

Bruno Riou, Didier Samuel et Benoît Veber

Contre les déserts médicaux, il n'y a pas de solution unique

Jugeant simpliste la proposition du maire d'Orléans de recourir à l'université de Zagreb pour former des médecins français, le président de la Conférence des doyens de médecine et deux doyens de la faculté de médecine esquissent des pistes de réflexion

Comme à l'accoutumée, les campagnes électorales sont l'occasion de surenchères. La proposition du maire d'Orléans de recourir à l'université de Zagreb pour créer une faculté de médecine à Orléans, assortie d'une scolarité très onéreuse, en fait partie [*Le Monde* du 10 février]. Au-delà des difficultés à mettre en place une telle formation délivrant un diplôme croate, de l'absence de garantie sur sa qualité et de son coût élevé pour les étudiants, il convient de souligner l'incohérence de cette proposition.

En effet, on ne peut pas proposer une augmentation du nombre de médecins formés comme une réponse unique à l'urgence du déficit d'offres de soins dans les territoires. Les facultés de médecine ont déjà augmenté de plus de 50 % sur les quinze dernières années et de près de 20 % en 2021 le nombre d'étudiants en médecine formés, à moyens constants.

Or, le « quoi qu'il en coûte » ne s'applique pas à l'université. Cette augmentation importante du nombre de lycéens entrant dans les études médicales correspond actuellement au maximum des capacités de formation dans

notre pays. Sauf à ce que les dotations de moyens suivent !

Mais, sachons-le, les augmentations récentes n'auront des effets que dans dix ans au moins. Un tel délai est inacceptable pour nos concitoyens qui demandent des réponses à court terme. Notons cependant que, progressivement et à échéance de dix à quinze ans, le faible nombre de départs à la retraite, correspondant à l'étiage le plus bas du numerus clausus dans le passé (3 500 en 1993), conjugué à l'arrivée d'un nombre de nouveaux médecins en fin de formation élevé (plus de 9 300 en 2020, auxquels il faut rajouter les quelque 2 000 médecins à diplôme européen ou extracommunautaire), fait que la question du nombre de médecins devrait être résolue.

Quelles sont les solutions plus rapides pour lutter contre les « déserts médicaux » qui touchent tous les territoires, y

compris l'Ile-de-France, qui vient de gagner une première place en métropole comme zone médicale sous-dense ? Si on prend en compte les multiples expériences tentées dans d'autres pays, on constate qu'il n'y a pas de solution unique.

Le rapport sur le sujet de la Drees du 9 décembre 2021 devrait être lu attentivement par nos élus. Les mesures coercitives, surtout lorsqu'elles ne s'appliquent qu'à une sous-catégorie professionnelle, par exemple les plus jeunes, sont souvent peu efficaces et aboutissent à des solutions de contournement.

Etablir des régulations par spécialités

Les mesures incitatives doivent l'être vraiment pour avoir une efficacité et celle-ci est souvent transitoire. Par ailleurs, il semble illusoire d'inciter des médecins à s'installer dans un « désert médical » s'il est abandonné de tous les services publics. La profession de médecin devrait être mieux régulée sur un plan territorial. Cette régulation devrait prendre en compte les secteurs conventionnés par la Sécurité sociale.

Car il n'est pas acceptable que l'accès au secteur 1 ait disparu de certains territoires. Raisonner uniquement en matière de démographie globale est un leurre si la régulation de certaines spécialités médicales, en grand danger, n'est pas prise en compte. Le problème ne porte pas uniquement sur la spécialité de médecine générale. Nous devons donc établir des régulations par spécialités pour faire face aux enjeux de santé publique.

Enfin, l'analyse de l'accès aux soins doit prendre en compte le développement, par la formation universitaire, des nou-

veaux métiers de la santé. Comme celui des infirmiers de pratiques avancées (IPA), dont le déploiement est encore trop timoré. Il faudrait rapidement des IPA de pédiatrie, de gériatrie, de coordination de prélèvement d'organes et de transplantation et de médecine de premier recours.

Leur durée de formation étant plus courte (deux ans), ils seraient rapidement opérationnels. Les IPA constituent une progression de la carrière des infirmiers qui permettra de les valoriser et, peut-être, d'éviter la sortie de plus en plus rapide du système de santé de professionnels formés.

L'intégration des IPA dans l'offre de soins permettra sa réorganisation autour des médecins dans une approche pluriprofessionnelle. Cela suppose une réflexion sérieuse, au sein de chaque spécialité, pour définir ce qui relève ou non du médecin et pour favoriser la mise en place de véritables équipes du « prendre soin des patients » partout en France. ■

Bruno Riou, doyen de la faculté de médecine de Sorbonne Université, président de la Conférence des doyens de santé d'Ile-de-France;

Didier Samuel, doyen de la faculté de médecine de l'université Paris-Saclay, président de la Conférence nationale des doyens de médecine;

Benoît Veber, doyen de l'UFR santé de l'université Rouen-Normandie, vice-président de la Conférence nationale des doyens de médecine



L'ANALYSE DE L'ACCÈS AUX SOINS DOIT PRENDRE EN COMPTE LE DÉVELOPPEMENT DES NOUVEAUX MÉTIERS DE LA SANTÉ

Antoine Brézin, Guy Collet et Gérard Vincent

Le pilotage du système de santé doit être confié aux régions

Aucune leçon n'a été tirée de la crise sanitaire, s'alarment le chef de service et les deux anciens dirigeants du secteur hospitalier, qui appellent les candidats à la présidence à réformer le système de santé et à libérer l'hôpital de la bureaucratie

Le Ségur de la santé n'a en rien apporté une réponse à la crise hospitalière – à la désespérance des soignants – et encore moins aux insuffisances du système de santé, notamment au niveau des territoires. Aucune leçon ne semble avoir été tirée de la crise sanitaire. Les corporatismes, en période préélectorale, poussent les feux, la bureaucratie reprend ses droits, voire s'accroît, et le système de santé donne tous les signes d'un effondrement « programmé ».

C'est pourquoi nous interpelons directement les candidats à la présidence de la République sur la nécessité de réformer le système de santé. Ce sujet est aussi important que ceux de l'immigration ou de la sécurité, qui occupent quotidiennement les médias. Nous proposons deux mesures de rupture pour « réenchanter » notre système de santé et, singulièrement, l'hôpital public, auquel nous sommes viscéralement attachés : donner une responsabilité aux régions en matière de santé et libérer l'hôpital public de ses contraintes bureaucratiques.

Pour nous, il est clair que le pilotage du système de santé doit être confié aux régions en matière de tutelle et de régulation. C'est ce qu'ont fait la grande majorité des pays qui nous entourent. La présidence du conseil d'administration des agences régionales de santé (ARS) doit être assumée par la région. En même temps, les

délégations départementales des ARS doivent disposer de compétences générales inscrites dans les orientations stratégiques définies au niveau régional.

Les compétences des régions doivent être élargies à la santé, en complément de leurs compétences en matière de formation, de recherche, d'environnement et d'aménagement du territoire. Donner le pouvoir de décision à ceux qui connaissent les problèmes et difficultés du terrain relève à nos yeux du simple bon sens. Bien sûr, le rôle de l'Etat est important, mais il doit être limité à l'essentiel : les priorités nationales de santé publique, le financement du système de santé avec le Parlement, les normes de sécurité sanitaire et les règles d'exercice des métiers de la santé.

Intérêts corporatistes

Nous pensons que l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (Ondam) doit être décliné en enveloppes de santé par région, sur la base de critères de population et de santé publique. Les conseils régionaux pourront participer au financement des investissements ou d'équipements tout en abondant à la marge les tarifs nationaux. Mais, dans un tel schéma, les conseils régionaux deviennent responsables des équilibres financiers régionaux. Des pouvoirs accrus impliquent une responsabilité financière.



NOUS PROPOSONS DE TRANSFORMER LE STATUT DE L'HÔPITAL, AUJOURD'HUI ÉTABLISSEMENT PUBLIC À CARACTÈRE ADMINISTRATIF, EN FONDATION HOSPITALIÈRE

Nous proposons que les régions soient chargées d'un véritable « service public de santé régional » incluant l'ensemble des acteurs de santé, y compris les cliniques commerciales, qui pourront disposer de missions de service public dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens avec les ARS. Elles pourraient ainsi se transformer en entreprises à mission. Enfin, les régions pourraient mettre leurs compétences à disposition des acteurs de santé dans de nombreux domaines comme la gestion du patrimoine hospitalier, la mise en place de campus d'enseignement et de recherche en santé, la lutte contre les déserts médicaux, la création de plates-formes numériques... Mais cette révolution systémique de la régulation du système de santé n'aurait aucun sens si le pilier du système de santé, l'hôpital public, n'était pas libéré de ses chaînes bureaucratiques.

Nous proposons de transformer le statut de l'hôpital, aujourd'hui établissement public à caractère administratif, en fondation hospitalière. Tous les gouvernements, quels qu'ils soient, n'ont fait qu'amender à la marge les règles de fonctionnement de l'hôpital public. Ce manque de courage ou de vision politique sur le rôle et la place de l'hôpital n'a pas changé son mode de fonctionnement. Cela a abouti, au contraire, à une sédimentation constante de règles élaborées par la technocratie

ministérielle avec la complicité, il faut bien le dire, d'intérêts corporatistes ou catégoriels. Pour nous, l'hôpital n'est pas une administration, mais une entreprise de service public qui doit, en permanence, s'adapter aux enjeux liés aux évolutions de la science médicale et des innovations technologiques, tout en répondant aux besoins de santé dans chaque territoire. Cela suppose souplesse et responsabilité.

Libérer les énergies

C'est la raison pour laquelle nous demandons au prochain président de la République de libérer les énergies de nos soignants en changeant radicalement le statut de l'hôpital public et en lui donnant celui de fondation. Cela suppose ambition et courage. Résumer la crise hospitalière à l'insuffisance des moyens budgétaires est une tromperie voire une lâcheté. Bien sûr, nous savons qu'il faut distinguer le statut de l'hôpital de celui de ses salariés. Le rapport de Gérard Larcher sur l'avenir de l'hôpital avait abordé intelligemment ce sujet. Il proposait déjà, une transformation du statut de l'hôpital tout en permettant aux personnels médicaux et non médicaux de garder leur statut public ou de choisir le statut de la convention collective des établissements privés à but non lucratif.

Dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), ces fondations hospitalières doivent

contractualiser leurs relations avec les facultés de médecine pour assurer les missions de recherche et d'enseignement. Il n'est plus temps de tergiverser. L'hôpital est en danger. Si les décisions ne sont pas prises, c'est tout le système de santé français qui risque d'être emporté dans la tourmente. Nous savons que, dans ce cas, la médecine lucrative l'emportera et nous aurons un système à deux vitesses. Tous ceux qui crient à l'insuffisance de moyens, à la course aux créations de postes tout en préservant leurs statuts et intérêts particuliers affaiblissent en réalité le service public de santé.

Sur le plan de la méthode nous appelons, dès le début de la législature à la nomination d'une personnalité, entourée d'une équipe rapprochée, chargée, pour la fin de l'année 2022, de proposer au président de la République, une grande réforme du système de santé publique dans ses missions et son organisation. ■

Antoine Brézin est professeur à l'université de Paris, chef du service d'ophtalmologie à l'hôpital Cochin; **Guy Collet** est ancien directeur d'hôpital et d'agence régionale d'hospitalisation; **Gérard Vincent** est ancien directeur des hôpitaux au ministère de la santé