exercice coordonné interroge enfin la rémunération des professionnels et surtout le mode de rémunération. La création de la Sécurité sociale française en 1945 n'a pas donné lieu à une mise en retrait des libertés professionnelles au profit de l'impératif d'accès aux soins universel propre à une logique de solidarité. Les années 1960 ont certes vu l'instauration de tarifs opposables fixés dans des conventions départementales puis nationales. Mais le principe du paiement à l'acte complique l'aboutissement d'une logique de prise en charge coordonnée à laquelle une rémunération forfaitaire semblerait plus adaptée. De tels mécanismes existent, notamment dans la convention médicale mais ces mécanismes restent facultatifs et sont centrés sur des indicateurs chiffrés insuffisants pour appréhender toute l'activité des professionnels<sup>52</sup>. Ce constat a récemment été fait également pour les infirmiers en pratique avancée pour lesquels la rémunération au forfait est insatisfaisante<sup>53</sup>. Les expérimentations mises en œuvre en la matière se développent néanmoins<sup>54</sup>.

Le chantier est encore vaste et le courage politique nécessaire pour que la régulation des professionnels de santé ne se contente plus de sauts de puce. L'organisation générale du système de santé, la qualité des conditions de travail des professionnels et la qualité de la prise en charge des patients en dépendent. Le changement de perspective que suppose une sortie d'une logique dérogatoire centrée sur un modèle d'exercice individuel nécessite que les patients et les professionnels soient étroitement associés à la construction d'un nouveau système. La régulation des professions de santé pourrait alors se rapprocher d'un véritable pluralisme et être mieux orientée vers les besoins des patients et des professionnels.

**Stéphane Brissy**

52 - R. Marié, Les évolutions à l'œuvre en matière de rémunération des médecins libéraux, Droit social 2012, p. 517.

53 - Rapport IGAS précité, p. 71.

54 - B. Apollis, Les enjeux des expérimentations de « l'article 51 » de la loi de financement de la sécurité sociale 2018, JDSAM 2019/3, p. 6.

# Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?

## Table-ronde 2 : Évolution des professions en santé

---

**Alain-Michel Ceretti**

Fondateur de l'association Le Lien et ancien président de France Assos Santé

---

### Comment les professionnels de santé et le système de santé doivent évoluer ?

**Le point principal est l'évaluation du service rendu auprès du patient.** Il y a très peu de suivi du patient et de son ressenti. Un médecin va poser une prothèse de hanche à un patient, et après il ne va pas se soucier de savoir s'il remarche correctement. La question de la valeur de l'acte est complètement indépendante de la qualité du service. Alors que pour le patient, **ce qui compte c'est la qualité du service.**

En 2016, en Europe, il a été prévu de mettre en place des indicateurs de service médical rendu par pathologie de prise en charge. Pour le moment, cela a du mal à se mettre en place. L'idée principale est d'avoir **des indicateurs qui soient les mêmes pour l'ensembles des Etats membres de l'Europe.** Malheureusement, vu ou en est le projet, il y a un risque que ces indicateurs sortent mais seulement pour comparer les établissements français et non pour effectuer une comparaison entre les pays européens.

Aux Etats-Unis il existe un questionnaire par pathologie. Par exemple, si une personne opérée de la cataracte arrive à lire un journal cinq jours après son opération, il est considéré que l'acte est de qualité. Il faudrait pouvoir développer ce genre de projet en France. Cela permettrait **d'avancer vers un système plus efficace et plus humain.** La satisfaction du patient et la mesure de l'efficacité des soins sont deux choses différents. On mesure la satisfaction du patient dans son parcours de choix. De plus, le patient a rarement accès à des informations concernant l'équipe de soignant qui le prend en charge. Il faudrait changer ça.

**Il y a une perte de sens de la profession.** La majorité des professionnels de santé choisissent leur profession par pour l'argent mais bien pour servir leur prochain et les aider dans leur vie. Les professionnels sont forcés à travailler dans des conditions tendues en permanence. Ils deviennent des machines et les patients des clients. Les patients font face à une véritable industrie du choix.

**Pour que le patient soit au cœur du système de santé il faut le laisser évaluer les soins.**

### Est-ce que demain les usagers seraient prêts et accepteraient d'avoir des infirmiers avec des compétences étendues et notamment de l'accès direct ?

**Les usagers souhaiteraient des compétences plus étendues pour les infirmiers.** Il y aura de moins en moins de médecin et de plus en plus de déserts médicaux. Les infirmiers peuvent tout à fait faire face à cette pénurie de médecin. Le problème de la prescription médicale est majeur. Aujourd'hui pour un simple pansement il en faut une. **Il faut lutter contre la désertification médicale et cela peut passer par l'évolution de la profession infirmière.**

**Alain-Michel Ceretti**

# Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?

## Table-ronde 2 : Évolution des professions en santé

---

### Sereine Mauborgne

Députée du Var depuis 2017, membre de la majorité présidentielle, infirmière libérale. Membre des dix infirmières que compte aujourd'hui l'Assemblée nationale. Elle s'est battue pour la reconnaissance des paramédicaux.

---

### Quelles réformes ont été engagées et quelles sont celles qui le seront à l'avenir pour notre système de santé français ?

La profession infirmière a besoin d'avoir une voix au Parlement pour faire évoluer la profession. Les médecins ont toujours été très actifs sur le plan politique et les infirmiers finalement commencent seulement à se poser la question de l'importance de l'action politique. Les présidents des Commission nationale d'orientation et d'intégration (CDOI), de la Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes (CROI) et de la Commission nationale d'orientation et d'intégration (CNOI), sont des acteurs politiques.

Les parlementaires ont un rôle de contrôle de l'action publique, des actions du ministère des Solidarités et de la Santé et des ARS.

Il y a eu beaucoup de réformes en cinq ans. Le contexte est la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Ce n'est pas seulement en zone rurale, à Paris ou en banlieue, il manque parfois des médecins. Il y a peu de territoires qui sont complètement exemptés de la question des inégalités dans l'accès aux soins.

Le vieillissement de la population génère un accroissement des besoins et une meilleure coopération entre la ville et l'hôpital. Cette crise aura aussi été un formidable accélérateur de la reconnaissance des besoins et de l'interdépendance qu'il y a entre la ville et l'hôpital.

En 2018, il y a eu la mise en œuvre de nombreuses mesures de transformation du système de santé en soutenant notamment la prévention et l'innovation en santé. Il y a une volonté de favoriser le développement et d'abolir une forme de distance entre les professionnels d'un côté et les patients de l'autre. Il y a eu la réforme du cadre des expérimentations, au profit notamment des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour améliorer les parcours de soins des patients. La loi de finance de la sécurité sociale est aussi un marqueur fort des choix qui sont faits notamment dans « ma santé 2022 » qui sacralise les communautés professionnelles de territoires de santé. Ces CPTS ont pris un élan très important avec la crise, les professionnels de santé se sont sentis vulnérables notamment avec la charge de travail massive qui est arrivée sur les soins de ville et par l'absence des équipements de protection individuelle, ce qui a finalement généré chez eux un énorme besoin de solidarité. Ces nouvelles organisations sont devenues finalement les structures embryonnaires des CPTS de demain. Cette crise a pu apporter du positif en décloisonnant et favorisant la discussion entre les professionnels de santé.

Il y a également eu la réforme de la formation par l'abolition du numerus clausus qui a généré finalement une symbolique forte. Mais cela n'aura pas d'évolution rapide sur le problème des déserts médicaux. Il faut s'arrêter quelques secondes sur la jeunesse. Comment construire un système de santé sans inviter la jeunesse ? Il faut intégrer les jeunes dans toutes ces réflexions. L'engagement des étudiants en santé est très fort, il faut reconnaître cette force des étudiants. Il faut plus de diversité et d'intégration dans les études supérieures.

Il est important d'impliquer les citoyens dans les questions de santé.

*Madame Mauborgne va bientôt participer à un sujet sur la fin de vie.*

Environ trois millions de français adhèrent à l'Association pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD). Cette question doit nous interroger et la réflexion médico-légale est capitale sur ce sujet, il faut réconcilier le droit et la santé. Au-delà de cette question, il faut parler avec les Français pour savoir quelle demande de soins il faut soutenir. Concernant les déserts médicaux, ce sont des déserts tout court, alors faut-il demander à la santé de combler ce désert.

### **Quel serait le premier article de la Loi Mauborgne ?**

Se pencher sur la question des constats de décès. Aujourd'hui cela est un vrai problème dans les territoires, il s'agit d'un enjeu sanitaire avec un impact sur les maires, les forces de police et la gendarmerie. Comme le fait de ne pas être rapidement pris en charge par les professionnels de la mort après le décès, qui est un sujet important, surtout dans les régions ayant des températures météorologiques élevées. Nous devrions nous appuyer sur les compétences des infirmières pour réduire les durées de prise en charge. Il faut sortir de ce dogmatisme dont font preuve les médecins. L'Ordre des médecins avait proposé de faire de la télémédecine pour constater la mort.

**Sereine Mauborgne**

# Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?

## Table-ronde 2 : Évolution des professions en santé

---

**Guy Vallancien**

Membre de l'Académie nationale de médecine, président de la Convention on Health Analysis and Management (CHAM)

---

### En quoi la progression de l'ensemble des professions de santé est-elle un cercle vertueux ou non et comment vous imaginez les professions de santé de demain ?

Il faut revoir la prise en charge des personnes décédées et impliquer les infirmiers. Les infirmiers ont un avantage par rapport aux médecins, c'est qu'ils connaissent les patients dans leur environnement. Les médecins ne se déplacent plus contrairement aux infirmiers. Les infirmiers pourraient faire 50 à 75% de ce que font les médecins. Les infirmiers doivent avoir un véritable rôle primaire. La réforme première est celle des études. Nous ne pouvons plus rester dans ce vieux monde du médecin qui dirige tout. Le terme « auxiliaire » doit s'effacer. Il faut que les infirmiers aient la liberté totale et la responsabilité de leurs actes.

Quant à la pratique au Canada, les infirmiers y sont en première ligne, ont de plus en plus d'autonomie et collaborent avec les médecins. Ils ont une autonomie dans le diagnostic et la thérapeutique.

En France il faudrait aller vers ce modèle-là, former plus d'infirmiers et pas plus de médecins. Il faudrait même que les infirmiers soient accompagnés par des ambulanciers pour se rendre sur place et assurer des soins non programmés ou d'urgence. Les infirmiers assurent le cure et le care, ils doivent donc voir leurs compétences s'élargir. Il faut aller plus loin que « ma santé 2002 », il faut dépasser encore cette réforme pour transformer notre système de santé.

### Pouvez-vous développer vos propos sur l'expérience canadienne ?

Au Québec il existe des infirmières spécialisées, de première ligne. Elles vont chez les patients, assurent toutes les prestations nécessaires, font des diagnostics, elles ont le droit de prescrire un certain nombre de médicaments. Il faut des infirmières de première ligne spécialisées dans certains domaines comme la pédiatrie, la gériatrie ou la gynécologie.

### S'agissant de la crise subie par l'hôpital et du rôle potentiel à jouer par les infirmiers

La possibilité de mobiliser une équipe pluridisciplinaire composée d'un infirmier volontaire, d'un ambulancier et d'un aide-soignant pour prendre en charge les demandes de soins non programmés et les petites urgences doit être étudiée.

Si la multitude de concertations annoncée par le Gouvernement apportera sans doute des avancées, la réalité du terrain ne peut plus souffrir d'inaction. Des avancées, concrètes, rapides et pragmatiques doivent être instaurées. La profession infirmière, quantitativement la plus importante et également en quête de reconnaissance pourrait logiquement disposer d'un rôle essentiel en première ligne. Cette solution concrète permettrait à l'infirmier armé d'une mallette médicale mise à sa disposition, comprenant les dispositifs connectés primordiaux, d'évaluer la situation du patient. Aussi, il devrait être équipé d'un téléphone professionnel lui permettant de communiquer avec un médecin référent, de garde ou du SMUR ; l'infirmier pourrait alors poser un diagnostic et mettre en œuvre des protocoles de soins.

Formé dans le cadre d'une validation d'acquis après cinq ans d'expérience ou après le suivi d'une formation continue, l'infirmier pourrait alors traiter une majorité de cas. Cette solution offre une alternative au recours aux urgences et évite l'encombrement des cabinets médicaux.

Cette expérimentation a déjà été mise en place dans certains départements et s'avère en réalité très supportable en matière de finances publiques, elle constitue donc une solution des plus sérieuses et adaptée à la crise traversée aujourd'hui par les urgences et plus généralement par l'hôpital.

**Guy Vallancien**



# Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?

## Table-ronde 2 : S'engager pour l'évolution et le partage des compétences des professionnels de santé

### La parole aux infirmiers



**93%** des infirmiers sont favorables au développement de l'autonomie infirmière dans l'accompagnement à domicile ;

**85%** des infirmiers appellent de leurs vœux un véritable parcours de carrière pour tous les infirmiers, quelle que soit leur pratique ou leur ancienneté ;

**84%** des infirmiers sont favorables à élargir le champ d'exercice des compétences infirmières au travers de la pratique avancée ou des transferts de compétences ;

**84%** souhaitent que l'on fasse davantage connaître les bonnes pratiques et la recherche infirmière.

Source : Consultation de l'Ordre national des infirmiers du 14 au 20 janvier 2022, à laquelle ont répondu 60.000 infirmiers.

### Élargir les compétences des infirmiers

Réformer le cadre juridique du métier d'infirmier comme énoncé ci-après :

1. La fin du décret d'acte pour aller vers un décret de compétences
2. Sortir du titre d'auxiliaire médical et d'élargir l'autonomie sur le jugement clinique et ses suites
3. Viser un réel élargissement des compétences de la profession
4. Acter l'autonomie de la profession
5. Donner un vrai rôle de premier recours
6. Promouvoir la consultation infirmière
7. Permettre aux infirmiers d'effectuer tout acte qui ne nécessite pas de diagnostic médical de leur propre initiative
8. Élargir le pouvoir de prescription et d'adaptation des prescriptions des infirmiers
9. Élargir le rôle de l'infirmier dans la prévention et l'éducation thérapeutique
10. Élargir le rôle d'un infirmier référent et lui donner une compétence de coordination du parcours du patient
11. Rendre visible, valoriser et reconnaître la technicité et de la spécificité des soins relationnels infirmiers avec ou sans support de soins techniques
12. Intégrer le volet technologique dans chaque compétence

### Renforcer le rôle des infirmiers pour couvrir les besoins de santé publique

- Renforcer la couverture vaccinale, en adoptant les dispositions réglementaires permettant aux infirmiers de prescrire et administrer les vaccins, suite à la décision favorable de la Haute Autorité de Santé le 28 janvier 2022.

### **Conférer une véritable autonomie aux Infirmiers de Pratique Avancée (IPA)**

- Renforcer la pratique avancée pour conférer aux IPA une véritable autonomie notamment en matière de diagnostic et prévention, consultation et accès direct comme cela est préconisé dans le rapport de l'IGAS daté de novembre 2021 ;
- Mettre en œuvre l'expérimentation adoptée dans le cadre du PLFSS pour 2022.

### **Favoriser les coopérations des professionnels de santé dès l'étape de la formation initiale**

- Intensifier les interventions d'infirmiers dans les cursus de médecine ;
- Mutualiser certains cours pour créer un socle commun médico paramédical, afin de faciliter passerelles et réorientations.

### **Mettre en place une logique de progression pour la profession infirmière**

- Garantir la reconnaissance universitaire de la profession en attribuant les moyens nécessaires à l'instauration d'une véritable filière LMD (Licence-Master-Doctorat) en soins infirmiers ;
- Offrir des perspectives de carrière aux infirmiers, quelles que soient leur pratique et leur ancienneté ;
- Reconnaître la profession d'infirmière en abandonnant l'expression « auxiliaire médical » dans tous les textes législatifs et réglementaires.

### **Encourager l'innovation infirmière et renforcer sa visibilité**

- Promouvoir les travaux issus de la recherche infirmière et assurer la diffusion des bonnes pratiques ;
- Poursuivre et finaliser le processus d'universitarisation de la profession.

### **Prioriser la question de l'attractivité des professions de santé dans le débat politique et contribuer à changer les regards sur la profession infirmière**

- Lancer des états généraux de l'attractivité des professions de santé de première ligne ;
- Travailler au développement d'une nouvelle image des infirmières et des infirmiers afin de favoriser l'expression et la reconnaissance de leur expertise et de leur rôle dans les médias, notamment par une campagne de communication du ministère de la Santé.

### **Améliorer la représentation des infirmiers dans la gouvernance du système de santé**

- Intégrer, au niveau local, l'Ordre des infirmiers au sein de toutes les instances territoriales en santé (Comités départementaux de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires, maisons départementales des personnes en situation de handicap, contrats locaux de santé, conférences régionales de la santé et de l'autonomie, etc.) ;
- Créer une commission infirmière d'établissement au niveau de la gouvernance des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ;
- Instituer, au niveau national, une direction nationale des soins et des services infirmiers, à l'instar de ce qui existe dans de nombreux pays.

### **Garantir l'accès des infirmiers aux dispositifs permettant une certification professionnelle régulière afin de garantir la qualité et la sécurité des soins délivrés**

- Assurer et faciliter le processus de formation tout au long de la vie des professionnels de santé, notamment des infirmiers.

### Évolution des spécialités infirmières

- Remanier le cadre d'exercice des spécialités infirmières, pour plus d'autonomie, dans la lignée de la future réingénierie du décret-socle infirmier, afin de garantir une exclusivité d'actes au regard des compétences exercées en plus du décret-socle ;
- Faciliter l'accès à l'activité de recherche universitaire pour les spécialités infirmières ;
- Poursuivre l'universitarisation des spécialités dans le cadre du LMD.

# Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?

## La transparence du financement et de la décision en santé Grand témoin

---

### Patrick Hetzel

Député du Bas-Rhin, membre de la commission des finances de l'Assemblée nationale, spécialiste de la lutte contre les fraudes sociales

---

Les solutions présentées par le Gouvernement ne sont pas en adéquation avec les problématiques réelles, il y a beaucoup de procrastination et nous constatons un solde négatif chiffré à trente-six milliards d'euros en 2021 (déficit massif). Cette dernière illustration souligne l'importance actuelle de remédier aux faiblesses du financement du système de santé. La réglementation basique qui devrait alors s'imposer serait la mise à disposition d'un budget plus « sincère ». L'utilisation de la « méthode expresse » du Gouvernement pour débattre d'un budget colossal chiffré à 32% du produit intérieur brut n'a pas été un aménagement suffisant pour redresser les comptes. Nous constatons en effet 2,2 milliards d'euros en plus en 2022 par rapport à l'année 2021 suite au Ségur de la santé qui correspondent ici aux mesures d'urgence. Rappelons également que les établissements de santé déplorent, eux aussi, les fuites de professionnels et les suspensions.

Le traitement de ces problématiques par le Gouvernement s'apparente ici comme inadéquat face aux problématiques réelles. Il s'agirait en effet d'établir une méthode plus efficace qu'une logique de « fabrication de la dette » qui en réalité ne permet pas un traitement du problème au fond. Si le Gouvernement a en effet affirmé que les conditions pour mettre en place des mesures structurelles n'étaient pas réunies, des solutions de court-terme peuvent de toute évidence être mises en place pour pallier ces problématiques.

Soulignons également les difficultés futures à financer la cinquième branche de la sécurité sociale : la branche autonomie. L'absence d'effet du projet « Ma santé 2022 » sur la loi de finances de la sécurité sociale doit aussi être mise en évidence. La question de la transparence des comptes sociaux et plus précisément de la sécurité sociale doit, elle aussi, devenir une interrogation de premier plan.

Ces problématiques soulignent l'importance d'une révision des modalités de financement de la santé dans son entièreté. S'agissant des activités financières et immobilières, notamment celles des EHPAD, ces dernières se doivent en effet d'être revues. Les problématiques actuelles relatives à ces sujets sont multiples et il s'agit donc de contrer la recherche de la maximisation des profits immobiliers actée par certains promoteurs et exploitants au détriment de l'Etat et des épargnants. Les méthodes utilisées visant à entreprendre la construction de nouveaux établissements à proximité des précédents, avant d'y transférer l'autorisation d'exploitation, spolient alors les petits épargnants des établissements précédents, ce qui ne peut rester incontrôlé. Ces pratiques constituent un réel risque pour le financement de la dépendance.

Dans un souci de protection des résidents, des familles et des petits épargnants face à ces grands groupes capitalistiques, une proposition de loi a été déposée comprenant des mesures visant à contrer les pratiques mises en causes. Quatre articles ont alors été rédigés, proposant respectivement :

- La possibilité pour l'Etat de bloquer un transfert d'activité causant un préjudice aux petits épargnants,
- La permission du transfert d'autorisation conditionnée au respect du droit des épargnants à être indemnisés en telle situation. Une obligation d'information claire quant au risque de transfert doit également être donnée aux épargnants par l'opérateur privé,

- La possibilité pour la Cour des Comptes d'étendre son contrôle à l'ensemble de l'activité des opérateurs et des flux financiers inter-établissements lorsque les fonds en causes sont issus d'une autorisation délivrée par l'autorité publique,
- L'inclusion des établissements sociaux et médico-sociaux dans les contrôles réalisés par les agences régionales de santé. La loi de modernisation du système de santé a instauré le contrôle des bénéficiaires « non raisonnables » des opérateurs ayant une autorisation délivrée et financée par la puissance publique. Six ans après la promulgation de la loi, le décret d'application est lui toujours absent, plaçant alors notre système en situation d'illégalité avec le droit européen.

**Patrick Hetzel**

# Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?

## Table-ronde 3 : Santé publique / One Health

### Laurence Warin

Docteure en droit public de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR\_S 1145, ATER au Centre Maurice Hauriou pour la recherche en droit public, Université Paris Cité

## La « santé dans toutes les politiques »

Englobante et disruptive, la « santé dans toutes les politiques » est une approche transversale des politiques publiques qui n'a pourtant jamais connu d'entrée remarquée en France. Cet article a pour objectif de contribuer à reconnaître son existence, et à montrer comment la « santé dans toutes les politiques » est prise en compte sur les plans politiques et juridiques.

À titre de rappel, notons que la santé est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social* » qui « *ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*<sup>1</sup> ». La « santé dans toutes les politiques » est fondée sur la notion de promotion de la santé, laquelle est « *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci*<sup>2</sup> ». La promotion de la santé « *ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu*<sup>3</sup> ». Selon l'OMS, la « santé dans toutes les politiques » inclut la promotion de la santé et la prévention<sup>4</sup>.

La « santé dans toutes les politiques » trouve son intérêt dans différents types de situations<sup>5</sup> :

1) Il peut s'agir de problèmes complexes de santé publique où une solution politique intersectorielle est nécessaire, par exemple pour la résistance aux antibiotiques ou les risques sanitaires liés au changement climatique.

2) La « santé dans toutes les politiques » peut aussi être mise en œuvre dans le cas de politiques d'autres secteurs ayant un fort impact sur la santé, tels que les accords de libre-échange ou les lois de protection de l'environnement.

3) Enfin, les priorités gouvernementales affectant plusieurs secteurs, comme la sécurité alimentaire, sont des cas indiqués pour mettre en œuvre la « santé dans toutes les politiques »<sup>6</sup>.

Il arrive en effet que les objectifs de différents secteurs d'action publique soient convergents : en matière d'aménagement du territoire urbain, favoriser la circulation des piétons et cyclistes contribue à améliorer leur santé mais agit aussi sur la qualité de l'air et répond donc aux exigences sanitaires et environnementales<sup>7</sup>. De même, l'activité physique chez les enfants est favorable pour leur santé mais contribue également à améliorer leur taux de réussite scolaire<sup>8</sup>.

À contrario, certains enjeux de santé publique peuvent avoir des répercussions sur de nombreux autres secteurs d'action publique s'ils ne sont pas traités, tels que la drogue. Comme l'a souligné la National Drug Control Strategy aux États-Unis, la consommation de drogues affecte tous les secteurs de la société, et en premier lieu l'économie, le système de santé et le système judiciaire<sup>9</sup>.

1 - Organisation mondiale de la santé, Constitution, adoptée par la Conférence internationale de la Santé, New York, 19/06 au 22/07/1946.

2 - Organisation mondiale de la santé, Glossaire de la promotion de la santé, 1998.

3 - Première Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Genève, Suisse, 1986.

4 - Organisation Mondiale de la Santé, Ce qu'il faut savoir au sujet de la santé dans toutes les politiques, 2013.

5 - World Health Organization, Health in all policies, Training manual, Vivien Stone 2015.

6 - *ibid.*

7 - L. N. Gase, R. Pennotti, K. D. Smith, "Health in All Policies": Taking Stock of Emerging Practices to Incorporate Health in Decision Making in the United States, *Journal of Public Health Management and Practice* 2013, Vol.19, n°6, p.529-540.

8 - *ibid.*

9 - *ibid.*

Ainsi, de façon générale, la « santé dans toutes les politiques » peut potentiellement concerner une palette très large de secteurs de politiques : emploi, logement (lutte contre le saturnisme, qualité de l'air intérieur, bruit), aménagement du territoire et transports (sécurité routière), travail (exposition à des substances toxiques, troubles musculo-squelettiques, risques psychosociaux...)<sup>10</sup>.

Il s'agit donc de traiter les questions de santé publique non pas d'un point de vue uniquement médical mais d'impliquer d'autres secteurs aux côtés du secteur sanitaire pour poursuivre des objectifs complémentaires et compatibles.

## 1. État des lieux de la circulation d'une approche méconnue

La « santé dans toutes les politiques » est relativement bien connue par les experts en santé publique du monde entier. En revanche, cette approche semble moins bien intégrée dans d'autres disciplines, par exemple en sciences politiques et en droit. Nous constatons que sur ces deux plans, l'approche « santé dans toutes les politiques » a connu un départ au niveau mondial, puis une concrétisation au niveau de l'Union européenne. En France, la question est plus complexe et sera développée ci-après.

### A. Au niveau mondial

L'OMS a joué un rôle important dans une série de réunions mondiales qu'elle a chapeauté dès 1978, dédiées aux questions de santé dans les autres politiques, de promotion de la santé et de santé environnementale. Par exemple, la première conférence mondiale sur la promotion de la santé, qui a eu lieu à Ottawa en 1986, a été organisée par l'OMS, le Ministère canadien de la Santé et du Bien-être social et l'Association canadienne de santé publique<sup>11</sup>.

Une multitude de textes ont suivi, tels que les « Recommandations d'Adélaïde : politiques pour la santé », adoptées lors de la deuxième Conférence internationale pour la promotion de la santé en 1988 ainsi que la Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXI<sup>ème</sup> Siècle, adoptée lors de la quatrième Conférence internationale sur la promotion de la santé en 1997.

Ces nombreux textes émanant du droit international déclaratoire ont pour point commun de promouvoir les notions d'intersectorialité, de promotion de la santé, de vision large de la santé, de déterminants de la santé, de prise en compte des conséquences sanitaires dans les décisions publiques et de recherche de synergies entre différents secteurs. Aucune de ces réunions mondiales n'a eu lieu en France, et les textes issus de ces réunions n'ont pas tous été traduits en français, ce qui pourrait expliquer en partie la relative prise en compte de ces différentes notions en France.

La seule définition officielle de la « santé dans toutes les politiques » est l'aboutissement de ces quarante années de déclarations et de chartes mondiales sur la promotion de la santé. **Selon la Déclaration d'Helsinki adoptée en 2013 par les États membres de l'OMS, la « santé dans toutes les politiques » est « une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé<sup>12</sup> ».**

L'OMS a également eu un rôle-clé dans la construction de l'approche « santé dans toutes les politiques » par l'intermédiaire de certaines résolutions adoptées à partir de 1977, année de la trentième Assemblée mondiale de la santé (AMS). Pour n'en citer que quelques-unes : en 1977, l'AMS adopte une résolution qui marque le commencement de la stratégie intitulée « santé pour tous », une expression consacrée encore utilisée de nos jours. Selon cette nouvelle idéologie, la santé n'est plus appréhendée comme un état mais comme un processus.

En 1988, le Directeur-Général de l'OMS de l'époque, le Docteur Mahler, déclare à l'Assemblée mondiale que la santé est une aspiration sociale et politique qui dépend lourdement de l'implication des plus hauts niveaux de gouvernance et de l'action coordonnée de plusieurs secteurs. Dix ans plus tard, cette idée se confirme et se précise : dans une déclaration adoptée par l'AMS, les États réaffirment leur engagement pour l'atteinte d'un niveau de santé le plus élevé possible, et

10 - Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé, Avis, 28 juin 2017, 36 p.

11 - Gouvernement du Canada, Agence de la santé publique du Canada, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé, <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/charte-ottawa-promotion-sante-conference-internationale-promotion-sante.html>, [consultée le 23/07/2021].

12 - Huitième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Déclaration d'Helsinki sur la Santé dans toutes les politiques, Helsinki, Finlande, 2013.

reconnaissent une « responsabilité partagée » en matière de santé. Lors de sa soixante-septième réunion, en 2014, l'AMS adopte une résolution imprégnée de l'idée d'intégrer la santé dans les autres politiques.

L'action de l'OMS a eu des retombées tardives mais concrètes car les années 2000 sont marquées par l'adoption de plusieurs législations sur la « santé dans toutes les politiques » dans le monde : le Québec, la Suède, l'Australie-Méridionale, les États-Unis, la Norvège, etc.

### B. Au niveau de l'Union européenne

La « santé dans toutes les politiques » a fait une entrée progressive en droit de l'Union européenne. En premier lieu, les préparatifs de l'Acte unique et son adoption en 1986 ont marqué la prise en compte progressive de la question environnementale dans les questions européennes. Ce traité est une porte d'entrée pour la future « santé dans toutes les politiques » en droit de l'Union européenne. Certes, l'Acte unique ne représente pas à proprement parler une progression fondamentale de la prise en compte de la santé dans les politiques communautaires, mais il a une importance significative en ce qu'il met en place un mécanisme juridique d'intégration des enjeux environnementaux dans les autres politiques de la Communauté (articles 130 R et suivants du Traité sur la Communauté économique européenne), qui servira d'exemple lors de l'adoption de l'article 129 du Traité de Maastricht quelques années plus tard.

Le Traité de Maastricht marque l'entrée de la « santé dans toutes les politiques » en droit de l'Union européenne. En décembre 1991, un accord est conclu lors du Conseil européen de Maastricht sur le traité à adopter. Celui-ci est signé par les États membres le 7 février 1992 à Maastricht. Au même moment, au niveau mondial, on trouve alors tout un foisonnement de textes : les chartes et déclarations d'Alma-Ata, d'Ottawa, d'Adélaïde, de Sundsvall et la Charte européenne de l'environnement et de la santé convergent toutes vers un objectif, celui de l'amélioration de la santé de tous au moyen de son intégration dans la conduite des autres politiques publiques.

Le troisième paragraphe de l'article 129 est le plus déterminant pour notre étude : en effet, il énonce que « **Les exigences en matière de protection de la santé sont une composante des autres politiques de la Communauté** ». Cette disposition est la première expression officielle de l'intégration de la santé dans toutes les politiques de l'Union européenne.

Dès l'année 2000, un autre texte consacre l'intégration de la santé dans toutes les politiques en droit de l'Union européenne : il s'agit de la Charte des droits fondamentaux, laquelle selon l'article 6 du Traité sur l'Union européenne, a la même valeur juridique que les traités européens. L'article 35 de cette charte est comme suit : « *Protection de la santé : Toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union* ». On constate que la dernière phrase de l'article 35 de la charte est identique à la première phrase de l'article 152 du Traité d'Amsterdam<sup>13</sup>.

Peu de temps après la Charte des droits fondamentaux, **le traité de Lisbonne, ou Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, adopté en 2007, modifie l'article 152 qui devient l'article 168** dans sa version consolidée. En voici le paragraphe 1 en son premier alinéa, essentiellement identique à l'article 152 : « *Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union* ». Présente dans un traicteur fondateur du droit de l'Union européenne, l'intégration de la santé dans toutes les politiques demeure un principe à valeur fondamentale, d'autant que **l'article 168 a été qualifié de « base constitutionnelle principale de l'activité normative de l'Union européenne en matière de santé<sup>14</sup> »**.

## 2. Réception de l'approche santé dans toutes les politiques en France

En France, on observe des courants contradictoires dès l'origine. Notre pays a joué un rôle important dans l'émergence des notions d'hygiène publique et d'hygiénisme au XIX<sup>ème</sup> siècle, mais il semble qu'au fil du temps, une volonté majoritairement curative ait pris le dessus dans les politiques de santé. Le constat peut être fait d'une émergence erratique d'une « santé dans toutes les politiques » à la française.

13 - Traité d'Amsterdam, Article 152 (ancien article 129) : « Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté ».

14 - M. Bélanger, Droit européen général de la santé, Bilan d'un droit moderne, Les études hospitalières, Les cahiers du CERDES, 2013, 308 p.



## A. L'absorption progressive des concepts liés à l'approche « santé dans toutes les politiques » en droit français

### · Le cadre législatif :

On observe une densification du cadre juridique législatif en santé publique, avec l'adoption de lois telles que la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Ces textes, et en particulier celui de 2016, prennent en compte les concepts de prévention, de promotion de la santé, d'inégalités sociales de santé et d'intersectorialité qui sont en lien avec l'approche « santé dans toutes les politiques ».

Intégrer la santé dans d'autres politiques implique aussi de créer synergies entre différents secteurs. En France, des efforts sont réalisés pour que différents enjeux convergent dans la mise en œuvre des différentes politiques. Par exemple, lors des débats parlementaires préalables à l'adoption de la loi du 9 février 2015 relative à la sobriété, à la transparence, à l'information et à la concertation en matière d'exposition aux ondes électromagnétiques, dite « Loi Abeille »<sup>15</sup>, il a été affirmé que « *l'objectif recherché par cette proposition de loi est bien de concilier le développement des nouvelles technologies, la couverture du territoire par celles-ci et la qualité de service attendue par nos concitoyens avec la nécessaire protection de notre santé et de notre environnement*<sup>16</sup> ».

### · Un exemple sectoriel : le cas de la nutrition

Le début du XXI<sup>ème</sup> siècle voit le renforcement du lien entre la politique de l'alimentation et de santé. La loi du 21 juillet 2009 prévoit dans l'article L3231-1 du Code de la santé publique le cadre de la politique nutritionnelle nationale : « *Un programme national relatif à la nutrition et à la santé est élaboré tous les cinq ans par le Gouvernement*<sup>17</sup> ».

En 2001, la place centrale de l'alimentation au sein des politiques de santé publique est renforcée avec la création du premier Programme National Nutrition Santé (PNNS). Trois PNNS se succéderont, et en 2010, le PNNS est inscrit dans le code de la santé publique<sup>18</sup> à l'article L3231-1 par la loi n° 2010-874 du 27 juillet 2010 de modernisation de l'agriculture et de la pêche. Madame Ducrot, épidémiologiste, y voit la « *volonté de mettre en place une politique nutritionnelle effective et durable*<sup>19</sup> ». Le dernier PNNS en date porte sur la période 2019-2023<sup>20</sup>. En quinze ans, le PNNS a contribué, comme l'indique Madame Brimo, « *à la construction d'une politique publique de la nutrition et à la prise de conscience collective de ses enjeux*<sup>21</sup> ».

La loi de modernisation de notre système de santé crée l'article L3232-8 du Code de la santé publique qui prévoit : « *Afin de faciliter le choix du consommateur au regard de l'apport en énergie et en nutriments à son régime alimentaire, [...] la déclaration nutritionnelle obligatoire [...] peut être accompagnée d'une présentation ou d'une expression complémentaire au moyen de graphiques ou de symboles [...]* ». Peu de temps après, un arrêté interministériel signé le 31 octobre 2017 par la ministre des Solidarités et de la Santé, le ministre de l'Agriculture et de l'Alimentation et le secrétaire d'État auprès du ministre de l'Économie et des Finances est venu officialiser la recommandation gouvernementale du Nutri-Score.

## B. Les limites de l'application de la « santé dans toutes les politiques » en France

Les impacts sur la santé de mesures relevant d'autres secteurs ne sont pas encore suffisamment pris en compte en France, en témoignent les études d'impact des projets de lois produites avant leur adoption. Par exemple, l'étude d'impact de la loi n° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous mentionne quelques considérations sanitaires de façon superficielle : l'étude aborde les impacts sanitaires en même temps que les impacts environnementaux en soulignant que

15 - Loi n° 2015-136 du 9 février 2015 relative à la sobriété, à la transparence, à l'information et à la concertation en matière d'exposition aux ondes électromagnétiques.

16 - Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première séance du 23 janvier 2014, *JOFR* du 24 janvier 2014.

17 - Article L3231-1 du Code de la santé publique (modifié plusieurs fois depuis).

18 - *ibid.*

19 - C. Delamaire, P. Ducrot (Dir.), Introduction au dossier « Environnements favorables à une alimentation saine : une réponse aux inégalités sociales de santé ? », La santé en action 2018, n°444.

20 - Ministère des Solidarités et de la Santé, Lancement du 4<sup>ème</sup> Programme national nutrition santé 2019-2023, Communiqué de presse, 20 septembre 2019.

21 - S. Brimo, À la recherche du 4<sup>ème</sup> volet du Plan national nutrition santé, RDSS 2017, p.690.

l'agriculture biologique induit des externalités concernant la santé humaine, mais aucun indicateur chiffré n'est donné. L'étude d'impact pour la loi n° 2020-1578 du 14 décembre 2020 relative aux conditions de mise sur le marché de certains produits phytopharmaceutiques en cas de danger sanitaire pour les betteraves sucrières n'est pas davantage approfondie en matière d'impact sur la santé. Elle mentionne des indicateurs de risque pour la santé humaine, sans les préciser, et n'entre pas plus dans les détails en ce qui concerne l'impact sur la santé des mesures envisagées. Dans d'autres études de ce type, des « co-bénéfices sur la santé »<sup>22</sup> sont évoqués mais, encore une fois, sans illustration par des indicateurs scientifiques ni même économiques (par exemple, en matière de lutte contre le dérèglement climatique).

Plus généralement, l'intégration de la santé dans les autres politiques présente un caractère aléatoire en France. Il n'y a pas de principe imposant la prise en compte systématique de la santé dans les autres politiques. De plus en plus d'efforts sont faits pour appréhender la santé de façon transversale aux côtés des intérêts des autres secteurs, afin de trouver des terrains d'entente, et pour ne plus segmenter excessivement certaines problématiques.

Cependant, la mise en œuvre de la « santé dans toutes les politiques » en France est dépourvue d'une véritable reconnaissance juridique, ainsi que de moyens méthodologiques, financiers et humains. Le droit français semble ainsi s'imprégner des préceptes de l'OMS au fil de l'eau, en fonction des volontés politiques et des possibilités législatives du moment.

L'avenir n'est pas clair pour la « santé dans toutes les politiques » à la française. À l'heure actuelle, rien n'indique que cette approche globale, intégrée de la santé, intersectorielle, devienne une règle obligatoire. Elle ne suivra donc peut-être pas le parcours qu'a eu le principe de précaution - qui a finalement été reconnu comme principe à valeur constitutionnelle -, ni celle de l'égalité des sexes en droit français<sup>23</sup>.

Laurence Warin

22 - Par exemple dans l'étude d'impact sur le projet de loi portant lutte contre le dérèglement climatique et renforcement de la résilience face à ses effets, 10 février 2021.

23 - La loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, dans son article 1<sup>er</sup>, prévoit que « l'État et les collectivités territoriales, ainsi que leurs établissements publics, mettent en œuvre une politique pour l'égalité entre les femmes et les hommes selon une approche intégrée. Ils veillent à l'évaluation de l'ensemble de leurs actions ».

# Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?

## Table-ronde 3 : Santé publique / One Health

### Catherine Deroche

Sénatrice de Maine et Loire depuis 2010, présidente de la commission des Affaires sociales du Sénat, membre du conseil d'administration de l'Institut National du Cancer, de la commission des comptes de la sécurité sociale, et rapporteure de la commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et du système de santé en France

Lors de l'installation de cette dernière commission, Madame Deroche a alerté sur « *la situation extrêmement critique dans laquelle se trouvent un grand nombre d'établissements, qui exige des réponses fortes sur l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital, mais également une réflexion plus globale sur la place de l'hôpital dans l'organisation du système de soin* ».

### Quel constat, la Commission des affaires sociales dresse sur notre système de santé français et quelles sont les solutions qui doivent être mises en place ?

Lorsque la commission d'enquête a été lancée, ont été intégrés à la fois ce qui est intrinsèque à la situation de l'hôpital public mais aussi comment l'hôpital public au sein du système de santé se retrouve à accueillir parfois des patients qui pourraient être pris en charge dans d'autres secteurs (comme dans les services d'urgence et post opératoires).

Ce qui ressort est que la notion de santé publique est importante, quand des hôpitaux se retrouvent confrontés à accueillir des patients chroniques en situation de comorbidité, qui ont des difficultés à être accueillis dans d'autres structures à leur sortie de l'hôpital, cela plaide en faveur d'un système de prévention, de promotion de la santé, de dépistage, qui fasse que les concitoyens soient en meilleure santé.

Il y a une double transition : la transition démographique (principalement par le vieillissement de la population) et la transition écologique (les notions de santé environnement sont majeurs pour voir l'influence de l'environnement sur la santé).

Nous constatons des progrès, la France n'agit pas seulement sur le terrain du curatif, des progrès ont été faits en matière de dépistage, de prévention et de promotion de la santé au niveau national mais aussi local (par les contrats locaux de santé, des appels à projet). La santé ne doit pas dépendre du seul ministère de la Santé, mais doit être au cœur de l'ensemble des politiques.

En décembre 2020, le rapport « Santé publique pour un nouveau départ » de la commission d'enquête sur la crise sanitaire a été publié. La commission s'est aperçue qu'il y avait en matière d'expertise scientifique une méfiance de la population sur les messages donnés, une forme de non-adhésion aux messages de santé publique ou en matière de prévention de leur santé.

Il faut peut-être que l'expertise scientifique soit mieux coordonnée, la commission militait pour une instance d'expertise scientifique unique qui regrouperait l'ensemble des sociétés savantes et autres. Nous voyons également que les messages sont difficiles à faire passer dans une certaine catégorie de la population, qui est la plus exposée à un nonaccès aux soins. Toutes les inégalités sociales en santé sont majeures, et là aussi un travail doit être fait par les médecins, mais aussi par l'ensemble des professionnels de santé dont les infirmiers.

Il y a aussi un sujet qui est celui de la transition numérique car dans les difficultés d'accès aux soins que connaissent certains territoires, il est possible de s'appuyer sur un partage des responsabilités et un exercice pluriprofessionnel autour du patient, notamment autour du patient chronique. Mais nous pourrions aussi avoir un système qui mettrait en place

des alertes auprès des populations sur leur statut vaccinal ou sur les comportements recommandés. Ce travail d'alerte pourrait être fait sous le contrôle d'un professionnel de santé, qui rappellerait chacun à des messages de prévention, de bonne prise en charge, afin d'améliorer la santé des concitoyens.

Il faut qu'il y ait, en cas de crise sanitaire future, un travail interministériel avec un délégué qui soit rattaché au Premier ministre et qui ne change pas à chaque Gouvernement (avec un poste pérenne).

Il faut savoir quelle est, à l'échelon du bassin de vie populationnel, la meilleure structuration et la meilleure mise en commun des différents professionnels de santé. Comment à l'échelon territorial, peut-on mettre en place un système qui soit le plus adapté au territoire et aux enjeux de santé de celui-ci ? Mais aussi, comment le patient pris en charge peut-il l'être sans arriver à la surcharge des hôpitaux ? Faut-il créer des structures intermédiaires ?

Il faut travailler sur ce point, de façon à ce que l'hôpital revienne à sa vocation première et que tous les acteurs de santé autour puissent retrouver la confiance dans leur métier, redonner du sens à la fois à l'hôpital mais aussi aux professionnels de santé qui y travaillent. Il faut également redonner du sens pour les professionnels qui sont en exercice libéral, et qui se trouvent à côté de l'hôpital.

Il faut pouvoir retrouver cette notion de « service auprès de la population », pour la santé des populations.

Pour l'instant, peu de programmes présidentiels évoquent la santé. Nous devons avoir un système de santé qui soit plus proche des patients, plus efficient, plus durable (il y a le côté financier mais il est possible, sans aggraver la situation financière et sans surcharger les services, trouver plus d'efficacité pour que les concitoyens aient un système de santé qui leur permette de vivre longtemps et en meilleure santé).

### **Le Sénat et la Commission des affaires sociales, pendant cette crise, ont démontré leur rôle dans la santé publique. Comment la Commission a-t-elle vécu cette crise ?**

La santé est au cœur des missions de la Commission des affaires sociales. En matière de santé publique, il y a un travail à faire en promotion (notamment pour les cancers), et les infirmiers sont des acteurs importants de cette promotion.

La Commission a subi la crise, elle la voyait arriver sans trop savoir au départ les inquiétudes sur ce virus, notamment lors de la première vague. La Commission n'a pas souhaité avoir un regard critique sur ce qu'il s'était passé, il a fallu analyser certaines choses, surtout une communication qui parfois a pu être brouillonne et compliquée.

La Commission essaye à chaque fois de s'informer auprès des acteurs institutionnels (la HAS, le Conseil scientifique, l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), etc.) mais à chaque fois avec l'objectif de trouver des solutions et de pouvoir faire des propositions (législatives ou non).

Sur l'hôpital, nous avons vu qu'un des facteurs qui gère le pilotage de la crise sanitaire est la tension au sein des hôpitaux. Il y a du personnel manquant et cette commission d'enquête a pour objet de voir où sont les difficultés, pourquoi des personnels qui ont un métier qui a du sens, en arrivent à un tel découragement pour quitter l'hôpital ou même le métier qu'ils exercent. Il faut trouver les causes et surtout trouver les remèdes (à court et long terme).

Il y a urgence à agir à tous les niveaux.

**Catherine Deroche**

# Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?

## Table-ronde 3 : Santé publique / One Health

---

### François Bourdillon

Médecin de santé publique et fondateur de Santé Publique France, qu'il a dirigé de 2016 à 2019. Il est membre de l'Institut Droit et Santé

---

## Quels sont les moyens de réussir à déployer une santé publique dynamique ? Quels sont les ressorts et les objectifs prioritaires dans le cadre de l'échéance présidentielle ?

L'important est de travailler dans une logique de besoin et pas toujours dans une logique économique d'efficience sur fond de réduction des moyens.

La santé publique est un champ extrêmement vaste, que l'on peut aborder en fonction de grands thèmes : l'alerte, la veille, la surveillance, la prévention et la promotion de la santé, la sécurité sanitaire, la gestion du système de santé, la gestion hospitalière... ou en fonction des grandes difficultés identifiées : la crise de l'hôpital, la désertification médicale, la faible investissement en prévention, une psychiatrie sinistrée, la faible prise en compte du vieillissement ou des maladies chroniques, etc.

Il y a plusieurs angles prioritaires. Je voudrais aborder dans cette table ronde deux d'entre eux : l'accès aux soins en ambulatoire liée à la désertification médicale et la prévention, la grande oubliée de ses dernières années.

### 1. Accès aux soins en ambulatoire

L'accès aux soins en ambulatoire peut être abordé sous plusieurs angles.

Il est possible de l'aborder avec le regard des Français. Ils ont du mal à trouver un médecin ou lorsqu'ils en trouvent, il y a un long délai de rendez-vous en sachant que tous les territoires ne sont pas égaux entre eux. Les inégalités sociales et territoriales en santé sont devenues une réalité.

Les maires et les communes disent qu'ils ne trouvent plus de professionnels de santé et qu'ils doivent trouver des solutions pour favoriser l'attractivité des professionnels de santé.

Le Gouvernement, conscient que le désert médical est un problème majeur tente d'instaurer des aides à l'installation, de financer des assistants médicaux, de promouvoir la délégation de tâches, la télé-expertise ou de favoriser l'exercice coordonné.

Quant aux élus, ils sont en faveur d'une régulation dure à l'installation pour répartir équitablement les médecins sur l'ensemble du territoire.

Enfin, les professionnels de santé dans leur ensemble sont désireux de répondre aux demandes des patients mais ils ne sont plus en capacité de le faire. Pour améliorer la situation ils proposent de travailler de manière coordonnée et de mieux prendre en compte les besoins de toute la population.

Du point de vue de la santé publique il conviendrait de fixer un certain nombre d'objectifs permettant de répondre aux besoins de la population : accès aux soins, permanence des soins, suivi des patients atteints de maladies chroniques, meilleure prise en compte du vieillissement.

Pour y répondre le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et leur planification sur le

territoire doit être poursuivi. Elles permettent incontestablement de dégager du temps médical, de rompre l'isolement de praticiens à exercice isolé, de travailler en équipe avec les infirmiers, les kinésithérapeutes et les psychologues, de faire de la prévention et enfin, d'alléger les contraintes administratives. Elle permet également d'organiser une permanence des soins.

Sachez que 80% des médecins consultent en individuel et 20% en groupe, nous sommes loin en France d'un exercice pluridisciplinaire.

La CNAMTS montre dans une récente étude que l'exercice en MSP permet de réduire la désertification médicale.

Si nous arrivons à créer un effet d'entraînement pour accélérer les MSP, cela pourrait améliorer la qualité des soins mais aussi la vie des professionnels de santé et probablement la démocratie sanitaire en permettant la participation des usagers au sein des MSP.

Il est proposé :

- d'augmenter la planification, en lien avec les ARS et les communautés de communes. Ce travail conjoint doit permettre d'identifier les zones désertifiées et les endroits où il est possible d'implanter des MSP ;
- la mise en place de mesures incitatives pour favoriser l'exercice en groupe en MSP avec un bonus permanent pour ceux qui travaillent en groupe afin d'inciter à ce nouveau mode d'exercice ;
- de permettre l'accueil des jeunes en formation et les inciter à rejoindre les MSP dans lesquelles ils se forment.

## 2. Prévention et promotion de la santé

La prévention permet d'éviter la maladie, d'agir sur les déterminants de santé mais aussi d'améliorer la qualité de vie.

Ces dernières années force est de constater que :

- les structures de prévention ont été très fragilisées : la protection maternelle et infantile (PMI), la santé scolaire, les centres médicaux psychologiques en psychiatrie ainsi que les associations de prévention. Toutes ces structures sont indispensables à la réduction des inégalités sociales de santé. Il convient de les soutenir ;
- Il reste beaucoup à faire sur les grands déterminants de santé que sont le tabac, l'alcool, la nutrition et en matière d'environnement.

Ma Santé 2022 avec son volet « priorités prévention » était une impulsion politique. Mais nous sommes loin du compte. La prévention a besoin de relais sur le terrain, notamment par l'intermédiaire des professionnels de santé mais aussi des associations qui travaillent pour faire de la prévention et de la promotion de la santé, au plus près du lieu de résidence des usagers.

Pour cela, il faut des moyens financiers. Ce qui a été fait pour le tabac, doit pouvoir l'être sur l'alcool, les produits alimentaires particulièrement gras et sucrés, les paris et les jeux en ligne... Cet argent permettrait d'irriguer le financement des professionnels de prévention. Le Mois sans tabac (créé par Santé Publique France) soutenu par le Fonds Tabac (devenu Fonds Addiction) a ainsi permis de créer plus de 10 000 actions organisées sur le territoire chaque année.

Je terminerai en soulignant qu'il est souhaitable que soit créée, pour développer la prévention, la fonction d'infirmier de santé publique afin de construire des projets, les réaliser, les évaluer. Les infirmiers doivent avoir leur mission élargie comme cela a été fait avec les infirmiers en pratique avancée. En prévention, nous avons besoin d'infirmiers au sein des structures de soins et de prévention pour assurer des missions d'éducation pour la santé ou d'éducation thérapeutique du patient mais aussi pour coordonner les soins.

**François Bourdillon**

# Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?

## Table-ronde 3 : Santé publique / One Health

**Jacques Guerin**

Président de l'Ordre national des Vétérinaires, vice-président du CLIO (Comité de Liaison des Institutions Ordinales)

### En quoi consistent les interdépendances entre médecine humaine et médecine animale, et quels déplacements invitent-elles pour renforcer l'efficacité de nos politiques publiques en santé ?

Un certain nombre de professions partagent la racine « santé », santé humaine bien sûr, mais sans omettre la santé animale. Le concept One Health concerne non seulement la santé humaine, mais aussi la santé animale et la santé environnementale.

Les problématiques animales avec un risque important de transfert des risques vers l'humain par le passage de « transfert d'espèces » sont réelles et quasi-quotidiennes. Il y a donc un intérêt à décloisonner les domaines (en dehors de décloisonner les professionnels de santé entre eux).

Finalement, One Health touche la santé de « l'écosystème » et même du « socio-écosystème », c'est-à-dire, comment un savoir vivre ensemble peut-il être possible à l'échelle d'un territoire ? Comment résister ensemble, pour que l'ensemble de la chaîne de prévention s'applique et n'impacte pas la santé de l'Homme in fine ?

Par exemple, comment faire pour prévenir l'arrivée d'un virus véhiculé par les moustiques dont la migration est favorisée par le réchauffement climatique, les transports... Il faut pouvoir détecter le plus vite possible les signaux précurseurs d'une maladie potentiellement zoonotique.

« *One Health* » n'est pas « *One Human Health* » ! La profession vétérinaire n'est pas souvent reconnue comme partie prenante utile à la résolution d'un problème de santé globale. Ce qui est plus que dommage.

Par exemple concernant la biologie médicale, en 2013 la ministre de la Santé déclarait à l'Assemblée nationale « chacun son métier, les vaches seront bien gardées » mettant alors fin brutalement à une formation commune à bénéfices réciproques très bien perçue par la majorité des médecins, des pharmaciens et des vétérinaires. Depuis, cette biologie vétérinaire est dans une déshérence, un vide juridique complet. Or, nous avons bien vu, avec la Covid-19, que les plateaux techniques vétérinaires en matière de détection sont performants, adaptés à la volumétrie des prélèvements à prendre en charge et compétitifs. Ils ont été un élément de réussite de la politique de dépistage du Gouvernement lui ayant permis d'atteindre un objectif de dépistage massif malgré un recours bien tardif. Il ne faut donc pas être aussi cloisonné que nous le sommes aujourd'hui.

En termes de One Health et de décloisonnement, nous avons des progrès à faire.

### En quoi la profession vétérinaire peut-elle être utile ?

La profession vétérinaire est utile notamment en termes de surveillance des maladies animales dont les maladies émergentes potentiellement zoonotiques (plateforme d'épidémiosurveillance). Il y a notamment la plateforme « ESA » (épidémiosurveillance santé animale) pour les animaux dont nous consommons la chair et les produits. Il y a aussi un réseau de surveillance sur les équidés (chevaux) notamment pour alerter des maladies respiratoires virales contagieuses au sein de la population d'équidés.

Un autre réseau est en train de se créer : le réseau des animaux de compagnie et des nouveaux animaux de compagnie. L'Homme a eu besoin de créer un lien avec un animal, un lien qui peut être thérapeutique par exemple (comme pour lutter contre l'isolement et la désocialisation). Nous sommes dès lors confrontés à une plus grande promiscuité entre l'animal membre de la famille et l'Homme. D'ailleurs les principes mêmes de l'hygiène de base ne sont pas toujours respectés.

Beaucoup de questions se posent et sur lesquelles les réponses doivent et seront communes.

La première chose qu'il faut régler aujourd'hui est la question de la présence des professionnels de santé dans les territoires pour lutter contre les déserts médicaux, les déserts vétérinaires, mais aussi les déserts culturels, à l'école, au sport, etc.

La contribution de la profession vétérinaire touche d'abord l'expérience des crises sanitaires (avec des ressorts propres mais qui peuvent aussi être partagés). Cela revient à dire que nous avons des terrains d'expertise communs. Par exemple, la rage, quand un professionnel de santé est confronté à un individu qui est mordu, le risque de rage doit percoler et faire en sorte que l'animal soit mis sous surveillance. L'antibiorésistance est un autre sujet commun à l'Homme et à l'animal, avec des progrès remarquables réalisés par la profession vétérinaire pour un usage raisonné, respectueux des enjeux de préservation de la ressource. Cela contribue à l'effort général qui fait que les vétérinaires se sentent professionnels de santé. La contribution des vétérinaires à l'épidémie Sars-Cov2 est un autre exemple. La solidarité a joué lorsqu'il a fallu apporter des équipements de protection, des appareils de ventilation, se mobiliser pour rejoindre la réserve sanitaire. 5 000 vétérinaires se sont déclarés volontaires auprès de l'Ordre des vétérinaires sans pour autant pouvoir s'inscrire sur le site ouvert par le Gouvernement. Finalement seules quelques personnes ont été réellement mobilisées. Dès lors que vous n'êtes pas professionnel de santé humaine, vous n'êtes pas visible sur tous ces sujets !

En conclusion, il faut faire tomber les barrières, collaborer avec les professionnels de santé (en recherche mais aussi trouver une traduction dans les territoires entre tous les professionnels).

Il faut également un message vis-à-vis de la population qui soit le même. Par exemple, pour la vaccination, les animaux sont vaccinés et derrière ceci il y a un enjeu, un objectif à atteindre. Les raisons qui valent en santé animale valent aussi en santé humaine.

### **En cette période d'élections présidentielles, s'il y a une réforme à faire, laquelle serait-elle ?**

Il faut faire en sorte qu'il reste encore des vétérinaires dans les territoires, afin d'avoir un tissu solide de professionnels de santé humaine et de santé animale. S'il n'y a pas un maillage correct du territoire, nous passerons à côté des indicateurs précoces de futures pandémies.

**Jacques Guerin**



# Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?

## Table ronde 3 : Prendre en compte les nouveaux enjeux de santé publique en privilégiant la prévention

### La parole aux infirmiers



**95%** des infirmiers estiment qu'il est prioritaire de privilégier une approche de santé globale du patient, en tenant compte de ses habitudes (alimentation, exercice physique...);

**91%** des infirmiers estiment qu'il est prioritaire de prévenir les nouveaux risques en santé ;

**86%** des infirmiers pensent qu'il faut former les soignants à ces nouveaux risques ;

**83%** des infirmiers pensent qu'il faut prendre en compte l'enjeu environnemental dans les pratiques directes, en libéral et à l'hôpital.

Source : Consultation de l'Ordre national des infirmiers du 14 au 20 janvier 2022, à laquelle ont répondu 60.000 infirmiers.

### Former l'ensemble des soignants aux nouveaux risques émergents (climatique, virologique, résistance aux antibiotiques, exposition aux polluants et allergènes, maladies chroniques, santé mentale, vieillissement de la population, etc.)

- Renforcer la prévention pour favoriser l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé ;
- Inclure les nouveaux risques dans tous les parcours de formation des médecins et professionnels paramédicaux ;
- Développer la recherche universitaire sur ces nouveaux risques.

### Garantir la bonne information des familles sur les enjeux environnementaux

- Sensibiliser notamment les familles aux risques d'exposition des enfants aux pollutions et produits nocifs (perturbateurs endocriniens...).

### Participer à l'engagement « Climate smart healthcare »

- Rejoindre l'engagement international des 50 signataires de « Climate smart healthcare » afin de réduire l'empreinte climatique du secteur de la santé.

### Favoriser la recherche en santé

- Accorder davantage de moyens à la recherche publique en matière de santé, notamment sur les risques émergents en matière de santé publique.

**Favoriser le bien-être au travail des infirmiers**

- Lancer un programme national d'amélioration de la qualité de vie au travail pour les infirmiers, tenant compte du dernier rapport de la DREES sur la charge mentale pesant sur les infirmiers ;
- Développer les consultations de psychologues dédiées aux infirmiers ;
- Proposer régulièrement aux infirmiers un bilan de santé.

# Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?

## Table-ronde 4 : Innovation en santé / Numérique / Intelligence Artificielle

**Lydia Morlet-Haidara**

Maître de conférences HDR en droit privé à l'Université Paris Cité, directrice de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR\_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université Paris Cité

### De l'usage de l'Intelligence Artificielle dans les soins infirmiers

Cette étude a pour ambition de faire état de l'usage croissant de l'Intelligence Artificielle (IA) dans l'environnement professionnel des infirmiers<sup>1</sup> ainsi que des problématiques juridiques que cette évolution pose.

Les opportunités offertes par les systèmes intelligents sont telles qu'ils ont désormais envahi tous les secteurs d'activité, le secteur de la santé y étant tout particulièrement confronté. Il faut à ce titre comprendre que parler de l'IA en matière de santé ne relève aucunement de propos futuristes mais que le sujet est au contraire pleinement contemporain. L'essor de l'IA en santé devrait d'ailleurs encore s'accroître grâce notamment au plan innovation santé 2030<sup>2</sup>, annoncé en juin 2021, pour un montant de plus de 7,5 milliards d'euros et au lancement en octobre 2021 de la stratégie d'accélération « santé numérique »<sup>3</sup>, dotée de 650 millions d'euros, une part importante des financements devant être consacrée à l'IA.

Il importe cependant de calmer les fantasmes et comprendre que tous les logiciels et algorithmes utilisés en matière de santé ne doivent pas être considérés comme de l'intelligence artificielle. Bon nombre des dispositifs mis à disposition des soignants sont en effet construits à partir de très classiques logiciels de programmation. Selon le dictionnaire Larousse, « L'intelligence artificielle vise l'ensemble des techniques mises en œuvre en vue de réaliser des machines capables de simuler l'intelligence humaine ». Reste néanmoins entière la question de savoir à partir de quand on a affaire à une véritable IA...

Il faut également savoir qu'il n'existe pas une sorte d'IA mais plutôt différentes catégories d'IA. Certaines relèvent d'une approche symbolique et sont basées sur des systèmes dits experts construits à partir de connaissances transmises à la machine par un humain qui doit procéder à un encodage des données. Cette approche symbolique de l'IA s'oppose à l'approche numérique, dite aussi approche connexionniste. L'IA numérique part quant à elle d'une masse de données brutes qui lui est injectée et qu'elle essaie ensuite d'extrapoler par des méthodes statistiques. La machine s'entraîne ainsi sur les données grâce à des techniques de *machine learning* ou apprentissage automatique.

Il faut savoir que la majeure partie des intelligences artificielles aujourd'hui utilisée en matière de santé relève de cette approche numérique.

Toujours dans l'esprit de calmer les fantasmes et de démystifier l'intelligence artificielle, il importe également de distinguer IA faible et IA forte.

Les IA faibles se contentent globalement d'exécuter un programme produit par l'Homme. Les IA fortes, grâce à la technique du *machine learning* seraient quant à elle en mesure de s'autoalimenter par leurs propres analyses des

1 - Not. sur le sujet : L'intelligence artificielle en santé : une promesse, un défi et une opportunité de dialogue interdisciplinaire, Emmanuelle Cartron, Didier Lecordier, Ljiljana Jovic, <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2019-2-page-5.htm>.

2 - <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-dossiers-de-presse/article/innovation-sante-2030>.

3 - <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-dossiers-de-presse/article/strategie-d-acceleration-sante-numerique>.

résultats. Ces IA sont de nature à inquiéter en ce qu'elles seraient capables d'acquérir une certaine autonomie vis-à-vis de leurs programmes initiaux. L'on peut cependant être rassuré par le fait que seules des IA faibles sont actuellement développées. Les IA fortes sont annoncées à l'horizon 2020-30, mais en l'état actuel du développement des dispositifs, il semble que cette échéance doive être quelque peu repoussée. Il s'avère cependant difficile de se projeter car la célérité de développement de la technique a déjà pu surprendre. En effet, lorsqu'en 1997, l'IA *Deep blue* a battu Henri Kasparov aux échecs, les observateurs pensaient qu'il faudrait attendre environ 50 ans pour voir une IA battre un champion du jeu de Go et pourtant cela a été fait dès 2016 !

Les dispositifs d'IA actuellement rencontrés en santé peuvent prendre plusieurs formes. Il peut s'agir de logiciels directement utilisés par les soignants. Ils peuvent également être intégrés dans des dispositifs médicaux comme dans des objets connectés aujourd'hui développés dans le suivi des pathologies chroniques ou encore être implémentés dans des robots médicaux ou sociaux.

Après ce propos introductif, qui a permis de faire plus amplement connaissance avec la technique, une première partie aura pour objet de faire état des différents cas d'usage de l'IA dans l'environnement professionnel des infirmiers. Une seconde abordera les enjeux professionnels et juridiques du développement de cette technologie.

## Partie I : Les cas d'usage de l'IA dans l'environnement des infirmiers

La présentation pourrait commencer comme un film de science-fiction.

Il faut imaginer un patient, arrivant aux urgences, qui est installé devant une infirmière humanoïde de triage qui utilise des algorithmes pour lui poser des questions, relever ses constantes, analyser sa détresse psychologique et même réaliser une prise de sang.

Grâce à l'analyse menée par ses algorithmes, le robot infirmier analysera le besoin de prise en charge du patient et lancera un autre programme qui vérifiera, en temps réel, la disponibilité du personnel infirmier (humain cette fois) ainsi que la vacance des lits.

Les prélèvements réalisés seront confiés à un robot en charge de les acheminer au laboratoire d'analyse, tandis que les documents administratifs du patient seront confiés à un autre robot qui aura pour mission de les distribuer aux différents services gérant l'admission et la facturation, à moins que ces documents ne soient directement scannés par le robot lui-même.

Une fois arrivée dans la salle de soins ou dans sa chambre le patient, trop faible ou trop lourd, pourra être pris en charge par une machine qui aidera le soignant à installer la personne malade sur le lit ou la table d'osculation.

Voici comment pourrait évoluer la prise en charge médicale grâce à l'IA. Cela peut faire peur ou envie selon la sensibilité de chacun !

Quoi qu'il en soit, le propos n'a encore une fois rien de futuriste puisqu'il s'agit, à certains égards, d'une description de la réalité.

En effet, à Hong-Kong, en juin 2021, la société Hanson Robotics a présenté au monde entier Grace, son infirmière robot humanoïde. Sa poitrine est pourvue d'une caméra thermique qui permet de prendre la température du patient et de mesurer sa réactivité. Elle permet des simulations sociales et peut même mener des psychothérapies analytiques. Ce robot est plus spécialement destiné à prendre soin des personnes âgées ou, dans le contexte actuel, des patients isolés à cause de la Covid-19. Sa présentation humanoïde serait de nature à rassurer les patients. Cette entreprise n'en est pas à son coup d'essai en matière de robot humanoïde car elle a déjà créé le robot Sophia amené à prononcer un impressionnant discours à l'ONU, en novembre 2017<sup>4</sup>. Ce robot a même obtenu, la même année, le statut de citoyenne saoudienne, ce qui n'est pas sans poser différents problèmes juridiques d'ailleurs. Même si actuellement Grace coûte très cher, l'entreprise envisage le développement en masse de son robot infirmière.

Si cette machine pourvue d'IA apparaît pour l'heure comme la plus aboutie, les premiers robots infirmiers ont vu le jour dès 2018. Ainsi, un robot nommé Moxi est entré en phase de test dans quatre hôpitaux américains. Il était notamment chargé de la récupération et du transport de certaines marchandises médicales. Au Canada, à Toronto, un robot développé par Diligent Robotics a également fait son entrée dans une résidence pour personnes âgées afin d'interagir avec

4 - <https://www.youtube.com/watch?v=TrfqXmcumUE>

les résidents et détecter les signes de démence. Ces robots dits sociaux sont particulièrement amenés à se développer auprès des personnes âgées dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Ils permettent en effet de stimuler les capacités cognitives ou sensorielles des résidents et ont à ce titre une utilité reconnue pour retarder le développement de la maladie d'Alzheimer. Ils peuvent prendre diverses formes et intégrer des agents conversationnels.

A l'avenir, ces robots sociaux pourraient être développés en vue d'une utilisation en tant qu'assistants de vie auprès des personnes fragiles. Ils pourraient être amenés à soulager, voire remplacer certaines tâches actuellement effectuées par les infirmiers et les aides-soignants.

Si est ici évoquée la robotisation en santé, l'usage de l'IA ne passe pas forcément par un robot cette nouvelle technologie étant souvent développée à partir de simples logiciels.

Les plus connus sont les logiciels de diagnostic. Fréquemment utilisés par les médecins, ils ont déjà fait preuve de leur performance. Ainsi, dès 2016 une étude américaine a montré pour la 1<sup>ère</sup> fois qu'une IA de dépistage dans le domaine de la dermatologie avait fait mieux qu'un expert<sup>5</sup>. C'est indiscutablement en matière d'imagerie médicale que l'IA s'est le plus fortement imposée, notamment dans les dépistages des cancers du sein ou autres tumeurs.

Si les IA de diagnostic sont majoritairement utilisées par les médecins, leur usage reste encore assez confidentiel chez les infirmiers. Pourtant, des solutions existent qui sont d'ailleurs assez souvent développées par des infirmiers. On peut par exemple citer la solution Resileyes<sup>6</sup> qui propose une webapp d'aide au diagnostic et à l'évaluation des personnes victimes de stress post-traumatique. D'autres outils sont également développés pour l'éducation thérapeutique du patient et favoriser l'observance. Une infirmière a ainsi créé à Montréal une plateforme de soins infirmiers virtuels qui propose des vidéos pour guider les patients de manière personnalisée<sup>7</sup>.

L'IA est également susceptible d'accompagner l'infirmier pour améliorer sa prise en charge du patient. En 2019, aux EU, a par exemple été créé le dispositif Orbita Assist qui prend la forme d'un assistant de santé virtuelle à commande vocale. Comme avec un agent conversationnel du type Alexa, le patient peut exprimer sa demande aux infirmiers ou lancer des alertes en formulant son besoin en disant par exemple « dites à l'infirmière que j'ai besoin d'eau » ou « dites à l'infirmière que je suis tombé du lit ». L'IA sera alors en mesure de trier les demandes et de hiérarchiser leur acheminement au personnel de soins. Ce dispositif semble donner une très grande satisfaction tant aux patients qu'aux soignants et a reçu 25 récompenses à travers le monde<sup>8</sup>.

L'IA est encore en mesure d'aider l'infirmier afin d'améliorer le parcours de soins du patient.

Ainsi, en 2019, l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Infirmiers Auvergne-Rhône-Alpes a créé Ideline, une plateforme qui met en relation les établissements de santé et les infirmiers libéraux afin de mieux organiser le retour à domicile des patients<sup>9</sup>. Dans le même esprit a été créé en 2017, encore par une infirmière, la plateforme Libhéros<sup>10</sup> qui permet la mise en relation des patients avec des infirmiers ou des kinésithérapeutes afin, là encore, de faciliter les soins à domicile. Ces outils constituent des opérations « gagnant-gagnant » en ce qu'ils facilitent la prise en charge du patient et assurent une clientèle aux soignants libéraux.

L'IA est également un appréciable outil de support de la télémédecine dans le développement de laquelle les infirmiers ont un rôle essentiel à jouer. Dans de nombreuses situations, ces dispositifs de consultation à distance exigent en effet que le patient soit accompagné d'un infirmier afin de le guider dans le lancement de la visioconférence, dans l'utilisation des outils de téléconsultation ou dans la gestion des suites de celle-ci.

On peut ici prendre pour exemple la startup française dental monitoring<sup>11</sup> qui grâce à un algorithme, analyse les prises

5 - Séminaire fermé consacré à l'IA en santé, organisé par SciencesPo Paris, le 7 septembre 2021.

6 - <https://www.resileyes.com/fr/>

7 - José Côté est professeure à la faculté de sciences infirmières de l'Université de Montréal et titulaire de la chaire de recherche sur les nouvelles pratiques de soins infirmiers. Elle a développé TAVIE (Traitement, assistance virtuelle infirmière et enseignement) : <https://www.crsi.umontreal.ca/realisations/tavie/>

8 - <https://www.silvereco.fr/orbitaassist-un-assistant-de-sante-virtuel-base-sur-lintelligence-artificielle-a-commande-vocale/31115264/> Orbita est à présent développée en Amérique du Nord et en Europe. Les utilisateurs de la solution interrogés ont exprimé un taux de satisfaction très élevé. En effet, 87% des infirmières ont déclaré avoir plus confiance en leur capacité à répondre de manière appropriée aux demandes des patients et 100% des patients interrogés souhaitent la retrouver si ils étaient hospitalisés à nouveau.

9 - <https://ideline.org>

10 - <https://business.lesechos.fr/entrepreneurs/idees-de-business/infirmiere-florence-herry-a-creee-la-start-up-libheros-308912.php>

11 - <https://www.jaimelesstartups.fr/news/dentalmonitoring-devient-une-licorne-francaise/>

de vue photos et vidéos intra orale effectuées par un smartphone. Utilisée pour l'heure de manière prioritaire dans le traitement de l'orthodontie, l'utilisation d'un tel dispositif pourrait s'avérer précieuse dans le suivi bucco-dentaire des résidents d'EHPAD pour lesquels le déplacement en cabinet s'avère difficile. Le personnel infirmier pourrait en effet en charge des prises de vue et accompagnerait l'analyse de l'outil, le chirurgien-dentiste intervenant seulement dans un second temps pour confirmer ou infirmer les problèmes bucco-dentaires détectés par l'outil intelligent.

De manière plus directe, l'IA sera aussi amenée à prendre une large place dans le développement des télésoins qui concernent plus spécialement les soins à distance dispensés par les paramédicaux. Les dispositifs intelligents pourraient ainsi être utilisés dans le suivi des maladies chroniques en limitant les obligations de déplacement des infirmiers.

A travers la télémédecine et le télésoin on peut d'ailleurs considérer l'IA comme un moyen de lutte contre les déserts médicaux, même si la technique n'est évidemment aucunement en mesure de remplacer l'humain.

L'intelligence artificielle présente un dernier avantage conséquent en ce qu'elle est susceptible de libérer du temps médical en confiant à la machine des tâches administratives et chronophages parfois aisément automatisables. Se développent ainsi les solutions RPA pour *Robotic Process Automatisation* qui permettent l'automatisation des fonctions administratives liées à la gestion des patients.

On pense aussi aux techniques de l'Intelligence clinique ambiante<sup>12</sup> qui sont capables de capter les échanges entre médecins et patients afin de procéder à une saisie directe et automatisée des données médicales. La plus-value est évidente lorsque l'on sait que lors d'un rendez-vous médical un soignant passe plus de 50 % de son temps à renseigner les dossiers et seulement 13 % de celui-ci à parler avec le patient.

Sur cette question du gain de temps médical, une étude réalisée par le MIT *Technology Review Insights* en partenariat avec GE Healthcare<sup>13</sup>, a permis d'interroger plus de 900 professionnels de santé aux États-Unis et au Royaume-Uni à propos des conséquences de l'intégration de l'IA sur leur quotidien. 61 % d'entre eux déclarent que l'IA leur a permis de diminuer le temps passé à remplir des dossiers et à écrire des rapports. 45 % confirment que cela leur a permis d'avoir plus de temps à consacrer à leurs patients.

Au travers de ces quelques exemples, on comprend que l'intégration de l'IA dans les soins infirmiers est déjà une réalité ; qu'il ne s'agit pas d'un simple phénomène de mode mais qu'au contraire l'usage de l'IA est amené à se normaliser et à révolutionner les pratiques.

Au regard de ce constat, il importe dans un second temps de cette étude de se pencher sur les incidences d'un tel essor de l'IA dans les soins infirmiers.

## Partie II : Les enjeux professionnels et juridiques du développement de l'IA dans les soins infirmiers

Il sera montré que le développement de l'IA ne sera pas sans incidence sur l'évolution de la profession infirmière **(A)** et qu'elle doit être mise en œuvre dans le respect des droits des patients **(B)**

### A) L'impact du développement de l'IA sur la profession

Les évolutions techniques précédemment évoquées imposent que les infirmiers s'intéressent à cette nouvelle technologie qu'est l'IA. Quel que soit le stade de leur carrière, les infirmiers seront amenés à être impliqués dans le développement et la mise en place de ces nouveaux outils numériques. Il ne faut pas les craindre, ni les redouter mais au contraire avoir une démarche réceptive, voire proactive, à leur intégration.

L'on sait que le développement de l'IA impliquera la disparition d'un nombre important de métiers, la machine étant amenée à remplacer l'Homme dans certains domaines. Dès lors, l'infirmier qui rechignerait à utiliser et à se former à ces nouvelles solutions risquerait de rapidement se trouver dépasser par l'évolution des techniques et, à terme, mettrait en péril son emploi. L'essor de l'IA apparaissant aujourd'hui inéluctable, mieux vaudra donc l'accompagner, y participer que de le subir.

A l'inverse, il est fort probable que ceux qui adopteront la technologie IA et accepteront de l'intégrer dans leurs pratiques

12 - <https://news.nuance.com/2020-02-24-Nuance-annonce-la-disponibilite-generale-de-sa-solution-dintelligence-clinique-ambiante-aux-Etats-Unis>

13 - <https://mittrinsights.s3.amazonaws.com/ai-effect.pdf>

multiplieront leur chance d'avancement de carrière. Ceux qui saisiront cette opportunité devraient en effet évoluer vers des postes de supervision ou de formation des autres collègues.

Il importe dès lors que chacun mène sa propre réflexion personnelle en s'interrogeant sur l'évolution de son poste dans les cinq ou dix ans, au regard du contexte actuel d'évolution technologique.

Il faut aussi comprendre que l'essor de l'IA et les mutations qu'elle implique peuvent s'avérer une chance pour la profession infirmière car cette technologie ne pourra être développée sans l'entremise des infirmiers qui devront accompagner son utilisation auprès des patients.

A ce titre, l'IA apparaît intéressante en ce qu'elle devrait conduire à une nouvelle articulation des tâches entre médecins et infirmiers, ce qui sera de nature à faire bouger les lignes entre ces deux professions et peut-être conduire à une évolution de la relation professionnelle du fait d'un indispensable besoin de collaboration pour la mise en œuvre de l'IA.

L'IA ne peut en effet se développer sans l'implication des acteurs du quotidien du soin que sont les infirmiers. Ils ont ici une place à prendre et à revendiquer !

On peut même envisager d'aller plus loin dans les opportunités que représente l'IA. De nouveaux métiers infirmiers devraient en effet voir le jour car il faudra des connaissances techniques spécifiques pour son implémentation. Certains infirmiers devraient ainsi être amenés à jouer un rôle charnière entre le technicien informatique, amené à paramétrer l'IA ou à la mettre en place, et le professionnel de santé qui devra l'utiliser sur le patient.

Peut ainsi être imaginée la création de statuts de « supers » infirmiers aux compétences particulières reconnues. On pense ici par exemple aux opportunités que représentent les délégations de compétence entre médecins et infirmiers ou, mieux encore, aux perspectives offertes par la reconnaissance de la pratique avancée<sup>14</sup>. Il s'avérera en effet légitime que soit admis un nouveau domaine d'intervention validant une compétence spécifique en matière d'intelligence artificielle.

Pour toutes ces raisons, il importe que les infirmiers s'impliquent dans l'essor de l'IA. Il est même souhaitable que certains, comme cela est déjà le cas, s'investissent dans la conception et l'implémentation de nouveaux dispositifs, ceux-ci ne pouvant se développer qu'avec une collaboration étroite entre soignants et industriels. Il s'avère en effet essentiel que l'infirmier, qui se trouve au plus près des besoins du patient, vérifie que l'outil soit bien compatible avec les usages, réponde à un véritable besoin, ne constitue pas une perte de temps médical et qu'il s'avère conforme aux intérêts des patients.

L'IA représente enfin une chance pour la profession et le système de santé en général en ce qu'elle est susceptible de devenir une solution pour faire face à la pénurie nationale d'infirmiers.

Ce phénomène est mondial. En effet, selon le Bureau of Labor Statistics, la demande d'infirmiers aux États-Unis devrait passer de 2,7 millions en 2014 à 3,2 millions en 2024, soit une augmentation de 16 %<sup>15</sup>. Une grande partie de cette croissance est attribuable au vieillissement de la génération du baby-boom qui a besoin de soins supplémentaires.

Ce contexte difficile est en outre aggravé par un désengagement des jeunes infirmiers. Ainsi, en France, 30 % des nouveaux diplômés abandonneraient la profession infirmière dans les cinq ans qui suivent la délivrance de leur diplôme<sup>16</sup>.

Pour toutes les raisons évoquées, il importe donc que les infirmiers dépassent la défiance que suscite l'IA chez certains d'entre eux et, qu'au contraire, ils se saisissent des opportunités qu'elle représente.

Mais encore faut-il pour cela qu'ils soient formés à l'IA. Malheureusement, la formation à cette nouvelle technique reste encore assez confidentielle<sup>17</sup>. De belles initiatives existent pourtant. Ainsi, un module IA en santé est enseigné dans un IFSI d'Auvergne Rhône Alpes<sup>18</sup>. Il faut dès lors espérer que l'expérience soit développée dans d'autres instituts de formation.

De manière plus anecdotique, l'IA entre aussi dans la formation des infirmiers par la mise en place de *serious game* qui, grâce à des scénarios réalistes et concrets, mettent les infirmiers en situation réelle de soins.

14 - Possibilité offerte par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et prévoyant une formation complémentaire de l'infirmier diplômé d'état (IDE) au grade de Master. 5 domaines d'intervention sont définis : les pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires ; l'oncologie et l'hémato-oncologie ; la maladie rénale chronique, la dialyse, la transplantation rénale ; la psychiatrie et la santé mentale ; les urgences.

15 - <https://www.zdnet.fr/actualites/un-robot-infirmier-pret-a-prendre-des-gardes-dans-les-grands-hopitaux-americains-39892079.htm>

16 - <http://www.syndicat-infirmier.com/Vers-une-penurie-mondiale-de-professionnels-infirmiers.html>

17 - Not. sur la sujet : C. Fabre, intelligence artificielle en santé : mobilisation de la formation des professionnels de santé, JDSAM n° 32, p. 164.

18 - <https://www.auvergnhonealpes.fr/actualite/965/23-comment-mettre-l-intelligence-artificielle-au-service-de-la-sante.htm>

Il importe dès lors que les infirmiers se forment à l'IA afin qu'ils soient en mesure de saisir les opportunités que représente cette technologie pour leur profession. Mais il est également essentiel qu'ils soient sensibilisés aux enjeux juridiques de l'IA afin que son développement se fasse dans le respect des droits des patients.

### B) Une utilisation de l'IA respectueuse des droits des patients

Le format de cet article permet seulement d'évoquer quelques éléments informatifs concernant les différents droits des patients. En cas de volonté d'approfondissement de ces sujets, peut être notamment engagée une démarche d'inscription à la Masterclass « Intelligence artificielle et droit de la santé » dirigée par l'auteur de ces lignes<sup>19</sup>.

Il faut tout d'abord savoir que si certaines règles classiques relatives aux droits des patients sont depuis longtemps exposées dans le Code de la santé publique, le corpus législatif a été récemment enrichi par l'adoption, le 2 août 2021<sup>20</sup>, d'une nouvelle loi de bioéthique dont certaines dispositions sont spécialement consacrées à l'utilisation de l'IA en santé.

La première question qui a pu se poser relativement à l'IA est celle de savoir si le patient doit consentir à l'utilisation du dispositif intelligent. La réponse est négative car l'IA n'est pas un acte de soins en tant que tel, auquel le patient devrait consentir, mais un simple outil d'aide au soignant dans son diagnostic ou dans le choix de la prise en charge. Dès lors, de la même manière qu'un patient n'est pas susceptible de s'exprimer sur le choix de tel ou tel matériel de biologie ou de radiographie, il n'a pas à consentir à l'utilisation d'une IA dans son protocole de soins.

Il est par contre essentiel que le patient soit informé de l'usage de l'IA à son égard. Cela est même imposé par les textes et spécialement par le nouvel article L. 4001-3-I du CSP introduit par la nouvelle loi de bioéthique précitée. On peut cependant être surpris que ce nouvel article se contente de viser l'obligation qui pèse sur les professionnels de santé utilisateurs d'une IA alors qu'une telle obligation aurait dû être imposée à tous les soignants. Dans les faits, il est fort probable que la délivrance d'une telle information soit déléguée à l'infirmier qui devra donc s'assurer de la bonne compréhension du patient.

La bonne information des personnes confrontées à l'IA s'avère essentielle pour que le développement de la technologie se fasse dans un contexte de confiance. A ce titre, une étude réalisée en France a révélé l'ampleur du travail de pédagogie à mettre en œuvre. En effet, 88 % des personnes interrogées estiment ne pas être suffisamment informées des impacts et des usages de l'IA en santé et seulement 25 % des répondants se disent prêts à faire confiance à l'IA à condition qu'elle soit utilisée en complément (et non en remplacement) du travail des médecins<sup>21</sup>.

Cette information délivrée aux patients, en amont de l'utilisation de l'IA, devra permettre à ces derniers de s'opposer à l'utilisation du dispositif intelligent. Il est ainsi fait application d'une logique d'*opt-out*, en vertu de laquelle le consentement n'est pas requis mais présumé, la personne dûment informée conservant la possibilité de s'opposer. Il faut dès lors comprendre que si le consentement du patient à l'utilisation de l'IA n'est pas requis, ce dernier doit néanmoins être mis en mesure de refuser qu'il en soit fait usage à son égard.

L'évolution des textes a également permis une heureuse précision en matière d'obligation d'information en ce que le nouvel article L. 4001-3 I précité dispose que la personne doit « le cas échéant, être avertie de l'interprétation qui résulte (de l'IA) ». Le patient doit dès lors avoir accès au verdict de la machine en plus de celui du médecin, son attention pouvant ainsi être attirée sur un éventuel diagnostic contradictoire.

L'obligation d'information a également été enrichie par le projet de règlement européen, connu sous le nom d'*artificial intelligence act*, publié le 21 avril 2021<sup>22</sup>. Ce texte qui ne concerne pas seulement le domaine de la santé prévoit une heureuse information sur les limites de l'IA et également sur l'origine des données qui ont alimenté le système intelligent, ce qui s'avère essentiel en pratique tant la performance de l'outil dépendra de la qualité des données sur lesquelles il sera entraîné.

Ces évolutions textuelles, présentes et à venir, devraient ainsi permettre la formulation d'un droit à information assez

19 - <https://odf.u-paris.fr/fr/offre-de-formation/formation-qualifiante-SPCFQ/droit-economie-gestion-DEG/fq-masterclass-intelligence-artificielle-et-droit-de-la-sante-JWM4IK18.html#:~:text=Objectifs,et%20de%20l'assurance%20maladie.>

20 - Loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique.

21 - Etude Google Survey réalisée par Nuance Communication sur 2011 personnes représentative de la population française de 18 à 65 ans et réalisée du 27 février au 1<sup>er</sup> mars 2019.

22 - Proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil établissant des règles harmonisées concernant l'intelligence artificielle (législation sur l'intelligence artificielle) et modifiant certains actes législatifs de l'Union, Bruxelles, le 21 avril 2021 : [https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:e0649735-a372-11eb-9585-01aa75ed71a1.0020.02/DOC\\_1&format=PDF](https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:e0649735-a372-11eb-9585-01aa75ed71a1.0020.02/DOC_1&format=PDF)



complet en cas de confrontation à une IA, et les infirmiers seront probablement fortement impliqués dans la mise en œuvre de cette obligation, même si en théorie le respect de celle-ci ne devrait pouvoir être délégué.

Le patient dispose également d'un droit à une garantie humaine en cas d'utilisation d'une IA dans son protocole de soins. Cette exigence est posée aussi bien par la nouvelle loi de bioéthique que par le projet de règlement européen sur l'intelligence artificielle.

L'idée est que soit garanti au patient le principe d'une présence humaine au côté de la machine. On comprend dès lors que le système intelligent ne doit pouvoir décider seul et seulement intervenir en soutien du processus décisionnel de l'utilisateur. Le patient doit ainsi pouvoir bénéficier d'une véritable intervention humaine.

Si l'on ne sait pas encore véritablement comment ce principe sera mis en œuvre, il est fort probable que les infirmiers soient également pleinement investis dans la réalisation de cette obligation et qu'ils constituent, dans bien des cas, cette présence humaine exigée par les textes.

S'agissant du respect des droits des patients, peuvent pour finir être mentionnées les exigences posées par la réglementation française informatique et libertés<sup>23</sup> et le règlement européen sur la protection des données<sup>24</sup>. Ces aspects ne peuvent cependant être développés dans le cadre de cette étude, le sujet méritant que lui soit consacré un article autonome. On se contentera ici d'indiquer que le patient dont les données sont traitées dans le cadre de l'utilisation d'une IA dispose d'un certain nombre de droits que l'infirmier devra veiller à respecter (droit à l'information et à la transparence, droit d'opposition, droit d'accès, droit de rectification, droit à la limitation du traitement, à la minimisation des données ou encore à la portabilité).

Le patient dispose également spécifiquement d'un droit à la sécurité de ses données. En matière de santé il reste beaucoup à faire et il faut donc que chacun soit formé, et à tout le moins sensibilisé, au respect de ce droit essentiel du patient. Là encore les infirmiers ont leur rôle à jouer.

Au regard de tout ce qui vient d'être évoqué, il s'avère essentiel que la profession infirmière prenne conscience du fait qu'il lui faut s'impliquer dans le développement de l'IA et que cela suppose une meilleure connaissance de ces outils afin qu'il n'y ait pas de défiance à leur égard mais que soient au contraire saisies toutes les potentialités de ces dispositifs.

**Lydia Morlet-Haidara**

23 - Loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

24 - Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE.

# Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?

## Table-ronde 4 : Innovation en santé / Numérique / Intelligence Artificielle

**Adèle Lutun**

Docteure en droit, spécialiste de la protection des données, membre associée de l'Institut Droit et santé

### Comment la data santé est-elle organisée en France ? Comment favoriser son utilisation notamment à des fins de recherche, tout en apportant aux usagers les garanties nécessaires en termes de transparence dans le traitement des données ?

Pour produire un algorithme, il est nécessaire de l'entraîner et donc d'utiliser des données qui proviennent du système de soins. La France est réputée comme disposant de bases de données massives et d'une très grande valeur.

Voici un panorama des bases de données qui existent : la plus massive s'appelle le Système National des Données de Santé (SNDS), elle existe depuis 2016<sup>1</sup>. Le premier flux majeur d'alimentation du SNDS est le Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM), qui comprend les données de consommation de soins en ville (informations qui remontent des professionnels libéraux, des médecins, des dentistes, des sage-femmes, par le codage des actes réalisés). La deuxième source importante du SNDS est composé des données de consommation hospitalière, au sein du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Ce dernier permet par exemple de connaître les médicaments qui ont été prescrits, les diagnostics qui ont été posés, la durée du séjour, le mode de sortie (par exemple, de savoir si une personne est décédée ou pas). Une autre source intéressante est le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC), qui collecte les causes médicales de décès par le biais des certificats de décès. Là aussi, la remontée des données se fait via le codage du type de décès. Cela permet de savoir si la personne est décédée d'hypothermie ou parce qu'un morceau de serviette a été laissé dans le corps après l'opération, par exemple.

Ces trois flux de données alimentent le SNDS depuis 2016. La loi prévoyait cinq flux, cependant deux ne sont aujourd'hui pas en place, comme les données relatives au handicap. Ce sont les données issues des Maisons départementales pour les personnes handicapées (MDPH) regroupées par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Cette source est en cours de construction parce que cela demande une infrastructure technique importante pour que toutes les données des MDPH remontent et qu'elles puissent ensuite être envoyées au sein du SNDS.

Un autre flux de données intéressant est celui des échantillons des organismes d'assurance, ou encore des données des complémentaires santé. Ces informations permettent notamment de connaître le reste à charge des personnes, et donc d'identifier ce qui n'est pas pris en charge ni par l'Assurance maladie, ni par les mutuelles. Cette source du SNDS est particulière car elle implique que les assurances privées se mettent d'accord entre elles sur le type de données à communiquer. Cela nécessite donc une harmonisation et que les données puissent être remontées à fréquences régulières pour qu'il soit possible de voir les évolutions.

1 - Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Journal officiel, 27 janvier 2016.

En 2019<sup>2</sup>, le législateur a décidé d'ajouter d'autres flux de données et aujourd'hui, une grande majorité des données produites dans le système de santé sont intégrées dans le SNDS. Ce dernier comprend toutes les données qui occasionnent un remboursement, telles que les soins maternité, les accidents de travail, les maladies professionnelles, les données relatives à l'autonomie, les enquêtes dans le domaine de la santé appariées au SNDS, les visites médicales, les dépistages obligatoires dans le milieu scolaire, la protection maternelle et infantile (PMI), la médecine du travail, etc. Ces dernières données ne sont pas encore disponibles dans le SNDS en tant que base centralisée. Elles existent chez les producteurs de données, à la source.

En dépit de toutes ces données, le SNDS ne comprend ni les noms et prénoms des personnes, ni le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physique (NIR), ni leur adresse. En raison de sa précision, il est toutefois possible, par le croisement de plusieurs informations de retrouver une personne donnée, en connaissant des informations sur sa prise en charge dans le système de soins. L'accès à certaines variables, telles que la date de naissance en mois et année, la date des soins, la date du décès, appelées « identifiants potentiels », est restreint. En effet, la recherche de plusieurs de ces informations facilite l'identification des personnes prises en charge qui est une pratique interdite par le Code de la santé publique<sup>3</sup>.

Il y a également un catalogue de données, composé de dix bases, qui est mis à disposition par la Plateforme de données de santé (Health Data Hub) dont le contenu est défini par arrêté<sup>4</sup>. Ce catalogue ainsi que la base principale de données, constituée des flux majeurs du SNDS regroupés par la CNAM constituent le SNDS centralisé.

Comment y accède-t-on ? Il y a deux possibilités : soit par des accès permanents, soit par un accès projet. Les accès permanents sont définis par décret et attribués à des structures publiques, typiquement, les équipes de recherche des centres hospitaliers ou des centres de lutte contre le cancer par exemple<sup>5</sup>.

Le décret détermine également le champ d'accès des bénéficiaires d'accès permanent. Certaines structures ont un accès limité à la région pour laquelle elles sont compétentes. En effet, un accès national n'est pas nécessaire. L'accès est également modulé en fonction des identifiants potentiels et de la profondeur historique. Les accès permanents n'ont pas besoin de demander une autorisation avant d'accéder aux données.

Les accès projets sont plus liés à des recherches ou de création d'entrepôts de données. La place de l'intelligence artificielle dans la recherche liée au SNDS est en croissance : le SNDS est intéressant afin de développer des algorithmes. Dans le cadre des accès projets, il n'y a pas de restrictions : tout le monde peut solliciter une autorisation.

Il y avait jusqu'en 2016, une obligation d'accéder au SNDS à des fins de recherche, étude ou évaluation, à condition que cela soit compatible avec les objectifs du SNDS et qu'il y ait un motif d'intérêt public. Depuis 2019, il est possible de faire de la recherche mais également de constituer d'importantes bases de données pérennes pour, par exemple, rapprocher des données issues de dossiers médicaux avec des données du SNIIRAM. Cela permet d'obtenir une base de données locale afin de travailler de façon un peu plus souple, par rapport à ce qui est disponible sur le portail de la CNAM, qui propose un nombre de logiciels limité.

Tout le monde peut accéder aux données du SNDS, à condition que les grands principes suivants soient respectés, que le projet présente un intérêt public et que la transparence des résultats et des moyens d'analyse soit garantie. Les porteurs de projets doivent transmettre ces dernières informations à la Plateforme des données de santé. Pour les questions d'intelligence artificielle, cette obligation peut être intéressante pour le grand public ou les soignants qui pourraient accéder à ce type d'information et anticiper ce qui aura des conséquences sur leur pratique.

Il y a également une petite restriction, pour les industriels et les assureurs dans le domaine de la santé. Le législateur a voulu encadrer leur accès. Ces acteurs doivent soit passer par un intermédiaire appelé un laboratoire de recherche ou un bureau d'études ou prouver qu'ils ne vont pas poursuivre les finalités interdites du SNDS qui sont (i) la promotion commerciale des produits de santé en direction des professionnels et établissements de santé et (ii) l'exclusion de garanties des contrats d'assurance et la modification de cotisations ou de primes d'assurance d'un individu ou d'un groupe d'individus présentant un même risque<sup>6</sup>.

2 - Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, Journal officiel, 26 juillet 2019.

3 - Art. L.1460-1 du Code de la santé publique.

4 - Arrêté du 12 mai 2022 relatif aux données alimentant la base principale et aux bases de données du catalogue du système national des données de santé, Journal officiel, 14 mai 2022.

5 - Art. R.1461-12 du Code de la santé publique.

6 - Art. L. 1461-1 du Code de la santé publique.

Il n'y a visiblement qu'une seule structure qui a réussi aujourd'hui à démontrer les éléments nécessaires afin de bénéficier d'un accès direct, il s'agissait d'un industriel de santé sélectionné par la Plateforme des données de santé dans le cadre d'un appel à projets. L'industriel a croisé les données issues de pacemakers avec celles du SNIIRAM afin de prévenir l'insuffisance cardiaque. L'industriel a dû déposer un dossier auprès de la Plateforme des données de santé qui l'a transmis au Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé (CESREES) qui a examiné le dossier et émis un avis. La Plateforme transmet ensuite le dossier à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Une fois que l'autorisation obtenue par le chercheur, le porteur de projet, des conventions doivent être signées avec la Plateforme de données de santé ou la CNAM.

Le processus est assez long, mais il garantit un accès encadré aux données. Des procédures simplifiées mises en place par la CNIL existent. Si elles ne permettent pas encore de croiser les données du SNDS avec d'autres sources, elles offrent des possibilités d'accès plus rapides aux données car si le projet est conforme aux exigences de la Commission, son autorisation n'est pas requise. Les porteurs de projets conformes déposent un engagement global de conformité auprès de la CNIL. Ensuite, chaque étude qui est réalisée doit être inscrite sur le répertoire des études tenues par la Plateforme des données de santé afin de garantir la transparence des études réalisées sur le SNDS.

**Adèle Lutun**

# Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?

## Table-ronde 4 : Innovation en santé / Numérique / Intelligence Artificielle

---

**Jacques Lucas**

Président de l'Agence Nationale du Numérique en Santé, membre associé de l'Institut Droit et Santé

---

### Quel bilan, et quelles perspectives pour le numérique en santé dans les années à venir ?

Il est sans aucun doute encore un peu tôt pour dresser un bilan, car il faut toujours du temps pour que des nouvelles techniques ou de nouvelles technologies s'implantent. Nous connaissons bien la force des habitudes et les résistances aux changements ! Mais il se dégage des perspectives largement positives et sans doute fécondes pour le numérique en santé au chevet du système du même nom.

Dans le temps qui m'est imparti, je ne vais que survoler le sujet qui est très étendu et me concentrer sur quelques points.

Le premier point, lorsque l'on parle du numérique en général et en santé en particulier, est d'abord celui de la couverture de l'intégralité du territoire national. Il faut qu'en tout point du territoire, les citoyens puissent avoir accès à Internet, et il y a encore des progrès à faire, ce dont le Gouvernement est conscient, en matière d'équipement du territoire.

Le deuxième point est celui de la formation des professionnels de santé mais aussi des patients aux usages du numérique en santé. Il existe en effet des appréhensions relatives au traitement des données personnelles, à la qualité de leur protection et à un risque de deshumanisation de la relation de soins. Le nouveau monde numérique demande des explications claires, loyales et appropriées comme toutes les informations que doivent délivrer les professionnels de santé. Nous sommes à une époque charnière : le nouveau monde n'est pas encore complètement arrivé alors que l'ancien s'estompe. Cette situation, que je qualifierai d'aube naissante et de crépuscule, crée naturellement de l'appréhension. Un travail est en cours sur cette formation aux usages. Il ne s'agit pas d'un rapport théorique, mais d'une analyse de situation qui débouchera sur des aspects concrets, notamment pour la formation des professionnels de santé tant en ce qui concerne leur formation initiale que leur formation permanente, via le DPC.

Le troisième point concerne les acteurs privés, notamment les start-up et les licornes, qui doivent bien évidemment être associées aux acteurs publics de l'État. Par nature, l'État n'a pas l'agilité que peuvent avoir des organisations privées. Prenons l'exemple de Doctolib comme une des grandes réussites, parmi d'autres. Cette réussite tient à un besoin pratique satisfait et au développement des usages que les professionnels de santé et les usagers du système de santé se sont appropriés. Pour autant les acteurs privés sur des projets innovants d'applications doivent se conformer à des exigences de l'État qui exerce ses fonctions d'autorité en définissant les normes et les référentiels relatifs à la sécurité, à l'interopérabilité et à la portabilité des données entre autres.

Le quatrième point est qu'il doit y avoir, en symétrie de l'Espace numérique en santé créé pour tout citoyen, un bouquet de services ouvert pour les professionnels de santé afin que, ayant été formés ou s'étant formés en cours de route, ils puissent utiliser les outils numériques sans appréhension dans leurs pratiques. Cette utilisation doit se faire de manière professionnelle car l'exercice d'une profession de santé requiert des exigences qui sont portées par le Code de la santé publique y compris bien entendu lorsqu'il fixe les règles de déontologie professionnelle, sur le secret qui couvre les données de santé et les conditions de leur partage dans le cadre d'une équipe de soins telle que la réglementation la définit. Ce bouquet de services comprendra des télé services et notamment ceux développés par l'Assurance maladie,

mais également probablement des services de formation continue et d'aides à la décision. Nous voyons bien que la formation continue peut passer par le numérique et ne pas nécessiter des situations en présence.

Le cinquième point est qu'il faut que le numérique soit au service de la santé et que pour être au service de la santé, il doit être inclus directement dans les logiciels métiers. Il faut que cela soit nativement présent dans l'utilisation des logiciels, tant pour ce qui concerne les établissements de santé, l'hôpital public ou les cliniques privées, que dans le secteur libéral et également le secteur médico-social. Il y a eu un engagement financier très fort de l'État, puisque 2 milliards d'euros ont été alloués, dédiés à l'équipement logiciel et à leur mise à niveau dans le cadre du Ségur numérique. Cette mise à jour logicielle est intégralement prise en charge par l'État directement près des éditeurs. Il faut également que les logiciels se parlent entre eux en langage informatique, c'est le sujet de l'interopérabilité pour que l'on puisse effectivement faire de la santé numérique. Par ailleurs, afin d'inciter les professionnels libéraux aux usages, il y a des fonds dédiés, négociés entre l'assurance maladie et les syndicats des différents professionnels pour les usages, puisqu'il ne suffit pas encore d'avoir les logiciels ad hoc, il faut les utiliser. Il y a donc un usage du Dossier médical partagé (DMP), un usage de la messagerie sécurisée en santé, usage pour la prescription électronique et il est possible de penser que l'intelligence artificielle se trouvera à l'intérieur des logiciels afin de faciliter les exercices professionnels et même les plannings professionnels des différents professionnels de santé.

Tout ceci doit aboutir à améliorer la qualité et la sécurité des soins sans rupture dans la transmission des informations nécessaires et pertinentes pour la continuité de la prise en charge dans un parcours de soins entre différents professionnels. Cela concerne aussi l'accès aux soins dans les territoires, dont on connaît actuellement les difficultés. La coordination des prises en charge et des soins dans la proximité suppose que les exercices regroupés des professionnels ne se fassent pas nécessairement dans un même lieu comme les cabinets et les maisons de santé pluriprofessionnelles, mais également sous les formes d'exercices en pôles, avec des professionnels qui peuvent être disséminés sur un territoire déterminé. C'est l'objectif des communautés professionnelles de territoires pour lesquelles les données du patient doivent être rapidement accessibles pour tous les professionnels impliqués qu'ils exercent en ville ou dans des établissements.

Ces exercices regroupés avec une traçabilité de l'accès aux données, nécessite un dossier informatisé commun à la structure de soins et que ce dossier puisse être partagé grâce à des autorisations d'accès entre les professionnels habilités concourant à la prise en charge et au suivi d'un patient. Ce dossier partagé correspond aux caractéristiques du dossier médical partagé qui sera intégré dans l'espace numérique de santé du citoyen.

Puisque je m'exprime à l'occasion d'un colloque organisé par le Conseil national de l'Ordre infirmier, je relèverai qu'il peut y avoir aussi des cabinets libéraux d'infirmiers qui ne sont pas dans une maison de santé pluriprofessionnelle, mais qui sont associés aux prises en charge de patient sur la zone. Dans ces exercices associés, la télémedecine, comme le télésoin d'ailleurs, peut tenir une place très importante, d'où le besoin d'avoir la possibilité d'accès au DMP d'un patient avec son consentement tracé informatiquement dans le dossier lui-même. En effet, il faut que les accès aux dossiers soient tracés et que le patient puisse savoir qui a accédé à son dossier. Si le professionnel n'est pas habilité, il s'agirait d'une intrusion non autorisée dans un système d'information ce qui est pénalement répréhensible. Les accès aux DMP sont identifiés grâce à la Carte de professionnel de santé et le patient en est immédiatement notifié.

Dans les réalités territoriales, les coopérations entre les infirmiers, les pharmaciens, les médecins, les sage-femmes et les masseurs kinésithérapeutes se passent globalement très bien, dans un esprit de bonne confraternité autour du patient. C'est lors de la théorisation du concept d'exercices coordonnés que surviennent quelques difficultés sur le sujet de la coordination de l'équipe. Pourtant cette coordination ne doit pas être vécue comme l'exercice d'une autorité verticale mais d'une autorité organisationnelle transversale sans prédominance autre que celle des compétences métiers et des disponibilités.

Il n'est pas aisé de se constituer en équipe de soins en gardant des conceptions hiérarchiques un peu surannées. Elles ont pu dans les temps passés faire preuve de leur qualité et de leur mérite, mais elles ne correspondent plus aux réalités actuelles beaucoup plus libres et moins formelles des relations entre les professionnels dont les formations diplômantes ont beaucoup évoluées.

Nous ne pouvons que souscrire bien évidemment, aux demandes actuelles que la santé soit dans le programme présidentiel. Mais qu'entend-on lorsque l'on dit que la santé doit être dans le programme présidentiel ? Est-ce l'organisation des soins ? Ou est-ce la prévention ? La prévention jouera un rôle majeur, c'est certain. Mais l'éducation à la santé, pour très importante qu'elle soit, ne produira pas des effets immédiats. Il faut donc aussi, et peut-être surtout, se concentrer

sur l'organisation des soins dans les réalités des bassins de vie. A cet égard, il serait bien que les 55 organisations professionnelles nationales qui ont pris la parole lors de la campagne présidentielle cherchent à bâtir un consensus car, trop souvent peut-être, s'expriment des opinions divergentes entre des corps professionnels qu'il s'agit pourtant de fédérer « au service de l'individu et de la santé publique » comme cela est dit dans les codes de déontologie professionnelle.

**Jacques Lucas**

# Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?

## Table-ronde 4 : Innovation en santé / Numérique / Intelligence Artificielle

**Dominique Pon**

Directeur général de la Clinique Pasteur de Toulouse, et responsable ministériel au numérique en santé

### En matière d'innovation en santé, comment favoriser le développement des usages numériques ? Comment favoriser l'innovation en santé de façon générale en France, et rendre à la France sa souveraineté dans ces domaines ?

L'évolution du numérique fait partie des révolutions technologiques. Cette révolution est empreinte d'une pensée libérale, ou encore liberticide, tandis que l'Europe est encline à porter des projets humanistes. L'Europe semble aujourd'hui intimidée par les « géants » du numérique, à savoir les GAFAM (Google, Apple, Facebook, Amazon, Microsoft).

Il est nécessaire de retrouver en France, en Europe, cette pensée humaniste et éthique pour tracer une voie unique dans le secteur numérique et les innovations technologiques. L'éthique de la technologie est un domaine dans lequel la France peut être performante, ainsi que sur l'appropriation citoyenne des technologies, la responsabilité, la coresponsabilité de ces technologies. Ici est le réel sens de l'innovation, et ce mode de pensée a permis de faire naître un numérique santé français éthique, souverain et citoyen. L'éthique se définit par quatre piliers. Il y a un consensus mondial pour dire que l'éthique est la bienfaisance. Puis vient le libre arbitre, qui conduit à l'autonomie. La technologie a pour objet de rendre les citoyens autonomes. Ceci est d'abord un outil d'émancipation citoyenne. Puis le quatrième pilier, la justice. Le produit technologique doit être juste.

Dès lors que ce cadre est posé, et que ces valeurs sont respectées, les pontes de l'innovation technologique et numérique sont attirés.

La souveraineté est, de plus, essentielle dans le développement des plateformes numériques propres à la France et à l'Europe. Ce principe est nécessaire à l'accroissement de l'innovation, de la technologie, du numérique en France.

L'avis du citoyen est aussi un point déterminant en santé et dans l'innovation technologique au cœur de ce domaine. L'idée de « penser citoyen » est une importante ligne de conduite d'un projet numérique. Le terme d'innovation est trop souvent associé aux professionnels du domaine. Il est nécessaire de prendre en compte l'avis des citoyens en situation de fracture numérique.

La technologie doit faciliter la vie quotidienne de tout citoyen, et mettre ce dernier au cœur des projets de développement, à la fois pour construire des outils pour ce dernier mais aussi en l'intégrant directement dans la gouvernance de l'innovation au plus haut niveau de l'État. Pour prendre exemple, un comité citoyen a récemment été mis en place, composé de trente français tirés au sort. L'objet de ce comité était d'émettre un rapport en trois semaines sur des questionnements numériques pointus, élaborés juridiquement et techniquement. Le rapport de ces citoyens, élaboré à l'aide d'experts et d'une formation minime, est qualitatif et mature.

La formation est donc la clé d'un travail commun d'une grande qualité. Faire confiance aux citoyens permet de redonner du sens.



Le rôle de la puissance publique est un des points principaux dans cette révolution technologique. Il est aujourd'hui nécessaire de redéfinir le rôle de la puissance publique dans le secteur de la santé. Il doit y avoir un rôle central de l'État : il ne fournit pas l'innovation, mais le cadre, les plateformes, les fondations pour que les innovateurs développent dans des limites claires qui garantissent l'éthique et la sécurité pour les citoyens, qui plus est, des plateformes souveraines.

Ce modèle convient totalement à la tradition de pensée française. Il faut miser sur le collectif, fédérer, redonnant le souffle et le désir d'un travail collectif en France.

Il existe aujourd'hui une énergie de travail gaspillée, avec des citoyens ayant une grande capacité de travail, mais l'utilisant autour de projets individuels. Cette déperdition d'énergie s'explique par un modèle de gouvernance complexe, où le dirigeant d'un projet est aujourd'hui difficile à identifier. Sur un sujet concret, tout ne peut pas remonter au Président de la République. Il faut être capable de prendre des microdécisions.

Ces microdécisions dans le modèle actuel de gouvernance de la puissance publique sont essentielles. Il semble trop complexe de prendre des décisions concrètes qui soient dans le rythme de ce qui est attendu. Pour ce qui est de l'innovation en France, il semble qu'au niveau de la puissance publique, la peur de mal faire l'emporte encore sur l'envie de bien faire.

Il est nécessaire de redonner envie aux représentants de la puissance publique au niveau du numérique de se dépasser. A l'aide des moyens mis à disposition aujourd'hui, la France peut tout à fait devenir un des leaders mondiaux en matière de numérique et d'innovation technologique en santé.

**Dominique Pon**

# Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?

## Table ronde 4 : Saisir les opportunités du numérique et de l'innovation en santé

### La parole aux infirmiers



**81%** des infirmiers jugent prioritaire de mobiliser les données de santé pour renforcer la veille et la prévention de la population ;

**68%** estiment prioritaire de recourir davantage à l'outil numérique pour dégager du temps pour le patient ;

**83%** pensent qu'il faut intégrer le recours aux nouvelles technologies à la pratique infirmière et en garantir la formation ;

**63%** estiment qu'il faut que les infirmiers accompagnent les patients éloignés de l'outil numérique pour favoriser leur accès à la e-santé.

Source : Consultation de l'Ordre national des infirmiers du 14 au 20 janvier 2022, à laquelle ont répondu 60.000 infirmiers.

### Développer le recours au télésoin, à la téléexpertise et à la télésurveillance

- Intégrer la formation aux outils permettant la prise en soins et l'accompagnement des patients à distance, dans la formation initiale des infirmiers ;
- Favoriser l'équipement des infirmiers afin qu'ils utilisent le télésoin lorsque cet acte peut améliorer l'accès aux soins pour les patients (secteurs isolés...).

### Mobiliser les données de santé pour renforcer la veille sanitaire et la prévention pour l'ensemble de la population

- Renforcer les dispositifs d'alerte et de suivi des patients atteints d'affections de longue durée, en particulier les plus distants des établissements de soins.

### Alléger les procédures administratives, notamment à l'hôpital, pour garantir le temps passé devant le patient

- Utiliser l'outil numérique pour accélérer les procédures en établissement ;
- Déployer les formations correspondantes.

### Favoriser le recours à des outils innovants, susceptibles de faciliter les pratiques

- Intégrer le recours aux nouvelles technologies (intelligence artificielle...) à la pratique infirmière et en garantir la formation.

**Utiliser les potentialités de l'espace numérique en santé**

- Favoriser la surveillance infirmière à distance au travers de l'espace numérique en santé.

**Permettre l'accès des infirmiers à la matrice d'habilitation de Mon Espace Santé**

- Donner aux infirmiers, avec l'accord du patient, les mêmes droits d'accès que les médecins.

# Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?

## Que veut la nouvelle génération pour le système de santé de demain ?

---

**Gaétan Casanova**

Président de l'InterSyndicale Nationale des Internes (ISNI)

---

Sur la question de la démocratie, il faut insister sur la gouvernance qui doit être plus juste, C'est-à-dire plus proche des territoires. Il faut penser à réfléchir la santé non pas comme une administration régaliennne mais comme quelque chose de plus proche des territoires. Il est aussi impératif de penser un jour à la décentraliser et notamment à la faire échapper à ce parisianisme qui cause beaucoup de torts.

Il faut également en finir avec la confusion entre le grade et la fonction. En précisant toutefois qu'aujourd'hui dans le système de santé que les internes connaissent le plus il y a une hydre managériale avec d'un côté l'aristocratie médicale et universitaire et de l'autre les directeurs d'hôpitaux. Il y a beaucoup de bonnes volontés et de grandes compétences dans ces deux corps. Lorsque l'on confie l'intégralité de la gouvernance à un corps prédéterminé, on est moins efficace et on se prive de compétences. Une gouvernance plus juste est aussi plus inclusive c'est-à-dire les médecins et directeurs d'hôpitaux, patients, etc., en somme l'intelligence collective.

Sur la question de la pluriprofessionnalité : s'il y a une ligne à garder, c'est celle qu'il faut donner à chacun d'arriver au maximum de ses compétences et de ses capacités. Il faut redéfinir les compétences de toutes les professions, se réunir et réfléchir ensemble à ce qu'est la réalité des métiers. L'objectif de tout cela étant la qualité des soins pour tous les patients.

S'agissant de la question de la santé globale. Tout d'abord le concept de Onehealth est intéressant car il fait référence à un lien entre santé humaine, animale et environnementale. Ces cinquante dernières années sur le plan technique ont été très performantes mais nous avons été si obsédés par la technique, l'objet et l'outils, aujourd'hui nous avons des colloques entiers pour dépister les pathologies mais nous sommes incapables de transférer un dossier entre deux établissements publics.

La technique doit donc se mettre au service de l'humain et il faut arrêter de voir des patients arriver aux urgences avec des piles de dossiers parce que l'on a été incapables de transférer leur dossier. Cela cause de la souffrance pour tout le monde tant le patient que le professionnel de santé qui se retrouve confronté à des tâches rébarbatives. L'espace patient est donc une excellente initiative pour les patients français.

**Gaétan Casanova**

# Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?

## Que veut la nouvelle génération pour le système de santé de demain ?

---

**Mathilde Padilla**

Présidente de la Fédération Nationale des Étudiants en Soins Infirmiers (FNEI)

---

Les jeunes étudiants ont connu deux années de crise sanitaire sans précédent qui ont mis en lumière beaucoup de thématiques positives et négatives, et ils se demandent alors à quoi va ressembler leur métier dans les années à venir.

Il faut revenir sur le terme de génération car on qualifie depuis quelques temps injustement les étudiants de génération covid et d'étudiants qui ont appris à soigner dans la crise covid. Cette appellation peut créer chez les jeunes une volonté de reporter leur diplomation car ils ne se sentent pas légitimes d'exercer ou se sentent dépassés par la mobilisation. Il faut plutôt parler d'une génération qui a appris et qui fait preuve d'une responsabilité professionnelle dès leurs études et qui sait ce qu'elle et ne veut plus. La génération actuelle souhaite une reconnaissance. On se rend compte dans les services que les infirmiers sont polyvalents (soins techniques, gestion de la douleur, administratif, etc.) c'est un métier complet et exigeant et qui demande beaucoup de compétences et des horaires décalés. Il est donc indispensable d'être reconnu.

S'agissant de l'engagement, on fait aujourd'hui face à une crise identitaire de la profession et les infirmiers ne se reconnaissent plus dans la profession surtout à l'hôpital, certains infirmiers voulant partir pour changer de métier. Une étude de l'observatoire la MNH selon laquelle 68 % des interrogés ont pensé à changer de métier, il est également possible de mentionner une enquête de la FHF selon laquelle 70 % des étudiants interrogés ne se sentent pas écoutés et leurs craintes sont le burn-out et la perte de sens au travail. Il est donc important de leur donner une reconnaissance en faisant en sorte d'avoir plus de soignants et des moyens de soigner correctement car en donnant bien-être et sérénité aux étudiants en santé, on leur donne des raisons de rester.

La création d'un décret par compétences permettant la continuité logique avec une formation et une valorisation de l'exercice infirmier en tant que professionnel compétent est donc nécessaire.

Il faut permettre aux étudiants de faire de la recherche, aujourd'hui la France est en retard si l'on compare à ce qui se passe dans d'autres pays comme le Canada qui dispose de doctorants en sciences infirmières alors qu'en France cela reste marginal.

Il faut également promouvoir la pédagogie innovante en promotion et inter-promotion en se donnant les capacités de travailler ensemble et en équipe. Il faut continuer et permettre la mutualisation des enseignements.

La formation infirmière reste attractive sur Parcours-sup, c'est en effet l'une des premières demandées. Il faut donc tout faire pour garder cette attractivité. Il faut que l'hôpital publique corresponde à l'image qu'en ont les étudiants en valorisant les contrats avec un hôpital plus respectueux de l'environnement.

**Mathilde Padilla**

## Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?

### Patrick Chamboredon

Président de l'Ordre National des Infirmiers

### Olivier Véran

Ministre délégué auprès de la Première ministre, chargé du Renouveau démocratique, porte-parole du Gouvernement et ancien ministre des Solidarités et de la Santé

Je tiens tout d'abord à remercier toutes les personnes présentes.

Les usages du numérique sont essentiels. Comme Madame Lutun l'a rappelé, il contient tout un cadre réglementaire et juridique, régissant notamment son accès, et permettant le développement d'un numérique à la française, que Monsieur Pon voit, lui, avec une dimension encore plus large, avec le numérique à l'européenne. Nous peinons à construire une Europe de la santé ou de l'armée, peut-être y parviendrons-nous avec le numérique. Ce sera difficile, mais c'est dans l'intérêt collectif et cela permettrait de dégager du temps soignant. La réalité décrite plus tôt par certains intervenants ne fait pas rêver. Nous savons que ce « Work-flow » va finir par nous remplacer, c'est pourquoi il nous faut l'accompagner, pour le développer mais aussi pour y trouver notre place. Il faut avoir une pensée globale sur le sujet afin d'éviter des trous dans la raquette, améliorer le suivi des bilans et surtout la coordination. Cette dernière reste un véritable sujet d'actualité depuis les derniers États généraux de la santé. Quoi qu'il en soit, il faut prévoir pour les professionnels que nous sommes.

Il y a maintenant de l'intelligence artificielle dans certains IFSI et il va falloir former le stock de 750 000 infirmiers pour les amener à cette maturité et permettre cette évolution. Si nous ne prenons pas le train en marche, il va nous rouler dessus et ce sera beaucoup plus compliqué. Je pense que nous avons besoin de ce lien physique, de cette présence. D'après les consultations en ligne, 85 % des infirmiers ont une vraie appétence et souhaitent mobiliser les données de santé pour renforcer la veille et la prévention des soins, de la prise en charge. Il n'y a donc pas d'obstacle majeur, nous sommes même déjà plutôt intégrés à l'outil numérique. Cela va permettre de dégager du temps patient, peut-être de remplir des tâches administratives qui échoient quelques fois à l'infirmier. Il faut aussi mieux intégrer les soins infirmiers dans cette machinerie informatique, mais aussi toute la question concernant les zones blanches. Dans l'axe Est/Sud-Ouest, il y a des difficultés, à la fois pour les installations et le développement des soins. Les jeunes générations seront les acteurs proactifs de cette révolution. En tout cas, il ne faut pas partir de ce volet clinique et relationnel qui nous caractérise et crée ce lien privilégié avec les patients. Il faut développer cet outil numérique au service des prises en charge.

J'aimerais que l'on parle du Covid, de la situation telle qu'elle est actuellement et de la place des infirmiers, par exemple, dans tout cela.

**Patrick Chamboredon**

Je vous remercie pour l'invitation. Je suis un ministre de la Santé engagé. Je suis passionné du système de santé et de son organisation depuis des années. Si je suis très occupé par la gestion de crise, je crois avoir été en capacité d'utiliser la crise pour permettre d'accélérer un certain nombre de dispositions auxquelles je crois. Je n'ai pas renoncé à réformer et transformer les choses et je voudrais profiter des quelques minutes que nous avons pour en donner un état d'esprit.

Je tiens tout d'abord à remercier fortement les infirmiers, qui sont incontournables depuis le début de la crise. Je sais que je ne liste pas toujours tous les professionnels de santé qui sont en première ligne. Je reçois sans arrêt des messages pour me dire « tu as oublié les kinésithérapeutes, les infirmiers ». Je pense à tout le monde à chaque fois et je pense avoir suffisamment cité la profession et montré mon intérêt envers elle. J'en veux pour preuve, les quatre réunions que je viens d'enchaîner en une semaine avec les IPA, les IAD, les IBOD, les puériculteurs et puéricultrices, en m'impliquant

directement à mon niveau avec les professionnels de terrain.

Je crois beaucoup à l'évolution des carrières et au déploiement des compétences pour celles et ceux qui le souhaitent. Quand je suis arrivé à mon poste il y a deux ans, j'ai dit que la France est un des rares pays de l'OCDE qui n'a pas de diplômé entre le bac +3 et le bac +12. D'autres pays font appel au développement des compétences, à la validation des acquis et de l'expérience. Ils sont capables de former par alternance ou par apprentissage pour offrir des perspectives d'évolutions à ceux qui entament une carrière en santé. Bien-entendu, ce n'est pas pour tout le monde, mais pour celles et ceux qui le souhaitent. Il peut s'agir de l'acquisition de compétences en management, pour diriger des équipes et monter des projets, ou le développement de compétences universitaires. Pour cela, j'ai souhaité que dans le Segur de la santé, nous développions des postes universitaires non médicaux, en ville et à l'hôpital. Je crois que sans universitaires avec un niveau de doctorat, en soins infirmiers par exemple, on ne progressera pas suffisamment vite dans l'harmonisation des pratiques et protocoles, dans les recherches cliniques au plus près des malades.

Il faut pouvoir nous appuyer sur les professionnels de terrain qui ont acquis cette compétence à travers une formation universitaire. Il peut s'agir d'un infirmier qui décide de se voir reconnaître les compétences acquises et de développer sa pratique professionnelle en acquérant des compétences médicalisées. Pour moi ce n'est pas un gros mot, quand je suis arrivé, j'ai parlé de profession intermédiaire à l'hôpital. Cela a entraîné des levers de boucliers car le corporatisme a la dent dure dans notre pays. Je n'ai jamais conçu l'infirmier autrement que comme un allié incontournable dans les pratiques quotidiennes. Lorsque, neurologue, j'ai monté un hôpital de jour, j'ai confié la responsabilité à une infirmière et je lui ai dit « tu vas coordonner et piloter. Tu vas mettre en place les procédures, les protocoles ». Cela requiert une sacrée expérience. Je n'ai jamais été déçu de le faire. Pour monter la filière de prise en charge de la sclérose en plaques, j'ai confié toute l'éducation thérapeutique à une infirmière, pas seulement la réalisation pratique mais aussi le montage du processus. Je lui ai dit : « Tu vas être le support, l'appui. Tu es plus compétente que moi pour annoncer et accompagner la mise en place d'un traitement difficile à des patients atteints de pathologies chroniques ». Nous avons déjà à l'esprit les IPA, mais l'idée est de se dire qu'il ne faut pas que nous ayons peur.

Nous sommes un pays qui fonctionne beaucoup en silos : le silo de la ville, le silo de l'hôpital, du sanitaire, du médico-social, du social. Nous essayons déjà de casser les silos, la crise nous a permis de le faire mais il y a aussi le silo des professions. A chaque fois que je m'adresse à une profession, on me dit : « vous avez donné tel ou tel acte à telle ou telle personne alors que c'est dans nos compétences de le faire ». Les infirmiers me le disent parfois vis-à-vis des aides-soignants et les médecins par rapport aux professionnels paramédicaux, notamment quand j'ai abordé le sujet des IAD. Il faut donc constamment rassurer car il ne s'agit pas d'enlever quoique ce soit à qui que ce soit. Lorsqu'une infirmière avec qui j'ai travaillé pendant vingt ans dans une unité neuro-vasculaire est capable de faire un score NIHSS de gravité d'un AVS, capable à la vue d'une IRM de diffusion de suggérer une trombolise, capable de faire tout l'acte de trombolise, d'assurer la surveillance nuit et jour du patient, de suggérer une trombectomie si le cas s'aggrave et de m'appeler la nuit, j'estime que je peux faire confiance à cette infirmière, ayant acquis une compétence supplémentaire, pour qu'elle puisse prescrire certains médicaments. C'est une forme de responsabilité. J'aime bien faire de l'immersion dans des unités d'hôpitaux et de cliniques quel que soit le statut : aller quasiment à l'improviste, avec la complicité d'un directeur, et demander à parler à une quinzaine de soignants pour leur demander comment cela se passe réellement pour eux. C'est comme cela que je me suis impliqué dans le sujet des IBOD par exemple. Les IBOD me disent que dans beaucoup de pays les infirmières de blocs sont capables d'avoir des actes supplémentaires, de faire de la dissection de saphène lorsqu'il y a eu un prélèvement multi-organes, ce qui permet au chirurgien vasculaire de gagner du temps. Pourquoi s'en priver ? L'idée n'est pas de revoir les décrets de compétences de tout le monde, mais de décloisonner et d'ouvrir la possibilité de le faire à celles et ceux qui souhaitent évoluer dans les métiers et les compétences sans forcément retourner sur les bancs de la faculté. Il est très pénible de quitter son travail pendant un an pour reprendre l'école. Au retour dans le service, les procédures ont changé, nous ne sommes plus tout à fait opérationnels, nous avons perdu pied. Il faut pouvoir se déployer par l'apprentissage et l'alternance. Même en formation initiale, nous devons être capable d'identifier ceux qui ne sont pas des infirmiers mais qui ont suffisamment de compétences, d'appétence et de sérieux, pour leur donner une équivalence de diplôme d'un niveau « supérieur », via de l'apprentissage pratique et la validation d'acquis et d'expérience. Je crois en cela et nous avançons en ce sens. Il a fallu lutter au Parlement pour permettre aux orthoptistes de faire des prescriptions de lunettes encadrées, j'ai entendu que les ophtalmologues râlaient, mais nous avons réussi à passer. L'accès direct va être expérimenté, notamment pour les kinésithérapeutes et les orthophonistes. C'est ce vers quoi je souhaite que nous tendions. Il faut que l'on accélère, tout en soulageant les peurs. Je dis souvent aux syndicats médicaux et paramédicaux que je serai le ministre le plus heureux qui soit le jour où tous réussiront à s'entendre et qu'ils seront capables de me dire : « voilà ce que nous sommes capables de faire, aidez-nous ». Je supporterai toujours les initiatives dans les sens du décloisonnement, c'est un axe

important. J'ai pu prendre des décisions au Parlement qui auraient pu prendre dix ou quinze ans si nous avions eu des débats, par exemple celle de permettre à un infirmier de faire de la téléconsultation, ce qui est une évidence pour moi. La période Covid a permis d'ouvrir des portes et d'en forcer un certain nombre, et nous ne l'avons jamais regretté. Le sérieux des infirmiers depuis le début de la crise sanitaire - dont je n'ai jamais douté -, leur implication au domicile des malades, au plus près des personnes les plus éloignées des structures de soins, nous donne envie de vous confier encore plus de responsabilités dans les mois et les années qui viennent. Évidemment, qui dit plus de responsabilités, dit également une reconnaissance professionnelle. Je suis le ministre qui a eu l'honneur de signer les accords du Segur, pour augmenter les niveaux de salaire des blouses blanches dans les établissements de santé et médico-sociaux de 300, 400, 500 euros nets de plus par mois. Cela n'avait pas été fait depuis plus de trente ans, faisant basculer la profession infirmière dans quelque chose qui devrait être plus attractif. Et puis le décloisonnement et la valorisation passent aussi par une meilleure coordination et coopération dans les territoires, notamment par le développement des CPTS. A l'heure à laquelle je vous parle, nous sommes presque à 700. Nous avons l'objectif d'atteindre les 1000 et nous nous en rapprocherons, c'est une exigence que je me fixe.

Je sais que c'est quelque chose que vous attendiez depuis longtemps, et nous avons pris du retard. J'en suis désolé. Je plaide coupable mais il y a aussi des circonstances atténuantes, comme la crise Covid et ses vagues successives. Nous allons enfin nous atteler au fameux chantier du décret des compétences infirmières, cela sans a priori, en regardant en profondeur les évolutions souhaitables pour améliorer l'accès aux soins et la complémentarité entre les professions. Encore une fois je le dis, j'irai regarder au-delà des corporatismes. Ce qui m'intéresse est la pyramide des soins, pas celles des corporatismes. Nous allons démarrer dans les toutes prochaines semaines, et les premières dates de convocation sont presque fixées. Je vous garantis que nous sommes encore capables de faire bouger beaucoup de choses en quatre mois, en témoigne ce que nous avons pu faire en deux mois il y a deux ans.

Dernier point sur l'Europe : la France préside maintenant l'Union européenne, j'ai donc la présidence du conseil européen des ministres en charge de la santé. C'est une formidable occasion, non seulement de parler d'Europe, mais surtout, de renforcer l'Europe de la santé. Nous allons le faire en matière de gestion de crise sanitaire ainsi que sur de grands objectifs sanitaires de santé publique hors crise : plan cancer, maladies chroniques, antibio-résistance, mais également la mobilité des professionnels et les modalités de reconnaissance mutuelle des diplômes. C'est ce qu'attendent de nous les citoyens européens en sortie de crise sanitaire.

**Olivier Véran**

Je suis très content que les promesses se matérialisent car il est vrai que nous sommes face à une situation incertaine. Beaucoup de textes ont été votés pendant l'état d'urgence. Il est possible de prendre l'exemple de la vaccination pour laquelle nous sommes toujours dans l'attente de l'avis de la HAS et nous devrions clairement continuer à avancer sur l'évolution des compétences. Je voulais redire une chose : il y a une véritable attente de la part de l'Université. Je sais que vous avez été brancardier au début de votre carrière et la profession d'infirmier reste un ascenseur social qui doit permettre d'aller jusqu'à l'Université. C'est le sens des réformes qui sont menées pendant le premier cycle et il faut continuer à les renforcer. Cependant je regrette le dialogue sur le partage des compétences que nous n'avons pas su mener avec le CNOM. Je pense que nous sommes les deux institutions les plus pertinentes pour pouvoir discuter de cette juxtaposition et faire en sorte qu'il n'y ait pas de trou dans la raquette. Il y aura certainement un arbitrage mais j'ai ce regret sur la profession intermédiaire. Je souhaite que l'on soit encore positionnés, avec Patrick Bouet ou son successeur, car en tant que voitures balais des deux professions, nous allons être ennuyés par ces sujets là et nous aurons à les connaître en disciplinaire. Je plaiderai pour la remise au milieu de nos deux professions par les deux Ordres professionnels mais aussi avec les autres, notamment les pharmaciens, répartis sur le territoire, qui ont besoin d'être là au parti. En effet, comme cela a été dit tout au long de la journée, les prises en charge sont de plus en plus complexes, nécessitant toute une équipe. Les kinésithérapeutes ont un accès direct, pour les infirmiers, des expérimentations seront faites aussi avec la primo-prescription pour les IPA. Tout cela concourt à ce que l'on remette les deux Ordres professionnels au milieu du discours pour permettre les négociations.

Un sujet m'intéresse : Après avoir signé la tribune du JDD, comment faire pour mettre la santé au milieu de la campagne électorale ?

**Patrick Chamboredon**



Elle est toujours au cœur des campagnes électorales mais dans les dernières semaines des campagnes présidentielles, le régalien prend souvent le pas sur le reste. Néanmoins la santé reste un sujet prioritaire, généralement numéro 1, 2 ou 3 dans les enquêtes d'opinion faites au niveau national et européen. Nous avons besoin de parler de santé. Aujourd'hui, quelle est la première revendication exprimée par les Français qui habitent en zone rurale ? L'accès aux soins, le désert médical. Nous avons supprimé le numerus clausus en 2008 mais il faut du temps pour que cela soit effectif, et dans l'intervalle, nous devons encore être capables d'employer des trésors d'imagination pour permettre de résorber les déserts médicaux.

Un second sujet à aborder : lorsque l'on parle du pouvoir d'achat aux Français, ils parlent du coût des complémentaires, surtout pour les retraités. La question du reste à charge, qui concernait surtout le dentaire et l'optique, nous l'avons grandement réglée. Je piloterai mardi matin le comité sur le reste à charge zéro et les résultats sont extraordinaires et pour la plupart des secteurs, ils vont au-delà de ce que l'on avait nous-mêmes envisagé. En revanche, le coût des complémentaires augmente encore de 3,5 % cette année, pour les retraités cela commence à peser lourd. Cela nous ramène aussi au sujet de la santé.

En sortie de Covid, il sera compliqué de parler aux gens de santé publique et de leur dire de faire attention. Ils en ont « ras la casquette ». Par contre, il faut tout de même les remettre au sport et à la bonne alimentation. Il faut leur parler de la santé environnementale, du bien-être, et s'adresser aux jeunes, ce qui nous ramène aussi au sujet de la santé. Donc tous les sujets que l'on appelle « concernants », ceux qui sont numéro 1 dans le cœur des Français, ce sont des sujets sanitaires. Dans le cadre de la campagne présidentielle, la question doit-elle porter sur des questions organisationnelles ou sur les objectifs que l'on se fixe ? L'objectif fixé par le Président de la République en 2017 était la révolution de la prévention, et nous avons fait beaucoup de chemin. Le service sanitaire a été mis en place, comme beaucoup de grands plans de prévention (comme le plan cancer avec la stratégie décennale). Beaucoup de choses ont été faites de ce point de vue-là. Sans doute le renforcerons nous davantage, nous sommes encore trop curatifs et pas encore préventifs. Mais les gens veulent avoir accès aux soins. Aujourd'hui la question n'est plus « je veux mon médecin à côté de chez moi » mais « je veux avoir accès à des soins disponibles de qualité lorsque j'en ai besoin ». Ils préfèrent que ce soit du présentiel plutôt que du numérique, même si le numérique peut aider dans un certain nombre de cas. Ils veulent qu'on leur simplifie la vie et ils veulent se sentir en sécurité sanitaire. Par contre, ils n'ont pas forcément envie que nous leur en parlions tous les jours et je pense que post-crise Covid, il y a un reflux assez net, avec un rejet de toutes ces questions-là. Mais pour autant, il faudra que nous les traitions.

La santé sera donc au cœur de la campagne présidentielle. D'ailleurs elle l'est déjà. J'écoute certains candidats, dont certains annoncent qu'ils feront ce que l'on a déjà fait s'ils sont élus : le numerus clausus, la revalorisation du soignant. J'ai entendu un candidat dire qu'il allait augmenter les soignants à l'hôpital de 200 euros, mais c'est ce qui a été voté avec le Segur. Et puis il y a aussi toute la stratégie d'investissement que nous avons lancée. Elle ne se voit pas aujourd'hui mais elle se verra dans les prochaines années. Lorsque l'on annonce la construction de 3000 hôpitaux et EPHAD, c'est formidable, nous accueillons bien l'annonce. Mais cela ne veut pas dire que l'hôpital pousse du jour au lendemain comme un champignon. Nous en avons pour cinq ans au moins, à voir des hôpitaux germer partout. Nous redisons à la population que leur petit hôpital ne va pas mourir, nous allons le moderniser, le transformer, y ajouter de la vie.

C'est de tous ces sujets là que nous allons débattre, en tout cas j'adore ces questions et ces débats qui ne sont pas toujours des sujets aussi clivants. C'est peut-être pour cela que l'on en parle moins dans les campagnes présidentielles. Il y a des formes de consensus qui peuvent se faire autour des objectifs sanitaires mais nous allons en parler.

**Olivier Véran**

Nous avons signé cela (la tribune du JDD) parce que nous voulons challenger les programmes de certains. Dans toutes les tables rondes que nous avons eues aujourd'hui, nous voyons bien apparaître cette question de la santé, de l'accès aux soins sur les territoires. Pour les plus âgés et les plus fragiles d'entre nous, les infirmiers ont développé le « aller vers », notamment pour la vaccination. Tester, isoler et protéger, tout cela a été le rôle des infirmiers. J'entends la question du bien-être, et une autre question a émergé sous ce mandat : la dotation populationnelle. Qui de mieux que les infirmiers pour habiter ce rôle de médiateur, parce que ce n'est pas un diagnostic médical ? Qui va habiter cette dotation populationnelle, de façon à maintenir les gens en santé : leur faire faire du sport, leur conseiller de manger moins gras, de regarder le Programme national nutrition santé (PNNS) sur les produits qu'ils achètent. Cela pourrait-il échoir à l'infirmier ? Tout à l'heure, François Bourdillon nous a dit qu'il fallait des infirmières de santé publique, au plus près.

**Patrick Chamboredon**

Oui, je pense qu'il y aurait un métier à créer, comme un métier de préventologue. Il s'agirait de quelqu'un qui ferait de l'action, pas seulement de la formation, de l'accompagnement des personnes qui ont des maladies chroniques et qui doivent faire plus attention. Je préférerais que l'on ait des professionnels de santé formés très rigoureusement plutôt qu'une multiplication des naturopathes. Il y a une appétence mais par défaut d'offre, les personnes vont chercher des solutions là où elles existent mais il faut qu'on la structure. Au-delà de la mission de former ou d'informer, il faut aussi une mission d'inspection, sur place. Il faut être capable de vérifier s'il peut y avoir des problèmes de santé environnementale, il faut une force d'intervention. Je crois en ce métier de préventologue qui, pour moi, peut tout à fait revenir aux infirmiers ou à d'autres professionnels. Mais les infirmiers sont certainement très bien placés pour pouvoir aspirer à ce type de formation et d'exercice.

**Olivier Véran**

La transmission de ces paroles est importante et des actes du colloque seront publiés, avec la coopération de l'Institut Droit et Santé, afin que les infirmiers puissent être informés de ces axes d'évolution, car nous ne revendiquons pas une exclusivité. Nous n'avons jamais contesté le partage des compétences, comme à chaque fois qu'il y a eu de nouveaux intervenants pour la vaccination, notamment pour la grippe, avec les pharmaciens. Nous avons été bienveillants et accompagnants car nous n'aurions pas pu réagir tout seuls. Les 30 % de vaccins réalisés par les infirmiers, avec des chiffres qui augmentent, montrent notre juste participation et notre juste part car il y avait des difficultés pour pouvoir œuvrer dans ce sens-là. Aujourd'hui la profession est rassemblée, elle a envie d'évolution. Cette question de l'Université et de son action, de ce transfert vers des compétences et non des actes, nous conforte car c'était la principale demande, avec une articulation sur les quatre bilatérales qu'il y a eu avec les IPA et les spécialités.

**Patrick Chamboredon**

Je n'oublie pas cette première réunion que nous avons faite avec les infirmiers, avec plus de 40 000 personnes en ligne. J'espère montrer que j'ai beau être un ministre médecin, je ne suis pas un médecin corporatiste. L'essentiel de l'effort, qu'il soit financier ou sur les carrières et les métiers, je le fais aujourd'hui pour les professions paramédicales, pour permettre des évolutions. Je ne peux pas me satisfaire que l'on ait 300 000 infirmières qui quittent le métier, que 1500 jeunes infirmières démissionnent en cours de formation alors même qu'elle est la formation la plus demandée sur Parcoursup' (avec 687 000 inscriptions l'année dernière). Ce sont des métiers magnifiques, flamboyants, au cœur des français, qui nous l'ont bien montré et qui nous l'ont bien rendu pendant un certain nombre de mois pendant la crise sanitaire. Ce sont des métiers magnifiques, je ne peux pas me satisfaire de voir qu'un certain nombre n'exerce plus ou n'y croit plus dans le cadre de leur exercice. J'ai réuni des médecins des PCME et des directeurs d'hôpitaux en leur disant qu'il faut médicaliser à nouveau l'accueil des stagiaires infirmiers quand ils arrivent à l'hôpital. Un médecin me disait que cela fait dix ans qu'il ne connaît pas les prénoms des stagiaires infirmières qui viennent passer plusieurs mois dans le service. Il faut renouer les liens entre les professionnels, les infirmiers doivent se sentir chez eux à l'hôpital mais aussi à l'aise dans leur exercice quand ils sont en ville. De ce point de vue, des progrès ont été enregistrés dans les négociations avec l'Assurance maladie, en attestent les évolutions des infirmiers libéraux et cela est normal.

**Olivier Véran**

Je crois que l'Université est le chemin et la voie qu'il faut continuer à suivre afin que les professions se connaissent, travaillent ensemble et qu'il n'y ait plus ces difficultés corporatistes - mot beaucoup employé par Jacques Lucas - et tous se réunir. Le rapport IGAS que nous avons abordé tout à l'heure, dit que la remontée suffisante du nombre de médecins ne sera pas présente avant vingt ans. La question de l'accès direct, de la prescription infirmière, de la conscienciation infirmière est vraiment sur la table et doit être au cœur des débats que nous devons avoir sur la réécriture du décret infirmier pour passer vers des compétences et puis des actes.

**Patrick Chamboredon**

C'est pour cela que nous ouvrons le débat.

**Olivier Véran**

# Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?

---

**Grégory Caumes**

Directeur adjoint de l'Ordre National des infirmiers

**Benjamin Vialla**

Chargé de mission au cabinet du président du CNOI

---

## Pour un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable : quels impacts du colloque six mois après ?

Le 20 janvier 2022, le Conseil National de l'Ordre Infirmier et l'Institut Droit et Santé invitaient professionnels de santé, élus et experts pour échanger sur leur vision de l'avenir du système de santé. Retransmis en direct et également disponibles en différé, les débats ont connu un réel engouement, aussi bien auprès des professionnels que des acteurs institutionnels. La nécessité de l'évolution de la profession infirmière, s'est avérée aussi bien un impératif qu'une solution des plus sérieuses et évidentes pour faire face aux situations de crise que traverse notre système de santé.

C'est dans ce contexte, où les problématiques étudiées sont encore plus que jamais d'actualité, que nous étudions les conséquences de ces conférences, des propositions émises et des annonces réalisées, six mois après.

La crise sanitaire a eu pour effet de mettre en lumière ces problématiques très vastes ; allant du sentiment de manque de reconnaissance de la profession infirmière à la sécurité des actes. Ces malaises ressentis par les infirmiers ont pu être mis en exergue par les consultations réalisées par l'Ordre, sondant les infirmiers sur l'exercice de leur profession au quotidien. Ainsi 30 % des infirmiers affirment exercer « *des tâches qui sortent de leur champ de compétences réglementaire pour faire face au surcroît d'activité général lié au Covid* ».

Suite à la présentation de ces constats et à l'exposition de ces problématiques, le ministre de la Santé Olivier Véran annonçait alors au cours du colloque, l'ouverture des travaux relatifs au décret infirmier et reconnaissait ainsi le besoin d'évolution de la profession. Dès lors, dans une lettre de mission du 17 mars 2022, il charge conjointement avec Frédérique Vidal à l'IGAS d'émettre des propositions soutenues par une concertation élargie de l'intégralité des acteurs concernés pouvant servir de base à l'élaboration des prochaines réglementations renouvelant l'encadrement de la profession.

Dès lors, le lancement de cette mission par l'IGAS apparaît comme la conséquence de la mise au grand jour de ces revendications infirmières. Par ailleurs, dès le lendemain, l'intégralité des propositions portées au cours du colloque ont été adoptées par le Conseil National de l'Ordre des Infirmiers à l'unanimité, l'Ordre ayant été convaincu par les intervenants du colloque. La volonté générale de renouveler cette profession par ses fondations est perceptible, comme le montrent notamment les avancées clés au sujet clé de la vaccination.

En effet, la volonté portée de longue date par l'Ordre d'étendre les compétences vaccinales des infirmiers, et débattue lors de ce colloque, connaît un nouveau rebondissement grâce au décret du 24 avril 2022 qui entérine l'extension des compétences vaccinales infirmières. Pour Patrick Chamboredon, président de l'Ordre, il s'agit alors « *d'un premier pas vers plus d'autonomie pour la profession et, pour nos concitoyens, la garantie d'un accès renforcé à la prévention puisque la profession infirmière couvre tout le territoire national* ». Faisant suite à des revendications de longue date, il apparaît que la profession se sent, et est reconnue, comme tout à fait de taille à endosser cette responsabilité. Cette capacité d'aptitude à muter vers une autonomie grandissante est également partagée par la HAS qui, dans son récent avis du 28 juin 2022, s'est prononcée pour une nouvelle extension des compétences vaccinales infirmières chez les enfants. Encore une fois, les argumentaires portés par les intervenants du colloque du 20 janvier 2022 ont su convaincre.

On peut enfin relever pour démontrer l'impact de ce colloque, la reprise mot pour mot dans le programme du Président de la République (alors candidat à sa réélection) de la proposition issue des débats d'instaurer un statut d'infirmier référent afin de faciliter l'accès aux soins. L'idée d'intégrer de façon plus inclusive les représentants des usagers et les élus de la République dans les décisions sanitaires sera aussi reprise largement.

Il apparaît de manière indéniable que les travaux universitaires de ce colloque ont apporté d'appréciables réponses aux problématiques de notre système de santé et qu'il faudra continuer de porter ces messages, notamment au regard de la crise des urgences, pour rendre enfin notre système de santé plus proche, plus efficient, et plus durable.

**Grégory Caumes & Benjamin Violla**

# Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?

## Annexe 1

Consultation infirmière  
réalisée du 10 au 15 décembre 2021



## CONSULTATION INFIRMIERE

### L'Ordre National des Infirmiers alerte de nouveau sur la situation de la profession et appelle à l'organisation d'États-généraux de l'attractivité des professions de santé

Consultation réalisée du 10 au 15 décembre 2021 auprès de l'ensemble des infirmiers inscrits à l'Ordre et à laquelle 60 000 infirmières et infirmiers ont répondu.

#### Les 5 chiffres-clés de la consultation :

**85%** des infirmiers jugent leurs conditions de travail dégradées depuis le début de la crise sanitaire

**72%** décrivent un état d'esprit marqué par de la lassitude

**74%** des infirmiers pensent que l'on n'est pas prêts pour répondre collectivement à la 5<sup>ème</sup> vague

**54%** des salariés d'établissements publics estiment traverser un burn out, avec des effets préjudiciables sur la qualité des soins

**15%** des infirmiers affirment vouloir changer de métier dans les 12 mois à venir

**Paris, le 05 janvier 2022**

Après près de 2 ans de crise sanitaire, dans un contexte de pénurie de soignants aggravée et de plus en plus préoccupant, et à l'heure où le pays connaît de nouvelles vagues épidémiques aux conséquences très incertaines, l'Ordre National des Infirmiers a lancé une nouvelle consultation afin d'alerter sur la situation actuelle de la 1<sup>ère</sup> profession de santé par le nombre, essentielle au bon fonctionnement de notre système de santé.

#### Conditions de travail dégradées, lassitude généralisée

Alors que 66% des infirmier(e)s estiment qu'avant la crise sanitaire leurs conditions de travail étaient « plutôt bonnes », voire « très bonnes », **85% des infirmiers salariés estiment que « leurs conditions de travail se sont plutôt détériorées depuis le début de la crise sanitaire »** (89% pour les infirmiers salariés du secteur public).

**Cette proportion a augmenté de 21 points en un an** : en octobre 2020, 64% des infirmiers affirmaient que « leurs conditions de travail (s'étaient) détériorées depuis le début de la crise sanitaire ».

Interrogés sur les 3 mots (parmi 6 choix possibles) qui décrivent le mieux leur état d'esprit par rapport à leur travail, « **la lassitude** » (72%), « **la colère** » (51%) et « **l'angoisse** » (46%) reviennent le plus souvent dans les réponses des infirmiers, largement devant « la satisfaction » (9%), « la confiance » (6%) et « la sérénité » (3%).

Les infirmiers sont même **42%** à indiquer « qu'ils **ressentent actuellement un syndrome d'épuisement professionnel de type burn-out** ». Ce dernier a « un **impact sur la qualité des soins délivrés** » pour près de la moitié des professionnels concernés (49%), et **cette proportion monte même à 54% pour les infirmiers salariés du public concernés par le ressenti d'un burn-out.**

## Sous-effectifs hospitaliers

Parmi les infirmiers exerçant en établissement, 70% affirment que « par rapport aux effectifs habituels de leur service ou de leur établissement, ils sont **moins nombreux** » (**72% dans le public**). Par ailleurs, 64% des infirmiers exerçant en établissement de santé indiquent « qu'il y a un **turn-over plus important** que par le passé ».

Les infirmiers exerçant en établissement sont 71% (74% pour les infirmiers salariés du public) à déclarer « qu'actuellement, **ils ne disposent pas du temps nécessaire pour prendre en charge leurs patients** » (+ 7 points par rapport à la consultation réalisée en octobre 2020).

Concernant l'organisation de l'offre de soins, 74% des infirmiers pensent que « nous ne sommes pas bien préparés collectivement pour **répondre à la 5ème vague de contamination de Covid-19** » (76% pour les infirmiers salariés du public).

## Risque de pénurie aggravée

Interrogés sur « leur intention de quitter la profession » (hors départ en retraite), **15% des infirmiers ont répondu « Oui, je compte changer de métier dans les 12 mois à venir »**, sachant que 33% « ne savent pas ou ne souhaitent pas se prononcer », et donc **seuls 52% des infirmiers affirment « qu'ils ne comptent pas changer de métier dans les 12 mois à venir »**.

Interrogés sur « leur intention de quitter la profession dans les 5 ans à venir », hors départ en retraite, **30% des infirmiers ont répondu « Oui, je compte changer de métier dans les 5 ans à venir »**, sachant que 37% « ne savent pas ou ne souhaitent pas se prononcer », et donc **seuls 33% affirment « qu'ils ne comptent pas changer de métier dans les 5 ans à venir »**.

## Renforcer l'attractivité des professions de santé

Enfin, **79% des infirmiers estiment que « les mesures annoncées dans le cadre du Ségur de la santé n'ont pas eu d'impact positif sur leur souhait de continuer à exercer la profession infirmière ces prochaines années »** (81% pour les infirmiers salariés de l'hôpital public) : le seul levier financier est insuffisant pour garantir l'attractivité de la profession sur la durée.

L'Ordre National des infirmiers appelle donc l'ensemble des candidats à l'élection présidentielle à s'engager dès maintenant à lancer dans les 30 premiers jours suivant leur prise de fonctions à l'Élysée **les premiers Etats-généraux de l'attractivité des professions de santé.**

Concernant la profession infirmière, il conviendra notamment de :

- **Mettre en place des ratios minimums d'infirmiers en fonction du nombre de patients**

Aujourd'hui, en raison de l'absence de ratios minimums d'infirmiers dans certains services, ou du non-respect de ces derniers quand ils existent, nombre d'infirmiers travaillent quotidiennement dans des conditions très difficiles. Outre le risque que cela constitue pour la sécurité et la qualité des soins délivrés aux patients, évoluer au sein de services structurellement en tension pousse chaque année de nombreux infirmiers à quitter l'hôpital public, voire à "raccrocher leur blouse".

- **Faire évoluer le cadre réglementaire de la profession infirmière**

Les textes réglementaires encadrant la pratique infirmière n'ont pas été révisés depuis près de 20 ans. Il convient par exemple de permettre aux patients d'accéder plus facilement et simplement aux infirmiers présents sur l'ensemble du territoire (premier recours), reconnaître les vertus de la consultation infirmière, donner aux infirmiers la possibilité de prescrire des traitements ou d'adapter des posologies dans certains cas très spécifiques, valoriser et encourager le rôle des infirmiers en matière de prévention... Avec l'augmentation et la transformation des besoins de santé (vieillesse de la population, augmentation des maladies chroniques...), le système de santé a besoin d'infirmiers reconnus pour leur savoir-faire et leurs connaissances cliniques. Être considérés à la hauteur de leurs compétences ne pourra qu'encourager les infirmiers à rester dans la profession durablement.

--

*« Avec cette nouvelle consultation, nous jouons pleinement notre rôle de vigie de la profession infirmière. La pénurie de soignants constitue un risque très grave pour la pérennité de notre système de santé et la qualité des soins délivrés aux patients. Or, de nombreux indicateurs nous invitent à penser que le phénomène va s'aggraver. Nous appelons les pouvoirs publics à réagir rapidement en organisant les premiers Etats-généraux de l'attractivité des professions de santé. Parmi les premières mesures proposées par l'Ordre National des infirmiers : instaurer des ratios minimums d'infirmiers en fonction du nombre de patients dans chaque service, et faire enfin évoluer significativement le cadre réglementaire de la profession infirmière. »*

Patrick Chamboredon, Président de l'Ordre National des Infirmiers

## **CONTACT PRESSE**

Adrien de Casabianca

06 30 30 34 84

[adrien.decasabianca@gmail.com](mailto:adrien.decasabianca@gmail.com)



## Annexe 2

### **Résultats de la consultation infirmière et présentation des propositions principales**



## Election présidentielle : l'Ordre national des infirmiers dévoile les résultats de sa consultation infirmière (60.000 répondants) et ses principales propositions pour un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable

Paris le 14 février 2022

**La santé est désormais la première préoccupation des Français.** En remettant la santé au premier plan, la crise sanitaire a mis au jour les attentes renforcées des patients et des soignants à l'égard d'un système de santé autrefois considéré comme le meilleur au monde, et décrit aujourd'hui comme « à bout de souffle ».

En première ligne, la profession infirmière compte 750000 professionnels, tous modes exercices confondus. **Pour répondre à l'enjeu de reconnaissance et de fidélisation des soignants et améliorer l'offre de soins, la montée en compétences des infirmiers est désormais une priorité.**

Engager les réformes nécessaires est d'autant plus urgent que les politiques publiques devront, demain, apporter des réponses aux nouveaux enjeux de santé publique liés au changement climatique, au développement des maladies chroniques et au vieillissement de la population, en veillant toujours à **mettre le patient au cœur des réformes engagées.**

A la veille de l'élection présidentielle, l'Ordre national des infirmiers s'est mis à l'écoute de la profession infirmière. **Pour Patrick Chamboredon, Président de l'Ordre national des infirmiers, « le statu quo n'est plus possible : il n'est plus une option ».** C'est le principal enseignement de la consultation à laquelle ont répondu 60.000 infirmiers dans la perspective des élections présidentielle et législative.

### Principaux enseignements de la consultation (réalisée par internet du 14 au 20 janvier 2022, à laquelle ont répondu 60.000 infirmiers inscrits au tableau de l'Ordre)

- **L'accès aux soins pour tous les Français, enjeu prioritaire aux yeux des infirmiers**

Alors que 97% des infirmiers jugent prioritaire ou important *d'améliorer l'accès aux soins pour tous les Français quel que soit leur territoire ou leur condition sociale*, **89% estiment que l'on n'a pas collectivement tiré les enseignements de la crise sanitaire en ce qui concerne l'organisation territoriale de l'offre de soins.**

Parmi les mesures jugées efficaces pour améliorer l'accès à une offre de soins de qualité, **93% jugent efficace de renforcer l'accompagnement à domicile, en développant l'autonomie de l'infirmier**, 91% estiment prioritaire ou important de *réformer la gestion du parcours patient « à la Française » en favorisant l'accès direct aux infirmiers*, et 89% jugent efficace de déployer des politiques de santé publique adaptées aux spécificités de chaque territoire.

Parmi les mesures jugées efficaces pour améliorer la prise en charge des patients en établissements (EHPAD, hôpital...), 95% jugent efficace d'augmenter la présence d'infirmiers dans les instances de

décision des établissements de santé, **85% jugent efficace l'instauration de ratios infirmiers/patients dans chaque service en établissement** ; 77% jugent efficace de généraliser l'évaluation des parcours de soins par les usagers et 69% de favoriser l'accès direct aux infirmiers pour désengorger les urgences.

- **Favoriser la progression professionnelle des infirmiers : une nécessité dans l'intérêt des patients et de l'attractivité de la profession**

**Concernant l'évolution de la profession infirmière, le constat est sans appel : 93% des infirmiers estiment que l'on n'a pas tiré collectivement les enseignements de la crise sanitaire** ; 88% des infirmiers estiment également que l'on n'a pas collectivement tiré les enseignements de la crise sanitaire en ce qui concerne la qualité de la prise en charge des patients.

Pour y remédier, **85% jugent efficace, pour favoriser la progression professionnelle, de construire un parcours de carrière pour tous les infirmiers, quelle que soit leur pratique et leur ancienneté** et 84% d'élargir le champ d'exercice des compétences infirmières (pratique avancée, transfert de compétences...). Enfin, 84% estiment qu'il faut faire davantage connaître la recherche infirmière.

- **Mieux préparer notre système de santé à prendre en charge les enjeux de santé publique de demain : un enjeu pour aujourd'hui**

Pour faire face aux nouveaux enjeux de santé publique, 95% des infirmiers pensent qu'il est efficace de privilégier une approche de santé globale du patient, en tenant compte de ses habitudes (alimentation, exercice physique...) ; **91% des infirmiers estiment qu'il est prioritaire ou important de prévenir les nouveaux risques en santé** (risque climatique, maladies chroniques, exposition aux polluants, santé mentale, vieillissement de la population...). Pour cela, **86% des infirmiers pensent qu'il est efficace de former les soignants à ces nouveaux risques**, et 83% jugent efficace de prendre en compte l'enjeu environnemental dans les pratiques directes, en libéral et à l'hôpital.

- **Le numérique, levier pour renforcer la prévention et dégager du temps pour le patient**

**88% des infirmiers voient dans le numérique un moyen de moderniser notre système de santé pour réduire les démarches administratives en santé**, renforcer les coopérations et proposer un meilleur suivi des patients ; 83% des infirmiers jugent efficace d'intégrer le recours aux nouvelles technologies à la pratique infirmière et d'en garantir la formation.

Pour mieux prévenir et accompagner les patients, **81% des infirmiers jugent efficace de mobiliser les données de santé pour renforcer la veille et la prévention de la population** et 68% des infirmiers de recourir davantage à l'outil numérique pour dégager du temps pour le patient. Enfin, 63% des infirmiers jugent efficace de lutter contre l'illectronisme des patients (le fait de ne pas savoir utiliser l'outil informatique) pour favoriser leur accès à la e-santé.

## **Principales propositions de l'Ordre national des infirmiers à destination des candidats à la présidentielle**

Alors que **99% des infirmiers interrogés sont d'accord avec l'idée que l'avenir de notre système de santé doit être un thème majeur de la campagne électorale** [pour la présidentielle et les législatives], et que **98% sont d'accord avec l'idée que le prochain gouvernement devra engager rapidement des réformes pour adapter notre système de santé aux grands enjeux de demain, 89% pensent qu'en France, les hommes et femmes politiques ne sont pas suffisamment conscients de l'urgence de réformer notre système de santé.**

## Nos 10 propositions-clés

### Renforcer l'accès aux soins pour tous les Français

1. **Développer le premier recours infirmier**, d'autant qu'en France, il n'existe pas de désert infirmier : les infirmiers sont présents sur tout le territoire national
2. **Permettre aux patients d'être suivis directement par un infirmier référent, coordinateur des soins** : une recommandation du programme « Santé 21 » de l'OMS
3. **Instituer des ratios d'infirmiers par patient dans chaque service à l'hôpital**, pour garantir la qualité et la sécurité des soins. Une demande soutenue de longue date par l'Ordre National des infirmiers et les associations de patients
4. **Engager une réforme de la tarification à l'activité** qui rende visible le temps effectif des soins prodigués au patient, conformément aux recommandations de la Cour des Comptes
5. **Renforcer la démocratie sanitaire par l'écoute et la représentation de l'ensemble des acteurs dans les instances de décision**

### Garantir l'attractivité et la progression de la profession infirmière

6. **Conférer une véritable autonomie aux infirmiers et accéder aux demandes de la profession en matière de prévention, de prescription, et de consultation** – cohérentes avec l'expérience de la crise sanitaire
7. **Mettre en place une logique de progression professionnelle pour la profession infirmière**, avec notamment l'instauration d'une véritable filière LMD en soins infirmiers
8. **Examiner dans les 100 jours suivant les élections législatives un projet de loi relatif à l'évolution de la profession infirmière**

### Adresser les grands défis de santé de demain

9. **Intégrer le recours aux nouvelles technologies et à l'innovation en santé à la pratique infirmière et en garantir la formation**
10. **Inclure les nouveaux risques dans tous les parcours de formation des professionnels de santé et renforcer la prévention**, pour favoriser l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé

**Vous aurez les 66 propositions de la contribution présidentielle dans le document accompagnant ce CP.**

**Patrick Chamboredon, Président de l'Ordre national des infirmiers** : « *La profession infirmière met au cœur de ses pratiques, de ses réflexions et de toutes ses actions le soin apporté au patient : nos propositions visent d'abord et avant tout l'amélioration des soins apportés au patient. Elles relaient les attentes des associations de patients, avec lesquelles l'Ordre travaille en collaboration. Elles visent aussi à apporter des réponses aux attentes de la profession : la priorité est de répondre au besoin de reconnaissance et de fidélisation des infirmiers, en favorisant leur progression professionnelle par l'élargissement de leur champ de compétences, comme c'est le cas dans de nombreux pays. Enfin, ces propositions ont pour objectif de renforcer l'efficacité de notre système de santé face aux grands enjeux de demain. L'Ordre ira à la rencontre des équipes de campagnes pour présenter ses propositions et restituera les prises de position des candidats suite à ces échanges* ».

**Contact presse : Grégory Caumes**

**[gcaumes.oni@ordre-infirmiers.fr](mailto:gcaumes.oni@ordre-infirmiers.fr) - 0667721103**

### Annexe 3

## Propositions diffusées par voie de presse en février 2022

Février 2022

# Pour un système de santé plus proche plus efficient et plus durable

Propositions de l'Ordre National des Infirmiers





## Édito

**D**eux ans après le déclenchement de la crise sanitaire, alors que notre pays a traversé six vagues successives ayant mobilisé des millions de soignants, **la santé est désormais la première préoccupation des Français.**

En remettant la santé au premier plan, la crise sanitaire a mis au jour les attentes renforcées des patients, des responsables politiques et des soignants à l'égard d'un système de santé autrefois considéré comme le meilleur au monde, et décrit aujourd'hui par de nombreux observateurs comme « à bout de souffle ».

La désertification médicale, la saturation des services d'urgence et les insuffisances des politiques de prévention limitent les chances des Français, alors que l'égalité devant l'accès aux soins est l'une des clés de notre pacte social. Simultanément, l'ensemble des acteurs aspirent à une gouvernance sanitaire plus décentralisée, et à plus de transparence dans la décision en santé.

Les tensions qui traversent aujourd'hui l'hôpital interrogent la priorisation des moyens, les objectifs poursuivis et les garanties d'autonomie conférées aux établissements. La nécessité de fidéliser des soignants exsangues après deux ans de crise sanitaire, et de développer l'attractivité de leurs métiers pose de manière aiguë la question de la montée en compétences des professionnels de santé et du renforcement des coopérations pour garantir la qualité et l'efficacité de l'offre de soins.

Engager les réformes nécessaires est d'autant plus urgent que les politiques publiques devront, demain, apporter des réponses aux nouveaux enjeux de santé publique que sont le changement climatique, le développement des maladies chroniques ou le vieillissement de la population.

Pour cela, elles pourront s'appuyer sur les innovations en santé, qui offrent de nouveaux outils aux soignants et aux patients, tout en veillant aux garanties de droit apportées pour les encadrer.

Notre conviction aujourd'hui est que **le statu quo n'est plus possible : il n'est plus une option.** C'est le sens de la consultation réalisée par l'Ordre national des infirmiers du 14 au 20 janvier 2022, pour recueillir les attentes de la première profession de santé par le nombre, 750.000 professionnels, dans la perspective des élections présidentielle et législative. 60.000 infirmiers y ont répondu et se sont montrés quasi unanimes :

- **99%** des infirmiers interrogés estiment que l'avenir de notre système de santé doit être un thème majeur de la campagne électorale.
- **98%** pensent que le prochain gouvernement devra engager rapidement des réformes pour adapter notre système de santé aux grands enjeux de demain.
- **89%** pensent qu'en France, les hommes et femmes politiques ne sont pas suffisamment conscients de l'urgence de réformer notre système de santé.

Nous devons écouter les infirmiers, qui jouent un rôle-clé dans le parcours de soins et, plus généralement, dans la vie des Français puisqu'ils accompagnent souvent plusieurs générations d'une même famille.

La profession infirmière est répartie sur tout le territoire national, et couvre tous les champs d'exercice, en libéral et en établissement, dans le secteur public et dans le secteur privé. Les infirmiers interviennent à toutes les étapes de la vie, de la petite enfance au grand âge, et dans des champs d'exercice très divers, qui traduisent la richesse de leurs compétences : à l'hôpital, dans les services de soins, en centres de rééducation, dans les établissements scolaires, dans les crèches, dans les centres de soins et dispensaires, en santé au travail, et même dans le milieu pénitentiaire.

La Cour des Comptes l'a rappelé récemment, la profession infirmière est la dernière profession de santé à se déplacer au domicile des patients, témoignant de la mission « *d'aller vers* » les plus fragiles et les plus isolés, dont on a beaucoup parlé depuis le début de la crise sanitaire. La profession infirmière a été au rendez-vous depuis deux ans ; l'Ordre National des Infirmiers a été à ses côtés, jouant pleinement son rôle de vigie de la profession. Il a œuvré activement pour que la profession infirmière soit à sa juste place dans le système de santé français, tant en termes de reconnaissance de son rôle et de ses missions, que de montée en compétences, chantier sur lequel la France est très en retard par rapport à ses partenaires européens. L'efficacité de notre système de santé repose sur le fonctionnement horizontal des équipes soignantes et sur la collaboration transversale ville-hôpital.

Elle doit s'appuyer aussi sur l'autonomisation des professions paramédicales, pour un parcours de soins plus moderne dans l'intérêt des patients. Mieux formés et reconnus grâce à un vrai continuum professionnel, les infirmiers concourent à apporter, aux côtés des médecins, une réponse sanitaire plus efficace. Nous devons créer les conditions pour fidéliser et faire progresser les infirmiers, qui sont aussi des acteurs majeurs de la prévention par la quotidienneté et la proximité des soins qu'ils dispensent ; par exemple leur conférer la responsabilité populationnelle destinée à améliorer la santé d'une population sur un territoire, qui s'inscrit dans le champ global du cadre d'évolution et de reconnaissance de la profession.

En deux ans, les lignes ont bougé : la profession infirmière et les Français dans leur ensemble attendent des réponses claires. Nos responsables politiques d'aujourd'hui, et ceux qui nous gouverneront demain, ne pourront pas faire l'économie de réformer si nous voulons, collectivement, construire un système de santé plus proche, plus efficace et plus durable.

Cette contribution présidentielle a vocation à pointer les réformes nécessaires pour notre système de santé en veillant toujours à mettre le patient au cœur des réformes engagées.

Elle aspire aussi à valoriser la ressource la plus riche et la plus motrice de notre système de santé : sa ressource humaine.

**Patrick Chamboredon,**  
*Président de l'Ordre National des Infirmiers*







# Notre méthode

## Qui a contribué à cette proposition présidentielle ?

Cette contribution présidentielle est le fruit d'un travail de plusieurs mois, qui a conduit l'Ordre national des infirmiers à consulter l'ensemble des conseils départementaux et régionaux de l'Ordre, ainsi que les 750 000 infirmiers afin de recueillir leurs constats et pistes de solutions pour renforcer l'efficacité de notre système de santé.

Elles ont également été nourries par le [Livre blanc de la profession infirmière](#), la [contribution de l'Ordre au Ségur de la Santé](#), ainsi que par toutes les consultations infirmières réalisées régulièrement par l'Ordre depuis le premier confinement, pour se mettre à l'écoute de la profession.

Ces propositions s'appuient sur les nombreux échanges qu'a l'Ordre National des Infirmiers avec le spectre large des acteurs institutionnels avec lesquels il collabore : institutions, directions ministérielles, parlementaires, syndicats, experts, universitaires etc. Elles ont été complétées par les travaux du colloque organisé par l'Ordre National des Infirmiers et l'Institut Droit et Santé le 20 janvier 2022, sur le thème : « *Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?* ». [Voir le replay](#)

L'ensemble de ces propositions ont été votées à l'unanimité par le Conseil National de l'Ordre des Infirmiers le 21 janvier 2022.

## À qui est-elle destinée ?

La profession infirmière met au cœur de ses pratiques, de ses réflexions et de toutes ses actions le soin apporté au **patient**. C'est ce qui guide la pratique quotidienne, quel que soit le mode d'exercice, en libéral ou en établissement, et le lieu d'exercice (crèche, EHPAD, service d'urgence...). Ces propositions visent d'abord et avant tout l'amélioration des soins apportés au patient. Elles relaient les attentes des associations de patients, avec lesquelles l'Ordre travaille en étroite collaboration.

Ces propositions visent également à sensibiliser les équipes de campagne présidentielle et législative, et plus largement les Français, aux grands enjeux du système de santé et aux propositions de l'Ordre national des infirmiers pour renforcer son efficacité.

## Quelles suites pour ces propositions ?

L'Ordre national des infirmiers va aller à la rencontre des équipes de campagnes pour présenter ses propositions et solliciter de leur part un retour sur les constats et solutions qu'ils partagent, et ceux sur lesquels ils sont prêts à s'engager. L'Ordre restituera ces prises de position dans les prochains mois.

## 4 grands axes

1

Renforcer l'offre de soins  
et remettre le patient au  
cœur du système de santé

2

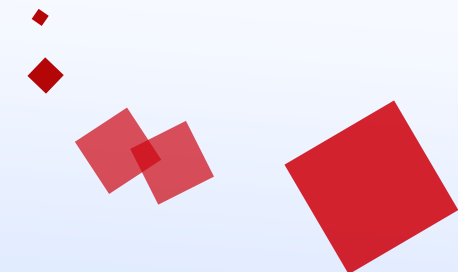
S'engager pour l'évolution et  
le partage des compétences  
des professionnels de santé

3

Adresser les nouveaux  
enjeux de santé publique  
en privilégiant la prévention

4

Saisir les opportunités  
du numérique et de  
l'innovation en santé





1

## Renforcer l'offre de soins et remettre le patient au cœur du système de santé

7,4 millions de Français n'ont pas de médecin traitant selon l'Association des Maires de France. 6 millions de Français vivent à plus de 30 minutes d'un service d'urgence, selon l'Association des Maires ruraux de France. Alors que l'espérance de vie s'allonge, que les maladies chroniques se développent, et que les déserts médicaux se multiplient sans espoir de retour à la normale avant 2035, l'enjeu aujourd'hui est d'assurer un égal accès à l'offre de soins pour tous les Français. C'est la clé de notre pacte social, comme nous le rappellent régulièrement les élus de l'Association des petites villes de France (APVF), qui regroupent les villes de 2500 à 25000 habitants, soit 40% de la population française.

Autre enjeu majeur, celui des droits des patients, auquel l'actualité fait écho : le renforcement de la démocratie sanitaire est un gage de confiance dans notre système de santé. C'est aussi la condition pour remettre le patient au cœur du parcours de soins.



## La parole aux infirmiers

**97%** jugent prioritaire d'améliorer l'accès aux soins pour tous les Français quel que soit leur territoire ou leur condition sociale ;

**91%** estiment prioritaire de réformer la gestion du parcours patient « à la Française » en favorisant l'accès direct aux infirmiers ;

**85%** jugent prioritaires de développer le premier recours infirmier ;

**85%** sont favorables à l'instauration de ratios infirmiers/patients dans chaque service en établissement ;

**77%** estiment prioritaire de généraliser l'évaluation des parcours de soins par les usagers.

Source : Consultation de l'Ordre national des infirmiers du 14 au 20 janvier 2022, à laquelle ont répondu 60.000 infirmiers.

## Nos propositions

### Garantir l'accès aux soins pour tous

- Développer le premier recours infirmier, d'autant qu'en France, il n'existe pas de désert infirmier : les infirmiers sont présents sur tout le territoire national. Valoriser le premier recours infirmier dans le conventionnement CNAM (prévu à l'art L162-12-2 du code de la sécurité sociale).

### Encourager l'accompagnement des patients à domicile par des infirmiers référents, coordinateurs du parcours de soins

- Permettre à un patient d'être suivi directement par un infirmier référent, comme le recommande le programme « Santé 21 » de l'OMS, déjà mis en œuvre dans de nombreux pays européens.

### Désengorger les urgences

- Réorganiser les urgences en favorisant le premier recours infirmier.

### Améliorer la prise en charge en augmentant le temps consacré aux patients, intégrant notamment les soins relationnels

- Instituer des ratios infirmiers/patients spécifiques à chaque service à l'hôpital pour garantir la qualité et la sécurité des soins, en prévoyant un temps de soins relationnels de prévention et d'éducation thérapeutique en plus des soins techniques ;
- Engager une réforme de la tarification à l'activité (T2A) qui rende visible le temps effectif des soins prodigués au patient \*, conformément aux recommandations de la Cour des Comptes ;
- Augmenter le nombre d'infirmier s actifs dans le système de soins.

## \* Le saviez-vous ?

Les Pays-Bas ont développé le « buurtzorg » (soins de quartier). Il s'agit d'un modèle innovant de soins infirmiers à domicile, actuellement expérimenté en France. Il consiste à mettre en place une forfaitisation au temps passé auprès des patients pour les soins infirmiers à domicile, associée à une évaluation régulière de la situation des patients.

L'objectif poursuivi est de promouvoir un système de prise en charge en équipe, focalisée sur les patients, leur autonomisation et leur qualité de vie, plutôt que de concentrer l'exercice infirmier sur la production d'actes techniques. Ce modèle pourrait être généralisé en France, dans l'intérêt des patients.

### Développer l'exercice coordonné

- Encourager le développement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ;
- Promouvoir la pleine coopération des acteurs de santé grâce au partage de données numériques sécurisées et travailler sur la complémentarité des démarches de soins en présentiel et à distance.

### Faciliter l'accès des patients aux infirmiers

- Accompagner la montée en puissance de la prise de rendez-vous en accès direct, grâce à l'outil numérique.

### Développer une meilleure territorialisation des politiques de santé publique

- Adapter les politiques publiques et les moyens déployés en fonction des grands enjeux de santé publique de chaque territoire (selon le principe des « bassins de santé ») ;
- Mieux articuler les politiques nationales et les schémas régionaux de santé publique en intégrant notamment les représentants infirmiers dans les dispositifs de concertation régionaux.

### Redonner une place centrale aux élus de la République dans le système de santé

- Permettre aux élus locaux (députés, sénateurs, maires, présidents de région...) de siéger dans les instances des Agences Régionales de Santé (ARS) et de toutes structures de gouvernance en santé.

### Redéfinir la place et le rôle des Agences Régionales de Santé (ARS)

- Renforcer le niveau départemental et l'association des élus dans le fonctionnement administratif de la santé ;
- Intégrer notamment les représentants des infirmiers à la démocratie sanitaire locale.

## **Améliorer le fonctionnement des Agences Régionales de Santé (ARS) en matière de démocratie sanitaire**

- Affecter un budget propre aux conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) afin qu'elles puissent investir de manière autonome dans les actions de leur choix ;
- Rendre obligatoires les avis de la CRSA sur les sujets structurants de politique régionale de santé ;
- Clarifier le rôle de l'ARS dans la gestion et la planification des politiques médico-sociales ;
- Améliorer la visibilité et la lisibilité des actions des ARS qui souffrent aujourd'hui d'une mauvaise image et accroître le dialogue avec les autres acteurs publics ;
- Investir le champ de la promotion de la santé largement sous-investi comparé à celui de l'offre de soins.

## **Renforcer la place des usagers dans le parcours de soins**

- Permettre aux patients d'identifier les professionnels de santé qui interviennent dans leur parcours de soin en établissements, en organisant notamment une consultation infirmière au sein des parcours patients (par exemple en oncologie, en préparation ambulatoire, pour la prise en charge d'une maladie chronique, dans le cadre d'un programme de "récupération améliorée après chirurgie" – RAAC) ;
- Favoriser l'écoute des attentes et des besoins des usagers de la santé pour les décisions qui les concernent, et associer l'ensemble des acteurs au fonctionnement global du système de santé ;
- Généraliser l'évaluation des parcours de soins par les usagers ;
- Accompagner les établissements de soins les moins performants et valoriser ceux qui obtiennent les meilleurs indicateurs-socles.

## **Accroître la participation des usagers à la gouvernance du système de santé**

- Élargir la représentation des usagers au-delà des seules associations de patients et promouvoir la collaboration avec les « patients ressources » ;
- Organiser et mieux coordonner la représentation des usagers ;
- Mieux former les représentants des usagers du système de santé.

## **Humaniser l'accueil en établissement**

- Associer les personnels hospitaliers et les patients à l'organisation des espaces de soins.

## **Faire du patient un véritable acteur de son parcours de soins**

- Engager le patient dans le parcours de soins au-delà de la seule information ou du consentement, en favorisant notamment les missions d'éducation et d'accompagnement à la santé, réalisées par les infirmiers.

## **Favoriser la transparence de la décision en santé**

- Publier sur leur site internet toute décision des agences régionales de santé ayant un impact juridique et financier sur l'offre de soins, les établissements de santé, les professionnels de santé et les patients.



# 2

## S'engager pour l'évolution et le partage des compétences des professionnels de santé

Applaudis tous les soirs à 20 heures au début de la crise sanitaire, et **en première ligne depuis deux ans** dans la lutte anti-Covid mais aussi la prise en charge des pathologies chroniques, les infirmiers sont, selon la Cour des Comptes, les seuls professionnels de santé à avoir continué à « aller vers » leurs patients, enregistrant une hausse de leur activité pendant cette période.

Si la profession suscite de la fierté, **ses conditions d'exercice sont perçues comme très difficiles**. Les infirmiers se déclarent aujourd'hui épuisés physiquement et moralement ; une partie d'entre eux questionne son choix de carrière à moyen terme.

**L'enjeu d'attractivité de la profession et de fidélisation des soignants doit donc être placé au cœur des priorités de nos gouvernants**. Pour cela, il y a lieu de conférer aux infirmiers une plus grande autonomie dans la prise en charge des patients, notamment en élargissant leur « rôle propre ». La prévention et l'éducation thérapeutique, clés de voûte d'une société du soin, pourraient s'appuyer sur les infirmiers, pivots entre la ville et l'hôpital. Enfin, la nécessaire revalorisation de la formation infirmière et une meilleure représentation des infirmiers dans la gouvernance du système de santé participent de la reconnaissance que la profession appelle unanimement de ses vœux.



## Le saviez-vous ?

Tout au long de la crise sanitaire, les infirmiers se sont fortement mobilisés pour garantir la continuité des soins pour tous : les infirmiers libéraux ont continué à se rendre au domicile de leurs patients malgré les confinements successifs. À l'hôpital, les infirmiers ont assuré la montée en charge en soins critiques, soins intensifs et réanimation. Ils ont aussi garanti la reprise d'activité après les nombreuses déprogrammations survenues lorsque tous les moyens hospitaliers étaient mobilisés sur la prise en charge des patients Covid. De nombreux infirmiers ont accepté une mobilité d'une région à l'autre pour renforcer les équipes en sous-effectif du fait d'un afflux de patients. Des infirmiers retraités se sont mis à la disposition de la réserve sanitaire, au même titre que les étudiants en formation qui ont rejoint les équipes soignantes.



### La parole aux infirmiers

**93%** des infirmiers sont favorables au développement de l'autonomie infirmière dans l'accompagnement à domicile ;

**85%** des infirmiers appellent de leurs vœux un véritable parcours de carrière pour tous les infirmiers, quelle que soit leur pratique ou leur ancienneté ;

**84%** des infirmiers sont favorables à élargir le champ d'exercice des compétences infirmières au travers de la pratique avancée ou des transferts de compétences ;

**84%** souhaitent que l'on fasse davantage connaître les bonnes pratiques et la recherche infirmière.

Source : Consultation de l'Ordre national des infirmiers du 14 au 20 janvier 2022, à laquelle ont répondu 60.000 infirmiers.

## Nos propositions

### Élargir les compétences des infirmiers

- Accéder aux demandes exprimées par l'Ordre National des Infirmiers dans la contribution au [Ségur de la Santé](#) et la contribution à la refonte du décret infirmier pour le métier socle en matière notamment de prévention, de prescription, de consultation, de premiers recours etc. (en cohérence avec l'expérience de la crise sanitaire) ;
- Examiner dans les 100 jours suivant les élections législatives un projet de loi relatif à l'évolution de la profession infirmière ;

### Renforcer le rôle des infirmiers pour couvrir les besoins de santé publique

- Renforcer la couverture vaccinale, en adoptant les dispositions réglementaires permettant aux infirmiers de prescrire et administrer les vaccins, suite à [l'avis](#) favorable de la Haute Autorité de Santé le 28 janvier 2022.

## Conférer une véritable autonomie aux Infirmiers de Pratique Avancée

- Renforcer la pratique avancée pour conférer aux IPA une véritable autonomie notamment en matière de diagnostic et prévention, consultation et accès direct comme préconisé dans le [rapport](#) de l'IGAS daté de novembre 2021 ; mettre en œuvre l'expérimentation adoptée dans le cadre du PLFSS pour 2022.

## Favoriser les coopérations des professionnels de santé dès l'étape de la formation initiale

- Intensifier les interventions d'infirmiers dans les cursus de médecine ;
- Mutualiser certains cours pour créer un socle commun médico-paramédical, afin de faciliter passerelles et réorientations.

## Mettre en place une logique de progression pour la profession infirmière

- Garantir la reconnaissance universitaire de la profession en attribuant les moyens nécessaires à l'instauration d'une véritable filière LMD en soins infirmiers ;
- Offrir des perspectives de carrière aux infirmiers, quelles que soient leur pratique et leur ancienneté ;
- Reconnaître la profession d'infirmière en abandonnant l'expression "auxiliaire médicale" dans tous les textes législatifs et réglementaires.

## Encourager l'innovation infirmière et renforcer sa visibilité

- Promouvoir les travaux issus de la recherche infirmière et assurer la diffusion des bonnes pratiques \* ;
- Poursuivre et finaliser le processus d'universitarisation de la profession.

### \* Le saviez-vous ?

« L'evidence based nursing » est une pratique fondée sur les preuves (PFP) qui correspond à l'utilisation des meilleures données de la recherche scientifique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient. Elle est utilisée en médecine principalement, on parle de « médecine basée sur les faits prouvés » ou « evidence based medicine ». D'une méthode pour enseigner la médecine, la PFP est devenue une méthode pour résoudre les problèmes médicaux qui se posent à un médecin dans sa pratique quotidienne. Une méthode qui pourrait être largement diffusée dans la pratique infirmière.

## **Adresser la question de l'attractivité des professions de santé et contribuer à changer les regards sur la profession infirmière**

- Lancer des états généraux de l'attractivité des professions de santé de première ligne ;
- Travailler au développement d'une nouvelle image des infirmières et des infirmiers afin de favoriser l'expression et la reconnaissance de leur expertise et de leur rôle dans les médias (par une campagne de communication du ministère de la Santé).

## **Améliorer la représentation des infirmiers dans la gouvernance du système de santé**

- **Au niveau local** : intégrer l'Ordre des infirmiers au sein de toutes instances territoriales en santé (Comités départementaux de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires, maisons départementales des personnes en situation de handicap, contrats locaux de santé, conférences régionales de la santé et de l'autonomie etc.) ;
- Créer une commission infirmière d'établissement au niveau de la gouvernance des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ;
- **Au niveau national** : instituer une direction nationale des soins et des services infirmiers, à l'instar de ce qui existe dans de nombreux pays.

## **Garantir l'accès des infirmiers aux dispositifs permettant une certification professionnelle régulière afin de garantir la qualité et la sécurité des soins délivrés**

- Assurer et faciliter le processus de formation tout au long de la vie des professionnels de santé.

## **Évolution des spécialités infirmières**

- Les spécialités infirmières, dans la lignée de la future réingénierie du décret-socle infirmier, doivent voir leur cadre d'exercice remanié pour plus d'autonomie et garantir une exclusivité d'actes au regard des compétences exercées en plus du décret-socle ;
- Faciliter l'accès à l'activité de recherche universitaire pour les spécialités infirmières ;
- Poursuivre l'universitarisation des spécialités dans le cadre du LMD.





### 3

## Adresser les nouveaux enjeux de santé publique en privilégiant la prévention

Notre approche des politiques de santé ne se résume pas à une seule approche par le soin. En effet, la prise en compte des enjeux globaux de santé publique et des interactions entre santé humaine, animale, et environnementale est la garantie du prolongement de la vie et de l'activité, de la préservation de l'autonomie et de la dignité des personnes. C'est ce que l'on appelle une approche « **One health** ».

Elle s'inscrit dans une démarche d'ensemble à laquelle les professionnels de santé doivent concourir, depuis la recherche fondamentale jusqu'à l'accompagnement des patients, et à laquelle **les infirmiers peuvent directement participer puisque ce sont des « acteurs du domicile »**, qui se déplacent chez les patients. En effet, ils jouent un rôle majeur dans la prévention et la détection parce qu'ils ont une vision d'ensemble du contexte et de l'environnement dans lesquels s'inscrit le parcours de soins.

L'enjeu environnemental ne se pose pas seulement sur le terrain de la prévention, ou dans la prise en soins de patients atteints, par exemple, de maladies chroniques liées à la pollution aux particules fines. L'enjeu environnemental doit irriguer l'ensemble des pratiques liées à l'exercice professionnel.



## La parole aux infirmiers

**95%** des infirmiers estiment qu'il est prioritaire de privilégier une approche de santé globale du patient, en tenant compte de ses habitudes (alimentation, exercice physique...);

**91%** des infirmiers estiment qu'il est prioritaire de prévenir les nouveaux risques en santé ;

**86%** des infirmiers pensent qu'il faut former les soignants à ces nouveaux risques ;

**83%** des infirmiers pensent qu'il faut prendre en compte l'enjeu environnemental dans les pratiques directes, en libéral et à l'hôpital.

Source : Consultation de l'Ordre national des infirmiers du 14 au 20 janvier 2022, à laquelle ont répondu 60.000 infirmiers.

## Nos propositions

### **Former l'ensemble des soignants aux nouveaux risques émergents (climatique, virologique, résistance aux antibiotiques, exposition aux polluants et allergènes, maladies chroniques, santé mentale, vieillissement de la population etc.)**

- Renforcer la prévention pour favoriser l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé ;
- Inclure les nouveaux risques dans tous les parcours de formation des médecins et professionnels paramédicaux ;
- Développer la recherche universitaire sur ces nouveaux risques.

## Le saviez-vous ?

En France, il existe des cellules de prise en charge des « Covid longs », pilotées par des infirmiers. Ces cellules constituent un observatoire et un appui à la coordination et à l'orientation des patients vers les professionnels de santé. Confier aux infirmiers la prise en charge des patients atteints de symptômes prolongés à la suite d'une infection au Covid-19 est une solution d'accompagnement efficace de patients de retour à leur domicile après une hospitalisation.

### **Prendre en compte l'enjeu environnemental dans les pratiques directes en libéral et à l'hôpital**

- Former les professionnels de santé aux pratiques durables et favoriser les filières circulaires (exemple : association Les Petits Doudous, lancée par une infirmière).

## **Garantir la bonne information des familles sur les enjeux environnementaux**

- Sensibiliser notamment les familles aux risques d'exposition des enfants aux pollutions et produits nocifs (perturbateurs endocriniens...).

## **Participer à l'engagement « Climate smart healthcare »**

- Rejoindre l'engagement international des 50 signataires pour un « Climate smart healthcare » relative aux solutions pour réduire l'empreinte climatique du secteur de la santé.

## **Favoriser la recherche en santé**

- Accorder davantage de moyens à la recherche publique en matière de santé, notamment sur les risques émergents en matière de santé publique.

## **Favoriser le bien-être au travail des infirmiers**

- Lancer un programme national d'amélioration de la qualité de vie au travail pour les infirmiers, tenant compte du dernier rapport de la DREES sur la charge mentale pesant sur les infirmiers ;
- Développer les consultations de psychologues dédiées aux infirmiers ;
- Leur proposer régulièrement un bilan de santé.



# 4

## Saisir les opportunités du numérique et de l'innovation en santé

Le développement des usages numériques, s'il doit s'accompagner de garanties juridiques, constitue d'abord et avant tout un progrès pour les usagers. C'est un gain inédit, qu'il s'agisse de libérer du temps pour les soins en accélérant les démarches administratives effectuées par les praticiens, d'apporter une aide au diagnostic évitant de nouveaux examens, de favoriser la recherche, de faciliter l'accès à l'information, ou d'améliorer la coordination en évitant les ruptures dans le parcours de soins.

Mais l'accès renforcé aux usages numériques suppose de **prévoir, pour les professionnels, des temps de formation et mise à jour régulière des connaissances des usages et des procédures** ; cela conduira aussi les professionnels de santé à accompagner les patients, notamment ceux qui sont les plus éloignés des usages numériques. Demain, les infirmiers qui soignent à domicile seront sans doute appelés à être **des médiateurs numériques pour leurs patients**, afin qu'ils bénéficient, par exemple, d'une surveillance à domicile. Si les jeunes générations peuvent être les acteurs de cette révolution du numérique en santé, la pratique infirmière demeure d'abord et avant tout un exercice clinique, qui repose sur le contact de proximité. L'enjeu est donc de trouver un juste équilibre entre préservation de ce lien privilégié avec le patient, et développement du potentiel offert par les outils innovants pour favoriser le gain de chances pour les patients.

## La parole aux infirmiers



**81%** des infirmiers jugent prioritaire de mobiliser les données de santé pour renforcer la veille et la prévention de la population ;

**68%** estiment prioritaire de recourir davantage à l'outil numérique pour dégager du temps pour le patient ;

**83%** pensent qu'il faut intégrer le recours aux nouvelles technologies à la pratique infirmière et en garantir la formation ;

**63%** estiment qu'il faut que les infirmiers accompagnent les patients éloignés de l'outil numérique pour favoriser leur accès à la e-santé.

Source : Consultation de l'Ordre national des infirmiers du 14 au 20 janvier 2022, à laquelle ont répondu 60.000 infirmiers.

## Nos propositions

### Développer le recours au télésoin, à la téléexpertise et à la télésurveillance

- Intégrer la formation aux outils permettant la prise en soins et l'accompagnement des patients à distance, dans la formation initiale des infirmiers ;
- Favoriser l'équipement des infirmiers pour qu'ils utilisent le télésoin quand cet acte peut améliorer l'accès aux soins pour les patients (secteurs isolés...).

### Mobiliser les données de santé pour renforcer la veille sanitaire et la prévention pour l'ensemble de la population

- Renforcer les dispositifs d'alerte et de suivi des patients atteints d'affections de longue durée, en particulier les plus distants des établissements de soins.

### Alléger les procédures administratives, notamment à l'hôpital, pour garantir le temps passé devant le patient

- Utiliser l'outil numérique pour accélérer les procédures en établissements ;
- Déployer les formations correspondantes.

### Favoriser le recours à des outils innovants, susceptibles de faciliter les pratiques

- Intégrer le recours aux nouvelles technologies (intelligence artificielle...) à la pratique infirmière et en garantir la formation.

### Utiliser les potentialités de l'espace numérique en santé

- Favoriser la surveillance infirmière à distance au travers de l'espace numérique en santé.

### Permettre l'accès des infirmiers à la matrice d'habilitation de Mon Espace Santé.





Propositions de l'Ordre National des Infirmiers

# Pour un système de santé plus proche plus efficient et plus durable

Février 2022

**Conseil National  
de l'Ordre des Infirmiers**  
228 rue du Faubourg Saint-Martin  
75010 Paris  
[www.ordre-infirmiers.fr](http://www.ordre-infirmiers.fr)

 [@OrdreInfirmiers](https://twitter.com/OrdreInfirmiers)

 [@ordre.national.infirmiers](https://www.facebook.com/ordre.national.infirmiers)

 [Ordre National des Infirmiers](https://www.linkedin.com/company/Ordre-National-des-Infirmiers)



### Interviews

#### Jean-François Delfraissy

Président du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) pour les sciences de la vie et de la santé

#### Bernard Dreyfus

Fondateur de l'ANAMEVA

#### Marie-Anne Montchamp

Présidente de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

### Dossiers thématiques

#### Loi de bioéthique - une loi en devenir

Propos introductifs

CLAUDINE BERGOIGNAN ESPER

L'ouverture de l'AMP à toutes : enjeux et scories du débat sur l'établissement de la filiation homoparentale

LAURENCE BRUNET

La filiation des enfants à l'égard des couples de femmes et des femmes seules

LAURE DE SAINT PERN

L'autoconservation de gamètes en débat

MARIE MESNIL

Droit à la connaissance des origines des enfants nés d'un don

ANNE DEBET

Arlésienne bioéthique - La procréation post mortem en débats

LISA CARAYON

Les évolutions du droit suscitées par la GPA

ANA ZELCEVIC-DUHAMEL

L'accès à l'AMP des personnes trans - Transparente et transfilia

CLÉLIA RICHARD

Les évolutions de la médecine face aux nouveau-nés intersexes

CLAIRE BOUVATTIER, LISE DURANTEAU, LAURENCE BRUNET & HERMINE PARKER

La loi de bioéthique et les intersexes

MARIE-XAVIÈRE CATTO

Les recherches sur l'embryon, les cellules souches

embryonnaires et les cellules pluripotentes induites : un encadrement en plein évolution

MARIE MESNIL

L'impact de l'IA sur la relation de soin

CLÉMENTINE LEQUILLERIER

#### La base ANADOC : pour une expertise indépendante des assureurs

Les propos introductifs du comité Anadoc

MICHEL NAUDASCHER - CLAUDINE BERNFELD - PIERRE CORMAN - ALICE BARRELLIER - ÉRIC PEAN - FRÉDÉRIC BIBAL

Réflexions sur la valeur juridique des outils d'expertise et de la base ANADOC

LYDIA MORLET-HAÏDARA

La valeur juridique et le rôle des normes techniques en expertise

AMEL GHOZIA

Le déficit fonctionnel temporaire

JACQUELINE ROSSANT

Le déficit fonctionnel permanent

STÉPHANIE HOUSSIN & ÉRIC TORDJMA

L'assistance tierce personne

FRANCK COLETTE

Le préjudice professionnel

PHILIPPE DONNOU - DIDIER MARUANI

Vers une expertise de qualité dans le respect de la victime et du contradictoire

ISABELLE BESSIÈRES-ROQUES

#### La création d'une 5ème branche comme fondement d'une nouvelle politique de l'autonomie

La révolution de l'autonomie

STÉPHANE LE BOULER

Vers une « 5ème branche » de la Sécurité sociale ?

PHILIPPE COURSIER

Dépendance : une promesse crépusculaire... en attendant des réponses plus concrètes

JEAN-MARC BOYER

Information sur le DU Silver Economie de l'Université Paris Cité

### Interviews

#### Claude Evin

Avocat et ancien Ministre de la Santé

#### Olivier Jardé

Professeur agrégé des Universités de chirurgie et de droit de la santé, Chirurgien au CHU d'Amiens

### Dossiers thématiques

#### 1991-2021 : les 30 ans de la loi dite « Evin »

##### La loi Evin dans son contexte

La loi du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Genèse, élaboration et objectifs  
FRANÇOIS BOURDILLON

La place du lobbying dans l'élaboration et l'évolution de la loi  
MARISOL TOURAINE

##### La loi Evin en question

Loi Evin, Publicité indirecte et marques  
JULIEN CANLORBE

Alcool, tabac, réseaux sociaux et Internet  
LUC GRYNBAUM

##### La loi Evin confortée

La loi Evin : visionnaire, emblématique et donc constamment attaquée  
BERNARD BASSET & ALAIN RIGAUD

Bilan de la loi Evin, 30 ans après - Le tabac  
LOIC JOSSERAN

Le futur Espace Numérique de Santé : un formidable outil de prévention  
LYDIA MORLET-HAÏDARA

Conclusion  
CLAUDE EVIN

#### Parachever la loi Veil 46 ans après

AUTEURS : DIANE ROMAN, MARIE-PIERRE RIXAIN, VÉRONIQUE SÉHIER, SILVIA DE ZORDO, YVES VILLE, NATHALIE TRIGNOL, PHILIPPE FAUCHER, SOPHIE GAUDU, MARIE-FRANCE MAMZER & ALBANE GAILLOT

#### Les essais cliniques dans un contexte pandémique

Les pandémies en philosophie : des objets protéiformes et des enjeux globaux  
JULIA TINLAND

La nécessité d'une coordination efficace des actions de R&D en cas de pandémie  
FLORIAN KASTLER

La mise en place des procédures accélérées pour l'évaluation des projets de recherches impliquant la personne humaine COVID 19 : Impacts sur les comités de protection des personnes  
LAURA CHEVREAU

Les traitements de données de santé à des fins de recherche liés à la COVID-19 : quelle régulation par la CNIL ?  
MANON DE FALLOIS

La protection des données personnelles au cœur de la recherche Covid-19 à l'Inserm  
FRÉDÉRIQUE LESAULNIER

La protection des données de santé mises à disposition par le Health Data Hub pour les recherches sur la Covid-19  
BÉNÉDICTE BÉVIÈRE BOYER

#### Les cyberattaques dans les établissements de santé : enjeux et protection

État de la menace cyber à mai 2021  
JEAN-FRANÇOIS PARGUET

L'approche de l'Agence du Numérique en Santé  
JACQUES LUCAS

L'approche de l'Agence du Numérique en Santé  
EMMANUEL SOHIER

Les violations de données à caractère personnel. Notifications, quels constats ?  
GASTON GAUTRENEAU

Retour d'expérience, CHU de Rouen confronté à une attaque en 2019  
CÉDRIC HAMELIN

Le besoin grandissant de sécurisation des données médicales des établissements de santé et le cadre de développement des réponses apportées  
SONIA CORDON

### Directrice de la publication

**CHRISTINE CLERICI**  
Présidente de l'Université Paris Cité

### Directrice de la rédaction

**LYDIA MORLET-HAÏDARA**  
Maître de conférences HDR à l'Université Paris Cité, directrice de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR\_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université Paris Cité

### Coordinatrice de la rédaction

**VAHINE BOUSELMA**  
Doctorante à l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR\_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université Paris Cité, membre du Réseau doctoral en santé publique animé par l'EHESP

### Conception graphique

**CHARLOTTE DE BRUYN**  
Assistante recherche de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR\_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université Paris Cité

### Comité international

**FERNANDO AITH**  
Professeur à l'Université de Sao Paulo - USP, Co-Directeur du Centre d'Etudes et de Recherches en Droit de la Santé

**LARY BROWN**  
Professor of Health policy and management, Columbia University

**SUELI DALLARI**  
Professeur à l'Université de Sao Paulo, Directrice du centre d'études et de recherches en droit de la santé

**PENNEY LEWIS**  
Professor of Law, School of Law and Centre of Medical Law and Ethics, King's College London

**OLIVIER GUILLOD**  
Professeur à l'Université de Neuchâtel, Directeur de l'Institut Droit et Santé de Neuchâtel

**CATHERINE RÉGIS**  
Professeur à l'Université de Montréal, Chaire de recherche du Canada en droit et politiques de la santé

**WILLIAM M. SAGE**  
Visiting Professor, Yale Law School, James R. Dougherty Chair for Faculty Excellence, The University of Texas at Austin

**GENEVÈVE SCHAMPS**  
Professeur à l'Université Louvain-la-Neuve, directeur du centre de droit médical et biomédical

**DOMINIQUE SPRUMONT**  
Professeur à l'Université de Neuchâtel, co-directeur de l'Institut Droit et Santé de Neuchâtel

### Comité éditorial et scientifique

**PIERRE-HENRI BRÉCHAT**  
Membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR\_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université Paris Cité, membre de la Chaire Santé de Sciences Po, praticien hospitalier du groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal de l'Assistance Publique, Hôpitaux de Paris (AP-HP) en mobilité au Centre Cochrane Français de l'hôpital de l'Hôtel-Dieu de l'AP-HP

**STÉPHANE BRISSY**  
Maître de conférences à l'Université de Nantes, membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR\_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université Paris Cité

**CAROLINE CARREAU**  
Maître de conférences émérite à l'Université Paris Cité, membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR\_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université Paris Cité

**PHILIPPE COURSIER**  
Maître de conférences HDR à l'Université Paris Cité, membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR\_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université Paris Cité

**ANNE DEBET**  
Professeur à l'Université Paris Cité, membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR\_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université Paris Cité

**LUC GRYNBAUM**  
Professeur à l'Université Paris Cité, membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR\_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université Paris Cité, Avocat Of Counsel chez De Gaulle Fleurance & associés

**ANNE LAUDE**  
Professeur des Universités, doyen honoraire de la Faculté de droit, d'économie et de gestion, membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR\_S 1145, Université Paris Cité, Président d'honneur de l'Association française de droit de la santé

**CAROLINE LE GOFFIC**  
Professeur de droit privé à l'Université de Lille, Membre du CRDP - Equipe LERADP, membre associée de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR\_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université Paris Cité

**CLÉMENTINE LEQUILLERIER**  
Maître de conférences à l'Université Paris Cité, membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR\_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université Paris Cité

**LYDIA MORLET-HAÏDARA**  
Maître de conférences HDR à l'Université Paris Cité, directrice de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR\_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université Paris Cité

**DAVID NOGUÉRO**  
Professeur à l'Université Paris Cité, membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR\_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université Paris Cité

**PASCAL PAUBEL**  
Professeur associé à l'Université Paris Cité, membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR\_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université Paris Cité

**JÉRÔME PEIGNÉ**  
Professeur à l'Université Paris Cité, membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR\_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université Paris Cité

**RÉMI PELLET**  
Professeur à l'Université Paris Cité et à Sciences-Po Paris, membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR\_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université Paris Cité

**DIDIER TABUTEAU**  
Professeur associé à l'Université Paris Cité, membre de l'Institut droit et santé, Inserm UMR\_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université Paris Cité, professeur affilié à l'Institut d'études politiques de Paris

**ANA ZELCEVIC-DUHAMEL**  
Maître de conférences HDR à l'Université Paris Cité, membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR\_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université Paris Cité