



Les soirées débat au Sénat de
Coopération Santé
Territoires et Santé : quels enjeux ?

2025



Soirée de lancement

« Le premier mètre de la démocratie »

Merci ! Oui merci à vous tout d'abord, adhérents de Coopération Santé : jamais depuis le lancement de nos soirées débat au Sénat vous n'avez été aussi nombreux à y participer qu'en cette année 2025.

Ceci posé, nous avons eu raison de mettre en avant la question des territoires en santé comme fil-rouge thématique de l'année 2025. De fait, selon une enquête récente menée par France Asos Santé, c'est, à 70%, la santé qui est citée en premier quand on demande aux électeurs ce qu'ils attendent de leur futur maire. Preuve, s'il en était besoin, de l'importance de cette question dans les attentes des Français vis-à-vis de leurs élus locaux. Des élus qui, pour reprendre la formule d'un de nos invités, « ne sont pas le dernier kilomètre, mais le premier mètre de la démocratie ». Rappelons aussi au passage que la territorialisation de l'accès aux soins a été officiellement érigée en priorité par les pouvoirs publics depuis ... 2009. Les conditions pour en faire enfin une réalité concrète sont aujourd'hui réunies — à condition d'en avoir collectivement la volonté.

Premier enseignement de ce fil rouge 2025 : devant la multiplicité des centres de décision existants, personne, y compris les professionnels et les usagers concernés, n'est en mesure d'expliquer précisément qui fait quoi entre l'État avec la DGOS (direction générale de l'offre de soins), les régions avec les ARS (Agences régionale de santé), les départements avec leurs PDS (plans départementaux de santé). Sans parler des CTS (conseils territoriaux de santé), des intercommunalités ou des conseils municipaux !

En pratique, les structures se chevauchent, les instances se recoupent, les territoires se concurrencent. Jusqu'à certains maires qui, parfois, se livrent à une véritable course à l'échalote pour attirer chez eux et à coup de milliers d'euros qui un jeune généraliste, qui un cabinet libéral, qui une maison de santé pluridisciplinaire. Et tant pis si, quelques années plus tard, cette dernière reste désespérément vide : **construire des murs, cela ne suffit pas toujours à faire venir des professionnels.**

Nos échanges ont mis en lumière une conviction partagée, pour sortir par le haut de ce mille-feuille administrativo-politique bien connu, la solution consiste d'abord pour tous les acteurs à « se rencontrer, à apprendre à se connaître, à se parler. A jouer la complémentarité plutôt que l'affrontement puisqu'au fond, nous prenons peu ou prou en charge les mêmes patients... » C'est vrai des hôpitaux publics et des cliniques privées, des généralistes et des spécialistes, des médecins et des paramédicaux, du secteur médical et du secteur médico-social.

Enfin, nous avons collectivement constaté qu'une bonne gestion des territoires de santé passe également par une approche à long terme des pouvoirs publics, susceptible d'assurer visibilité et engagement des acteurs concernés. A quand, donc, une grande loi quinquennale, contenant quelques objectifs précis et quantifiables, ainsi qu'une évaluation sérieuse après coup avec à la clé sanctions chez certains et valorisations diverses chez tous les autres ? C'est la proposition que Coopération Santé entend porter, avec ses adhérents et en lien avec les parlementaires qui nous font confiance, dans les mois qui viennent.

C'est dans cet esprit que nous abordons 2026, avec un fil-rouge centré sur l'efficacité et l'équité parce que repenser l'accès aux soins ne peut se faire sans interroger à la fois la performance de notre système et la justice de ses résultats.

Vincent Olivier
Président



Territorialisation de la santé : un axe prioritaire... depuis au moins 2009 !

La décentralisation s'est faite sans la santé, et la régionalisation de la santé s'est faite sans les collectivités territoriales. Les déserts médicaux ont été inscrits à l'agenda lors de l'épisode politique des gilets jaunes. La crise sanitaire a montré le rôle essentiel des acteurs locaux, notamment les collectivités territoriales, et des nouvelles coopérations professionnelles.

Et si l'arsenal législatif s'est enrichi avec la loi 3DS (différenciation, décentralisation, déconcentration et simplification) en 2022, la territorialisation de la santé soulève trois enjeux de coordination aussi fondamentaux qu'interdépendants.

- L'articulation des échelles : la politique nationale doit être adaptée aux territoires, dont les besoins doivent eux-mêmes être ajustés.
- L'articulation intersectorielle : la vision « territoires et santé » concerne le sanitaire, le médico-social et le social, ce qui impose de déplacer la conception traditionnelle de la santé.
- La coopération interprofessionnelle : la profession médicale doit composer avec d'autres acteurs, y compris ceux des nouvelles professions.

Une nouvelle médecine se dessine, à travers « territoires et santé » : une médecine de parcours, une médecine d'accompagnement, et une médecine qui fait une large place à la prévention. Dans cette perspective, leurs compétences dans les domaines du sport, du logement, de l'urbanisme ou encore de l'emploi

procurent aux collectivités locales d'indéniables avantages.

Aussi **François-Xavier Schweyer** en est-il convaincu, « **les collectivités locales sont des acteurs à part entière de la santé** ».

Parce qu'ils sont à la fois des bassins de vie, mais aussi des vecteurs d'identification et des intégrateurs des déterminants de santé, les territoires permettent une approche globale et intégrée de la santé.

Par **Corinne Imbert**,
sénatrice de Charente-Maritime,
conseillère départementale
de la Charente-Maritime,
pharmacienne, rapporteure
de la branche maladie
du PLFSS et marraine des
Mercredis de
Coopération Santé



& **François-Xavier Schweyer**,
professeur en sociologie
au département « Sciences
Humaines et Sociales »
de l'EHESS et chercheur
au centre Maurice Halbwachs

tion des plateaux techniques et la gradation des soins,

- le monde de l'ambulatoire, dont la régulation a été de longue date déléguée par l'État aux professionnels de santé,
- le monde médico-social, très balkanisé et disposant de financements croisés, dans lequel les associations jouent un rôle fondamental,
- le monde des usagers, des citoyens et des élus, qui entendent peser davantage et voir leur pouvoir d'agir se renforcer.

« L'hôpital ne s'en sortira pas si la médecine de ville ne se réorganise pas. Or jusqu'ici, le service public territorial de santé n'a pas survécu à l'opposition frontale du monde libéral du fait de son attachement aux notions de liberté et d'indépendance par rapport à la chose publique – même si les communautés professionnelles territoriales de santé s'engagent dans des missions de service public. Il est tout aussi crucial de concevoir un nouveau partenariat avec les patients, en donnant toute leur place à la prévention, à l'éducation thérapeutique, au pouvoir d'agir et à l'aller vers. »

Coordination, coopération et confiance

Coordination, coopération et confiance

Outils de coopération interprofessionnelle (maisons et centres de santé), dispositifs de coordination (CPTS, GHT), nouveaux métiers, dispositifs d'aide à la coordination, conférence départementale des financeurs... : **François-Xavier Schweyer** fait l'hypothèse que la coordination est le nouveau mot de l'organisation de la médecine libérale.

Comment définir un territoire de santé ?

La transversalité de l'action publique est l'autre maître mot, pour que la santé soit dans toutes les politiques, avec les contrats locaux de santé, les nouvelles compétences confiées aux conseils territorial de santé (CTS) et les projets territoriaux de santé.

« Face à la multiplicité d'acteurs interdépendants, il ne peut y avoir un seul décideur et la partition n'est pas écrite. Il est essentiel de suivre une logique d'apprentissage, d'ac-culturation et d'approvisionnement réciproque, pour que les acteurs découvrent qu'ils ont des intérêts partagés – et qu'ils soignent les mêmes patients. »

Corinne Imbert partage ce point de vue : **« le mot d'ordre bannis-sant le compérage »** a fait long feu et les véritables enjeux sont ceux de la confiance et de la coopéra-tion. **« Même si les CPTS n'ont pas toujours que des avantages, elles apprennent au moins aux profes-sionnels à ce connaître. C'est in-dispensable pour voir s'apaiser les guerres de chapelle, dans l'intérêt des patients. »**

Aménagement du territoire et proximité

Certes, la proximité n'a pas le même sens quand elle est vue de Paris, d'une autre grande ville ou d'un vil-lage. Néanmoins, son intérêt a été rappelé avec force par la pan-démie de covid : les collectivités les plus agiles ont indéniable-ment été les communes et les départements, qui sont à la fois garants de l'amé-nagement du territoire et capables d'agilité.

« Les Plans Santé dépar-tementaux permettent de faire de la dentelle, en partant des terri-toires de vie pour mieux comprendre les forces en présence. Ce faisant, l'aménagement du ter-ritoire apaise certaines rancœurs et colères et réduit les inégalités d'ac-cès aux soins, au bénéfice des patients. »

Face à la désertification médicale – et peut-être, demain, pharmaceutique –, les territoires sont en concur-rence. C'est pourtant en tra-villant ensemble que tous les acteurs du système de santé, au premier rang desquels les pro-fessionnels et les élus locaux, qu'il sera possible d'améliorer la prise en charge et l'accès aux soins. Avancer ensemble permet aussi de contrer la judiciarisation de la santé.

Redonner sa place au moyen long terme

De façon générale, le problème de fond est celui de la temporalité de la transformation, car il y a du potentiel et une vraie énergie existe.

Relever les défis de « territoires et santé » impose d'accroître la lisibi-lité et l'efficacité des dispositifs. Les actions de prévention par exemple, auxquelles chacun est favorable, sont portées tantôt par l'Assurance maladie, tantôt par les assurances complémentaires, et parfois dans le cadre des contrats locaux de santé. Pour Corinne Imbert, un cadre plu-riannuel de discussion de la loi de financement de la Sécurité sociale permettrait de les inscrire dans une échelle de cinq ou dix ans pour me-surer leur efficacité.

Il importe aussi de penser la forma-tion des professionnels de santé dans le temps,

- Face à l'hétérogénéité territo-riale, la bonne réponse est la notion de maillage et de rap-prochement des frontières, pour ga-rantir la cohérence des échelles selon les acteurs.
- Tout comme il n'existe pas une seule bonne échelle, il ne saurait y avoir un unique chef d'orchestre : l'enjeu est celui de la mise en cohé-rence des acteurs, avec la consti-tution d'espaces de régulation et une visibilité dans le temps long.

Synthèse rédigée par
Voyelles Rédaction
www.voyelles.net

Le territoire, une portion d'espace appropriée

Les définitions de « territoire », terme polysémique et notion parfois po-lémique, ne manquent pas. Il existe même un marketing territorial. Tou-tefois, dans le domaine de la santé, la définition la plus pertinente semble être celle du géographe Roger Bru-net, selon laquelle le territoire est une portion d'espace appropriée.

Une portion d'espace appropriée : par qui ?

Quatre types d'acteurs majeurs façonnent les territoires au quotidien, par leurs interactions :

- la population, qui définit le territoire par les flux (les dé-placements domicile-tra-vail et ceux vers les services de proximité, qui constituent les bassins de vie et leurs multiples déclinaisons) ;
- les élus locaux ;
- les services déconcentrés de l'État (CPAM, ARS...) ;
- les professionnels de santé.

Le territoire de proximité de la population est le territoire vécu. Re-connu comme tel par l'Insee, il inclut l'accès aux soins de premier recours. C'est donc à son échelle que peut être analysée l'adéquation entre l'offre et la demande de soins.

Un territoire de santé : pour quoi ?

Créer des territoires permet de les différencier et de les spécifier, pour adapter les politiques pour appor-ter des réponses ciblées en fonction des besoins. Cette spécification per-met aussi d'identifier des populations particulièrement fragiles sur le plan socioéconomique, par exemple. En France, toutefois, la délimitation des territoires vécus et des territoires administratifs pose une difficulté

majeure, étant entendu que leurs pé-rimètres ne se superposent pas.

« Au Canada, tous les territoires se superposent parfaitement. En France, il n'est pas rare qu'un bas-sin de vie dépasse sur deux ou trois départements et soit frontalier avec une autre région. C'est très compli-qué, ne serait-ce que pour obtenir des données statistiques. »

Joy Raynaud

Par le Dr Michaël Benzaqui,
sous-directeur de l'accès
aux soins et du premier recours
à la Direction générale de l'offre
de soins (DGOS)



& Joy Raynaud,
consultante spécialiste de
l'accès aux soins et des
inégalités territoriales de
santé, docteure en
géographie et en
aménagement du territoire

Une autre difficulté se fait jour : la dialectique entre les projets de l'État et les initiatives locales déployées dans les territoires. L'intelligence, la souplesse et l'articulation sont es-sentielles pour la résoudre. En l'oc-currence, c'est ce dont font preuve au quotidien les professionnels de santé libéraux.

Géopolitique du local : l'exemple des CPTS

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont été créées pour réorganiser l'offre de soin de ville, limiter au maximum les inégalités d'accès aux soins et ren-forcer la coopération ville/hôpital. Et ce, dans un contexte de vieillisse-

ment de la population et de raréfac-tion de l'offre de soins.

Les quatre acteurs mentionnés plus haut y sont impliqués, et la question du territoire est cruciale – nourrissant parfois des conflits de périmètres. En tout état de cause, plusieurs points positifs émergent de cette construc-tion de territoires particuliers, qui ont vocation à mailler le territoire natio-nal : les premières études

mettent en lumière les sy-nergies créées entre la po-pulation, les élus locaux, les services déconcentrés de l'État et les professionnels de santé. Elles soulignent aussi la lisibilité apportée, tant en matière de gouvernance que sur le plan politique. Du point de vue des patients, les CPTS favorisent la mul-tiplication des actions de prévention, la coordination des parcours et l'améliora-tion de la qualité des soins.

Des limites demeurent, tou-tefois, qui expliquent cer-tains échecs. L'une d'entre elles est la faible mobilisa-

tion des acteurs, qui s'explique par leur épuisement, lui-même lié à la tension en matière d'offre de soins : la part de la population sans méde-cin traitant est estimée entre 10 et 11 %. En outre, certains professionnels de santé font preuve de résistance au changement et des conflits peuvent aussi exister – qu'il s'agisse de conflits de personnes ou avec les tutelles.

« Pour franchir ces limites, il est crucial qu'un porteur de pro-jet doté d'une vision claire, dy-namique, charismatique et dé-sireux d'apporter des choses à son territoire embarque toutes les parties prenantes. »

Joy Raynaud

.../...

Soirée spéciale avec Marguerite Cazeneuve



Aider les territoires à s'organiser : le rôle de la DGOS

La DGOS s'est restructurée en avril 2024, avec la création d'une nouvelle sous-direction de l'accès aux soins (notamment l'exercice coordonné, avec les CPTS, les centres de santé, les ESP, les ESS, etc.) et du premier recours (urgences, transport sanitaire). Parallèlement à l'auto-organisation de la médecine de ville, régie par la Charte de 1927 et ses cinq principes fondamentaux (libre choix de son médecin, liberté de prescription, secret médical, contrôle des malades par les caisses d'assurance maladie, liberté tarifaire), se sont développés la médecine salariée, les hôpitaux, les CHU et les premiers temps plein hospitaliers de médecins. Pour l'État, ce maillage et ces structures facilitent la planification et la gestion. Toutefois, il est progressivement apparu qu'il fallait aussi aider les professionnels de ville à s'organiser pour répondre aux besoins des patients.

L'indispensable objectivation

Les premiers critères visant à objectiver les difficultés d'accès aux soins, plutôt frustrés, ont été complétés par des outils plus perfectionnés comme l'APL (accessibilité potentielle localisée). Communes, EPCI, regroupements, départements, régions... :

l'enjeu est d'identifier et de délimiter les territoires auxquels appliquer ces indicateurs.

Trouver la bonne maille et faire confiance aux dynamiques locales

« Tout ne se décrète pas en amont. Créer des outils ciblés prend nécessairement du temps, suivi du temps d'adaptation des professionnels sur le terrain. »

Dr Michaël Benzaqui

Ainsi, même si ces structures ont été instaurées par la loi, la création des équipes de soins spécialisées (ESS) et des CPTS a reposé sur la volonté des pouvoirs publics de fournir des outils et de faire confiance aux professionnels de santé pour s'en emparer.

À cet égard, Michaël Benzaqui ne croit pas au jardin à la française en la matière : le périmètre de la CPTS ne doit pas nécessairement coller au département ou à la commune.

« Les structures se recoupent de façon imparfaite, mais c'est une imperfection qu'il faut accepter. Je crois profondément dans les dynamiques locales et au fait de laisser la main aux acteurs pour avancer. »

S'inscrire dans une dynamique d'amélioration continue

Par ailleurs, les outils sont perfectibles.

Par exemple, il n'est peut-être plus très pertinent d'analyser l'APL uniquement sous l'angle de la profession ou de la spécialité. De fait, au regard de l'APL-Médecins généralistes, 75 % du territoire est considéré en zone sous-dense. Sans doute serait-il possible de créer des APL composites, tenant compte des dynamiques territoriales, des protocoles de coopération ou des évolutions des périmètres de compétences. L'objectif étant d'adapter les politiques publiques pour prioriser les territoires qui ont le plus de besoins.

Pour aller plus loin et moderniser les outils, l'intelligence artificielle doit permettre de générer des modèles grâce à des jumeaux numériques, au service d'une véritable planification.

- L'État doit impulser une vision stratégique sur le long terme, pour résoudre le hiatus entre des cadres nationaux et des politiques à géométrie variable en fonction des territoires – d'où l'importance de définir ces derniers.
- Pour favoriser et accompagner les dynamiques et les volontés humaines sur les territoires, la notion clé est la confiance. Celle-ci n'exclut pas le contrôle et l'évaluation, mais elle requiert d'accepter que tout ne fonctionne pas partout de la même façon.

Synthèse rédigée par
Voyelles Rédaction
www.voyelles.net

La branche maladie se trouve dans une situation financière inédite, qu'il n'est pas exagéré de qualifier de catastrophique. Depuis trois ans, le déficit annuel se creuse – et le tendancier est pire que celui qui avait été anticipé l'année précédente. Cette situation s'explique en grande partie par la croissance du nombre de patients âgés et/ou souffrant de pathologies chroniques (+300 000 par an).

« Dans une société vieillissante marquée par des comorbidités de plus en plus nombreuses, la charge de santé et d'assurance maladie s'alourdit de manière mécanique. Et ce phénomène connaît désormais un effet d'accélération. »

Marguerite Cazeneuve

Face à ces constats, le maître mot est celui d'une ingénierie financière accrue. Un pas de côté radical doit également être effectué en matière de prévention.

Dans cette période, il est utile de revenir aux fondamentaux. En l'occurrence, deux pistes de réflexion collective ont été proposées par Marguerite Cazeneuve aux adhérents de Coopération Santé.

Comment (mieux) organiser le système de santé pour optimiser le diagnostic précoce et la prise en charge des patients à risque cardiovasculaire ?

Les pathologies chroniques, qui coûtent le plus cher à l'Assurance maladie, sont bien connues : santé mentale (25 Md€), cancers (25 Md€), pathologies cardiovasculaires et associées (45 Md€).

Du fait des comportements (alcool, tabac, alimentation, sédentarité), la population générale est de plus en plus à risque cardiovasculaire, et ce risque est avéré chez 20 millions de patients.

Un dépistage précoce, dans un parcours de soins, permet d'éviter une aggravation de la pathologie et des comorbidités et, in fine, l'hospitalisation – étant entendu que les patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque ont 20 % de risque de mourir lorsqu'ils sont hospitalisés.

Pourtant, les études conduites par l'Assurance maladie montrent que 30 à 40 % des patients sont incidents au moment de leur hospitalisation : ils sont passés entre les mailles du filet de tout le système de santé avant de devoir être hospitalisés en raison de l'aggravation de leur état de santé – en l'occurrence, une dé-

les trois quarts des patients qui ont de l'hypertension artérielle sont soit non diagnostiqués, soit non traités.

→ Pourquoi, dans le système de santé français, des patients peuvent se trouver incidents, dans des états aussi graves, au moment de leur hospitalisation.

« Le véritable problème n'est pas la saturation des hôpitaux ou le nombre de lits, mais l'insuffisance du diagnostic précoce. »

NB : Il est proposé de circonscrire la présente réflexion collective à la prévention secondaire en amont de l'hospitalisation, dans la mesure où les participants sont des professionnels de santé.

Comment mieux mettre en avant ce qui fonctionne et lutter collectivement contre le « French bashing », particulièrement virulent à l'encontre de notre système de santé ?

L'autre axe de réflexion est plus politique.

Les Français ont énormément de chance d'avoir l'Assurance maladie, laquelle a formidablement agi pendant la pandémie de covid. Pourtant, tous les corps intermédiaires du système de santé en renvoient au grand public une image extrêmement négative.

« Tout se passe comme s'il était impossible d'affirmer que les choses vont bien. C'est problématique, car cela crée une défiance très forte, et une sorte de prophétie autoréalisatrice : si les Français ont confiance dans le système de santé et dans l'Assurance maladie, ils ont le sentiment que le service public recule. Or tel n'est pas le cas. De fait, le niveau de protection de l'Assurance maladie n'a cessé de progresser. » .../...



Avec Marguerite Cazeneuve,
directrice déléguée
de l'Assurance maladie
(Cnam)

compensation aigue. L'échelle est la même concernant les patients diabétiques ou souffrant de maladie rénale chronique.

« Certes, 4 % des patients en ALD n'ont pas de médecin traitant. Mais comment expliquer qu'au moins un tiers des patients souffrant de pathologies connues soient dépistés au moment de l'hospitalisation ? »

L'exemple de l'hypertension artérielle (HTA) est particulièrement parlant. Alors que 17 millions de personnes sont touchées, 1 personne sur 2 est traitée et seulement 1 sur 4 est stabilisée. Ainsi, bien que la mesure de la tension relève de l'examen de base,

En dix ans, le taux de couverture des frais de santé par l'Assurance maladie est passé de 75 % à 80 %. Pour citer cet autre exemple, il ressort d'une étude de l'Ides que la France compte 1,5 soignant par lit en hospitalisation complète, contre 0,5 en Allemagne.

→ **Tout ne va pas bien, mais certaines choses vont mieux. L'espérance de vie en bonne santé est d'ailleurs en augmentation. Pourquoi sommes-nous collectivement incapables de le dire ?**

« Cette situation est d'autant plus problématique qu'elle contribue à la montée des extrêmes et à la bascule des démocraties libérales. »

En dépit des intérêts corporatistes, comment nous ressaisir collectivement pour montrer aux Français que tout ne va pas mal et, ce faisant, préserver notre démocratie sociale ?

« Pour préserver le service public de la santé, mieux vaut le vanter que de le critiquer en permanence. »

Les syndicats qui critiquent l'Assurance maladie ont le droit de le faire. C'est même leur rôle, mais cela génère une mauvaise image collective. Comment ne pas toujours prendre une parole corporatiste, mais saluer les dispositifs médicaux et les médicaments qui permettent de soigner aujourd'hui mieux qu'hier et louer les avancées.

« Il y a une véritable urgence à cesser de communiquer sur les échecs des uns et des autres, mais à valoriser les avancées, les réussites et les innovations au service des patients. »

Propositions des adhérents de Coopération Santé

1. Comment (mieux) organiser le système de santé pour optimiser le diagnostic précoce et la prise en charge des patients à risques cardiovasculaires ?

S'appuyer sur les biologistes médicaux

Marouan Bennani,

Syndicat des biologistes

« Déployer un système de pop-up, par exemple pour signaler qu'un patient n'a pas fait doser certains marqueurs depuis un certain temps »

« Alors que les laboratoires de biologie médicale alimentent 40 % du DMP, identifier et doser les marqueurs qui permettent de faire de la prospective et d'anticiper l'évolution des risques cardiovasculaires chez les patients concernés »

Kim Nguyen,

Syndicat Les biologistes médicaux

« Faire des laboratoires un point d'entrée du parcours patient, compte tenu de la couverture des laboratoires et du nombre de patients reçus au quotidien d'une part, et des dosages recommandés par la HAS d'autre part pour le dépistage des maladies chroniques et du risque cardiovasculaire »

S'appuyer sur la médecine du travail

Philippe Maugendre, Sanofi

« Appréhender la médecine du travail comme un relais à part entière pour le dépistage des risques cardiovasculaires pour certaines tranches d'âge »

S'appuyer sur les infirmiers en pratique avancée

Ilona Denis, Fédération nationale des étudiants en sciences infirmières

« Faciliter l'accès aux infirmiers en pratique avancée, dont les compétences ont été élargies en 2023, en remboursant l'accès direct »

S'appuyer sur les organismes complémentaires

Olivier Milcamps, Harmonie Mutuelle

« Faire savoir et prendre en compte le rôle des organismes complémentaires dans la prise en charge des maladies chroniques, au côté de l'Assurance maladie »

S'appuyer sur les officines

Luc Besançon, NèrES

« Utiliser les données des officines pour favoriser la meilleure connaissance des patients par l'Assurance maladie, notamment ceux qui ne s'insèrent pas dans un parcours de soins remboursés »

« Permettre l'inclusion automatique des données non médicamenteuses dans le dossier pharmaceutique et dans Mon Espace Santé »

Faire connaître et redonner du sens aux dispositifs existants

Jean-François Thebaut,

Fédération française des diabétiques

« Éviter les injonctions contradictoires : cesser de privilégier la prise en charge des patients les plus graves, au détriment de la prise en charge précoce ; réintégrer la HTA sur la liste des maladies chroniques ; valoriser les interventions non médicamenteuses dans le cadre de la prévention... »

Élisabeth Hubert, FNEHAD

« Éviter de privilégier des services inefficaces, à l'instar de Prado dans l'insuffisance cardiaque »

« Activer les dispositifs existants les plus pertinents, pour limiter le nombre d'hospitalisations »

Vincent Ollivier, Coopération Santé

« Faire connaître les dispositifs de dépistage et de prévention qui existent, pour renforcer leur mise en œuvre »

John Pinte, SNII

« Utiliser le dispositif qui permet d'anticiper les risques de décompensation et d'engager un suivi rapproché des patients par les infirmiers libéraux »
« Renforcer la coopération entre la médecine de ville et l'hôpital »

Vincent Pradeau,

Syndicat national des cardiologues

« Fournir un appareil d'automesure à tous les patients ayant fait un infarctus ou un AVC, ou présentant une insuffisance cardiaque ou rénale, et enregistrés en ALD »

Isabelle Fontes, Abbott France

« Faire un listing de tous les dispositifs de prévention/détection des maladies cardiovasculaires et s'assurer qu'ils puissent être utilisés facilement par les patients ou par les professionnels de santé »

Développer des partenariats innovants

Luc Besançon, NèrES

« S'inspirer d'une expérimentation conduite aux États-Unis, entre l'assurance maladie et une chaîne de supermarché, pour identifier les profils à risques à partir des achats et, à travers leur carte de fidélité, les inciter à agir »

Camille Reboul, Novartis

« S'inspirer du partenariat entre Novartis et le CHU de Nantes pour développer un programme de suivi digital des patients ayant fait un événement de type AVC ou infarctus du myocarde »

« Assouplir le cadre pour favoriser les initiatives public/privé, avec le soutien de l'Assurance maladie »

Mieux communiquer, pour inciter les patients à se faire dépister

Frédéric Maillard, FMAD

« S'inspirer des centres de vaccination contre le covid et du courrier d'incitation au dépistage du cancer colorectal, pour inciter les patients à aller se faire dépister dans un centre dédié aux risques cardiovasculaires »
« S'inscrire dans une démarche de nudge, en offrant une place de cinéma aux patients qui se font dépister »

Vincent Pradeau,

Syndicat national des cardiologues

« Toujours dans une logique de nudge, faire figurer sur les bilans médicaux une phrase simple de type « votre bilan laisse apparaître un risque cardiovasculaire élevé, parlez-en à votre professionnel de santé »

Jean-François Thebaut,

Fédération française des diabétiques

« Faire connaître les bilans de prévention aux âges de la vie »

Dr Jean-François Moreul,

Fédération CPTS

« Travailler ensemble, contractualiser et créer des parcours »

« Inscrire le parcours prévention dans le carnet de santé, pour toucher à l'intime de la prévention dès le début et tout au long de la vie »

Faire évoluer les représentations mentales

Vincent Pradeau,

Syndicat national des cardiologues

« Rappeler qu'une pression artérielle normale va jusqu'à 120/70, mesure à partir de laquelle commencent les événements cardiovasculaires, même s'il a été décidé de traiter la HTA à partir de 140/90 »

Dr Patrick Gasser, Avenir Spe GOMED

« Face au constat de l'échec de la prise en charge de la HTA (en 20 ans, le nombre d'AVC et celui d'insuffisants cardiaques n'ont pas diminué), oser penser différemment pour proposer du nouveau »

« Passer la main à d'autres et s'organiser différemment »

« Se fonder sur le soin à domicile, en faisant un lien avec la médecine spécialisée »

2. Comment mieux mettre en avant ce qui fonctionne et lutter collectivement contre le « French bashing », particulièrement virulent à l'encontre de notre système de santé ?

Entendre la voix de l'étranger et défendre le système français à l'étranger

Maï Tran



« Renforcer la présence d'intervenants français dans les débats internationaux, pour représenter le système national et le défendre »

« Désigner davantage de porte-parole anglophones et avec profil international »

Vincent Ollivier, Coopération Santé

« Faire témoigner des Français vivant à l'étranger et qui viennent se faire soigner en France »

Restaurer la confiance des professionnels en travaillant ensemble

Sophie Beaupere, Unicancer

« Faire confiance aux professionnels et permettre un traitement accéléré des projets innovants »

« Réduire les délais de validation de projets « article 51 »

John Pinte, SNII

« Coconstruire le système de santé et les parcours de soins avec les professionnels de santé, afin qu'ils ne le subissent plus et n'aient plus le sentiment de ne pas être écoutés »

« Si tout le monde approuve et s'approprie le système, le discours sera positif »

Dr Patrick Gasser, Avenir Spe GOMED

« Refaire confiance aux professionnels en leur permettant de contractualiser »

.../...



« Définir ensemble la feuille de route de chacun des acteurs, autour de la notion de territoires, dans la perspective d'une vraie contractualisation territoriale et une vraie responsabilité collective territoriale »

Dr Jean-François Moreul, Fédération CPTS
« Travailler ensemble, contractualiser et créer des parcours »
« Ne pas rejeter la responsabilité populationnelle »

Vincent Ollivier, Coopération Santé
« Fonctionner en mode « objectifs », pour inciter chacun à faire sa part à sa mesure, donc le collectif à travailler en complémentarité et en responsabilité »
« Définir clairement la notion de responsabilité populationnelle, pour s'assurer que tous les acteurs parlent le même langage »
« Organiser des journées passées chez un autre professionnels, pour inciter à plus de tolérance et plus de coopération grâce à la connaissance de la vie quotidienne des autres »

Claude Cottet, Association CLCV
« Rappeler et expliquer les bonnes pratiques (en particulier la radiologie interventionnelle) et s'assurer de leur respect »

Pierre-Frédéric Degon, Abbott France
« Porter des réformes visant à renforcer le pouvoir des caisses régionales (y compris outre-mer), pour donner plus de latitude aux agents en proximité des acteurs du système de santé »

Alain Coulomb, Coopération Santé
« Mettre en avant les hôpitaux publics bien managés, pour montrer l'importance de la formation des gestionnaires hospitaliers »

Vincent Ollivier, Coopération Santé
« Faire témoigner les directeurs d'hôpitaux qui ont réussi à redéployer des moyens et à générer des économies pour sortir leur établissement d'une situation déficitaire, ou charger l'Assurance maladie de le faire »

Jean-François Thebaut, Fédération française des diabétiques

« Améliorer la coordination entre les différents services (Assurés, Médicament, Parcours de soins...) de la Cnam »
« Casser les silos professionnels de santé/dispositifs/patients »

Donner de la visibilité et rassurer sur l'avenir

Dr Patrick Gasser, Avenir Spe GOMED
« Réfléchir à l'opportunité d'une grande loi de programmation »
« Garantir aux professionnels de santé que demain, ils auront accès aux nouvelles thérapeutiques pour soigner les patients »
« Inviter les politiques, qui sont aussi responsables du « French bashing », à porter un message positif »

Sophie Beaurepere, Unicancer
« Favoriser une vision décloisonnée du système de santé, grâce à une loi de programmation pluriannuelle »

Kim Nguyen, Syndicat Les biologistes médicaux
« Adopter une loi programmatique, en s'inspirant de l'étude canadienne sur le calcul du risque de score rénal (systématique chez certains patients), qui a fait baisser de 66 % le nombre de consultation inutiles et de plus de 90 % le temps d'attente chez les néphrologues – la même chose pourrait être faite avec le calcul du score de risque cardiovasculaire »

Restaurer la confiance des patients et impliquer les citoyens

Claude Cottet, Association CLCV
« Diffuser un annuaire de type Gault&Millau des bons chirurgiens, et pas seulement des chirurgiens accrédités »
Luc Besançon, NèrES
« Rendre visibles les aspects positifs de l'Assurance maladie (remboursements) et améliorer les interactions avec les patients (démarches administratives) »
« Toujours faire un retour après la demande de documents, ne serait-ce qu'un remerciement, et faire savoir qu'une démarche est close »
« Imaginer une gamification des interactions avec l'Assurance maladie »

Cryssanthi Guillon, Commstrat
« Repenser le volet de l'éducation aux soins, en incluant le bien-être »
« Apprendre à prendre soin de soi pour devenir citoyen de manière individuelle »
« Dispenser une éducation au service public, en disant clairement qui fait quoi et en mettant en avant la notion d'équité »

Pierre-Frédéric Degon, Abbott France
« Repenser la carte vitale (par exemple sa couleur), pour qu'elle soit empreinte de valeurs, notamment de solidarité nationale »

Communiquer et faire savoir

Philippe Emery, Abbott France
« Mettre en avant les chiffres (nombre d'hospitalisations par jour, nombre de clients dans les pharmacies par jour, etc.) pour illustrer la réalité et l'expliquer notamment l'égalité d'accès aux soins sur le territoire »
« Mettre en avant la notion de coût pour favoriser la prise de conscience du luxe que représente le système de santé français »

Cryssanthi Guillon, Commstrat
« Faire connaître les coûts d'une journée en hospitalisation »
« Communiquer sur les moyens alloués par l'État dans les territoires, comme c'est le cas pour les moyens alloués par la région ou le département »

Marouan Bennani, Syndicat des biologistes
« Communiquer sur le coût des soins pour permettre aux patients français de se rendre compte de la chance qu'ils ont de disposer d'un tel système de santé »
Emmanuel Roux, EISAI
« Rendre public le résultat de la relabélisation des consultations mémoire et des centres de ressources et de recherche (seules les ARS Île-de-France et Grand Est l'ont fait), pour donner accès à l'information et éviter l'errance médicale »
« Faire savoir ce que l'on fait, y compris les financeurs et au niveau européen, et ce que l'on fait bien »

Dr Jean-François Moreul,

Fédération CPTS
« Désigner un pilote pour décloisonner le système et favoriser la coopération »
« Conditionner les conventions et les financements à un minimum de communication positive »
« Lancer des appels à projets de communication positive »

Élisabeth Hubert, Fnehad
« Alors que le principal centre de coût (20 Md €) pour l'Assurance maladie est le mésusage hospitalier, évaluer la légitimité de l'hébergement hospitalier, dans les 48 heures voire dès les urgences – ce que l'IA permettrait aisément à partir des données disponibles »
« Une bonne utilisation de l'hôpital dégagerait une image positive et serait génératrice d'économies rapides et importantes »

Vincent Ollivier, Coopération Santé
« Définir des indicateurs permettant de faire connaître et flécher les économies dégagées par l'efficacité »
« Communiquer pour faire savoir que le système français, dans lequel le payeur est invisible et le rembourseur aveugle, est unique au monde »
« Consacrer de l'argent à faire savoir »

Vincent Ollivier, Coopération Santé
« Définir des indicateurs permettant de faire connaître et flécher les économies dégagées par l'efficacité »
« Communiquer pour faire savoir que le système français, dans lequel le payeur est invisible et le rembourseur aveugle, est unique au monde »
« Consacrer de l'argent à faire savoir »

Un participant
« Déployer une campagne de communication sur les apports de l'Assurance maladie pour la société, par exemple à l'occasion de l'anniversaire des lois de 1945 »

Camille Lefur, pharmacien et étudiante à l'Institut des futurs souhaitables
« Organiser une caisse de résonance aux bonnes nouvelles et à ce qui se passe bien, en augmentant le nombre de sujets « santé » dans les médias conventionnels »

Pierre-Frédéric Degon, Abbott France
« Prévoir une journée d'applaudissements pour le système de santé »
« Expliquer le PLFSS pour le dépassionner, lors d'un débat sur France télévisions par exemple, et montrer que c'est le résultat de choix politiques »
« Réenchanter l'histoire de l'Assurance maladie et réexpliquant d'où elle vient, pourquoi et où elle va »
« Expliquer aux Français pourquoi ils paient tous les mois pour la Sécurité sociale »

Maï Tran
« Changer l'intitulé de « caisse » d'assurance maladie »

Premières réactions de Marguerite Cazeneuve

Parmi ces propositions, l'Assurance maladie pourrait s'inspirer en priorité des suivantes.

1. Comment (mieux) organiser le système de santé pour optimiser le diagnostic précoce et la prise en charge des patients à risques cardiovasculaires ?

- Comme pour les cancers, déployer un dépistage organisé et systématique des maladies cardiovasculaires
- Mieux équiper les patients d'appareils d'automesure tensionnelle
- Se mettre d'accord et communiquer sur le seuil de HTA
- Tirer parti des données recueillies par les biologistes, qui voient de nombreux patients et couvrent l'ensemble du territoire

Il faudrait aussi faire aussi en sorte que les patients qui entrent dans un laboratoire voient le biologiste. L'offre de proximité est essentielle, mais force est de constater que les patients n'ont pas le sentiment d'entrer dans un lieu de soins et de pouvoir échanger avec un professionnel

de santé quand ils franchissent la porte d'un laboratoire de biologie.

2. Comment mieux mettre en avant ce qui fonctionne et lutter collectivement contre le « French bashing », particulièrement virulent à l'encontre de notre système de santé ?

« La frustration exprimée à l'égard de la Sécurité sociale qui n'est pas suffisamment portée par l'institution qui est censée la défendre témoigne aussi d'une forme d'amour et de respect pour notre système de santé. »



Intelligence, compétences et formation

- Développer une culture de la Sécurité sociale, notamment à l'occasion de ses 80 ans
- Inclure l'apprentissage des grandes notions du système de santé dans l'éducation civique
- Mieux vendre le système français à l'international et valoriser ce qui se fait en France
- Viser une loi de programmation, pour donner de la visibilité au système de santé et permettre aux acteurs d'accepter de poursuivre un objectif commun (cf. Ma santé 2022, qui était un véritable projet transversal et visionnaire)
- Définir et faire connaître la vision politique, en montrant qu'elle est soutenue par tous les acteurs système
- Renforcer le rôle du local, des relations humaines et

- du dialogue institutionnel
- Au niveau national, faire en sorte que les bonnes relations entre les parties se traduisent dans des actions qui montrent que c'est ensemble que l'on fait l'Assurance maladie (c'est-à-dire tous les acteurs, tous les professionnels de santé et tous les patients – et pas seulement la Cnam)
- Développer la communication positive et identifier des relais, pour limiter les retours de flamme
- Raisonner par objectifs communs – ce que propose déjà la convention médicale
- De la même façon, négocier des conventions avec les professionnels de santé est déjà de la co-construction – c'est même le dernier espace de politique sociale
- Impliquer tous les corps intermédiaires et valoriser l'apport

- de chacun
- Mieux que rien, c'est en fait beaucoup mieux que rien. Le principe de la démocratie sociale est d'accepter le compromis
- Une des dernières institutions qui tient la route et qui fait société

« En France, la politique de santé est loin d'être la politique du pire et le pire de la politique, comme on l'entend parfois. Elle n'est pas mieux que rien : elle est beaucoup mieux que rien. L'Assurance maladie est à un tournant, dans sa manière de communiquer, de valoriser ce qu'elle fait et de valoriser les acteurs. Je compte sur vous, car nous n'y arriverons pas seuls ! »

Synthèse rédigée par
Voyelles Rédaction
www.voyelles.net

Le principe de solidarité à l'épreuve des inégalités

En 1945, la Sécurité sociale s'est construite autour du principe de solidarité en vertu duquel « à chacun selon ses besoins, de chacun selon ses moyens ». Les données globales brutes, dont il ressort que notre système de santé affiche le taux de reste à charge le plus bas, incitent à penser qu'en France, les laissés pour compte sont peu nombreux. De fait, 96 % des Français ont une couverture de base. Toutefois, une analyse plus approfondie montre qu'il existe de nombreuses sources d'inégalités.

L'exemple des affections de longue durée (ALD) est particulièrement significatif. Certes, les ALD sont couvertes à 100 %. Pourtant, le reste à charge des patients concernés est plus de deux fois supérieur à celui du reste de la population. En effet, seuls les soins en rapport avec l'ALD sont intégralement pris en charge. Or, souvent, ces patients souffrent d'autres maladies, pour lesquelles ils doivent payer le ticket modérateur.

Le taux d'effort est un autre indicateur intéressant à regarder. Il correspond au total du reste à charge et de la prime acquittée pour avoir une complémentaire, rapporté au revenu. En l'occurrence, le taux d'effort est très inégalitaire. De fait, il est fortement lié à l'âge : si le taux d'effort des 30-39 ans est inférieur à 3 %, il dépasse 8 % pour les plus de 80 ans (3 % pour les 20 % de retraités les plus riches, mais près de 10 % pour les 20 % les plus pauvres).

La nature des contrats de complémentaires santé, individuel ou collectif, constitue une autre source d'inégalités bien connue.

« Il existe de nombreuses inégalités, et le système doit en tenir compte pour prendre en charge l'ensemble de la population. »

Pierre-Jean Lancry

L'accès aux soins, une notion multidimensionnelle

Les obstacles à l'accès aux soins sont



Par **Pierre-Jean Lancry**,
Président du Haut Conseil
pour l'avenir de l'assurance
maladie (HCAAM) et
Économiste de la santé,
spécialiste de l'Assurance
Maladie

& Véronique Lucas,
Chercheuse à l'Institut de
recherche et documentation
en économie de la santé
(IRDES)



de nature très diverse. Et pour cause, l'accessibilité recouvre à la fois des aspects spatiaux, des contraintes économiques, des conditions temporelles et organisationnelles, mais aussi une dimension sociale, symbolique et culturelle – même si cette dernière est souvent oubliée. Pour y remédier, il est essentiel d'identifier les difficultés non légitimes et non justifiées qui restreignent l'accès aux soins, afin de déterminer le niveau d'effort considéré comme acceptable pour recourir aux soins.

« Le caractère normatif de la notion d'accès est indéniable : il s'agit d'évaluer, de juger et d'apprécier l'(in)acceptable à l'aune des valeurs sociales et politiques. »

Véronique Lucas

Un besoin criant d'indicateurs opérationnels et consensuels

La dimension spatiale, c'est-à-dire la présence physique d'un professionnel ou d'un service de santé sur un territoire, est la clé de voûte de l'accès aux soins. C'est d'ailleurs celle qui est le plus souvent traitée. Toutefois, d'autres questions se posent, relatives aux caractéristiques de l'offre et de la demande de soins, ainsi qu'à leur interaction : mesure adéquate de l'offre, prix des soins, distance raisonnable pour accéder aux soins. Du côté de la demande, les éléments à prendre en compte sont les besoins différenciés des populations et les pratiques de mobilité pour recourir aux soins.

« En France, comme dans la plupart des pays, il n'existe pas de référentiel externe permettant de caractériser un bon ou un mauvais accès aux soins. L'évaluation ne se fait donc que comparativement, ce qui entraîne des conséquences dans la manière de traiter les territoires pour tenter d'améliorer l'accès aux soins dans les moins favorisés d'entre eux. »

Véronique Lucas

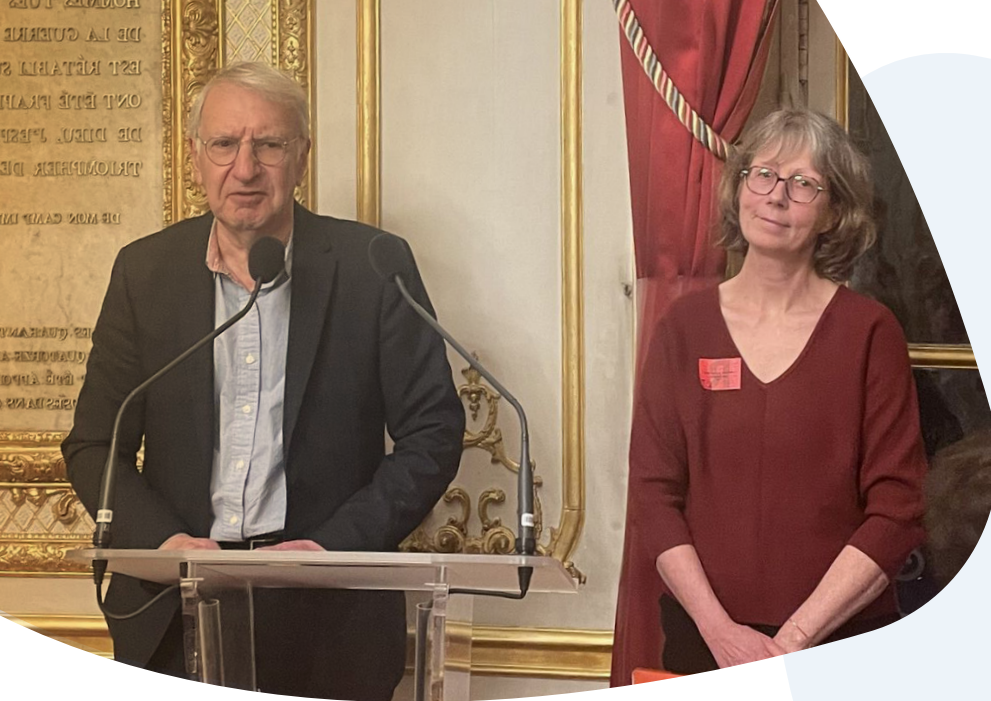
Dans ce contexte, l'apport d'éléments objectivés s'avère indispensable : qu'est-ce qu'un bon accès aux soins ? Qu'est-ce qu'un délai d'accès aux soins acceptable ? Quels sont les prix et les modalités acceptables ?

L'accessibilité de l'offre de soins

S'agissant de la médecine de ville, par exemple, un indicateur d'accès spatial peut tenir compte à la fois de la disponibilité de l'offre sur le territoire et de l'éloignement de cette offre, donc de la distance à parcourir par les populations de ce



Comment nos voisins européens gèrent-ils leurs territoires dans le champ de la santé ?



Travailler les objectifs avant de définir des indicateurs

L'APL, qui a servi à définir les zones déficitaires en médecins généralistes, est apparue parfois insuffisamment précise localement, en particulier parce qu'elle tient compte de l'âge mais pas de la dimension sociale. Elle a donc été conservée pour le cadrage national, mais les ARS ont repris la main pour choisir parfois d'autres indicateurs.

« Une meilleure articulation est nécessaire entre la phase politique (qui doit rester première) et la construction des indicateurs (qui doit être un travail collectif), avec des retours continus entre les décideurs, les acteurs de terrain et la population pour s'assurer que ce que les indicateurs mesurés correspondent à la réalité. »

Véronique Lucas

Repenser les modèles d'organisation pour favoriser la coordination des professionnels de santé

Le point positif de la situation actuelle de la démographie médicale est qu'elle oblige à innover dans les organisations professionnelles. Par exemple, le passage de la rémunération à l'acte à la rémunération par capitation (forfait par patient) améliorerait à coup sûr l'accessibilité aux soins et leur qualité. L'équité doit aussi être recherchée entre les professionnels de santé – ce qui nécessite une rémunération centrée sur le patient.

Synthèse rédigée par
Voyelles Rédaction
www.voyelles.net

territoire. C'est le cas de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), initialement calculé à l'échelle de la commune.

Il importe aussi de tenir compte du coût des consultations, en calculant des indicateurs tenant compte du secteur de conventionnement et du niveau de dépassement d'honoraires pratiqués par les médecins du territoire. Il est donc pertinent de créer des indicateurs d'accessibilité à une offre à dépassements d'honoraires modérée, ou à dépassements plus élevés.

Les besoins de soins

Concernant la mesure des besoins de soins, la dimension la plus déterminante est l'âge. Mais il faut aussi analyser les autres caractéristiques des populations, comme leur vulnérabilité. De fait, les populations les plus modestes ont souvent plus de multimorbidités et des souffrances psychosociales qui peuvent se traduire par un recours aux soins plus fréquent. Pour tenir compte de ces besoins plus importants dans les indicateurs d'accessibilité, il convient donc de surpondérer les populations locales les plus âgées ou les plus défavorisées.

Le recours aux services de santé

Il semble moins pertinent de définir l'accès aux soins relativement à une unique profession : mieux vaut considérer le cumul des difficultés dans le

recours à différents services de santé. Une politique publique qui se focaliserait sur le premier recours, par exemple, impliquerait la coprésence de plusieurs catégories de professionnels de santé aux côtés du médecin généraliste. Cela va dans le sens d'une meilleure prise en compte du renforcement de l'intégration, de la coopération multiprofessionnelle et du développement des rôles avancés pour les auxiliaires médicaux – autant de mécanismes identifiés pour améliorer la disponibilité et la qualité des soins.

Pour des politiques d'accès aux soins plus efficaces

Bien apprécier la situation et penser à moyen terme

Au milieu des années 1980, alors que les courbes démographiques étaient connues, les pouvoirs publics autant que les médecins étaient obnubilés par le trop grand nombre de médecins, c'est-à-dire par le présent et le très court terme. Ne reproduisons pas la même erreur d'appréciation !

« Certes, il faut trouver des situations de court terme pour résoudre les inégalités d'accès aux soins. Mais il est crucial d'étudier les courbes à moyen terme, afin que les solutions d'aujourd'hui ne soient pas orthogonales avec celles qu'il faudra mettre en place en 2030-2035. »

Pierre-Jean Lancry

L'analyse comparée de la gestion des territoires en santé en Suède et l'Allemagne est riche d'enseignements qui peuvent nous inspirer, même s'il ne s'agit pas de dupliquer ces modèles

Des constats chiffrés qui interpellent

La Suède a une démographie à peu près comparable à la France, mais sur le plan géographique et climatique, son cahier des charges est plus compliqué. Ses indicateurs de santé sont quasi systématiquement meilleurs que les nôtres. Pourtant, elle compte deux fois moins de lits d'hospitalisation et deux fois moins de médecins généralistes compte tenu de sa population.

En Allemagne, l'état de santé moyen de la population est plutôt moins bon qu'en Suède et en France et les dépenses de santé sont plus élevées – en particulier les dépenses hospitalières, le nombre de lits étant trois fois plus élevé qu'en Suède. Pour autant, le modèle allemand présente des intérêts, notamment sur le plan de la prise en charge et de la cogestion entre les associations de professionnels de santé et les caisses d'assurance maladie.

Une affaire de contexte

Au début des années 1990, l'état-providence ayant atteint ses limites – l'état était alors en cessation de paiement –, la Suède a entièrement remis à plat son système de santé. Qui plus est, elle avait modélisé que si tout restait en l'état, il faudrait que 100 % d'une génération suive des études de médecine à horizon 2040 pour répondre à la demande de soins. Le pays a donc collectivement construit un système différent.

« Face à l'évolution des courbes de la demande et de l'offre de soins, la Suède a compris qu'elle ne pourrait pas faire plus, mais qu'elle devait faire différemment. Elle s'est alors lancée dans la quête de la productivité en santé – qui est un gros mot en France ! »

Dr François Demesmay



Par le Dr François Demesmay,
Directeur médical Crédit
Agricole Santé et Territoires

& Denis Raynaud,
Docteur en Sciences
économiques, Directeur
du GIP-IRDES



En Allemagne, le système actuel a commencé à se dessiner dans les années 1990 également, dans le cadre de la réunification et de l'harmonisation de l'offre de soins. De surcroît, ce pays connaissait déjà un taux de natalité très bas. Il s'est donc agi d'anticiper le vieillissement de la population.

Une affaire de culture

Pour remettre à plat du système de santé suédois, le politique a décidé de se focaliser sur le « quoi » et le « pourquoi », et de confier le « comment » aux professionnels. Par ailleurs, loin d'avoir un système monolithique, il en existe autant que de régions – 21, en l'occurrence. Enfin, l'accent a été mis sur l'incitation aux bons comportements.

« La Suède est sortie du paiement à l'acte, pour favoriser un paiement forfaitisé : on ne paie pas un volume de soins, mais la valeur individuelle et sociétale créée par les acteurs en santé. »

Les patients ont l'obligation de s'inscrire dans un centre de soins – celui de leur choix, dont ils peuvent changer par la suite sans difficulté –, lequel centre perçoit une rémunération en fonction de la pathologie prise en charge, quel que soit le niveau de soins fourni. En d'autres termes, la rémunération est découplée de la prestation : le centre de soins et le patient sont cogestionnaires du patrimoine santé du patient, et tout est mis en œuvre pour éviter que les citoyens tombent malades – cela implique aussi un effort de prévention sans commune mesure avec celui qui existe en France.

« La Suède a une approche industrielle de la prévention, au sens noble du terme. À l'arrivée de l'automne, par exemple, les patients sont directement contactés pour aller se faire vacciner. Il y a un véritable intérêt, y compris économique, à le faire : le coût de la gestion d'un vaccin n'est rien à côté des décompensations bronchiques que pourrait faire un patient non vacciné. »

En Allemagne, les caisses publiques d'assurance couvrent 90 % de la population, les 10 % restants ayant fait le choix de sortir du système et d'opter pour une assurance privée. Le système présente quelques similitudes avec la France, comme l'exercice libéral de la médecine de ville ou la liberté de choix des patients. En revanche, la cogestion entre les caisses d'assurance maladie et les associations de professionnels de santé

En quoi les nouvelles technologies peuvent-elles favoriser la territorialisation de la santé ?

influe largement sur la régulation de l'installation des médecins libéraux.

« En Allemagne, la régulation de l'installation a commencé en 1993, car les médecins craignaient d'être trop nombreux et de se faire concurrence entre eux. La régulation peut donc aussi être perçue comme une façon de maintenir une forme d'oligopole et maintenir un niveau de revenus ! »

Denis Raynaud

Depuis 2012, la régulation tient compte des besoins en fonction de l'âge et du sexe de patients, et de l'état de santé (morbidité). Ces besoins sont évalués de façon fine dans les territoires pour planifier les installations, et la taille des territoires varient selon la spécialité. Ainsi, il existe quatre niveaux de territoire : la médecine générale (900 territoires de 100 000 personnes chacun), les soins généraux (400 territoires de 200 000 personnes chacun), les soins spécialisés (100 territoires de 1 million de personnes chacun) et les soins particuliers (par région, pour 5 millions de personnes).

« Si l'offre d'un territoire dépasse 110 % des besoins, toute installation est conditionnée à un départ. Si elle est inférieure à 75 % des besoins, un système d'incitation financière s'enclenche. Au total, les territoires sous-dotés représentent 1 % du total, les territoires régulés représentent 40 % et 99 % de la population habite à moins de trente minutes de route d'un spécialiste. »

Par ailleurs, les médecins allemands sont rémunérés par un mélange de capitation et de paiement à l'acte, sans tarif unique. Mais, contrairement à la Suède où elle est annuelle, cette capitation est trimestrielle – ce qui peut nourrir un système inflationniste. Toutefois, les associations de médecins gèrent un budget ambulatoire (consultations et prescriptions) : les médecins qui dépassent la cible sont pénalisés financièrement. En outre, les tarifs sont régulièrement actualisés, ce qui permet de partager la rente de l'innovation entre le payeur et le producteur de soins.

Dans les pays du Nord, par exemple, Globalement, dans les pays du Nord, le fonctionnement du système de

santé bénéficie d'un triple postulat : confiance, transparence et moindre hiérarchisation. Cela explique par exemple qu'il soit moins besoin de contractualiser et d'édicter des normes qu'en France, où la défiance est forte.

Une affaire d'organisation et d'outils

La Suède se caractérise par une utilisation accrue du levier digital, d'abord au service de son organisation des soins. Un généraliste reçoit entre 12 et 15 patients par jour – mais uniquement ceux qu'il est le seul à pouvoir voir, soit du fait de la complexité de leur pathologie, soit du fait de la réglementation. Tout le reste est géré en équipe. Ainsi, si le médecin ne reçoit qu'une quinzaine de patients, il influe sur le parcours santé d'une centaine d'entre eux. C'est la clé de la productivité !

« Les troubles psychiatriques, qui représentent 30 % de la médecine générale, sont gérés en premier niveau par un psychologue. L'entorse est prise en charge par un kiné. Un patient diabétique de type 2, observant et équilibré, est vu par une IPA. Le médecin ne voit que les cas complexes, auxquels il est à même de consacrer du temps. »

Du même coup, les patients abordent les soins de façon différente : ils ne se rendent jamais au cabinet du généraliste sans savoir de quoi il s'agit. Son besoin est systématiquement préqualifié, et on y répond par le plus petit niveau de compétence clinique.

« Grâce à la préqualification des besoins, les patients suédois sont envoyés directement vers le bon professionnel, avec la bonne durée de consultation probabiliste. Dans ce système, les patients se portent mieux, les centres améliorent leur rentabilité et l'état général de la population s'améliore. »

Le levier digital permet aussi de faire du soin multicanal. Chaque région suédoise a un système unique, dans lequel tous les acteurs – incluant le patient – ont l'obligation de déverser leurs données. Si un dossier le permet, la prescription peut se faire par tchat. Dans le cas contraire, le système escalade automatiquement jusqu'au

bon niveau de prise en charge. Cela permet aux patients de gagner du temps, et d'optimiser la consommation des ressources chez les offreurs de soins.

Comme en Suède, par ailleurs, le système fonctionne avec moins de généralistes qu'en France, puisqu'ils représentent un tiers des médecins. Ils peuvent travailler en cabinet individuel (78 %), en cabinet de groupe (18 %) ou en cliniques de soins primaires (4 %). Cela étant, un cabinet individuel ne compte qu'un médecin, mais une équipe de cinq personnes en moyenne – des assistants médicaux et des infirmiers, notamment.

« En Allemagne, les assistants médicaux suivent trois ans de formation, contre un an en France. Ils peuvent recevoir les patients, effectuer certains actes médicaux ou se rendre à domicile ou en Ehpad. Ils sont 340 000, contre 6 000 en France. »

Les mots clés sont ainsi ceux de coopération et de délégation de tâches – qui se traduisent par une productivité du double de la France. Un généraliste allemand effectue ainsi 10 000 consultations par an, en travaillant légèrement moins qu'un généraliste français qui en effectue 5 000. La durée moyenne de consultation est donc très courte, de l'ordre de 8 minutes, contre 16 minutes en France.

→ **Même si l'organisation d'un système de soins est avant tout une affaire de contexte socio-économique et de culture, l'étude des modèles de nos voisins européens s'avère inspirante lorsqu'il s'agit de réfléchir à l'adaptation du nôtre.**

Synthèse rédigée par
Voyelles Rédaction
www.voyelles.net

Un modèle à réinventer

En France, 100 000 patients dont les reins ne fonctionnent plus vivent grâce à la dialyse (56 000 patients) ou à la greffe (44 000 patients). On estime également à 5,9 millions le nombre de Français atteints d'une maladie rénale, dont la plupart l'ignorent. Et pour cause, ces maladies sont silencieuses, les symptômes n'apparaissent qu'à un stade avancé et le diagnostic est tardif. Outre qu'elles peuvent conduire à la dialyse ou la greffe, elles provoquent de nombreuses complications cardiovasculaires : 50 % des causes de mise en dialyse sont des complications du diabète et de l'hypertension artérielle.

Pour tous ces patients souffrant de maladie chronique – même transplanté, on n'est pas guéri –, un suivi au long cours est indispensable. Alors qu'il n'existe que 1 200 néphrologues en exercice, l'implication des médecins généralistes est cruciale, de même que le développement de la télé-expertise, la télé-surveillance et le télé-suivi. De fait, les outils digitaux facilitent le suivi des patients dans une situation de tension des ressources humaines médicales. Ils accompagnent aussi la nécessaire amélioration du diagnostic, de la prise en charge et de la prévention, dans l'intérêt des patients, mais aussi pour la soutenabilité du système de santé.

Pour autant, ces nouvelles solutions sont accueillies de façon variable par les patients : certains sont contents d'être moins soumis à des visites régulières à l'hôpital, tandis que d'autres regrettent l'éloignement créé avec leur médecin.

« Les dispositifs digitaux ont un rôle indéniable à jouer pour relever les défis posés à notre système de santé. Dans le même temps, il y a une réflexion à avoir sur la place donnée aux souhaits des patients dans la mise en œuvre des solutions de télé-expertise, de télé-surveillance et de télé-suivi. »

Yvanie Caillé



Par Yvanie Caillé,
Fondatrice de Renaloo, et
Jérémie Goudour, Fondateur
d'Omedys, Ancien médecin
urgentiste à Troyes

& Jérémie Goudour,
Fondateur d'Omedys,
Ancien médecin urgentiste
à Troyes



- Alors qu'un tiers des patients commencent la dialyse en urgence, la téléconsultation a un véritable rôle à jouer dans l'optimisation du parcours de soins, grâce à un suivi régulier et continu.
- La télé-expertise peut aussi être un outil efficace de transition progressive du médecin généraliste vers le néphrologue.

La territorialisation de la santé doit-elle être le postulat de départ ?

« Le lien physique entre le patient et son médecin est souvent une contrainte. Les médecins sont d'ailleurs ambivalents : nous sommes convaincus qu'il faut soigner les patients dans les territoires, mais nous ne voulons pas y aller ! »

Jérémie Goudour

Comment s'amender du lien physique entre le médecin et son patient ? Peut-on exercer dans les territoires sans y aller, et comment ? La télé-médecine n'a pas encore réussi à répondre à ces questions, au moins dans son cadre réglementaire.

Dans les salles d'attente des urgences, la grande majorité des patients viennent des campagnes. Et pour cause, l'Assurance maladie évalue à plus de 15 % la population n'ayant plus de médecin traitant déclaré. Les urgences sont donc le dernier maillon de recours pour obtenir une ordonnance de renouvellement d'un traitement.

Pourtant, même s'il est de plus en plus difficile de trouver un médecin traitant, des disponibilités médicales restent inutilisées, car elles ne sont ni au bon endroit ni au bon moment. Elles sont généralement très urbaines, et les délais de rendez-vous sont très éloignés. Face à ce constat, Jérémie Goudour a fait le choix de s'appuyer sur la télé-médecine – en l'occurrence, la téléconsultation – pour aller vers les patients, en créant Omedys en 2019.

La téléconsultation au service de la campagne : facteurs de réussite

Pour couvrir les territoires, il est essentiel que la télé-médecine capitalise sur les disponibilités médicales urbaines. Omedys a ainsi fait le choix d'agréger ces disponibilités dans un nouveau type de cabinet médical, agréé par l'Ordre, dans lequel des médecins volontaires viennent exercer quelques heures par semaine – uniquement en téléconsultation. Ce cabinet ne reçoit donc pas de patients. Cette téléconsultation dans un en-

Élus locaux : frein ou soutien aux territoires de santé ?

vironnement physique, technique et juridique, à destination des patients n'ayant plus de médecin traitant, n'est pas une simple visio sur smartphone, au risque de marginaliser une grande partie des patients ciblés, lesquels sont plutôt âgés et plutôt éloignés du numérique en santé.

Par ailleurs, la téléconsultation va au-delà du conseil. C'est une consultation à part entière. Elle est donc assistée et augmentée : tous les patients sont accompagnés par un professionnel de santé de leur village, le plus souvent l'infirmière ou le pharmacien, ce qui permet d'effectuer un véritable examen clinique à distance (prise de tension, auscultation, fond de gorge, etc.), mais aussi de traiter les résultats des examens biologiques prescrits et d'assurer un suivi.

« Jusqu'à ce que le patient retrouve un médecin traitant, nous l'accompagnons sur son territoire de santé grâce à la téléconsultation, pour éviter la rupture de soins. Les études et notre retour d'expérience montrent que les nouvelles technologies permettent de voir 80 % des présentations cliniques de médecine générale, dans un acte abouti. »

Jérémy Goudour

Omedys a également fait le choix de mettre en lien des médecins du territoire pour des patients du territoire, ce qui peut sembler contre-intuitif quand on parle de téléme-

decine, a fortiori dans une région aussi médicalement désertifiée que le Grand-Est ! Il s'est donc agi de créer un réseau de salles de téléconsultation à l'échelle du département. Selon les cas, ces salles sont hébergées dans un cabinet infirmier, une maison de santé ou une officine. Aujourd'hui, 13 cabinets médicaux de ce type et leurs 400 salles satellites dispensent plusieurs dizaines de milliers de téléconsultations chaque année. Pour les médecins, ce modèle permet une diversification ou un complément d'activité, ainsi que l'inscription dans un projet de solidarité avec leur territoire d'exercice.

« Je ne suis pas un aficionado de la territorialisation, mais pour les patients fragiles en milieu rural, il est primordial que le médecin qui assure leur suivi maîtrise les filières vers lesquelles ils sont habituellement orientés. »

Jérémy Goudour

Et demain ?

Plusieurs freins méritent encore d'être levés, pour une généralisation de modèles innovants. Souvent, par exemple, chaque Caisse d'assurance maladie et chaque Ordre a sa propre lecture des textes nationaux. Un socle réglementaire existe, mais l'instabilité gouvernementale actuelle complique l'application des décisions.

« Pour véritablement ancrer la télé-médecine et faire avancer la prise en charge territoriale des patients, une vision et un soutien politiques forts sont indispensables. »

Yvanie Caillé

Par ailleurs, la téléme-

decine ne doit pas excéder 20 % de l'activité des médecins. Mieux vaudrait imposer un seuil minimal pour les territoires, plutôt qu'un plafond.

Enfin, la téléme-

Jérémy Goudour

→ Les nouvelles technologies doivent servir des organisations pensées par des territoires, car ce sont eux qui maîtrisent les écosystèmes de santé et les possibilités.

→ Même si les outils permettent de mettre une distance dans la relation de soins, il est indispensable de préserver la connaissance parfaite du territoire dans lequel vit le patient.

Réinterroger la notion de proximité

Gilles Noël, maire d'une commune de 1 271 habitants avec trois cités scolaires et une maison de retraite, observe que les « territoire de santé » sont des agrégats décidés par les ARS pour mettre en œuvre différents plans, tandis que les élus opèrent dans des périmètres plus modestes. De surcroît, la notion de proximité génère parfois de l'inégalité d'accès aux soins. Certes, les ruraux sont habitués à se déplacer. L'État les a même éduqués en ce sens en fermant les écoles, les maternités et les centres hospitaliers de proximité. Un juste milieu mérite d'être trouvé, en cessant de tout interpréter à l'aune des métropoles.

« Tout va très bien dans les métropoles, mais pour nous, c'est un cirque pas possible ! »

Par ailleurs, même si la compétence santé est celle de l'État, du fait de ses carences et des inégalités d'accès aux soins, les acteurs institutionnels sont pléthore à intervenir : régions, départements, pays, communautés de communes et d'agglomérations, communes... Cela nourrit une sorte de compétition pour attirer tel ou tel professionnel de santé et répondre à la pression des citoyens. Or les petites communes n'en ont pas les moyens.

« Nous ne pouvons pas participer à cette course à l'échalotte, car nous sommes déjà pelés ! Nous espérons ne plus être condamnés par les inégalités d'accès aux soins et par les fermetures de services, donc condamnés à transformer nos territoires en SSR. »

Expérimenter, pour réduire les inégalités d'accès aux soins en milieu rural

Alors que de nombreuses personnes travaillent à l'extérieur, en particulier les agriculteurs, et qu'il n'y a aucun dermatologue dans le dé-

Par Gilles Noël, Maire de Varzy (Nièvre), vice-président de la Commission Santé de l'Association des maires ruraux de France (AMRF)



& Éric Véchard, Directeur départemental de l'Agence régionale de santé du Val-de-Marne



partement – et très peu dans les départements voisins, ce qui condamne les habitants à se rendre à Dijon, à deux heures de route, ou à Paris –, la commune de Varzy a expérimenté une action de prévention des cancers de la peau en milieu rural.

Deux journées ont été organisées, durant lesquelles 70 personnes ont été accueillies – et 50 autres personnes en liste d'attente seront reçues en novembre. Pour monter cette action, Gilles Noël a contacté le président de la chambre d'agriculture, celui de la Safer et la MSA, mais aussi le conseil de l'ordre, l'ARS et la CPAM.

« J'ai prévenu que je n'allais rien payer, mais l'intercommunalité a mis des locaux à disposition et j'ai trouvé un sponsor – en l'occurrence Groupama, très présent dans nos campagnes, avec l'idée que cette expérimentation pourrait se démultiplier ailleurs par la suite. »

Gilles Noël a également posé deux conditions : former les infirmières et assurer le suivi quand des examens approfondis s'avèrent nécessaires. En l'occurrence, une suspicion de cancer a été trouvée pour 20 % des personnes, contre 10 % pour la moyenne nationale.

Une industrialisation est en cours, et huit nouvelles journées seront organisées dans la Nièvre. Le Lot et un autre département sont également intéressés, toujours avec le soutien de Groupama.

« D'aucuns considèrent que les professionnels de santé devraient pouvoir s'organiser entre eux et que la prévention ne devrait pas relever des élus. Mais l'expérimentation que j'ai organisée n'est pas un aveu d'échec : le maire est particulièrement bien placé pour tisser du lien, y compris entre les professionnels de santé. Je suis un facilitateur ! »

Travailler ensemble

Pour Éric Véchard, il est indéniable que le travail avec les élus locaux est indispensable – même si, selon les départements, ces derniers peuvent agir plutôt comme un frein ou comme un soutien.

« L'ARS n'est pas une strate supplémentaire. C'est le fruit du rassemblement d'équipes jusqu'alors éloignées, pour améliorer la fluidité des relations – entre elles, avec les élus et avec les soignants. »

Le Val-de-Marne bénéficie d'une abondante offre de soins, même si le sud du département connaît des difficultés d'attractivité médicale. Dans ce contexte, le travail de l'ARS consiste principalement à faire travailler les uns avec les autres – les partenaires, les soignants et les élus, qui connaissent mieux que qui-

Synthèse rédigée par
Voyelles Rédaction
www.voyelles.net



conque les territoires et savent comment mobiliser les acteurs.

« Grâce aux élus locaux, durant la crise du covid, la couverture vaccinale a atteint un niveau inédit. De fait, ils ont su mobiliser les partenaires de terrain avant que les services de l'État et les ARS ne le fassent. »

Gilles Noël va plus loin, estimant que les élus locaux ont **« trouvé la matrice et permis à l'ARS de se sortir le cul des ronces ! »**

Le travail avec les élus est d'autant plus essentiel que ce sont eux que la population va voir, alors même qu'ils n'ont pas la compétence santé. Dans le climat de défiance généralisée envers la chose publique, les élus locaux sont l'un des derniers maillons de confiance pour la population. Il est donc crucial que l'ARS travaille avec eux.

« Les élus locaux ne sont pas le dernier kilomètre, mais le premier mètre de la démocratie », ajoute Gilles Noël, rappelant que durant la crise des Gilets jaunes, ils ont ouvert des cahiers de doléances. En l'occurrence, la santé figurait dans le top 3. Les élus ruraux font du prosélytisme et participent autant que possible à toutes les instances.

« Ensemble, nous avancerons ! »

Éric Véchard ajoute que pour faciliter ce travail entre l'ARS et les élus locaux, il est primordial d'éviter les faux discours, par exemple en parlant de « concertation » quand il s'agit plutôt « d'information ». Dans le Val-de-Marne, en tout état de cause, l'ARS revoit régulièrement le zonage ambulatoire en lien avec les élus, pour accorder les aides en fonction de la démographie médicale.

Par ailleurs, il peut être intéressant de mentionner la collaboration avec les élus locaux au sujet des CPTS qui engagent l'assurance maladie, l'ARS et les soignants. Travailler avec les maires sur ce sujet permet de mobiliser encore davantage de soignants et de leur donner confiance.

« Une chose est sûre, le système de santé s'organise de plus en plus dans les territoires », conclut Éric Véchard.

Et demain ?

Si Gilles Noël et Éric Véchard devaient porter des propositions d'amélioration pour les prochaines municipales, elles seraient celles-ci :

- ne pas chercher à tout résoudre tout seul,
- participer plus souvent aux instances de gouvernance, pour s'informer, se former et être pleinement acteur,

- arrêter de construire des maisons de santé rutilantes sans médecin, même si c'est moins vrai depuis quelque temps,
- s'entendre entre élus pour attirer les professionnels de santé en évitant la « course à l'échalotte ».

Interrogée à son tour, la sénatrice Corinne Imbert préconise :

- une loi de santé quinquennale centrée sur la prévention, avec des objectifs et des comptes à rendre,
- une évaluation des besoins au plus près des territoires et une cartographie véritablement concertée.

Les participants au dîner suggèrent aussi :

- de ne pas oublier d'impliquer les biologistes,
- de parler d'équité d'accès aux soins et de perte de chance, et non d'égalité d'accès aux soins,
- de prévoir un zonage pour les médecins spécialisés,
- une loi de programmation interministérielle, pour une véritable éducation à la santé.

Synthèse rédigée par
Voyelles Rédaction
www.voyelles.net

Aller-vers et prévention : des réponses adaptées aux besoins essentiels

Il y a trois ans, **Aurélie Combas-Richard** était venue présenter aux adhérents de Coopération Santé deux expérimentations qu'elle avait conduites avec les équipes de la CPAM de Seine-Saint-Denis durant la pandémie de covid : la vaccination en bas de tours et la campagne d'appels sortants vers les populations les plus fragiles pour leur proposer un rendez-vous de vaccination. Deux conclusions en étaient sorties : d'une part, l'aller-vers fonctionne, d'autre part, l'aller-vers peut être multicanal – toujours grâce à l'humain. Désormais à la Cnam, Aurélie Combas-Richard est désormais chargée de passer les innovations et les expérimentations de ce type à l'échelle, tout en conservant une logique de proximité et de territoire.

Par **Aurélie Combas-Richard**,
Directrice déléguée
aux opérations de la Cnam



& **Abdelaali Badaoui**,
Fondateur de Banlieues Santé



L'étape suivante consistera à évaluer le taux de tumeurs détectées à temps, voire précocement.

Par ailleurs, une expérimentation est en cours avec des « mammobiles » (de grands camions qui se déplacent au bas de tours pour proposer des mammographies en proximité) et des « frottinettes » (des camionnettes qui proposent des frottis). En Seine-Saint-Denis, les « mammobiles » ont permis d'améliorer de 8 points le taux de femmes dépistées. En outre, en fonction des villes et des quartiers, le taux de détection d'une tumeur après une mammographie dans les camions se situe entre 5 et 8 %, contre 1 % en moyenne nationale.

« Les résultats des mammobiles ne seront peut-être pas les mêmes partout, mais dans certains territoires, l'aller-vers prévention est essentiel. L'objectif est de toucher le plus grand nombre possible de femmes », observe Aurélie Combas-Richard.

Pour le dépistage du cancer colorectal

Un passage à l'échelle a également été effectué pour la grippe et pour le dépistage du cancer colorectal,

avec des résultats probants.

Dans ce dernier cas, les assurés contactés par téléphone déclaraient être gênés d'aborder le sujet avec leur médecin et d'aller chercher un kit en pharmacie. Il a donc été fait appel au réseau des pharmaciens-conseil de l'Assurance maladie, sous la responsabilité desquels les conseillers téléphoniques peuvent faire passer le questionnaire médical et envoyer directement le kit à domicile. L'analyse des verbatims permet d'affiner la démarche. Par ailleurs, avec l'intégration de plus de

7 000 professionnels médicaux et paramédicaux du réseau du service médical de l'Assurance maladies depuis octobre, l'aller-vers pourra être de plus en plus médicalisé – ce qui ouvre aussi le champ des possibles pour l'exploitation des data.

L'aller-vers pour prendre soin

Avant de présenter Banlieues Santé, **Abdelaali Badaoui** – qui est infirmier – souhaite témoigner son respect aux soignants, que la population a peu à peu oubliés après les avoir applaudis en 2020.

« Les soignants sont essentiels, car la santé est l'économie de la vie ! »

Étymologiquement, la « banlieue » est le lieu mis au ban, et ses habitants sont éloignés du droit commun. L'objectif est donc de transformer ce paradigme et de faire évoluer les regards, d'autant que ces habitants,



souvent stigmatisés, participent largement à l'économie de la vie. En outre, les ouvriers qui ont été les premiers à cotiser à la Sécurité sociale, donc à donner corps à la notion de droit commun, sont aussi ceux qui ont le moins utilisé leurs droits sociaux.

Lutter contre les inégalités sociales de santé

Banlieues Santé est une association qui lutte contre les inégalités sociales de santé, en favorisant le pragmatisme et l'action de terrain.

« Notre objectif est d'être présents sur le terrain, pour aller chercher un ensemble de patients qui se trouvent dans l'angle mort des politiques publiques. »

Trop de patients ne recourent pas, ou trop tardivement, à la santé. Pourtant, leurs conditions de vie pourraient être améliorées s'ils étaient vus plus tôt et, le cas échéant, si un diagnostic était posé. Cela permettrait aussi de faire des économies de santé.

Faire de la santé une priorité

Pour les publics les plus vulnérables, la priorité est de manger, de s'habiller et d'avoir un toit. La santé n'arrive qu'après. Une autre mission de Banlieues Santé est d'œuvrer à faire com-

prendre qu'elle doit devenir une priorité. Or souvent, s'occuper de sa santé fait peur – peur d'aller chez le médecin, peur de faire un bilan sanguin, peur du diagnostic, peur du coût...

Pour faire vivre le droit commun, il est indispensable de transformer le système de soins, pour le rendre à la fois plus robuste et plus proche des publics vulnérables.

Inciter à faire le premier pas vers la santé

La méthode de Banlieues Santé est simple : dans l'accompagnement des publics du dernier kilomètre des politiques publiques, les actions « sucres rapides » (comme le programme « Plus belle la vue ») permettent de créer les « sucres lents », c'est-à-dire de la confiance et une inscription pérenne dans le parcours de soins.

« Notre ambition est que les plus vulnérables s'approprient la santé, ce qui passe notamment par un passage de l'informel vers le formel et une prise de conscience de la nécessité de prendre soin de soi. »

Il est également essentiel de prendre le temps d'écouter et de comprendre, au risque sinon de sur-vulnérabiliser les publics que l'on entend accompagner. Cela passe par de la concertation avec les habitants, mais aussi des partages de moments de vie comme des repas. À cet égard, la pratique d'infirmier libéral est très enrichissante.

Banlieues Santé a aussi créé un réseau d'ambassadrices santé, en partant du principe que les femmes sont les mieux à même d'aider à résoudre les inégalités sociales, en tant que leaders de proximité, voire d'hyper-proximité.

« Le programme Ambassadrices santé est en quelque sorte le bijou de Banlieues Santé. Il a été pensé, construit et porté par des femmes qui ont transformé leur vulnérabilité en résilience et ont une incroyable capacité d'agir sur le terrain. »

Ce programme, monté en neuf mois et financé par les ARS, est en cours de passage à l'échelle et de déploiement dans de multiples territoires.

D'autres programmes, comme le Café des femmes ou les centres de santé participative, permettent aussi de démultiplier la force d'action dans les territoires.

Par ailleurs, pour proposer de nouvelles façons d'approcher la santé, il importe de s'entourer des meilleurs. Banlieues Santé a ainsi noué des partenariats avec le CNRS ou avec Santé publique France.

Si Abdelaali Badaoui n'avait qu'un message à faire passer, ce serait de **« garder l'espoir, l'envie d'agir et de se transformer, tout en conservant la tête sur les épaules et les pieds sur terre, et toujours avec humilité et beaucoup d'amour pour celles et ceux qui en ont le plus besoin »**

→ L'objectif, pour la Cnam comme pour Banlieues Santé, est non seulement de créer des routines au service de la prévention et du soin, mais aussi de favoriser l'innovation et la prise d'initiatives dans les territoires, au plus près des citoyens.

Synthèse rédigée par
Voyelles Rédaction
www.voyelles.net



L'agenda 2026

Les mercredis de coopération santé

Palais du Luxembourg – Restaurant du Sénat 15 ter, rue de Vaugirard – Paris 6ème

21/01 Soirée de lancement : qu'est-ce que le soin ?

Le soin ne se résume pas à un acte purement médical. Mais comment le définir ? A-t-il une dimension collective ? Quelles formes peut-il prendre ? Jusqu'où s'inscrit-il dans la relation soignant/soigné ?

18/02 Qu'est-ce qu'un soin de qualité ? Quels indicateurs ?

La notion de qualité dépend avant tout du point de vue que l'on porte. Qu'est-ce qu'un soin de qualité aux yeux d'un usager ? Quelle définition en donne une autorité indépendante comme la HAS ? Y-a-t-il qui des critères qui soient communs à l'un et à l'autre ? Et si oui, lesquels ?

25/03 Inégalités d'accès à l'innovation

Les médicaments ne cessent de gagner en efficacité et en précision. Mais comment éviter que le prix de ces innovations (immunothérapies, carT cells ...) ne se traduise par des inégalités d'accès croissantes ? A l'inverse, quelles sont les innovations organisationnelles susceptibles de favoriser l'accès aux soins ?

15/04 Liens entre Maladies chroniques et accès aux soins

De nombreux professionnels interviennent dans la prise en charge des maladies chroniques. Quels peuvent être les apports spécifiques des infirmières, et en particulier celles dites « de pratique avancée » ? Et si certains cancers sont devenus des maladies chroniques, qu'est-ce que cela implique en matière d'organisation de notre système de santé ?

20/05 Soirée spéciale avec notre Grand Témoin Corinne Imbert

Corinne Imbert, la marraine de Coopération Santé est également sénatrice, Secrétaire de la commission des Affaires Sociales et rapporteure de la branche Maladie du PLFSS. Elle nous détaillera ses missions, le mode de travail du Sénat et sa vision des enjeux de santé publique.

17/06 Précarité et vulnérabilité : les « oubliés » du soin

Personnes âgées, en situation de handicap, de vulnérabilité sociale et financière, étudiants ou chômeurs ... Notre système de santé laisse de côté de nombreux oubliés du soin. La prise en charge de la santé mentale, en particulier, souffre de graves insuffisances. Pourrait-on quantifier la « perte de chance » de tous ces oubliés ? Et en définir quelques critères objectifs ?

16/09 Benchmark européen : comparaison des différents systèmes de santé dans l'accès aux soins

« Comparaison n'est pas raison » comme dit l'adage. Et, de fait, notre système de santé présente des particularismes qui étonnent souvent nos voisins. Pour autant, certaines expérimentations menées à l'étranger pourraient, à défaut d'être transposées telles quelles, nourrir des pistes de réflexion intéressantes.

14/10 Soirée spéciale

La soirée accueillera Isabelle Richard, directrice de l'EHESP, qui présentera les missions de cette école créée pour structurer une santé publique française de niveau international. L'EHESP forme les futurs cadres des secteurs sanitaire et social, adossée à une recherche reconnue et à de solides partenariats internationaux.

02/12 Concilier soutenabilité et efficacité du système de santé : quel financement pour l'accès aux soins ?

Usagers, patients, employeurs, Sécurité Sociale, complémentaires et assurances privées : faut-il revoir notre mode de financement global ? Qui doit payer quoi ? Et sous quelle forme ? Avec quelles contreparties ?

21 janvier 2026
MATINALE DE COOPÉRATION SANTÉ
Organisée en présentiel par Coopération Santé et ses adhérents
dès 7h45
« Quelle stratégie de prévention pour vieillir en bonne santé ? »

03 juin 2026
ETATS GÉNÉRAUX DE LA COOPÉRATION EN SANTÉ
Comet Bourse
35 rue Saint-Marc
75002 Paris
dès 7h45



INSCRIVEZ-VOUS :

> EN SCANNANT LE QR CODE CI-DESSUS
> PAR MAIL auprès de Sophie Goudal
contact@cooperationsante.fr



www.cooperationsante.fr

